

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FARMÁCIA

ALINE ANGÉLICA DE SOUZA VALENTIN

**ASPECTOS ENVOLVIDOS NA SUSTENTABILIDADE DO SERVIÇO DE  
GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA**

Belo Horizonte  
2020

ALINE ANGÉLICA DE SOUZA VALENTIN

## **ASPECTOS ENVOLVIDOS NA SUSTENTABILIDADE DO SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Djenane Ramalho de Oliveira

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariana Martins Gonzaga do Nascimento

Belo Horizonte

2020

Valentin, Aline Angélica de Souza.

V156a Aspectos envolvidos na sustentabilidade do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa / Aline Angélica de Souza Valentin. – 2020.

104 f.

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira. Coorientadora: Mariana Martins Gonzaga do Nascimento.

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

1. Terapia medicamentosa - Gerenciamento – Teses. 2. Teoria fundamentada – Teses. 3. Serviços farmacêuticos – Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Nascimento, Mariana Martins Gonzaga do. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD:362.1042

Elaborado por Aline Guimarães Amorim – CRB-6/2292



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FARMÁCIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

ASPECTOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE SUSTENTABILIDADE DO SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA  
MEDICAMENTOSA.

ALINE ANGÉLICA DE SOUZA VALENTIN

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

Aprovada em 26 de outubro de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora (FAFAR-UFMG)  
Profa. Mariana Martins Gonzaga do Nascimento - Coorientadora (FAFAR-UFMG)  
Profa. Simone de Araújo Medina Mendonça (FAFAR-UFMG)  
Profa. Yone de Almeida Nascimento (Centro Universitário Newton Paiva/MG).



Documento assinado eletronicamente por **Simone de Araújo Medina Mendonça, Membro**, em 26/10/2020, às 17:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Djenane Ramalho de Oliveira, Professora do Magistério Superior**, em 26/10/2020, às 17:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Martins Gonzaga do Nascimento, Servidor(a)**, em 26/10/2020, às 18:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Yone de Almeida Nascimento, Usuário Externo**, em 29/10/2020, às 16:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0263634** e o código CRC **E8DCD6BF**.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente e sempre, agradeço a Deus por iluminar o meu caminho e ter me abençoado com pessoas tão especiais durante a trajetória do mestrado.

De maneira especial, agradeço à querida professora Djenane, essa pessoa de uma energia incrível e contagiante que aceitou me orientar nesse percurso! Muito obrigada pelo seu SIM no início de tudo! Pela confiança, apoio e por ter me apresentado o mundo fascinante da pesquisa qualitativa.

À também querida professora Mariana Gonzaga, por sua sensibilidade e acolhimento. Compartilhou ideias, conhecimentos, e sem dúvidas se tornou uma inspiração para que eu busque sempre me tornar uma profissional melhor.

Agradeço a Flávia, minha amiga de vida, de estudos, de trabalho e também parceira no mestrado. Acreditou mais em mim do que eu mesma. O mundo definitivamente precisa de pessoas mais otimistas e incentivadoras como você, obrigada!

Aos meus pais, Valentin e Elvira, pelas orações, amor e carinho de sempre. Pela compreensão e pela torcida incondicional em todas as etapas da minha vida.

Ao meu noivo Marco Antônio, pela paciência e companheirismo de tantos anos, se alegrando a cada conquista e me estimulando a perseverar nos meus objetivos.

Aos membros do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF), que me acolheram de braços abertos, representados aqui nas pessoas do Hágabo, Carina e Felipe. Particularmente agradeço a Cristiane, que sempre esteve disponível quando precisei, e com seu olhar amigo e científico contribuiu muito com esse trabalho.

Agradeço à banca de qualificação, Grazielli, Mariana Linhares e Yone pelas preciosas sugestões e questionamentos que foram fundamentais nesse processo.

A colaboração dos meus coordenadores de trabalho, Camila e Wesley, que possibilitaram que eu conciliasse as duas atividades durante esse período.

E por último, mas igualmente importantes, agradeço a cada participante dessa pesquisa, que dividiu comigo seu tempo e suas experiências, que propiciaram a construção dos resultados apresentados aqui.

*“A vulnerabilidade não é uma medida de fraqueza, mas a melhor definição para coragem... As pessoas que se expõem e se abrem para coisas novas são mais autênticas e realizadas, ainda que se tornem alvo de críticas e de inveja”.*

Brené Brown

## RESUMO

O serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) apresenta resultados clínicos, humanísticos e econômicos positivos em vários cenários de prática. Vários estudos já elucidaram quais os componentes necessários para implantação do GTM. Apesar disso, a maioria das iniciativas ainda não tem sucesso na sua consolidação, que se refere ao funcionamento do serviço em longo prazo. Nesse contexto, este trabalho teve o objetivo de compreender os principais elementos que corroboram para a consolidação do serviço de GTM. A metodologia escolhida para conduzir esse estudo qualitativo foi a teoria fundamentada nos dados. No período de maio de 2019 a fevereiro de 2020, entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com 8 farmacêuticos e 4 gestores de saúde que vivenciaram a oferta do GTM nos diversos cenários de prática da saúde pública e privada de Belo Horizonte e região metropolitana. Foram utilizados também os registros em diários de campo da pesquisadora e análise de documentos. Após análise sistemática dos dados, foram encontradas 3 categorias consideradas determinantes no processo de sustentabilidade do GTM. A primeira delas, denominada “O cuidado colaborativo é essencial: Não dá pra pensar em GTM somente como a díade farmacêutico e paciente”, que aborda a essencialidade das parcerias profissionais para o fortalecimento do serviço. A segunda categoria intitulada “Negociando a sustentabilidade do GTM”, avalia elementos importantes acerca da gestão do serviço. E a terceira, “Quem vai pagar pelo serviço?”, analisa as possibilidades de financiamento do serviço nos sistemas de saúde. Os resultados revelaram que a consolidação dos serviços de GTM é um processo estratégico, que exige um planejamento cuidadoso que se inicia na implantação do serviço.

**Palavras-chave:** Gerenciamento da terapia medicamentosa. Consolidação do serviço. Teoria fundamentada.

## **ABSTRACT**

Comprehensive Medication Management (CMM) presents positive clinical, humanistic and economic results in several scenarios, and studies have already elucidated the components necessary for its implementation. Despite this, most initiatives are still unsuccessful in maintaining the long-term provision of the service. Thus, this study aimed to understand the elements that contribute to the consolidation and continuation of the CMM service. The chosen methodology was the ground theory. In the period from May 2019 to February 2020, semi-structured interviews were conducted with 8 pharmacists and 4 managers who experienced the offer of CMM in various scenarios of public and private health in Belo Horizonte and the metropolitan region. Records in the researcher's field diaries and document analysis were also used. After systematic analysis of the data, as recommended by the grounded theory, three determinant categories were identified in the CMM sustainability process. The first one, called "Collaborative care is essential: You can't think of CMM just like the pharmaceutical and patient dyad", which addresses the essentiality of professional partnerships to strengthen the service. The second category, "Negotiating the sustainability of the CMM", evaluates important elements about service management. And the third, "Who will pay for the service?", analyzes the possibilities of financial resources in health systems. The results revealed that the consolidation of CMM services is a strategic process, which requires careful planning that begins with the implementation of the service.

**key-words:** Comprehensive medication management. Successful implementation. Grounded theory.



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO.....	13
3. REVISÃO DA LITERATURA .....	14
3.1 Mudança no perfil do profissional farmacêutico .....	14
3.2 Atenção farmacêutica .....	17
3.3 GTM: O serviço clínico da Atenção farmacêutica.....	20
3.4 Implantação e Implementação de serviços saúde.....	23
3.5 Sustentabilidade dos serviços de saúde .....	25
4. OBJETIVO GERAL.....	28
4.1 Objetivos específicos:.....	28
5. PERCURSO METODOLÓGICO.....	29
5.1 A cascata Epistemológica.....	29
5.2 Teoria Fundamentada .....	31
5.3 Seleção dos sujeitos de estudo .....	32
5.4 Coleta de dados .....	35
5.4.1 Entrevistas semiestruturadas .....	36
5.4.2 <i>Análise de documentos</i> .....	37
5.4.3 <i>Diário de Campo</i> .....	37
5.5 Análise de dados .....	38
5.5.1 Redação de Memorandos.....	40
5.6 Rigor da Pesquisa .....	40
5.7 Aspectos Éticos .....	41
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
6.1 O cuidado colaborativo é essencial: “Não dá pra pensar em GTM somente como a díade farmacêutico e paciente” .....	42
6.1.1 <i>A parceria com o médico</i> .....	45
6.2 Negociando a sustentabilidade do GTM .....	49
6.2.1 Indicadores e documentação como subsídios para negociações .....	53
6.3 Quem vai pagar pelo serviço? .....	55
6.4 Elementos envolvidos no processo de sustentabilidade do serviço de GTM: modelo proposto .....	61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICES.....	76
APÊNDICE A – Tópicos Guia utilizados nas entrevistas com os farmacêuticos .....	76
APÊNDICE B – Tópicos Guia utilizados nas entrevistas com os gestores.....	78
APÊNDICE C – Artigo a ser submetido para publicação .....	79
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	102

## 1. INTRODUÇÃO

A terapia medicamentosa é uma das principais ferramentas para o controle das doenças, melhoria na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos no mundo (BRASIL, 2018; HEPLER, 2010). O medicamento, enquanto tecnologia terapêutica mais utilizada no controle de enfermidades, estimula a resposta da indústria farmacêutica, que disponibiliza uma gama de produtos cada vez mais variada, com forte apelo comercial, e investimento maciço em *marketing*. Isso pode levar ao uso irracional de medicamentos, favorecendo o aumento da ocorrência de efeitos adversos, da automedicação, da resistência microbiana, e da morbimortalidade relacionada aos medicamentos (BRASIL, 2014a). Além disso, todo medicamento carrega uma característica bivalente, podendo trazer tanto um resultado benéfico quanto prejudicial ao paciente, dependendo da qualidade da sua utilização. Dessa forma, os problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRMs) constituem uma grande preocupação mundial (WATANABE *et al.*, 2018).

Uma preocupação crescente nos serviços de saúde é o aumento dos custos atribuídos ao uso de medicamentos. Em 2015, só nos Estados Unidos, os gastos com medicamentos prescritos representaram 10,1% dos 3,2 trilhões de dólares no total de gastos nacionais com saúde. Em 2018, foi relatado que os custos de saúde causados pelo uso inadequado e desnecessário de medicamentos excederam 500 bilhões de dólares por ano (PESTKA *et al.*, 2019); e o custo anual de morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos foi de 528,4 bilhões de dólares em 2016 (WATANABE *et al.*, 2018).

Um estudo publicado em 2002 revelou que pelo menos 28% das internações hospitalares de urgência ou emergência estavam relacionadas a problemas da farmacoterapia, e cerca de 70% poderiam ser evitadas (PATEL; ZED, 2002). Outro aspecto importante desses problemas relacionados ao uso de medicamentos diz respeito à baixa utilização dos medicamentos mais adequados, resultando na falta de efetividade da farmacoterapia. Steiman e colaboradores (2006) apontaram que o uso inadequado e subutilizado de medicamentos é muito comum em idosos, estando ambos presentes

simultaneamente em mais de 40% dos pacientes. Outro estudo com um total de 196 pacientes mostrou que 57% estavam com uma terapia ineficaz, não indicada ou terapeuticamente duplicada. A subutilização também esteve presente em 64% desses pacientes, aos quais faltavam medicamentos considerados úteis e adequados (KUIJPERS *et al.*, 2007). Esse mesmo estudo conclui que a correção dessa prescrição insuficiente aumentaria o número de medicamentos dessa população, e que a prescrição insuficiente é um problema importante em idosos com várias comorbidades.

O impacto econômico exato da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos ainda é desconhecido no Brasil (BRASIL, 2014a). O que se sabe é que existe uma grande necessidade, no Brasil e no mundo, de uma gestão mais eficaz para otimizar o uso de medicamentos, e minimizar este problema de forma a melhorar os cuidados de saúde a custos mais baixos (PESTKA *et al.*, 2019; HEPLER, 2010).

Nesse cenário, a participação ativa do farmacêutico como profissional de saúde, e em conjunto com a equipe multiprofissional, é vista como necessária para tentar reverter esse quadro e contribuir para o cuidado integral ao paciente. Esse farmacêutico, ao utilizar o arcabouço teórico da Atenção Farmacêutica, reconhece o paciente como o centro da sua prática profissional. O farmacêutico busca estabelecer uma relação terapêutica com esse paciente, na qual se responsabiliza em identificar, prevenir e resolver PRMs. O objetivo é a otimização da farmacoterapia desse paciente, a fim de obter resultados terapêuticos eficientes e seguros, privilegiando a saúde e a qualidade de vida do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Nesse sentido, o Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM), serviço clínico oferecido pelo farmacêutico baseado no arcabouço teórico-prático da Atenção Farmacêutica, tem como pressuposto a redução da irracionalidade do uso dos medicamentos, prevenção e identificação dos PRMs e a intervenção sistematizada na terapia do paciente. O GTM tem o objetivo de garantir que todos os medicamentos utilizados pelos pacientes sejam indicados para suas condições clínicas, efetivos, seguros e convenientes, considerando a subjetividade dos pacientes, assim como a sua realidade sociocultural e econômica (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Alguns estudos mostrando o

impacto do GTM, já foram realizados no Brasil (MENDONÇA *et al.*, 2016; NEVES *et al.*, 2019; SANTOS; SILVA; TAVARES, 2018; SANTOS *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2017). Em relação à implantação desses serviços nos diversos cenários de saúde, algumas estratégias e modelos são propostos (DETONI, 2016; OLIVEIRA, 2018; RIBEIRO, 2017).

As pesquisas de implementação de serviços clínicos em saúde auxiliam na compreensão do seu funcionamento no mundo real, permitindo elucidar os fatores que influenciam os processos de implementação dentro do sistema de saúde e de cenários onde os farmacêuticos atuam clinicamente (PETERS; TRAN; ADAM, 2013). Com o tempo, observamos um aumento da exigência para que os sistemas de saúde implantem intervenções baseadas em evidências que melhorem a qualidade e controlem os custos. A necessidade de acelerar a adoção e uso dessas intervenções é fundamental para maximizar seu potencial impacto clínico e humanístico. Entretanto, muitas vezes, a iniciativa de implantação não apresenta sucesso na sua consolidação, evidenciada pelo funcionamento do serviço em longo prazo (LIVET *et al.*, 2018).

Sorensen e colaboradores (2016) iniciaram essa discussão sobre consolidação do GTM, na perspectiva de profissionais de saúde, ao apontarem sucintamente alguns fatores que podem impulsionar a sustentabilidade e o crescimento do serviço dentro de sistemas saúde. Recentemente uma revisão sistemática apresentou um modelo conceitual com abordagens e ferramentas utilizadas na avaliação da sustentabilidade de serviços farmacêuticos. Embora tenham sido analisados 132 artigos, observa-se a escassez de literatura com essa abordagem específica para a farmácia e profissionais farmacêuticos, tendo sido inclusos, em sua maioria, serviços de diferentes áreas da saúde (GONZALEZ *et al.*, 2020).

Neste contexto, com intuito de aprofundar os conhecimentos sobre a sustentabilidade do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa, o presente estudo visa compreender quais fatores podem interferir nesse processo de consolidação, na percepção de farmacêuticos e gestores que vivenciam e/ou vivenciaram a oferta do GTM em vários cenários de prática.

## 2. MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

Aprofundar as discussões sobre a sustentabilidade do serviço de GTM nos cenários de saúde tem um intuito educacional, científico, mas especialmente reflete as perspectivas da provisão desse serviço na nossa prática profissional. Há cinco anos atuo como farmacêutica do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), conciliando os atendimentos aos pacientes com as atividades gerenciais da farmácia. Mediante convívio no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF) da Universidade Federal de Minas Gerais, minhas expectativas e interesse em implantar o serviço de GTM no meu cenário de prática aumentaram.

Porém, reconhecendo que estudos anteriores já se enveredaram pelo caminho da implantação e oferta desse serviço em alguns cenários, várias indagações foram surgindo: o que já sabemos sobre a implantação/ implementação desse serviço? Porque alguns projetos tem um curto período de duração? O que precisamos fazer para que a oferta do GTM seja perene? O que tem dado certo até aqui? Quais pontos precisam melhorar? Quais as perspectivas para o oferecimento desse serviço em longo prazo?

Percebi então que, antes de iniciar outro projeto de implantação era preciso buscar respostas a essas perguntas para melhor estruturar a oferta do GTM. Assim, acredito que profissionais com experiência nesse serviço podem contribuir para o melhor entendimento desse processo em busca de uma prática bem sucedida. Compreender quais os determinantes para a consolidação do serviço na perspectiva de farmacêuticos e gestores pode revelar importantes lições para profissionais, que assim como eu pretendem ofertar o GTM de forma contínua e crescente.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Mudança no perfil do profissional farmacêutico

Os farmacêuticos deveriam sair detrás do balcão e começar a servir ao público, provendo cuidado ao invés de apenas comprimidos. Não há futuro no simples ato de entregar medicamentos. Essa atividade pode e será feita pela internet, máquinas e/ou técnicos bem treinados. O fato de o farmacêutico ter um treinamento acadêmico e agir como um profissional da saúde coloca uma obrigação sobre ele para mais bem servir à comunidade, de uma forma melhor do que faz atualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2006).

A profissão de farmácia experimentou, ao longo dos anos, algumas modificações no que se refere às concepções das funções do profissional farmacêutico e suas responsabilidades. Hepler e Strand (1990) discutiram sobre os três grandes períodos na farmácia do século XX, que dividiram em: tradicional, de transição e de cuidado ao paciente. Em cada etapa, é possível identificar diferenças no papel social da farmácia.

No início do século XX, a farmácia desempenhava seu papel na figura do boticário, ao preparar e vender drogas medicinais. Durante esta fase, as tradicionais funções do farmacêutico eram a aquisição, preparação e avaliação do medicamento. Sua primeira obrigação era garantir que os medicamentos dispensados fossem puros, sem adulterações, e preparados de acordo com técnicas adequadas; além disso, tinha uma obrigação secundária de aconselhar e orientar os pacientes que lhe pediam para prescrever medicamentos sem receita médica (HEPLER; STRAND, 1990; PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

No Brasil, as boticas só foram autorizadas como comércio em 1640, e, a partir deste ano, elas se multiplicaram em todo país (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). Mas após a segunda metade da década de 1930, com a expansão da indústria farmacêutica, os preparados magistrais foram quase inteiramente substituídos pelas especialidades, ou seja, os medicamentos passaram a ser

produzidos industrialmente (HEPLER; STRAND, 1990). Em consequência disso, o papel de "fazer o medicamento", pelo qual o farmacêutico era tradicionalmente conhecido, desapareceu quase que por completo (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). O modelo de prática predominante na farmácia comunitária passou, naquele momento, a ser a orientação e dispensação farmacêutica (FILHO; BATISTA, 2011; PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

No Brasil, a industrialização do medicamento teve início em 1920, com a abertura da economia ao capital estrangeiro e indústrias farmacêuticas multinacionais vindo para o país (RIBEIRO, 2017). A hegemonia do medicamento mercadoria em detrimento do medicamento instrumento terapêutico contribuiu para que o elemento central da prática farmacêutica mudasse o seu foco: do paciente para o medicamento (SATURNINO, 2012).

Com a introdução maciça de novos fármacos, após 1940, a população vivenciou a possibilidade de cura para enfermidades até então fatais, sobretudo no campo de doenças infecciosas (MELO *et al.*, 2006). Esses avanços nas pesquisas de novos fármacos, em conjunto com a promoção comercial, geraram uma crença excessiva da sociedade em relação ao poder dos medicamentos (MELO *et al.*, 2006). Um reflexo dessa industrialização foi a adoção da visão do medicamento como um bem de consumo para a sociedade, capaz de resolver qualquer problema de saúde (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Para Perini (1997), um processo consequente da evolução tecnológica foi a descaracterização do papel do farmacêutico. Para ele, sua "casa de saúde" transformou-se em "entrepósito comercial", um empório que não se distingue por vender um produto socialmente diferenciado (PERINI, 1997). Com esse afastamento do papel do farmacêutico na saúde individual e coletiva, foi observada uma perda gradual da sua identidade profissional e a falta de reconhecimento da sociedade e dos demais profissionais sobre quais são ou seriam as contribuições, responsabilidades e finalidade deste profissional para o sistema de saúde (MELO *et al.*, 2006; SATURNINO *et al.*, 2012).

Na década de 1960, farmacêuticos hospitalares dos Estados Unidos perceberam a necessidade de zelar pela saúde das pessoas, sendo para eles



fundamental estabelecer um controle sobre o uso de medicamentos, originando nesse período o movimento da Farmácia Clínica (HOLLAND; NIMMO, 1999; FILHO; BATISTA, 2011). Começava ali um período de transição profissional, em que os farmacêuticos procuraram o que Hepler chamou de “a realização plena de seu potencial profissional”. A fase de transição foi um momento de rápida expansão das funções e aumento da diversidade profissional. A Farmácia Clínica, iniciada no âmbito hospitalar dos Estados Unidos, foi entendida como ciência da saúde cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionados aos cuidados dos pacientes, que o uso dos medicamentos seja seguro e apropriado. E tornou-se a esperança de resgate do valor social que a farmácia possuía antes da era industrial (HEPLER; STRAND, 1990).

Entretanto, mesmo após o nascimento e florescimento do movimento da Farmácia Clínica, o uso de medicamentos continuou sendo uma grande preocupação de saúde pública. Gerando a necessidade de o profissional farmacêutico redirecionar seu olhar do produto para o paciente e retomar a sua responsabilidade como profissional de saúde, extrapolando o espaço do hospital (HOLLAND; NIMMO, 1999). Em seu artigo intitulado “*Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*”, Charles Hepler e Linda Strand (1990) discutem essa responsabilidade e a importância de uma redefinição no papel social da profissão.

Sobre essa necessidade, uma nova filosofia de prática e uma estrutura organizada para orientar a nova atividade do profissional foram se desenvolvendo e formaram uma corrente de pensamento e prática farmacêutica que passou a ser conhecida como Atenção Farmacêutica (*Pharmaceutical care practice*) (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; SATURNINO *et al.*, 2012). Um dos objetivos dessa nova atividade é a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, proporcionando um melhor gerenciamento da medicação, e, conseqüentemente, contribuindo para obtenção de melhores resultados clínicos (MENEZES; 2000; PEREIRA; FREITAS, 2008).

### 3.2 Atenção farmacêutica

Mikeal e colaboradores (1975) iniciaram a construção do conceito de Atenção Farmacêutica, que só viria a receber essa terminologia no fim da década de 1980. Os autores conceituaram a Atenção farmacêutica como “a atenção que um dado paciente requer e recebe com garantias do uso seguro e racional dos medicamentos” (PEREIRA; FREITAS, 2008; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Posteriormente, a definição proposta por Mikeal *et al.* (1975) foi ampliada e adaptada por Brodie, Parish e Poston (1980), que sugeriram incorporar a ela que o farmacêutico deveria oferecer e realizar todos os serviços necessários para um tratamento farmacoterapêutico eficaz, incluindo a determinação das necessidades relacionadas a medicamentos de um paciente e a provisão não somente do produto farmacêutico (PEREIRA; FREITAS, 2008; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

A seguir, Hepler e Strand (1990, p. 539) definiram a atenção farmacêutica como: “A provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida dos pacientes”. O conceito proposto por Hepler e Strand foi discutido e ampliado na reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada em 1994 na cidade de Tóquio, acrescentando que caberia ao farmacêutico atuar na prevenção de doenças e promoção da saúde, junto à equipe sanitária (WHO, 1994).

Em consequência desses movimentos e conceitos apresentados, no Brasil, foram realizadas uma série de reuniões entre farmacêuticos e especialistas que propuseram uma proposta de Consenso sobre Atenção Farmacêutica para o Brasil, sugerindo o conceito a seguir:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitada as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das

ações de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS], 2002 pág. 19).

Entretanto, não houve uma continuidade no trabalho do grupo que propuseram o consenso no país. Assim, o conceito de Atenção Farmacêutica que continua sendo sustentado por inúmeros profissionais farmacêuticos e pesquisadores no mundo continua a ser o elaborado por Hepler e Strand em 1990. Segundo esses autores, a Atenção Farmacêutica é apresentada como a parte da prática que permite a interação do farmacêutico com o paciente. O objetivo é o atendimento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos, com a responsabilidade do farmacêutico de otimizar toda a sua farmacoterapia e obter resultados terapêuticos eficientes e seguros, privilegiando a saúde e a qualidade de vida do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Ramalho de Oliveira (2011), assim como Cipolle, Strand e Morley (2012) destacam a importância de se distinguir a prática da atenção farmacêutica da prática da dispensação farmacêutica, essa última não é uma parte ou um componente da atenção farmacêutica. Essas duas práticas requerem do profissional farmacêutico enfoques, vocabulários, responsabilidades e formas de trabalho totalmente diferentes (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Na atenção farmacêutica, o profissional assume a responsabilidade de atender todas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente, usando um processo sistemático e contínuo para fazê-lo. No caso da dispensação farmacêutica, o profissional orienta e educa o paciente sobre os seus medicamentos, mas não necessariamente se responsabiliza pelos resultados da sua farmacoterapia. Interessante enfatizar que esta compreensão do conceito de atenção farmacêutica não corrobora o conceito apresentado pela proposta de consenso brasileiro de atenção farmacêutica de 2002 (OPAS, 2002).

A diferença entre essas duas práticas, dispensação e atenção farmacêutica, deve ser reforçada, uma vez que a realidade de prática de grande parte dos farmacêuticos no Brasil é a dispensação. Essas duas práticas exigem do farmacêutico competências e habilidades distintas. Dessa forma, o profissional que se propõe a desenvolver a atenção farmacêutica terá o foco da sua prática voltado para atender as necessidades do paciente de forma

responsável e não apenas dispensar o medicamento (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Em um estudo, médicos que trabalham em parceria com farmacêuticos provedores do GTM, fazem a distinção do que chamam de "o farmacêutico atrás do balcão" e o farmacêutico do GTM. Reforçando que não se trata de um farmacêutico que apenas dispensa medicamentos na farmácia, eles reconheceram que o foco do serviço de GTM é o paciente e não o medicamento (MARACLE; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; BRUMMEL, 2012).

Os componentes principais da atenção farmacêutica são: filosofia profissional, processo de cuidado ao paciente e processo de gestão da prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). A filosofia profissional é o alicerce da prática, define os valores e as reponsabilidades desse profissional. Segundo Ramalho de Oliveira (2011), a filosofia da atenção farmacêutica define qual necessidade social o profissional farmacêutico deve atender, partindo da definição da sua principal responsabilidade: atender a todas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente por meio da identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM). Além disso, preconiza que o cuidado deve ser centrado no paciente, holístico e estabelecido por meio de uma relação terapêutica (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O processo de cuidado acontece quando o farmacêutico faz uma avaliação inicial do paciente (coleta informações relevantes com o objetivo de determinar se as necessidades farmacoterapêuticas do paciente estão sendo atendidas); elabora um plano de cuidado (determina em conjunto com o paciente a melhor forma de resolver os problemas identificados) e avaliação dos resultados (verifica se as metas terapêuticas estabelecidas no plano de cuidado foram alcançadas) (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Todo esse processo é cíclico e ocorre inúmeras vezes durante todo o tempo de acompanhamento do paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Já o processo de gestão da prática atua no sentido de verificar a viabilidade e a sustentabilidade da implantação de um serviço de cuidado aos pacientes de maneira eficiente e efetiva, avaliando todos os recursos necessários para prestar o serviço (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

É necessário ao farmacêutico que atuará na prática da atenção farmacêutica, uma postura isenta de julgamentos, de interesses pessoais ou de terceiros. Suas atitudes devem buscar aperfeiçoar e facilitar o processo de uso de medicamentos, melhorando o acesso e partilhando metas com foco em resultados clínicos definidos que beneficiem e que estejam de acordo com as vontades do paciente (BRASIL, 2014b). Isto porque as percepções e os comportamentos associados ao uso do medicamento podem variar de indivíduo para indivíduo, dependendo da cultura, das experiências, do conhecimento em saúde e da percepção da doença e do tratamento (FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA; PERINI, 2006; RAMALHO DE OLIVEIRA 2009, 2011).

Quando a atenção farmacêutica se encontra inserida no serviço de saúde, apresenta objetivo claro, é congruente com as outras práticas clínicas e é reconhecida e capaz de ser avaliada, é então chamada de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Em outras palavras, o GTM, pautado no arcabouço teórico e metodológico da atenção farmacêutica, compreende a tradução concreta e tangível da prática no sistema de saúde, sendo oferecido às pessoas enquanto serviço clínico (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; DETONI, 2016).

### **3.3 GTM: O serviço clínico da Atenção farmacêutica**

Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é uma tradução de *Comprehensive Medication Management (CMM) services*. Aqui, cabe ressaltar a diferença entre os termos CMM e MTM (*Medication Therapy Management*), que muitas vezes têm sido usados como sinônimos, embora exista uma diferença entre ambos. Essencialmente, o MTM pode ser uma abordagem focada no medicamento; enquanto CMM é uma abordagem centrada no paciente, nos objetivos clínicos e pessoais da terapia, na qual o farmacêutico integra uma equipe de atendimento ao paciente e interage com outros profissionais de saúde e não foca apenas no medicamento (ROSS, 2019).

As principais intervenções farmacêuticas na clínica estão relacionadas à prevenção, a identificação e a resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM). O conceito de PRM é abrangente, relaciona-se à necessidade de medicamentos, a efetividade, segurança da farmacoterapia e adesão ao tratamento. A avaliação desses problemas é complexa e detalhada, pois sua gênese pode estar em uma falha do sistema em identificar seu risco, na condição social do paciente, no seu comportamento frente a sua farmacoterapia, na sua composição genética, entre outros (SOUZA, 2013; WENG *et al.*, 2013). Cipolle, Strand e Morley (1998) definiram que PRM são eventos indesejáveis experimentados pelo paciente, ou risco de experimentar, que envolvem o medicamento e que interfere no processo para alcançar os objetivos terapêuticos desejáveis. Assim, o GTM é realizado por meio de um processo sistemático que tem por finalidade garantir que todos os medicamentos que estão sendo utilizados pelo paciente são os mais indicados para suas condições clínicas, efetivos e convenientes para sua utilização (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009, 2011).

É importante destacar que o CMM compreende o primeiro serviço clínico oferecido pelo farmacêutico descrito na literatura que apresenta um processo racional, lógico e sistemático de tomada de decisão em farmacoterapia, conhecido como “*pharmacotherapy workup*” – método PW. O PW consiste no raciocínio clínico desenvolvido pelo profissional na identificação das necessidades e problemas farmacoterapêuticos. Esse método clínico inclui a coleta de dados, identificação de problemas, implantação de um plano de cuidado e seguimento do paciente, configurando assim, as etapas do processo de cuidado dentro da atenção farmacêutica (CORRER; OTUKI, 2011 e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Este serviço clínico é abrangente, sistemático e integrado ao trabalho da equipe de saúde, agregando valor ao cuidado do paciente. Tem a capacidade de ser implantado, avaliado e reproduzido de forma consistente em diferentes cenários de atenção à saúde (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013).

Um estudo publicado recentemente avaliou o impacto clínico do GTM em duas Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária de Belo Horizonte. Uma farmacêutica acompanhou 90 pacientes no período de 2015 a 2017, sendo realizadas um total de 251 consultas. Foi observada uma redução

estatisticamente significativa dos parâmetros clínicos / laboratoriais (HbA1c, PAS, PAD, LDLc e HDLc), comparando os resultados no início e no final do acompanhamento. Um total de 441 PRMs foram identificados e 252 intervenções foram propostas, sendo que a maioria (67,9%) foi aceita pelo prescritor. Esse estudo concluiu que o serviço de GTM contribuiu para a resolução dos PRMs e melhorou os desfechos clínicos dos pacientes (NEVES *et al.*, 2019). O trabalho de Santos e colaboradores (2019) também avaliou o impacto clínico do GTM na Atenção Primária. Após os atendimentos, observou-se redução dos parâmetros clínicos e laboratoriais de colesterol, pressão arterial e hemoglobina glicada, sendo atendidos um total de 1057 pacientes.

Para a oferta de um serviço de GTM de qualidade, Ramalho de Oliveira (2011) destaca alguns aspectos importantes que devem ser considerados: visão do serviço, padrões de qualidade, requisitos para o farmacêutico, procedimentos operacionais, uso de incentivos, avaliação dos resultados de serviço, implementação de acordos de colaboração entre médicos e farmacêuticos, pagamento e reembolso pelo serviço.

Ao se planejar a construção do serviço de GTM, vale ressaltar a importância da criação e uso de uma visão para esse serviço. Uma visão bem articulada deve responder primordialmente a seguinte pergunta: “Onde eu quero chegar com o meu serviço?”. Também deve capturar os valores e o potencial real do serviço em se tornar o melhor possível (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Além disso, a visão deve ser frequentemente revista para sempre atender às necessidades vindas da equipe de trabalho e dos usuários desse serviço. Logo, uma visão bem articulada se relacionada fortemente com a sustentabilidade do serviço.

Entretanto, o GTM ainda é um serviço novo no Brasil, com poucos indicadores de resolutividade descritos na literatura para a realidade nacional, sendo importante a realização de estudos sobre a viabilidade desse serviço, modelos de implantação (SOUSA, 2016) além de propostas para assegurar a sustentabilidade do mesmo.

O farmacêutico que pretende atuar no GTM deve compreender com muita clareza quais são as suas responsabilidades com o paciente e com os demais integrantes da equipe de saúde. E, antes de qualquer etapa do serviço, é

necessária a internalização dos conceitos básicos que constituem a natureza da prática da Atenção farmacêutica para que ela não venha a se reduzir a uma atividade tecnicista e superficial dentro do contexto da saúde pública (BRASIL, 2014b).

### **3.4 Implantação e Implementação de serviços saúde**

As palavras parônimas Implantar e Implementar são muitas vezes facilmente confundidas e usadas erroneamente. De acordo com o Dicionário de Michaelis, implantar refere-se ao “ato de inserir”, ao passo que implementar refere-se ao “ato de pôr em execução” (MICHAELIS, 2018), assim a implantação significa o ato de introduzir ou estabelecer determinado serviço, enquanto a implementação significa colocar em prática, executar ou assegurar a realização deste.

Alguns estudos (PETERS; TRAN; ADAM, 2013) descrevem que a implantação, implementação e consolidação dos serviços clínicos no mundo real constituem ainda um grande desafio. Mundialmente, tem sido utilizada a pesquisa de implementação – *implementation research in health* – como ferramenta para superar esse desafio. De um modo geral, o termo pesquisa de implementação descreve o estudo científico dos processos utilizados na implementação de iniciativas, bem como os fatores contextuais que afetam esses processos.

A pesquisa de implementação envolve a ideia central de incorporar inovações à prática para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a performance dos sistemas de saúde (BAUER *et al.*, 2015; WHO, 2011), destacando-se por investigar e compreender os múltiplos fatores que influenciam os processos de implementação. Conseqüentemente, se propõe a identificar problemas comuns de implementação; compreender os fatores que impedem ou facilitam as intervenções de saúde; desenvolvendo e testando alternativas para lidar com barreiras à implementação, além de determinar a melhor maneira de introduzir inovações em um sistema de saúde. São estudos vitais para a compreensão do contexto em que o serviço está inserido, para a



informação sobre o processo de implementação e para a avaliação do desempenho (PETERS; TRAN; ADAM, 2013; PETERS *et al.*, 2014).

O objetivo básico da pesquisa de implementação é entender não apenas o que está e o que não está funcionando, mas como e por que a implementação está dando certo ou errado e testando as abordagens para melhorá-la. (PETERS; TRAN; ADAM, 2013). Além de apoiar e promover a aplicação bem-sucedida de intervenções que demonstraram ser eficazes, esse tipo de pesquisa também visa aprender a aumentar as estratégias promissoras e, principalmente, como sustentá-las em longo prazo.

Para Handley e colaboradores (2016), existem três aspectos fundamentais que garantem que a pesquisa de implementação elucidie e melhore os processos de implementação. O primeiro é engajar as partes que possam ser envolvidas no processo de implementação, englobando a identificação de grupos de interesse e a sensibilização para que estes participem ativamente nesse processo. Uma boa pesquisa de implementação é uma pesquisa colaborativa e, muitas vezes, mais útil onde os implementadores desempenharam um papel nas fases de identificação, design e condução da pesquisa realizada. (PETERS; TRAN; ADAM, 2013). O segundo é entender o papel comportamental dos indivíduos ou das organizações para executar ou não, algo que foi recomendado. E o terceiro aspecto é ter um processo flexível e não linear que garanta adaptações de acordo com as variabilidades do “mundo real”.

Handley e colaboradores (2016) propuseram a divisão das pesquisas de implementação em três etapas. A primeira delas é a etapa de planejamento pré-implementação, que visa identificar a evidência/conhecimento a ser implementado e envolver as partes interessadas no processo. A segunda etapa é a de planejamento das estratégias, na qual são usadas teoria comportamental e/ou *frameworks* para identificar barreiras e facilitadores para a implementação e orientar o desenvolvimento de estratégias de implementação. A terceira etapa engloba a avaliação das estratégias de implementação, para certificar se estão sendo efetivas ou não.

Alguns trabalhos apontam as etapas e estratégias necessárias para implantação dos serviços clínicos (DETONI, 2016; SANTOS, JÚNIOR, 2018).

Mas pouco se descreve sobre o que de fato pode interferir na sustentabilidade desses serviços.

Em resumo, a pesquisa de implementação pode ser usada para avaliar mudanças em contextos do mundo real, baseando-se em experiências passadas, quando apropriado; entender fenômenos complexos; gerar ou testar novas ideias; e prever, ou pelo menos ajudar a antecipar o que pode acontecer no futuro como resultado de uma inovação ou mudança específica. Também desempenha um papel importante na informação das partes interessadas nesse processo de implementação melhorando assim o entendimento, a transparência e a prestação de contas. Por último, mas certamente não menos importante, o objetivo da pesquisa de implementação é fazer a diferença, melhorar a eficácia, qualidade, eficiência e equidade das políticas, programas e serviços (PETERS; TRAN; ADAM, 2013).

### **3.5 Sustentabilidade dos serviços de saúde**

Sustentabilidade é um conceito relacionado à conservação ou à manutenção de um cenário em longo prazo, de modo a lidar bem com possíveis ameaças. Na biologia a noção de sustentabilidade surgiu baseada no entendimento de que os recursos naturais são finitos. Já no tocante à economia, ao longo do século XX, desenvolveu-se o entendimento de que o padrão de produção e consumo mundiais não teria condições de se manter. Logo, a sustentabilidade passou a ser utilizada como um adjetivo de desenvolvimento (TEIXEIRA, 2018).

No contexto de serviços aplicáveis no campo da saúde, Peters e colaboradores (2013) acreditam que a sustentabilidade faz parte do que eles chamam de “variáveis de resultado” da implementação. Elas fornecem informações que subsidiam a identificação de oportunidades para a melhoria do processo de implementação e melhoria contínua, e apontam também o nível em que a atividade deve ser mantida para que o serviço seja sustentável. A sustentabilidade também está relacionada à institucionalização de uma intervenção em um dado cenário por um longo período.

Alguns estudos têm apresentado modelos para implementação de serviços de saúde, como forma de direcionar todo esse processo. Livet *et al.* (2018) descreveram uma operacionalização do desenvolvimento de um serviço de GTM nos Estados Unidos, em que as etapas e possíveis estratégias associadas são baseadas na ciência da implementação. Sousa (2016) propôs um modelo lógico de um serviço de GTM onde são propostos todos os recursos, atividades e produtos necessários para que possam ser atingidos os resultados de curto, médio e longo prazo; a fim de evitar o desperdício de investimentos e reduzir o processo de tentativas e erros durante sua implementação.

Apesar de existirem alguns modelos para implementação de serviços, a maioria das iniciativas ainda não tem sucesso na consolidação, que se refere ao funcionamento do serviço em longo prazo (HELFRICH *et al.*, 2010; FELDSTEIN; GLASGOW, 2008). Mesmo quando citada, a sustentabilidade de muitas metodologias de implementação não é confiável, pois a maioria desses estudos de implementação abordam apenas a eficácia e efetividade das intervenções clínicas, deixando de lado ações necessárias para a sustentabilidade do serviço após a conclusão da pesquisa (DOSEA, 2015; FABEL *et al.*, 2019).

Estudos mostram que divulgar as barreiras e facilitadores de serviços farmacêuticos, além de ajudar novas pesquisas e serviços ainda não consolidados, é importante para criação de novas oportunidades (BACCI; MCGRATH; PRINGLE, 2014; DOSEA, 2015; HOULE; ROSENTHAL; TSUYUKI, 2014). Os resultados das pesquisas sobre implementação de serviços clínicos farmacêuticos também reforçam a necessidade de avaliar o sucesso limitado destas ações. Nestas pesquisas, a falta de estrutura, de processos adequados de serviços, deficiência na formação do farmacêutico, falta de tempo, conciliação das atividades assistenciais e técnicas, e remuneração são algumas barreiras frequentemente relatadas para consolidação de serviços clínicos em hospitais, ambulatórios e farmácias comunitárias (DOSEA, 2015; DETONI, 2016; SANTOS, JÚNIOR, 2018). Além disso, o apoio administrativo, o sistema de documentação e a interação com a

equipe multiprofissional aparecem como desafios frequentemente observados (SOUSA, 2016).

Sorensen e colaboradores (2016) descreveram alguns fatores que influenciaram a implementação bem sucedida e o crescimento do serviço de GTM dentro de seis sistemas de saúde em Minnesota. Foram citados a filosofia de prática, a motivação profissional, as relações colaborativas e o acompanhamento dos resultados como importantes determinantes nesse processo.

Com o intuito de avançar na produção de conhecimento já existente na literatura sobre consolidação de serviço de GTM, o presente estudo tem como objetivo compreender quais os fatores interferem na perenização do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa. Conhecer as barreiras e facilitadores desse processo pode ajudar profissionais e gestores no planejamento de suas ações e oferecer à população um serviço clínico de qualidade e que funcione em longo prazo.

## **4. OBJETIVO GERAL**

Desenvolver um modelo teórico para o processo de sustentabilidade do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa na perspectiva de farmacêuticos e gestores de saúde que vivenciaram esse serviço.

### **4.1 Objetivos específicos:**

- Compreender os elementos envolvidos no processo de sustentabilidade do serviço de GTM na perspectiva de farmacêuticos e gestores de saúde que vivenciaram esse serviço.
- Identificar os aspectos para que a oferta do serviço de GTM seja institucionalizada e sustentável;
- Identificar barreiras e facilitadores que possam interferir na consolidação do serviço de GTM.

## **5. PERCURSO METODOLÓGICO**

Para compreender os aspectos envolvidos no processo de sustentabilidade do serviço de GTM a partir da percepção de farmacêuticos e gestores, foram utilizados os pressupostos da pesquisa qualitativa, uma vez que pretendo, justamente, compreender e não mensurar esse processo. A pesquisa qualitativa se identifica com um nível de realidade que não pode ser quantificado e permite conhecer melhor o fenômeno através das experiências subjetivas dos sujeitos envolvidos (MINAYO, 2010 e 2012). Assim, a própria natureza do problema de pesquisa demanda uma investigação qualitativa.

A pesquisa qualitativa permite não apenas compreender um fenômeno, mas também conhecer o significado desse para indivíduos que vivenciaram essa experiência (TURATO, 2005). É útil para conhecer e aprofundar a compreensão de grupos, de realidades regionais, de sua lógica, opiniões, crenças, valores, atitudes, dentre outros (MINAYO, 2012).

### **5.1 A cascata Epistemológica**

Antes de abordar propriamente a metodologia que guiou esse estudo qualitativo, acredito ser importante introduzir o conceito de alguns termos para facilitar a compreensão do leitor. Em seu capítulo sobre considerações epistemológicas na pesquisa qualitativa, Kerry Daly comparou o processo de desenho de um projeto de pesquisa a uma cascata (DALY, 2007).

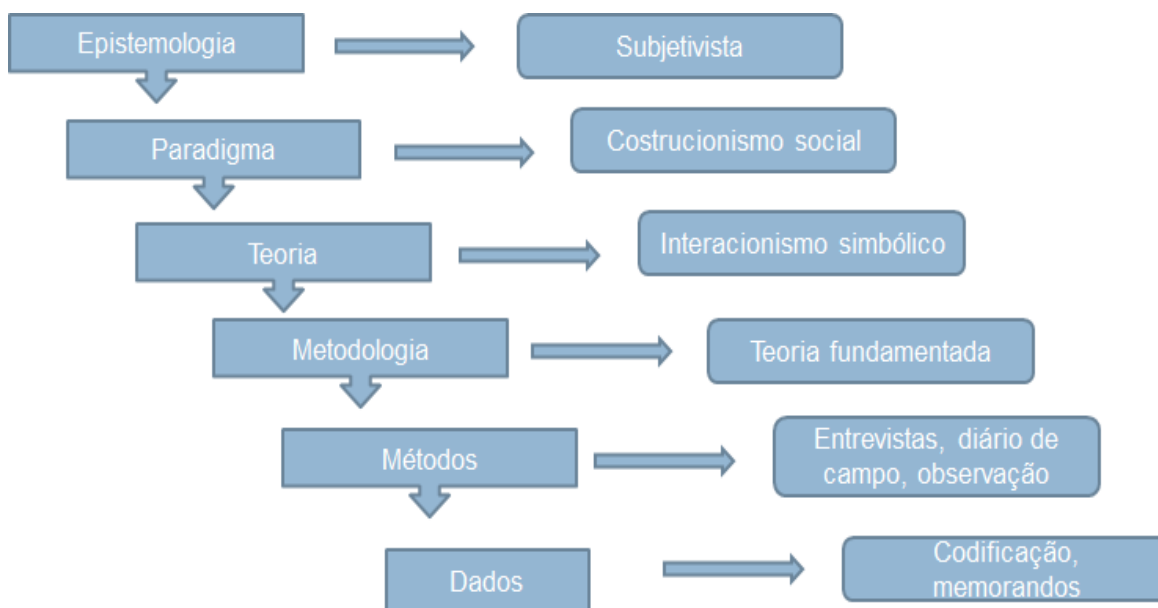
Nesta cascata, o primeiro nível é a epistemologia (Figura 1). Epistemologia é a fonte que direciona a pesquisa, o conjunto de valores, crenças e princípios que guiam o pesquisador em seus estudos, é a forma de conhecer o mundo, de conhecer a realidade. Nesse contexto, existem basicamente duas posições da epistemologia: a objetivista e a subjetivista. Quando é utilizada a lente subjetivista, o pesquisador entende a realidade como uma construção dos indivíduos e, por isso, não pode haver separação do conhecedor e do conhecido (DALY, 2007). Essa abordagem pressupõe que o processo de pesquisa emerge da interação, levando em conta o posicionamento do pesquisador e dos participantes da pesquisa. Neste sentido,

foi escolhida uma epistemologia subjetivista para orientar meu posicionamento ao longo do trabalho, uma vez que o fenômeno estudado foram as experiências dos pesquisados com o processo de consolidação do GTM.

O próximo nível dessa cascata seria o paradigma. Os paradigmas referem-se às crenças coletivas em uma comunidade científica sobre como a ciência deve proceder (DALY, 2007). Neste estudo, foi utilizado o paradigma do construcionismo social, no qual tanto pesquisador quanto pesquisado participam da construção dos dados.

No terceiro nível de orientação da pesquisa nessa cascata, estão as teorias. As obras de dois sociólogos, Glaser e Strauss, e, posteriormente, de Kathy Charmaz, foram utilizadas na realização da coleta e análise de dados. O interacionismo simbólico defendido por esses autores é uma perspectiva teórica que compreende que a sociedade, a realidade e o indivíduo são construídos por meio de uma interação dinâmica e interpretativa. Trata-se de como as pessoas criam, representam e modificam os significados e ações (CHARMAZ, 2009). A metodologia utilizada para orientar essa pesquisa foi a teoria fundamentada, que, assim como os métodos e dados que conduziram o estudo, serão melhor discutidos nas seções a seguir.

**Figura 1. Adaptação da cascata metodológica de Daly**



Fonte: DALY, 2007

## 5.2 Teoria Fundamentada

A metodologia utilizada para orientar essa pesquisa qualitativa foi a teoria fundamentada na perspectiva construcionista de Kathy Charmaz, socióloga professora na *Sonoma State University* nos Estados Unidos. A teoria fundamentada nos dados (TFD) foi originalmente proposta na década de 1960, pelos sociólogos norte-americanos, Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss (CHARMAZ, 2009). Glaser tem origens acadêmicas na Universidade da Colúmbia, com ampla formação em métodos empíricos e na teoria sociológica, Strauss, por outro lado, tinha origens na Universidade de Chicago, com forte tradição qualitativa e de abordagens críticas no desenvolvimento de teorias (SANTOS *et al.*, 2016). Ambos trabalharam colaborativamente desenvolvendo a TFD para estudar o processo da morte em pacientes terminais. Contudo, as perspectivas filosóficas mudaram desde a visão positivista de Glaser e o pós-positivismo de Strauss e Corbin, contribuindo para o surgimento de perspectivas filosóficas adicionais que culminaram no desenvolvimento desse caminho metodológico (STRAUSS; CORBIN, 1998, CHARMAZ, 2009; OLIVEIRA, I. 2016).

Nos trabalhos clássicos da teoria fundamentada, Glaser e Strauss falam sobre a descoberta da teoria como algo que surge dos dados, isolado do observador científico. Kathy Charmaz, diferentemente da postura deles, compreende que nem os dados nem as teorias são descobertos. Ao contrário, as teorias fundamentadas são construídas por meio do envolvimento e interações com as pessoas, as perspectivas e as práticas de pesquisa, tanto passados como presentes (CHARMAZ, 2009). Sob essa perspectiva, Charmaz desenvolve a metodologia da teoria fundamentada dentro do paradigma do construcionismo social (TIE; BIRKS; FRANCIS, 2019), o qual pressupõe que o processo de pesquisa emerge da interação, considerando o posicionamento do pesquisador e dos participantes da pesquisa. Portanto, pesquisador e pesquisado são co-construtores dos dados. A autora ressalta que qualquer versão teórica oferece um retrato interpretativo do mundo estudado, e não um quadro fiel dele (CHARMAZ, 2009). Os significados implícitos dos participantes de pesquisa, bem como as suas opiniões sobre as suas próprias experiências



– e as teorias fundamentadas concluídas dos pesquisadores – são construções da realidade.

Dessa forma, o objetivo da teoria fundamentada é explorar processos sociais básicos e compreender a multiplicidade de interações que produz variações nestes processos (HEATH; COWLEY, 2004). Considerando que a sustentabilidade de um serviço clínico como o GTM é um processo que envolve a participação de vários atores, como farmacêuticos, gestores e outros profissionais de uma equipe de saúde, que vão interagir entre si impactando significativamente nesse processo, tornou-se viável a utilização da teoria fundamentada para entender como se dá esse processo. Essa metodologia permite o desenvolvimento de uma teoria, ou modelo teórico por meio da coleta e análise sistemática dos dados obtidos a partir de um do processo de pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 1998). Assim ao enfatizar a construção de um modelo teórico para representar o fenômeno estudado, a partir da teoria fundamentada nos dados, compartilho da compreensão de que todo conhecimento é construído a partir do processamento dos significados na mente do pesquisador (DALY, 2007).

### **5.3 Seleção dos sujeitos de estudo**

Na pesquisa qualitativa, utiliza-se a amostragem intencional, em que os sujeitos são escolhidos pela capacidade de proporcionar maior riqueza de informação possível para estudar em profundidade o fenômeno de interesse. (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012). O objetivo não é generalizar, mas sim selecionar dados que possam gerar níveis de compreensão robustos, ricos e profundos (THOMPSON, 1999). Assim, foram selecionados para esse estudo, farmacêuticos e gestores de saúde que tiveram experiência com o processo de construção e oferta do serviço de GTM nos diversos cenários de prática da saúde pública e privada de Belo Horizonte e região metropolitana.

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, uma estratégia para obtenção de dados mais seletivos com o intuito de refinar e completar as categorias emergentes (CHARMAZ, 2009).

A amostragem teórica visa buscar dados pertinentes para construção da teoria e não visa à representatividade populacional. O principal objetivo da amostragem teórica é elaborar categorias que constituem a sua teoria (CHARMAZ, 2009). Nesse tipo de amostragem, pode ser necessário entrevistar e reentrevistar participantes, bem como analisar documentos, ou realizar a observação, tendo sempre como foco as categorias obtidas até aquele momento.

Assim, a coleta de dados teve início com a entrevista de uma farmacêutica com experiência na coordenação clínica e na gestão do serviço de GTM. 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, foram incluídos entrevistados com características diferentes tais como tempo, experiência com o serviço e locais de prática, permitindo uma comparação mais rica entre os dados. O processo de amostragem seguiu até a saturação teórica dos dados (STRAUSS; CORBIN, 1998). A saturação ocorreu quando se alcançou dados suficientes que apoiavam a explicação das categorias e quando a coleta de novos dados não despertou novos *insights* teóricos, nem revelou propriedades novas das categorias ou temas centrais (CHARMAZ, 2009). Observando-se que a partir da oitava entrevista já não se identificou novos dados que contribuíssem para o esclarecimento das categorias, foram realizadas mais quatro entrevistas, finalizando então a coleta de dados. Assim, a quantidade de participantes inclusos na pesquisa foi guiada pela saturação teórica.

Os quadros 1 e 2 a seguir apresentam, respectivamente, os farmacêuticos e os gestores de saúde participantes desse estudo, e uma breve descrição da sua experiência com o serviço de GTM. Foram utilizados nomes fictícios para fazer referência aos participantes, a fim de preservar suas identidades.

**Quadro 1 - Farmacêuticos que participaram do estudo e sua referida experiência com o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM).**

<p><b>Adhara:</b> possui 14 anos de experiência com o serviço de GTM. Atualmente, atende em um consultório particular de acompanhamento farmacêutico e também é educadora.</p>
<p><b>Atria:</b> atua na Atenção Primária à Saúde a oito anos, sendo seis deles dedicados aos atendimentos clínicos sob a ótica do GTM.</p>
<p><b>Antares:</b> atua como farmacêutica hospitalar na área de gestão. Participou da implantação do serviço de GTM em uma farmácia do componente especializado.</p>
<p><b>Bellatrix:</b> trabalhou por quatro anos oferecendo o serviço de GTM em uma cooperativa médica privada, aonde atendeu centenas de pacientes. Apoiadora do projeto de cuidado farmacêutico do Ministério da Saúde para implantação do GTM na farmácia do componente especializado, na data da entrevista.</p>
<p><b>Capella:</b> trabalha como farmacêutica clínica em hospital. Participou da implantação do serviço de GTM em um ambulatório hospitalar.</p>
<p><b>Canopus:</b> participou da implantação do serviço de GTM em um ambulatório hospitalar. Atualmente, é responsável técnico de farmácia da clínica escola de uma universidade. Sempre esteve envolvido em serviços de GTM vinculados a academia</p>
<p><b>Rígel:</b> trabalha em Unidade Básica de Saúde e atua no SUS há 18 anos.</p>
<p><b>Sirius:</b> tem experiência na gestão do serviço de GTM. Participou como coordenadora clínica da reestruturação da Assistência farmacêutica e da implantação do serviço de GTM de um município.</p>

**Quadro 2 - Gestores de saúde que participaram do estudo e sua referida experiência com o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM).**

<p><b>Alnath:</b> psicopedagoga, com especialidade em coordenação hospitalar. Foi coordenadora operacional em um hospital público por 10 anos. É coordenadora de uma UBS desde 2013. Falou da sua experiência com o serviço de GTM que começou a ser oferecido em sua Unidade em 2014.</p>
<p><b>Avior:</b> enfermeira, especialista em saúde pública e administração em recursos humanos. Atuou durante 15 anos como coordenadora de um Centro de Saúde. Falou da sua experiência como coordenadora de uma UBS que ofereceu o serviço de GTM por cerca de três anos, quando ela se aposentou.</p>
<p><b>Castor:</b> farmacêutico, especialista em saúde pública e em gerenciamento de projetos. Falou da sua experiência enquanto coordenador da gestão da implantação do serviço de GTM em um município da região metropolitana de Belo Horizonte.</p>
<p><b>Regor:</b> fisioterapeuta, que se dedica às atividades de saúde pública há 19 anos, especialmente na Estratégia Saúde da Família. Foi secretário de saúde em três cidades mineiras. Durante a entrevista, falou sobre sua experiência enquanto secretário de saúde no período de implantação do GTM no sistema público de saúde.</p>

#### **5.4 Coleta de dados**

A entrevista é a principal técnica de coleta de dados utilizada na construção da teoria fundamentada; no entanto, podem ser utilizados diversos tipos de dados e várias estratégias para coletá-los, dependendo do assunto e da acessibilidade (CHARMAZ, 2009; SANTOS *et al.*, 2016). Para responder à pergunta de pesquisa, foram realizadas entrevistas formais semiestruturadas com farmacêuticos e gestores de saúde, análise de documentos e registros no diário da pesquisadora. A coleta de dados ocorreu entre maio de 2019 e fevereiro de 2020

#### 5.4.1 Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas formais semiestruturadas foram a principal estratégia de coleta de dados utilizada nessa pesquisa, as quais utilizam uma abordagem mais sistemática, embora não rígida, para obter informações dos participantes. Nessa modalidade, os entrevistadores seguem um roteiro de perguntas ou tópicos guias baseados no conhecimento prévio que detêm sobre teorias e hipóteses relacionadas à pesquisa (MINAYO, 2010). A entrevista qualitativa oferece uma exploração irrestrita e detalhada de um aspecto da vida sobre o qual o entrevistado tem uma experiência substancial. A entrevista é uma técnica flexível, emergente, as ideias e os tópicos surgem durante a entrevista e os entrevistadores podem imediatamente seguir essas orientações (CHARMAZ, 2009).

Os tópicos-guias para a entrevista com os farmacêuticos (Apêndice A) e gestores (Apêndice B) se iniciaram com perguntas abertas que buscavam a perspectiva global do entrevistado sobre o fenômeno investigado. O processo de construção desses tópicos-guia envolveu uma minuciosa revisão da literatura pela pesquisadora e a experiência de duas educadoras com expertise no serviço de GTM. O desenvolvimento desses tópicos-guia de forma colaborativa reflete os pressupostos da co-construção dos dados da teoria fundamentada. À medida que os dados foram sendo analisados, as categorias começaram a surgir e forneciam um foco maior para as entrevistas subsequentes. Assim, as perguntas do tópico-guia foram sendo refinadas ao longo das entrevistas, de modo que pontos vistos como essenciais para construção da teoria foram sendo aprofundados.

As entrevistas se iniciaram em maio de 2019. Foi realizado um total de doze entrevistas, considerando o processo de saturação dos dados. De acordo com a disponibilidade e preferência dos entrevistados, foram realizadas 4 entrevistas presenciais e 8 foram conduzidas com o uso dos *softwares* Skype® ou Hangouts®, que são plataformas de comunicação pela internet através de conexões de voz e vídeo.

Como discutido por Nicolaci-da-Costa e colaboradores (2009), entrevistas *on-line* são adequadas quando os entrevistados já estão familiarizados com esse ambiente, e se o objetivo da pesquisa permite seu uso. O uso dessa ferramenta possui a vantagem de evitar que o pesquisador e participante tenham que se deslocar, mas consigam, ainda assim, interagir. Esses autores ressaltam que as entrevistas *on-line* devem ser encaradas como uma alternativa séria e viável para a coleta de dados (NICOLACI-DA-COSTA *et al.*, 2009).

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, assim como as transcrições e análises das mesmas. A duração média de cada entrevista foi de 52 minutos, gerando, no total, 620 minutos.

#### **5.4.2 Análise de documentos**

A análise de documentos foi utilizada como uma fonte de coleta de dados suplementares. Uma farmacêutica com experiência na gestão do serviço de GTM compartilhou uma publicação a respeito da implantação e execução do GTM acordada com a secretaria de saúde municipal. Tratava-se de uma nota técnica com informações sobre os requisitos necessários às UBS para implantar e executar o serviço de GTM. Outro documento utilizado para análise foi um compilado de atendimentos clínicos realizados por uma farmacêutica participante desse estudo. A análise desses documentos permitiu o esclarecimento de informações fornecidas durante a entrevista e foram examinados com foco no processo de consolidação do serviço.

#### **5.4.3 Diário de Campo**

O diário de campo é um instrumento de registro de dados, considerado por Minayo (2001) um “amigo silencioso”, que não deve ser subestimado pela sua importância. No diário, o pesquisador registra percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através do uso de outras

técnicas. É interessante que as anotações sejam realizadas com a maior riqueza de detalhes possível desde o início da pesquisa, pois esse diário auxilia na descrição e análise do objeto de estudo.

Neste estudo, os diários de campo foram construídos por meio de anotações que eram realizadas logo após as entrevistas com os participantes, para evitar o viés de memória e a perda de riqueza das informações. As anotações também eram realizadas após reuniões para discussão do andamento da pesquisa, conversas informais, e acontecimentos do meu dia-a-dia de trabalho, que eram relevantes para me auxiliar na compreensão do fenômeno.

## **5.5 Análise de dados**

Strauss e Corbin (1998) ressaltam que a análise de dados é a interação entre o pesquisador e as informações coletadas. Na teoria fundamentada, a coleta e a análise de dados são realizadas simultaneamente, o que auxilia no prosseguimento e aprofundamento no problema de pesquisa, bem como desenvolvimento das categorias. Esse processo analítico se inicia com a 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 rigorosamente os seus dados, possibilitando a criação de códigos que reflitam a experiência dos participantes e não pressupostos teóricos do pesquisador (GIBBS, 2009). Nesse tipo de codificação, cada unidade de análise é nomeada com uma palavra ou sentença exprimindo o significado desta para o investigador. Esse tipo de análise possibilita o surgimento de novas ideias e maior atenção aos detalhes que poderiam passar despercebidos em uma análise temática geral (CHARMAZ, 2009).

A seguir, foi realizada a codificação focalizada, que permite separar, classificar e sintetizar grande quantidade de dados. A codificação focalizada exige a tomada de decisão sobre quais os códigos iniciais permitem uma compreensão analítica melhor para categorizar os dados de forma incisiva e completa. Durante todo o processo, compara-se dados com dados, e, a seguir, dados com códigos.

Coerente com a teoria fundamentada, a codificação é um processo emergente, e a análise dos dados se iniciou logo após a primeira entrevista. A primeira entrevista foi transcrita, e foi realizada a sua codificação linha-a-linha logo em seguida; ou seja, cada linha da transcrição foi denominada de acordo com o seu significado. A análise da primeira entrevista direcionou a coleta de dados da entrevista subsequente, e esse processo ocorreu durante o todo andamento da pesquisa. A cada nova coleta de dados foi realizada a codificação linha a linha, comparando os dados dentro de uma mesma entrevista, entre outras entrevistas, ou comparando as entrevistas e a análise de documentos.

Para auxiliar na análise dos dados, foi utilizado o *software* NVivo® versão 10, que permite a codificação e o armazenamento do texto em categoria. Essa ferramenta suporta métodos qualitativos e variados de pesquisa, projetado para auxiliar a organizar, analisar entrevistas, e consultar os dados de maneira eficiente (CAVALCANTI *et al.*, 2017 ). Nessa pesquisa, a utilização do *software* facilitou a organização e agrupamento das categorias.

A codificação da teoria fundamentada é mais que um modo de selecionar, classificar e sintetizar os dados, tal como é o objetivo usual da codificação qualitativa. Em vez disso, a codificação da teoria fundamentada começa a unificar as ideias de um modo analítico, porque foram considerados quais poderiam ser os possíveis significados teóricos dos dados e códigos (CHARMAZ, 2009). A etapa seguinte é o desenvolvimento desses códigos, por meio da redação de memorandos.



### 5.5.1 Redação de Memorandos

Os memorandos são elementos imprescindíveis na elaboração da teoria fundamentada e consistem em anotações analíticas informais, que auxiliam na interpretação dos dados e estimulam o pesquisador a adotar uma postura reflexiva (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996; CHARMAZ, 2009). Essa ferramenta configura uma forma de registro referente à formulação da teoria, podendo parecer muito simples e superficiais no início do estudo (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996). Entretanto, sua redação facilita o desenvolvimento desse processo analítico e acelera a produtividade.

Essa estratégia foi utilizada a partir da primeira codificação e continuou durante toda a análise. Iniciei a escrita de memorandos retratando tudo o que eu estava observando nos dados, destacando os principais pontos que gostaria de abordar e explorar nas próximas entrevistas. A escrita foi feita de forma livre, sem preocupação com uma linguagem formal acadêmica, de forma que novas ideias e novos *insights* foram surgindo e proporcionando o refinamento dos dados.

A redação de memorandos permitiu maior proximidade com os dados, e também o registro de quais códigos seriam excluídos e quais melhor explicavam os dados, sendo assim, mantidos. Auxiliou também no processo de construção dos resultados.

### 5.6 Rigor da Pesquisa

O objetivo da verificação do rigor é descobrir se os dados obtidos na pesquisa representam a realidade e produzem uma explicação coerente e plausível sobre o fenômeno em estudo (GUBA; LINCOLN; 1985 *apud* MOREIRA, 2018). A qualidade e a credibilidade da pesquisa podem ser asseguradas pela transparência do pesquisador em relação ao seu posicionamento e envolvimento no estudo. Ele deve descrever de forma clara

todo o processo de coleta de dados e análise realizados no decorrer da pesquisa.

No que concerne à coleta de dados, a credibilidade é garantida por meio da triangulação dos métodos, que significa coletar dados em diferentes períodos e de fontes distintas de modo a obter uma descrição mais rica e detalhada de um mesmo fenômeno (AZEVEDO *et al.*, 2013). Para atender tal rigor, os dados foram obtidos por meio da utilização de entrevistas, análise de documentos e notas de campo.

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 (CHARMAZ, 2009). A técnica de fechamento do número amostral por saturação teórica na realização das entrevistas também contribui para conferir maior rigor. É importante destacar que, em pesquisa qualitativa, não se busca a generalização dos resultados. Em vez disso, a intenção é mostrar que as descobertas podem ser transferidas e podem ter significado ou relevância se aplicado a outros indivíduos, contextos e situações (TURATO, 2005).

## **5.7 Aspectos Éticos**

Esta dissertação é parte de um projeto intitulado “Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa no Sistema Único de Saúde”, 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.

A confidencialidade das informações fornecidas foi mantida, assim como a identidade dos participantes preservada. Durante a apresentação dos resultados, foram utilizados nomes fictícios, para fazer referência aos farmacêuticos e gestores. Todos os dados coletados e as gravações das entrevistas foram utilizados apenas para a realização desta dissertação.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O presente estudo, ao reunir o que se pode denominar como “lições aprendidas” pelos participantes, buscou compreender os principais elementos que corroboram para a sustentabilidade do serviço de GTM nos sistemas de saúde público e privado. Os resultados foram ilustrados por meio de falas dos entrevistados e alguns trechos do diário de campo da pesquisadora. Após análise sistemática dos dados, como preconizado pela teoria fundamentada, emergiram três categorias determinantes para o processo de sustentabilidade de GTM, sendo elas: “O cuidado colaborativo é essencial: “Não dá pra pensar em GTM somente como a díade farmacêutico-paciente”, “Negociando a sustentabilidade do GTM” e “Quem vai pagar pelo serviço? ”.

### **6.1 O cuidado colaborativo é essencial: “Não dá pra pensar em GTM somente como a díade farmacêutico e paciente”**

Com o número crescente de pacientes com doenças crônicas e em uso de múltiplos medicamentos, os sistemas de saúde carecem de uma abordagem sistemática e coordenada para avaliar o uso desses medicamentos no cotidiano das pessoas. O uso apropriado e o gerenciamento efetivo desses medicamentos podem ser viabilizados por meio da atuação em conjunto do farmacêutico provedor do GTM com os demais profissionais de saúde. A abordagem multiprofissional é fundamental para atender as necessidades dos pacientes e obter melhor controle das doenças. Os entrevistados consideraram que o trabalho realizado com outros profissionais de saúde é crucial para a sustentabilidade do serviço de GTM, como exemplificado a seguir:

O GTM é essencialmente multiprofissional. Não dá pra pensar em GTM somente farmacêutico e paciente... você vai ficar muito limitado. Vai no máximo corrigir algum problema de

adesão, forma de uso, mas, mais do que isso, você precisa de uma rede assistencial. (Sirius).

A interação com outras áreas de saúde possibilita melhor resolutividade dos problemas trazidos pelos pacientes. O GTM caracteriza-se por ser uma prática com uma abordagem holística para o paciente. Assim, na elaboração do plano de cuidado, pode ser necessário envolver outros profissionais de saúde para que as metas terapêuticas estabelecidas sejam alcançadas. Juntos, farmacêutico, paciente e equipe de saúde, podem encontrar estratégias para a resolução de problemas que extrapolam o campo da farmacoterapia, como descrito por Rígel:

Não é só para implantação, mas a gente precisa estar juntos para dar continuidade ao serviço. Os próprios resultados das nossas intervenções podem estar ligados ao trabalho com esses profissionais. Muitas vezes, o nutricionista e o educador físico impactam diretamente no trabalho que a gente faz com o diabético e com o hipertenso, e isso gera continuidade do serviço. É uma troca de confiança. (Rígel).

Além disso, o trabalho em equipe permite compartilhar as responsabilidades de cuidado ao paciente, o que é importante, uma vez que possibilita estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais prestadores do cuidado. Uma farmacêutica observou o crescimento do serviço na instituição que trabalhou a partir do momento que conquistou a confiança da equipe. Ela se tornou referência entre os colegas sobre as questões relacionadas aos medicamentos:

A equipe multidisciplinar [psicólogo, nutricionista] virou, assim, depois de um tempo, a minha maior parceria. Elas me encaminhavam muito porque os pacientes levavam pra elas questões de medicamentos e elas não sabiam o que fazer com aquilo. Eu acabava estabelecendo contato com o médico via encaminhamento que outro profissional fez e não o médico. (Bellatrix).

Outro aspecto do atendimento colaborativo, observado pela coordenadora da Unidade de Saúde, Avior, é a satisfação dos pacientes. Ela comenta que os pacientes se sentiam mais satisfeitos quando outros profissionais, além do médico e enfermeiro, se envolviam para tentar resolver suas queixas de saúde:

Os pacientes se sentiam muito acolhidos por ter vários profissionais ali envolvidos, junto com ele, para estar tentando resolver o problema de saúde que ele tinha. Isso fazia com que ele se sentisse muito valorizado, o vínculo entre o paciente e a equipe ficava mais consolidado. (Avior).

Esse vínculo com a equipe e com o paciente favorece o desenvolvimento do serviço. A partir desses relatos, pode-se inferir que o atendimento multiprofissional propicia o fortalecimento do serviço de GTM. Divine e colaboradores (2008) apontam a comunicação e colaboração efetiva com os demais provedores de cuidado como essencial para o bom desempenho do GTM. A interação multiprofissional possibilita o atendimento mais adequado aos pacientes com doenças crônicas. Costa e Pereira (2012) apontaram que a existência de um profissional que cuide e se responsabilize pela farmacoterapia do paciente é fundamental; a demanda pelo serviço passa a ser espontânea e toda a equipe de saúde encaminha os pacientes para o farmacêutico. Schultz e colaboradores (2012) revelaram que o valor do serviço de GTM para os pacientes inclui a colaboração do farmacêutico com a equipe de saúde. Os pacientes do referido estudo reconheceram que ter uma equipe interdisciplinar de saúde torna o cuidado mais eficaz.

Alguns entrevistados enfatizaram que, por estarem em um cenário onde não há outros profissionais de saúde, há dificuldade de dar continuidade ao GTM. Neste caso, relataram dificuldade para resolver alguns problemas quando era necessário envolver o prescritor. Bellatrix, que já atuou em um cenário ambulatorial com a presença de vários profissionais de saúde, e, no momento da entrevista atuava em um cenário onde não há equipe multiprofissional, compara essas duas realidades. Em sua opinião, esse distanciamento geográfico dos profissionais de saúde pode comprometer a resolutividade do serviço:

Eu sinto como é diferente eu não ter a possibilidade de ter outro profissional ali comigo além do farmacêutico. Nossa! É muito mais difícil! A gente resolve o problema com uma lentidão às vezes de meses, dificulta muito você estar isolado (...) e aí tem um impacto muito grande. Eu senti essa diferença porque eu acabei vivenciando o que é ter os profissionais ali perto de mim, entendeu?! (Bellatrix).

Legault e colaboradores (2012) apontaram que não compartilhar a mesma localização é uma das dificuldades para o desenvolvimento de um cuidado colaborativo, principalmente por limitar interações casuais e informais. Por outro lado, apenas compartilhar o mesmo espaço físico com outros profissionais de saúde não é suficiente para garantir que o serviço se desenvolva, sendo importante fomentar uma cultura de apoio colaborativo, na qual seja incentivado o trabalho em equipe.

Apesar do GTM apresentar resultados satisfatórios em vários cenários de prática já descritos na literatura - ambulatórios, farmácias comunitárias, hospitais, farmácia escola, clínicas, dentre outros (DETONI, 2016; DOSEA *et al.*, 2015; NEVES *et al.*, 2019) - locais que contam com a presença da equipe multidisciplinar são mais favoráveis à sua consolidação, pois facilita a comunicação entre os profissionais. Maracle e colaboradores (2012) apontam que cenários que contam com equipe multiprofissional facilitam a integração entre os colaboradores. Além disso, a presença física dos farmacêuticos provedores de GTM nas clínicas/ambulatórios favorece a comunicação e a construção de um bom relacionamento com os médicos, que são fundamentais para o desenvolvimento do serviço (MARACLE; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; BRUMMEL, 2012).

### **6.1.1 A parceria com o médico**

“Eu realmente vejo o médico como um parceiro, ele é peça chave no serviço”, comenta Canopus, que considera o apoio médico determinante para o avanço do GTM. Durante o processo de cuidado, podem ser necessárias alterações na farmacoterapia do paciente. Assim, estabelecer uma boa comunicação com o médico auxilia para que intervenções propostas sejam avaliadas e incorporadas à terapia, como exemplificado a seguir:

A ferramenta que o farmacêutico usa para trabalhar com o paciente é o PRM; ele tenta resolver e prevenir. E, para isso, a gente precisa ter uma parceria com o médico que faz essa prescrição. Para conseguirmos discutir o caso, propor as intervenções para que elas sejam aceitas, e a gente consiga obter os resultados clínicos que almejamos para esse paciente. (Adhara).

Essa parceria entre médico e farmacêutico começa a ser construída a partir da clareza do papel de cada profissional no processo de cuidado ao paciente. Atria e Sirius comentam que deixar claro essa especificidade dos saberes de cada profissional é importante para o estabelecimento de boas parcerias:

É uma parceria literalmente. Ele [médico] vai entender com o processo, com o seu raciocínio que casa com o dele, que complementa o dele, que é outra parte. A especificidade do trabalho é diferente. E aí isso é uma linha que às vezes pode ficar nebulosa e você precisa de um tempo pra deixar isso claro. (Atria).

E aí quando você tem isso claro, o outro profissional se abre rapidinho, impressionante! A gente tinha relações impressionantes entre médicos e farmacêuticos. Médicos que não queriam perder o farmacêutico de jeito nenhum; porque eles sabiam como fazia diferença, que o farmacêutico vai ajudar na farmacoterapia. (Sirius).

Nesta perspectiva, a troca de saberes com apoio mútuo favorece a construção de uma relação profissional pautada na corresponsabilização e na busca de melhores alternativas de tratamento para o paciente (SILVA, 2016). O estabelecimento dessa parceria acontece com o tempo, à medida que o serviço se desenvolve e os seus resultados vão sendo evidenciados. Os participantes reforçaram a importância de apresentar esses resultados, porque, a partir deles, os médicos vão se tornando mais abertos, utilizando mais o serviço, e, assim, favorecendo seu crescimento:

O mais importante para mim é gerar resultados; ele [médico] percebe o resultado do seu serviço à medida que você está fazendo e trazendo melhoria para o paciente. Ele vai demandando mais do serviço de GTM a ponto de encaminhar o paciente para a gente, ou de ir lá buscar a nossa opinião sobre determinado caso. Acho que isso mostra uma maturidade do serviço. (Canopus).

Os participantes reforçaram a importância de apresentar os resultados, porque, a partir deles, os médicos vão se tornando mais receptivos ao serviço. À medida que identificam que o GTM beneficia seus pacientes, a confiança no serviço e no profissional aumenta e os médicos se sentem mais seguros para recomendar o serviço, discutir os casos, trocar experiências, fortalecendo o serviço e a relação profissional. Bellatrix comenta sobre essa relação de confiança com os médicos:

Com os clínicos, eu tinha muito mais facilidade de abrir parcerias muito sólidas. Eles não tinham medo de me encaminhar. Tinha uma que falava assim: eu prefiro que o paciente vá em você primeiro, que você acha a problemada toda e já me manda para eu olhar depois. Teve situação do paciente querer uma segunda opinião médica, eu oferecia que ele passasse em um médico mais parceiro meu, e o paciente ficava muito satisfeito por ter essa possibilidade. (Bellatrix).

McInnis e Capps (2016) revelam que a parceria com o médico é fundamental para o sucesso do GTM, bem como a realização de acordos colaborativos. Esses acordos de prática colaborativa permitem maior autonomia aos farmacêuticos, ao poderem realizar intervenções pré- estabelecidas e acordadas na farmacoterapia. Os farmacêuticos do presente estudo reconheceram que estabelecer esses acordos nos cenários de prática é um importante passo a ser dado nesse caminho pela sustentabilidade do GTM. Sirius, que tem uma relação de confiança com seus médicos parceiros, acredita que assumir essa autonomia através dos acordos é uma grande responsabilidade. Vale enfatizar que esses acordos auxiliam o próprio médico na sua prática clínica, além de favorecer o desenvolvimento do GTM:

Hoje, eu já mexo na prescrição médica lá do meu grupo. Mas a gente ainda está formalizando. Isso para o médico é uma responsabilidade muito grande. Eu me coloco no lugar dele. A minha endócrino fala assim comigo: 'Estou mexendo em tal paciente, você olha pra mim durante a semana? Me dá notícia? Porque você encontra o paciente mais que eu. Se precisar, você mexe; a gente discute o caso'. Ela fica muito mais tranquila. (...) então isso pro médico é bom. (Sirius).



No sistema *Fairview Health Services* dos EUA, referência internacional de experiência bem-sucedida do serviço, os farmacêuticos provedores do GTM trabalham sob um acordo de prática colaborativa que permite a eles iniciar, modificar e descontinuar medicamentos para várias condições clínicas (MARACLE; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; BRUMMEL, 2012). Os médicos que trabalham em parceria com esses farmacêuticos ressaltam como essa autonomia é útil para a sua prática médica, uma vez que são muitos pacientes e o tempo é insuficiente para atender todas as demandas.

Nesse contexto de cuidado colaborativo, têm-se discutido sobre novas abordagens para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde frequentemente. O objetivo quádruplo (*quadruple aim*), elaborado pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), representa uma das estratégias que contemplam os cuidados baseados em valor. O *quadruple aim* concentra quatro dimensões importantes: i) aumentar a qualidade de saúde das populações; ii) melhorar a experiência do paciente em relação à assistência; iii) reduzir os custos dos cuidados de saúde; iv) melhorar a vida profissional dos prestadores de cuidados (BODENHEIMER; SINSKY, 2014; MCINNIS; CAPPS, 2016). Ao longo desse trabalho foi perceptível a consonância entre os aspectos do objetivo quádruplo e os fatores que podem impactar no processo de sustentabilidade do GTM.

A luz da quarta dimensão do *quadruple aim*, o farmacêutico clínico promovendo o gerenciamento de medicamentos dos pacientes mais complexos, pode contribuir para melhorar essa condição de sobrecarga vivenciada por muitos profissionais de saúde, sobretudo médicos clínicos (Moreno *et al.*, 2017; Funk *et al.*, 2019). Neste sentido, é importante ressaltar as elevadas taxas de esgotamento por parte dos clínicos nos Estados Unidos, com uma prevalência estimada de sintomas da síndrome de *burnout* de 35% a 54% entre médicos (NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE citado por GRUNDY, 2020), que prejudicam a qualidade da assistência prestada e o alcance do objetivo quádruplo.

Um estudo realizado em Minnesota associou a diminuição da carga de trabalho e do esgotamento de médicos da atenção primária, e a melhoria do bem-estar profissional com a incorporação de farmacêuticos clínicos à equipe

(FUNK *et al.*, 2019). Ademais, uma vez que o GTM realizava a educação dos pacientes sobre seus medicamentos e avaliação dos mesmos, os médicos podiam realizar atendimentos mais direcionados e ter mais disponibilidade para o atendimento de outros pacientes (FUNK *et al.*, 2019).

## 6.2 Negociando a sustentabilidade do GTM

“O GTM é uma grande negociação!” (Atria). Essa fala de Atria retrata uma característica essencial do serviço: a realização contínua de negociações e acordos. Frequentemente, o farmacêutico precisa negociar objetivos com os *stakeholders* do serviço: pacientes, médicos, profissionais de saúde e gestores. Os participantes desse estudo destacaram os elementos envolvidos na negociação com a gestão que impactam na sustentabilidade do GTM.

É importante considerar como ponto de partida que, dificilmente, um gestor apoiará um serviço que não compreenda. Sendo assim, os gestores precisam compreender algumas particularidades desse serviço clínico para que seja criado um ambiente favorável para o seu desenvolvimento. Canopus comenta sobre essa comunicação inicial com a gestão:

Às vezes ele [gestor] já ouviu falar de farmácia clínica; tem uma ideia do farmacêutico nesse sentido, mas, do GTM, às vezes ele não tem ideia. Explicar o que é o serviço de uma forma que ele vai entender, quais os resultados que se pretende alcançar, a estrutura mínima que é necessária e quais os processos a gente tem que executar é extremamente importante. Porque tudo isso vai impactar em tempo, necessidade de espaço, em dinheiro para ser investido. (Canopus).

É essencial a apresentação do GTM de forma clara e objetiva, reforçando que o mesmo não consiste de um atendimento farmacêutico pontual do paciente, como a dispensação de medicamentos, por exemplo. É desejável que o gestor compreenda que se trata de um serviço com uma filosofia de trabalho norteadora, que coloca o paciente no centro da sua prática e prevê o provimento contínuo de um serviço, assim como proposto por outras profissões da saúde. O farmacêutico provedor desse serviço se identifica com a necessidade social de reduzir a morbimortalidade e assume a responsabilidade

pelo cuidado do paciente. Assim, além de propor um novo serviço, é necessário que a gestão entenda que quem realiza esse trabalho é um profissional diferenciado, que se dispôs a aprender a metodologia e incorporar essa filosofia de prática (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Os entrevistados enfatizaram que a perenização do serviço depende da formalização e do respaldo legal dos acordos firmados com a gestão. Os trechos a seguir ressaltam que uma articulação política no sentido de estimular a oficialização do serviço é fundamental para que ele avance. Além disso, é ressaltado que a falta de uma documentação legal pode resultar na sua descontinuidade, como aconteceu na experiência dos dois participantes que se pronunciaram a seguir:

Quando propusemos o projeto, o tempo realmente foi pequeno. Nós queríamos fazer uma portaria; um documento técnico que estabelecesse o serviço. Mas a gente não deu conta. A gente tinha vários documentos registrando; várias publicações. Mas uma coisa forte, tipo publicado pela Câmara, ou um decreto, não. Aí veio a outra gestão e tirou tudo porque não tinha um documento que resguardasse. (Sirius).

Tudo depende de uma articulação política. Inclusive, não é só a implantação de um projeto; é de qualquer coisa que você for fazer. Por trás de tudo, existe uma questão política. O que eu acho que não deve existir é o uso disso; o uso político de um projeto. Porque aí isso passa a atrapalhar sua continuidade. (Castor).

É fato que a sustentabilidade do serviço de GTM no sistema público pode ser facilitada pelo apoio da gestão municipal, desde que não esteja vinculada a uma figura política, como o prefeito e/ou secretário de saúde. Dessa forma, uma eventual troca de governo, não descontinuará o serviço. Gonzalez *et al.* (2020) afirmam que o contexto político pode afetar diretamente a sustentabilidade de um serviço de saúde quando uma nova administração apresenta diferentes objetivos e prioridades, deixando assim de apoiar alguns serviços. Nogueira (2006) analisa que a interrupção de iniciativas e projetos em função de um viés político, muitas vezes, despreza a qualidade e os benefícios obtidos pela intervenção

Os profissionais que atuam na rede pública discutiram sobre a institucionalização do GTM nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da necessidade de o serviço passar a fazer parte do escopo de atividades locais. Com a institucionalização, a oferta do serviço passaria a ser requisitada, e até mesmo exigida dentro daquele cenário, não estando vinculado ao profissional que deseja ou não fazer o serviço:

A gente precisa de uma cooperação política para o serviço ser institucionalizado; pra ser aceito; para as conversas com os outros profissionais fluírem e poderem ser ratificadas por um nível acima do seu; para não ser só você contando que você faz isso. Eu comecei sem isso, mas o sucesso que eu obtive não foi sustentável, porque eu saí e o serviço acabou. A profissional que está lá não deu continuidade. (Atria).

Hoje, a oferta de GTM pelos farmacêuticos que atuam nas UBS está muito associada ao desejo que esse profissional possui em realizar essa prática. Não há uma exigência (da coordenação, supervisão) para que essa atividade seja realizada. A grande variedade de possibilidades de atuação do farmacêutico no mercado de trabalho dificulta o reconhecimento da sua real responsabilidade enquanto profissional de saúde clínico. Essa falta de identidade profissional resulta em diferentes perfis de farmacêuticos, com competências também distintas. Isso dificulta a configuração identitária do farmacêutico pelos diferentes *stakeholders*, como gestores em saúde, pacientes e profissionais (MARACLE; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; BRUMMEL, 2012; SANTOS, 2018).

Um estudo, envolvendo farmacêuticos e gestores de saúde, revelou que estes consideram que a formação clínica insuficiente dos farmacêuticos durante e após a graduação cria uma barreira importante na implantação do serviço clínico. Acrescentando-se a isso, a formação tradicional dos farmacêuticos acaba levando a uma resistência e dificultando a compreensão e a importância do serviço clínico farmacêutico (SANTOS, 2018). Esse mesmo estudo, assim como outros (MARACLE; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; BRUMMEL, 2012), mostrou que a falta de compreensão da atuação do farmacêutico gera uma resistência entre os pacientes, que não identificam a necessidade em buscar esse profissional. Essa realidade impacta na sustentabilidade do serviço, como relatado por Atria.

Assim, uma estratégia para favorecer a continuidade do serviço é pactuar com a gestão uma diretriz que normatize o serviço de GTM para que ele esteja integrado às demais atividades realizadas dentro da UBS. Nessa diretriz precisa estar explícito as atribuições do farmacêutico, para que este tenha clareza do seu papel e, paralelo a isso, os gestores também tenham respaldo para cobrar que tal serviço seja desempenhado. Reforçando sobre a institucionalização do papel do farmacêutico como clínico nas UBS, os farmacêuticos consideraram a importância da utilização do método clínico no GTM. Bellatrix observou que: “Os serviços que geram mais resultados, que geram mais respaldo a sustentabilidade, são os que têm uma forma sistematizada de avaliar (...) dispensação não tem método clínico, o GTM sim”. A utilização do método clínico no GTM possibilita a reprodutibilidade do serviço e contribui para a sua padronização.

Sorensen e colaboradores (2020) discutiram como a consistência no processo de atendimento ao paciente, através de uma abordagem sistematizada de avaliação feita pelo farmacêutico, impacta na capacidade da profissão em demonstrar seu valor. A avaliação de cada medicamento quanto à indicação, eficácia, segurança e adesão é uma contribuição única do farmacêutico. Esse processo de pensamento confere os padrões necessários para criar consistência e confiança na experiência do paciente com o farmacêutico.

Pensando na participação dos usuários, os Conselhos de Saúde representam uma estratégia importante para promover a discussão sobre a regulamentação desse serviço clínico no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os Conselhos de Saúde permitem que a população participe da gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais (Ministério da Saúde, 1990). Uma vez que os usuários vivenciem que a oferta de GTM na atenção primária contribui para atender às suas necessidades e tenham boas experiências, a manutenção desse serviço clínico passa a ser defendida também pela população.

## 6.2.1 Indicadores e documentação como subsídios para negociações

Durante o contínuo processo de negociação do serviço de GTM com o gestor, sua qualidade e seus benefícios precisam ser evidenciados. “A colaboração que o gestor oferece, vem baseada na contrapartida de que você também disponibiliza para ele; é uma via de mão dupla”, relata Castor. Tendo isso em vista, a monitorização contínua do serviço e seus resultados podem respaldar as negociações acordadas com a gestão. Essa monitorização se dá a partir de indicadores, que são importantes ferramentas para acompanhar o desempenho do serviço, e apontam o nível e requisitos que o serviço deve apresentar para garantir sua sustentabilidade (BITTAR, 2001).

A utilização de indicadores de qualidade que avaliam estrutura, processo e resultado já foi reportada em alguns estudos para avaliar o GTM, a Atenção Farmacêutica e serviços clínicos farmacêuticos em farmácias comunitárias (LEITE, 2019; SANTOS, 2018; SOUSA *et al.*, 2016). Os entrevistados relataram a importância da utilização desses indicadores durante os atendimentos, e como essa monitorização possibilita o melhor acompanhamento dos dados e um diálogo mais persuasivo com a gestão:

Então, para eu pensar em qualidade de serviço, eu preciso de indicador. E é uma ferramenta pra eu trabalhar com o meu gestor. Eu levo os indicadores pra ele e mostro: ‘olha, a partir da nossa proposta, a minha produção é essa, meus indicadores são esses. (Sirius).

Ao final de cada primeira consulta, a gente preenche uma tabela, onde avaliamos quantas doenças o paciente tem e as classificamos. Identificamos os PRMs e também a condição de saúde do paciente. Com base nesses indicadores, no final, começamos a compilar os dados. Tem tudo registrado no nosso sistema informatizado. O sistema gera muito a questão de número né! Que, para o gestor, também é importante acompanhar esses resultados. (Rígel).

Ao que diz respeito a utilização de indicadores, observa-se que os estudos de locais onde o GTM está mais avançado destacam apenas os indicadores de resultados clínicos e econômicos, mas não descreverem as

iniciativas e processos que levaram a esses resultados (LEITE, 2019). A divulgação desses processos contribuiria para que outras instituições se organizassem para alcançar resultados satisfatórios semelhantes.

Embora todos os farmacêuticos entrevistados concordassem com a importância desses indicadores para o serviço, alguns deles reconheceram que não acompanham de perto esses instrumentos de trabalho. Relataram também a preocupação em realizar os atendimentos clínicos, mas não de monitorar sistematicamente seus dados. Dessa forma, informações relevantes e que poderiam contribuir para a consolidação do serviço, deixaram de ser avaliados. Como descrito na fala a seguir:

Eu dei muito mais enfoque para tentar aprender ali o cuidado do que necessariamente acompanhar indicadores. Isso realmente foi uma falha minha, não sei de conhecimento, de vivência, mas eu tinha uma demanda por atender e resolver os problemas dos nossos pacientes. Então, isso faltou. Tanto que eu não sei te falar exatamente quantos que eu atendi, quantas consultas que eu fiz. Apenas em momentos pontuais eu levei indicadores pra minha gestão. (Bellatrix).

Não monitorar o serviço por meio desses instrumentos pode representar um equívoco dos provedores do GTM, e coloca em risco a sustentabilidade do serviço. Muitas vezes, faltam planejamento e organização para que esse monitoramento seja realizado. Um profissional com competência clínica é primordial; no entanto, uma boa gestão do seu serviço é fundamental.

Fazendo uma breve comparação com os serviços clínicos prestados no âmbito hospitalar, onde toda atividade clínica geralmente envolve um indicador, o provedor do GTM pode se espelhar no processo de monitorização que esses profissionais realizam. Um dos motivos para que essa rotina de monitorização dentro do hospital seja constante advém do processo de acreditação, o qual avalia a conformidade das práticas e serviços prestados (BRASIL, 2002). É importante que o serviço de GTM tente se aproximar desse processo de avaliação, com a utilização contínua de indicadores para acompanhar os resultados do serviço, e padronizar a qualidade da assistência (LEAL, 2016).

Na busca por essa padronização do serviço, um elemento essencial destacado pelos participantes é a realização de uma boa documentação. Esta pode subsidiar a reprodutividade e continuidade do serviço, além de viabilizar sua avaliação por meio de indicadores. Atria comenta que a falta de padronização na documentação dos atendimentos realizados dentro das UBS prejudica a identificação dos resultados do GTM: “(...) mesmo fazendo o mesmo serviço que ele [outro farmacêutico], ele em um Centro de Saúde e eu em outro, se a gente registra diferente, não registra adequadamente ou mesmo usa uma documentação diferente, isso dificulta.” (Atria)

McInnis e Capps (2016) relatam experiências bem-sucedidas do serviço de GTM, e, nelas, todos os profissionais apontam que a documentação é uma das principais ferramentas na busca pela consolidação do GTM. Além disso, é imprescindível, tanto para o controle de qualidade do serviço oferecido, quanto para a demonstração do impacto da atenção farmacêutica no cenário de saúde atual (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Nesse intuito, Bellatrix ressalta a documentação como uma ferramenta importante nos diálogos realizados com a gestão:

Não dá pra eu só virar e falar: “Ah eu achei ‘x’ PRM”. É mais fácil eu falar para ele [gestor] quais são as causas dos problemas que eu encontrei mais. O que mais precisei intervir, faz mais sentido isso. Pegar ali o que significa os resultados positivos, melhora, estável, e mostrar como um paciente descompensado evoluiu durante as consultas, por exemplo. Hoje, eu acompanho de três em três meses os dados, e assim eu consigo perceber como está a evolução e a resolutividade. (Bellatrix).

### **6.3 Quem vai pagar pelo serviço?**

Uma discussão crucial na busca pela sustentabilidade de um serviço clínico é sobre os recursos financeiros disponíveis para sua execução. A falta de um planejamento financeiro, como relatado pelos entrevistados, pode inviabilizar a oferta do GTM em longo prazo. No SUS, Castor relatou sobre a falta de investimento específico para viabilizar esse serviço:



A gente não tem nenhum tipo de financiamento para realização desse serviço, contratação de profissionais específicos para isso. E os profissionais acabam executando o seu serviço administrativo, e, nas horas possíveis, tentando fazer alguma coisa relacionada ao cuidado, e que não chega a ser mesmo a questão da atenção farmacêutica. A política de assistência farmacêutica no Brasil, ela não tem uma linha de financiamento pra introdução desse tipo de serviço. Então, o que acontece? Nós trabalhamos com ações pontuais que são feitas mais pela vontade dos próprios profissionais de fazer acontecer. (Castor).

Hoje, o pagamento pelo serviço de GTM é realizado pela própria instituição, seja pública ou privada. No SUS, os farmacêuticos das UBS recebem uma remuneração fixa, não sendo acrescido valor financeiro ou outra espécie de bonificação pela realização do serviço GTM. No sistema privado, a decisão fica a cargo da gestão; mas, de forma geral, também é estabelecido um valor fixo de pagamento pelo serviço prestado. Em consultórios particulares, onde a oferta do GTM ainda é incipiente, o pagamento é feito pelo próprio paciente. Quando a oferta do serviço está vinculada a uma instituição acadêmica, por meio de alguma pesquisa, o serviço é fornecido de forma gratuita. Bellatrix, que trabalhou em uma cooperativa médica privada por quatro anos, comenta que a questão financeira foi determinante na sua decisão de deixar a instituição:

Eu saí porque eu ganhava muito mal. Eu fiquei bastante tempo porque eu aprendi muito lá. Eu amo atender e isso me sustentou por muito tempo. Mas não tinha um diferencial; não tinha uma perspectiva de progressão. Eu acho isso horrível porque você assume uma responsabilidade imensa e não é valorizado. Chegou num ponto que já não compensava financeiramente, e isso foi o que pesou mais. (Bellatrix).

Ao discutir sobre recursos financeiros no contexto dos sistemas de saúde, se torna importante conhecer as mudanças nos modelos de pagamento que já estão acontecendo em alguns países. A transição ou complementação do modelo de taxa por serviço (*fee-for-service*) com modelos de reembolso baseados em valor (KLIETHERMES, 2019; PUTERA, 2017). Nessa abordagem, “valor” diz respeito ao atendimento com foco no paciente, nos resultados obtidos, considerando suas preferências e necessidades, e valorizando a experiência do paciente com o serviço (KLIETHERMES, 2019). Os resultados geram valor quando o tratamento e o gerenciamento da

condição clínica trazem os maiores benefícios de saúde que os pacientes poderiam alcançar.

Esses “novos” modelos, que já vem sendo testados desde os anos 1990, vêm sendo implementados lentamente no Brasil. No modelo de pagamento por serviço, quando um serviço é prestado, uma taxa é cobrada e reembolsada ao provedor desse serviço. Dessa forma, quanto mais vezes um serviço é prestado, maior é a receita gerada. Já existem evidências de que o modelo de pagamento por procedimento tem sido insuficiente para responder às demandas atuais do setor de saúde no Brasil (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR [ANS], 2019).

O pagamento por desempenho é uma estratégia/ferramenta amplamente defendida dentro desses modelos de remuneração. O pagamento por desempenho (*pay-for-performance* - P4P) consiste na transferência de dinheiro para provedores ou serviços de saúde condicionada a resultados alcançados a partir de ações ou metas predeterminadas (BARRETO, 2015; ANS, 2019). O P4P na saúde tem por objetivo incentivar condutas individuais ou coletivas para a obtenção de melhores resultados na provisão de serviços de saúde. Discutir com profundidade os vários modelos de remuneração baseados em valor não é o objetivo desse estudo. Mas, quando estamos indagando a sustentabilidade dos serviços de GTM no Brasil, introduzir esse conceito se torna importante uma vez que o farmacêutico provedor do GTM precisa estar atento às discussões sobre esses modelos.

Os participantes consideram que a filosofia do GTM converge com o entendimento dos cuidados de saúde baseado em valor. Adhara relata que, para que o GTM se desenvolva e produza os resultados plenos que ele tem a capacidade de produzir, seria necessária uma mudança estrutural no nosso sistema de saúde no sentido de incorporar o conceito de saúde baseada em valor:

O GTM (...) precisa estar inserido dentro de um modelo de cuidado que seja baseado em resultados para que esse serviço seja perene. Eu acho que a sustentabilidade do serviço de GTM fica comprometida justamente porque o modelo médico que a gente tem hoje não é um modelo preventivo; ele é um modelo curativo emergencial. Então, o resultado do paciente não é o objetivo da equipe, a equipe vai apagando pequenos

incêndios e a intervenção não é feita em cima de resultados. (Adhara).

No sistema público brasileiro, o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária a Saúde busca estimular o pagamento por desempenho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Para o cálculo do valor, será considerado o resultado dos indicadores alcançados pelas equipes de saúde da família. Até o presente momento, foram estabelecidos apenas indicadores de processo como, por exemplo, o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Mas, até 2022, encontra-se prevista a divulgação de novos indicadores, dentre os quais, espera-se que constem indicadores de resultados, que são mais adequados para avaliar o desempenho e a qualidade do serviço. Nesse contexto, o serviço de GTM configura uma importante estratégia para aumentar a resolutividade das equipes e melhorar seu desempenho, sendo que alguns trabalhos já evidenciaram seu impacto satisfatório na atenção primária brasileira envolvendo doenças crônicas (MENDONÇA *et al.*, 2016; NEVES, *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

Sob a perspectiva do sistema de saúde complementar, o fato do serviço de GTM ser relativamente novo no Brasil e a atuação do farmacêutico como clínico ainda não é reconhecida pela população em geral, faz com que o interesse em pagar pelo GTM seja um desafio inicialmente. Os entrevistados comentaram sobre a possibilidade de realizar a oferta do GTM em consultórios particulares, mas acreditam que o serviço ainda não alcançou essa maturidade porque os pacientes não o compreendem. Canopus comenta sobre essa questão no trecho a seguir:

Eu tenho pensado muito é sobre quem vai pagar o GTM. Se a gente pensar no serviço privado, eu não acho que o paciente em si está preparado para pagar pelo serviço. Se uma pessoa não entende o que você faz, não tem como ela buscar o serviço. Então, eu acho que os melhores cenários são aqueles que o pagamento do serviço vai ser feito pela própria instituição. Se for numa clínica de reumatologia, que é onde eu estava mais ligado, a própria clínica faria esse pagamento do profissional. (Canopus).

Considerando que a ausência do financiamento é um dos fatores essenciais que dificultam a sustentabilidade de um serviço clínico, é fundamental pensar em estratégias que possam fomentar recursos financeiros. No setor privado, o contrato com operadoras de planos de saúde, constitui uma estratégia para viabilizar, ao menos, parte desses recursos financeiros necessários. Nesse sentido, um estudo americano descreveu como os resultados clínicos e econômicos dos serviços de GTM com abordagem na saúde baseada em valor podem beneficiar financeiramente operadoras de planos de saúde (TRIPICCHIO *et al.*, 2019). Foi demonstrado que a cobertura por serviços de GTM pode diminuir os custos médicos totais em decorrência da otimização da farmacoterapia dos pacientes e redução da sua agudização. Além disso, foi demonstrado que prover GTM pode aumentar a competitividade dos planos de saúde no mercado, uma vez pode melhorar a classificação de qualidade dos planos de saúde e propiciar o pagamento de bônus de qualidade. Dessa forma, a cobertura do GTM por planos de saúde pode ser vista como uma iniciativa interessante de financiamento do serviço.

O estudo de Maracle e colaboradores (2012) traz o relato de médicos que afirmam que a questão financeira representa uma barreira no acesso dos pacientes ao serviço de GTM. Uma vez que não são todos os planos de saúde que fazem a cobertura do serviço e muitos pacientes não conseguem pagar por ele. Isso decorre do fato de algumas clínicas considerarem dispendiosa a presença do farmacêutico em tempo integral.

Por outro lado, é possível que, à medida que a atuação dos farmacêuticos no atendimento direto aos pacientes evolua e o reconhecimento desse serviço clínico cresça, assim como o conceito de saúde baseada em valor nos sistemas de saúde, a remuneração desses profissionais poderá ser feita baseada nos resultados obtidos pelos pacientes. Tendo isso em consideração, o GTM, assim como outros serviços de saúde destinados ao atendimento direto ao paciente necessita de um aporte financeiro. Esse farmacêutico, ainda que encontre satisfação profissional na oferta desse serviço, sem um retorno financeiro, pode se ver impelido a buscar outras possibilidades no mercado, o que resultaria na descontinuidade do GTM. Além disso, incentivos financeiros podem melhorar a qualidade de atendimento.

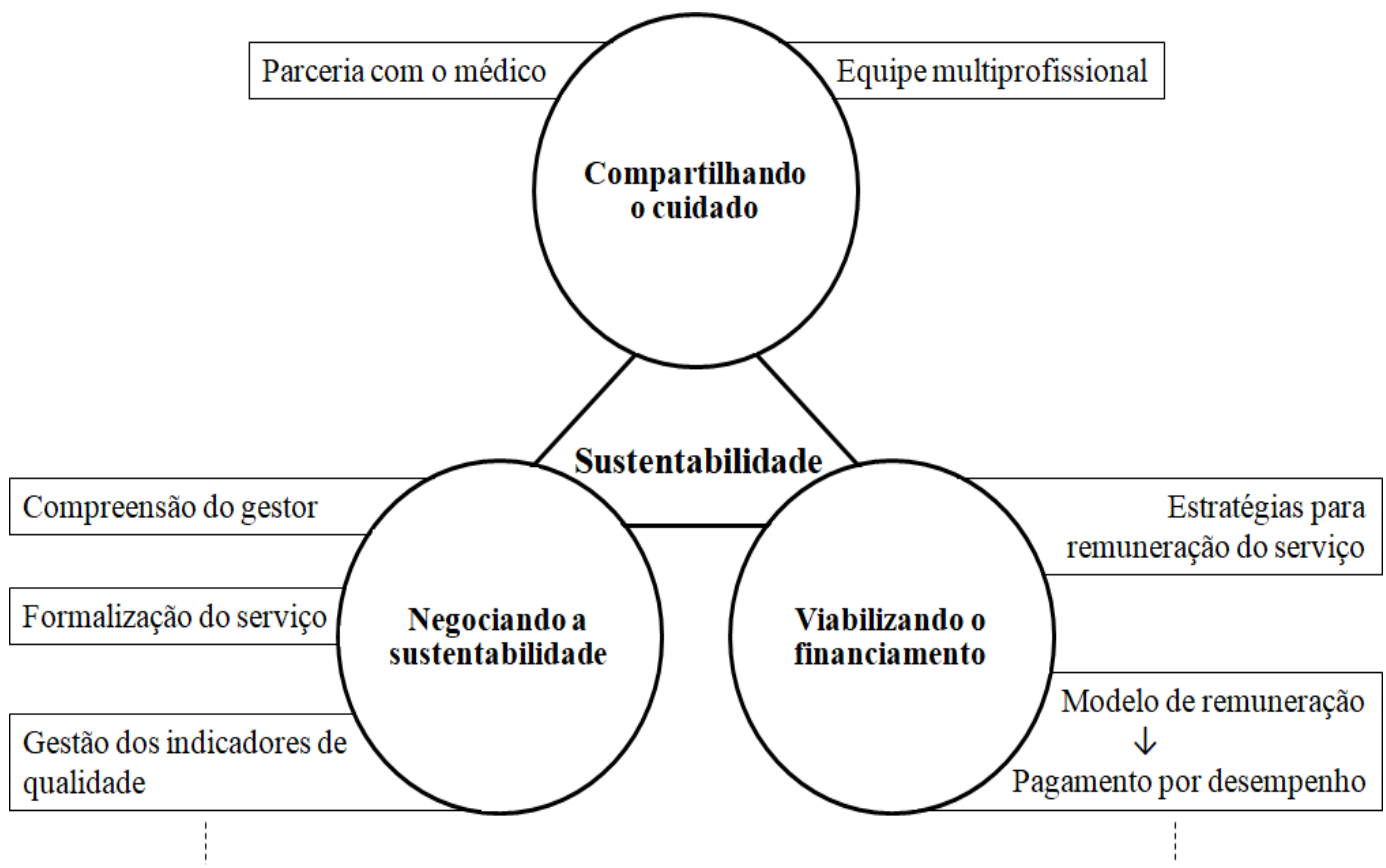
Quando há recursos financeiros disponíveis, é possível, por exemplo, a contratação de mais profissionais para realizarem o atendimento, favorecendo o acesso de mais pacientes, estimulando o crescimento do serviço.

Essa discussão a respeito da remuneração nos faz refletir sobre qual deveria ser a origem do financiamento de um serviço clínico. Considerando o GTM, que é um serviço clínico ligado a profissão de farmácia, há um processo de pensamento vinculado ao produto. Serviços e produtos não funcionam sob a mesma lógica de raciocínio; enquanto um é resultado de um processo de produção (produto) o outro tem relação ao atendimento de uma demanda que não necessariamente envolve mercadorias. Todo serviço clínico deveria estar ligado a um departamento que pensa no reembolso, ou na remuneração pelo oferecimento de serviço e não pela distribuição de produto, como acontece atualmente. A partir daí, poderíamos avançar no planejamento de recursos financeiros para serviços clínicos.

#### 6.4 Elementos envolvidos no processo de sustentabilidade do serviço de GTM: modelo proposto

A partir dos resultados deste trabalho, que revelaram as categorias e subcategorias que compreendem o processo de sustentabilidade, na figura 2 está representada uma estrutura teórica representativa desse processo.

Figura 2. Proposta de modelo para o processo de sustentabilidade.



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de uma metodologia qualitativa possibilitou uma melhor compreensão dos elementos envolvidos no processo de consolidação do GTM. A sustentabilidade de um serviço contínuo que tem o paciente como o centro da prática é diferente da sustentabilidade de um serviço que propõe o atendimento pontual do paciente. O GTM possui um paradigma norteador, no qual o profissional se prontifica em atender uma necessidade social (reduzir a morbimortalidade pelo uso de medicamentos), extremamente relevante no cenário atual. Assim, a discussão em torno do fortalecimento desse serviço traz impactos potenciais importantes no sistema de saúde como um todo, no tocante à saúde pública e complementar.

As categorias reveladas a partir da experiência de farmacêuticos e gestores que vivenciaram a oferta do GTM evidenciaram que os fatores que impactam na sustentabilidade devem ser considerados desde a sua implementação. Ambos (implementação e sustentabilidade) devem ser planejados e medidos simultaneamente, uma vez que esse procedimento possibilita identificar barreiras e facilitadores que impactam no sucesso do serviço.

O sucesso do serviço em longo prazo também é reflexo dessa implantação que foi bem conduzida e estruturada. Devem ser levados em consideração competências e habilidades do profissional provedor do serviço; a condução do trabalho em parceria com o prescritor e demais profissionais de saúde; estabelecimento de diálogo com a gestão, acordando metas e responsabilidades; e análise acerca de como o serviço se manterá financeiramente.

Ressaltamos que as categorias reveladas neste trabalho não compreendem as únicas condições necessárias para assegurar a sustentabilidade do serviço. No entanto, se levadas em consideração, aumentam a chance de sucesso do serviço de GTM. Aprender com essas experiências é considerar os desafios com os quais outras pessoas já se defrontaram, e reunir ferramentas que vão

auxiliar nesse processo de fortalecimento do serviço. Como bem exposto nas palavras de um dos participantes desse estudo:

Entender o que deu e o que não deu certo; discutir essas lições aprendidas pode incentivar novas pessoas a fazerem novas ações com pouco mais experiência, um pouco mais de sabedoria, para que a gente consiga vencer os desafios inerentes à prática. (Castor).

Foi esse pensamento que me fez envolver com bastante entusiasmo nessa jornada pela compreensão da sustentabilidade do serviço de GTM. Acredito que a ansiedade de fazer acontecer, que muitas vezes nos leva a iniciar um projeto sem o planejamento adequado, deu lugar a uma pausa para reflexão e organização. Reconhecer essas experiências e incorporar todo conhecimento compartilhado aqui é fundamental para que possamos avançar de forma mais consciente na nossa prática clínica. Espero fortemente que compartilhar essas experiências possa motivar outros colegas farmacêuticos, que assim como eu anseiam ver o serviço de GTM bem consolidado no seu cenário de prática, a seguir em frente, com coragem e sabedoria para encarar os desafios que são inerentes a todo processo transformador.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor.** Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/Guia\\_Modelos\\_de\\_Remunera%C3%A7%C3%A3o\\_Baseados\\_em\\_Valor.pdf.2019](http://www.ans.gov.br/images/Guia_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf.2019)>. Acesso em 20 de jun. 2020.
- AZEVEDO, C. E. F. *et al.* **A Estratégia de triangulação:** objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade - EnEPQ, p. 1–16, Brasília, 2013.
- BACCI, J. L.; MCGRATH, S.H.; PRINGLE, J.L. **Implementation of targeted medication adherence interventions within a community chain pharmacy practice:** The Pennsylvania Project. *Journal of the American Pharmacists Association.* Volume 54, 2014.
- BARRETO, J. O. M. **Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde:** uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5):1497-1514, 2015.
- BAUER, M. S. *et al.* **An introduction to implementation science for the non-specialist.** *BMC Psychology*, 2015.
- BITTAR, O. J. N. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.** *Revista de Administração em Saúde.* Vol. 3, Nº 12 – Julho-Set, 2001.
- BODENHEIMER, T.; SINSKY, C. **From Triple to Quadruple Aim:** Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med.*12:573-576, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual.2002b – Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica – Caderno 1:** Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde.1ª edição, Brasília - DF, editora MS, 2014 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica. Caderno 2:** Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. 1ª edição, Brasília - DF, editora MS, 2014(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB).** 1ª edição revisada - versão preliminar eletrônica, Brasília-DF, editora MS, 2018.

BRODIE, D. C.; PARISH, P. A.; POSTON, J. W. **Societal needs for drugs and drug-related services.** Am. J. Pharm. Educ., v.44, p. 276-278, 1980.

CASSIANI, S. B.; CALIRI, M.H.L.; PELÁ, N.T.R. **A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa.** Rev. latino-am. de enfermagem, v. 4, n. 3, p. 75-88, 1996.

CAVALCANTI *et al.* **A análise de conteúdo com a utilização do software Nvivo:** a aplicação no campo da educação profissional. Atas do VIII Encontro Ibérico EDICIC Universidade de Coimbra, 2017. Disponível em <<https://memoria.ifrn.edu.br/handle/1044/1417>>. Acesso em fev.2020.

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

CIPOLLE, R. J; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice:** The Patient-Centered Approach to Medication Management Services. McGraw-Hill Medical Publishing; Ed.3, p. 697, 2012.

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

CORRER, C. J.; OTUKI, M.F. **Método clínico de Atenção farmacêutica.** 2011. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmacautica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmacautica.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

COSTA, J. M.; PEREIRA, M. L. **Implantação da Atenção Farmacêutica em uma unidade de Atenção Primária à Saúde do Brasil: avaliação qualitativa por uma equipe multiprofissional.** Rev APS. Jul/set; 2012. 15(3): 287-293.

DALY, K. J. **Qualitative Methods for Family Studies and Human Development.** Califórnia: SAGE Publications, 2007. 312 p.

DETONI, Kirla Barbosa. **Implantação do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa no componente especializado da assistência farmacêutica.** 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

DIVINE, H. *et al.* **PharmacistCARE:** Description of a pharmacist care service and lessons learned along the way. Journal of the American Pharmaceuticist Association. V. 48, p.793–802, 2008.

DOSEA, Aline Santana. **A percepção do farmacêutico no processo de implantação de serviços clínicos farmacêuticos.** 2015. 82f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas.) - Universidade Federal de Sergipe, 2015.

FABEL, P. H. *et al.* **A sustainable business model for comprehensive medication management in a patient-centered medical home.** J. Am Pharm Assoc. V. 59(2), p. 285-290, 2019.

FILHO, J. R.; BATISTA, L. M. **Perfil da atenção farmacêutica nas farmácias comerciais no município de João Pessoa-PB.** Rev. Bras.Farm. 92(3): 137-141, 2011.

FELDSTEIN, A. C.; GLASGOW, R. E. **A Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) for Integrating Research Findings into Practice.** The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, vol.34 (4), 228–243, 2008.

FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; PERINI, E. **Atenção Farmacêutica - teoria e prática: um diálogo possível?** Acta Farm. Bonaerense, v. 25, n. 3, p.447-453, 2006.

Funk, K. A. *et al.* **Primary Care Providers Believe That Comprehensive Medication Management Improves Their Work-Life.** Journal of the American Board of Family Medicine. Vol. 32 N. 4, 2019.

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

GONZALEZ, C. C. *et al.* **Sustainability of innovations in healthcare: A systematic review and conceptual framework for professional pharmacy services.** Research in Social and Administrative Pharmacy. Elsevier Inc. 2020

GRUNDY, P. **Making the business case for CMM:** It's all about the mission. GTMRx Institute Blog. 2020. Disponível em :<https://gtmr.org/blog-making-the-business-case-for-cmm-its-all-about-the-mission/>. Acesso em: 19 jun. 2020.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Naturalistic inquiry.** Beverly Hills: Sage, 1985, citado por Moreira, H. **Crítérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa.** Revista Brasileira de Ensino e de Ciência e Tecnologia. Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 405-424, jan. /abr. 2018.

HANDLEY, M. A.; GORUKANTI, A.; CATTAMANCHI, A. **Strategies for implementing implementation science:** a methodological overview. Emerg Med J. 33:660–664, 2016.

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

HELFRICH, C. D. *et al.* **A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework.** BioMed Central Ltd. Implementation Science. 2010.

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

HEPLER, C. D. **Improving the Quality of Medications Use: The Case for Medication Management System.** The University of Florida, 2010.

Disponível em:

<<http://file.cop.ufl.edu/pop/hepler/apha/MedUseSystemsPaper-2.pdf>>.

Acesso em: 5 de jun. 2019.

HOLLAND, R. W.; NIMMO, C. M. **Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care.** Am. J. Health- Syst. Pharm. Vol. 56: 1758 – 1764, 1999.

HOULE, S. K. D; ROSENTHAL, M. M.; TSUYUKI, R.T. **A case study in mobilizing all pharmacy team members in the community setting: A clinical facilitation role for pharmacy technicians.** Canadian Pharmacists Journal. 85-88, vol. 147. March/April 2014.

KLIETHERMES, M. A. **Value-based payment: Preparing for changes in payment for services.** PharmacyToday, 2019.

KUIJPERS, M. A. J. et al. **Relationship between polypharmacy and underprescribing.** British Journal of Clinical Pharmacology. December 2007.

LEGAULT, F. *et al.* **Difficulties Encountered in Collaborative Care: Logistics Trumps Desire .** Journal of the American Board of Family Medicine. 2012

LEAL, Meireles Beatriz. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de conformidade em serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa.** 2016. 148f. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016

LEITE, Ana Luísa Andrade. **Gerenciamento da Terapia Medicamentosa: uma análise de indicadores do serviço farmacêutico.** 2019. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019

LIVET, M. *et al.* **Implementation Science to Advance Care Delivery: A Primer for Pharmacists and Other Health Professionals.** Pharmacotherapy Volume 38, Number 5, 2018.

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

MARTÍNEZ-SALGADO, C. **El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias Sampling in qualitative research.** Basic principles and some controversies. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3): 613-619, 2012.

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

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. **A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos.** Rev. Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Vol.42, n. 4, p 475-485, 2006.

MENDONÇA, S. A. M. *et al.* **Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care.** Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences (Online), v. 52, p. 365-373.2016

MENEZES, E. B. B. **Atenção farmacêutica em xeque.** Pharmacia Brasileira - Set/Out 2000.

MICHAELIS. **Dicionário Michaelis.** Editora Melhoramentos, 2018. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

MIKEAL, R. L. *et al.* **Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals.** American Journal of Hwalth-System Pharm.,v.32, n.6, p.567-574, 1975.

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

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

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciência & , Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em 3 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à Saúde**. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019

Moreira, H. **Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa**. Revista Brasileira de Ensino e de Ciência e Tecnologia. Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 405-424, jan. /Abr., 2018.

MORENO, G. *et al.* **Physician experiences with clinical pharmacists in primary care teams**. Journal of the American Pharmacists Association, 2017.

NEVES, C. M *et al.* **Clinical Results of Comprehensive Medication Management Services in Primary Care in Belo Horizonte**. Journal MDPI. Pharmacy, 10 p.2019.

NICOLACI-DA-COSTA, A.M.; ROMÃO-DIAS, D.; DI LUCCIO, F. **Uso de Entrevistas On-Line no Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS)**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 22(1), 36-43, 2009.

NOGUEIRA, F. A. **Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos**. Dissertação de mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, SP, Brasil, 2006.

OLIVEIRA, Isabela Viana. **Processo de tomada de decisão em gerenciamento da terapia medicamentosa:** da compreensão ao desenvolvimento de um modelo teórico. 2016. 106f. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

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

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Atenção farmacêutica no Brasil:** trilhando caminhos. Relatório 2001-2002. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002 46 p. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=24-atencao-farmaceutica-no-brasil-trilhando-caminhos-relatorio-2001-2002-4&category\\_slug=assistencia-farmaceutica-958&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=24-atencao-farmaceutica-no-brasil-trilhando-caminhos-relatorio-2001-2002-4&category_slug=assistencia-farmaceutica-958&Itemid=965)> Acesso em: 20 maio de 2019.

PATEL, P.; ZED, P. J. **Drug-related visits to the emergency department:** how big is the problem? *Pharmacotherapy*, [S.l.], v. 22, n. 7, p. 915-923, 2002.

PEREIRA, M. L.; NASCIMENTO, M. M. G. **Das boticas aos cuidados farmacêuticos:** perspectivas do profissional farmacêutico. *Rev. Bras. Farm.*, v. 92, n. 4, p. 245–52, 2011.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. **A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil.** *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. Brazilian Journal of pharmaceutical Sciences. Vol. 44, n. 4.p. 601-612, 2008.

PERINI, E. **A questão do farmacêutico:** remédio ou discurso? In: Bonfim JBA & Mercucci VL (Org.). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec/Sobravime. Apêndice 1.p. 323-334, 1997.



PETERS, D. H.; TRAN, N. T.; ADAM, T. **Implementation research in health: a practical guide**. World Health Organization, 2013.

PETERS, D. H. *et al.* **Republished research: Implementation research: what it is and how to do it**. British Journal of Sports Medicine, v. 48, n. 8, p. 731–736, 2014.

PESTKA, D. L *et al.* **Assessing the State of Comprehensive Medication Management in a Sample of Primary Care Clinics**. Innovations in pharmacy. Vol. 10, No. 1, Article5, 2019.

PUTERA, I. **Redefining Health: Implication for Value- Based Healthcare Reform**. 2017. Cureus 9(3): e1067. DOI 10.7759/cureus.1067.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Experiência subjetiva com o uso de medicamento (The Medication experience): Um conceito fundamental para o profissional da atenção farmacêutica**. Revista Racine, v.113, p.90-96, 2009.

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

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção farmacêutica e serviços farmacêuticos**. In: ACÚRCIO, F. DE A. (Ed.). **Medicamentos - Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia**. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, p. 197–234, 2013.

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

ROSS, M. S. **Differences Between Medication Therapy Management & Comprehensive Medication Management. Insight and information to help healthcare providers close the gaps in patient care**. 2019. Disponível em: <<https://blog.cureatr.com/the-difference-between-medication-therapy-management-and-comprehensive-medication-management>>. Acesso em 04 jun. 2019.

SANTOS, B. D. *et al.* **Clinical Impact of a Comprehensive Medication Management Service in Primary Health Care.** Journal of Pharmacy Practice 1-7, 2019 DOI: 10.1177/0897190019866309.

SANTOS F. T. C.; SILVA, D.L.M.; TAVARES, N.U.L. **Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo.** Braz j pharmsci.;54 (3):1-11, 2018

SANTOS, JÚNIOR G. A. DOS. **Implantação e proposição de estratégias para integração de serviços clínicos farmacêuticos às redes de atenção à saúde.** Tese (doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2018, 316f.

SANTOS, J. L. G. *et al.* **Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde.** Escola Anna Nery 20(3) Jul-Set 2016.

SATURNINO, L. T. M.; PERINI, E.; LUZ, Z. P.; MODENA, C. M. **Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade.** Rev. Bras. Farm., v. 93, n. 1, p. 10–16, 2012.

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

SILVA, Daniela Álvares Machado. **Gerenciamento da terapia medicamentosa na Atenção Primária do município de Belo Horizonte: uma autoetnografia da transformação profissional.** 2016. 97f. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SORENSEN, T. *et al.* **A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems.** American Journal Health-Syst Pharm. Volume 73:307-14.Mach 2016.

SORENSEN, T. *et al.* **A Dentist, Pilot, and Pastry Chef Walk into a Bar... Why Teaching PPCP Isn't Enough.** American Journal of Pharmaceutical Education, 2020

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

Souza, I. G. *et al.* **Resultados Clínicos do Serviço de Gerenciamento da Terapia medicamentosa em um Ambulatório de Diabetes.** Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde 8(3): 19-24, 2017.

SOUZA, T. T. **Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais.** 2013. 326 f. Dissertação (mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

STEINMAN, M. A. **Polypharmacy and Prescribing Quality in Older People.** Journal of the American Geriatrics Society. October 2006–VOL. 54, NO. 10

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

TEIXEIRA, J.C. **Sustentabilidade: O que é tipos, importância e benefícios.** Fundação Instituto de Administração. Disponível em: <<https://fia.com.br/blog/sustentabilidade/>>. Acesso em: 28 de novembro, 2018.

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

TIE, Y. C.; BIRKS, M.; FRANCIS, K. **Grounded theory research: A design framework for novice researchers - SAGE Open Medicine Volume 7: 1–8** 2019.

TRIPICCHIO, K. *et al.* **Making the economic value proposition for pharmacist comprehensive medication management (CMM) in primary care: A conceptual framework.** Research in Social and Administrative Pharmacy. doi:10.1016/j.sapharm.2020.01.00, 2020.

TURATO, E. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 3, 507-14, 2005.

WATANABE, J. H.; MCINNIS, T.; HIRSCH, J. D. **Cost of Prescription Drug-Related Morbidity and Mortality.** Annals of Pharmacotherapy, 1-9 pág.2018.

WENG, M. C. *et al.* **The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases.** QJM, [S.l.], v. 106, n. 11, p. 1009-1015, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Role of the Pharmacist in the Health Care System.** WHO/PHARM/94.569; 1994. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2995e/>. Acesso em 04 de junho de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Implementation research for the control of infectious diseases of poverty: strengthening the evidence base for the access and delivery of new and improved tools, strategies and interventions.** 2011. 154 p. Disponível em: [http://www.who.int/tdr/publications/documents/access\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/tdr/publications/documents/access_report.pdf?ua=1). Acesso em: 03 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (FIP). **Developing pharmacy practice: a focus on patient care: Handbook, 2006 edition.** The Netherlands: WHO / International Pharmaceutical Federation, 2006. 97 p. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094e/s14094e.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2019

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Tópicos Guia utilizados nas entrevistas com os farmacêuticos

- 1) Conte-me um pouco sobre a sua experiência com o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa.
- 2) O que funciona (funcionou) bem durante o tempo que está sendo (foi) ofertado o serviço?
- 3) Pensando na fase de implantação do serviço, hoje você faria algo diferente do que foi pensado inicialmente? Por que? Como você avalia esse processo de implantação?
- 4) Em sua opinião o que justifica a oferta desse tipo de serviço?
- 5) O que deve ser avaliado antes de iniciar esse serviço, em termos de recursos físicos, humanos, econômicos.
- 6) Quais são (eram) os critérios utilizados para inclusão de pacientes? Acha que tem necessidade de alterá-los?
- 7) Tem alguma forma de avaliar a qualidade do serviço que está sendo prestado? O que você tinha que fazer para mostrar que esse serviço era importante?
- 8) Há indicadores e metas estabelecidas para o GTM? Quais as dificuldades com esse processo.
- 9) Qual a relação da filosofia de prática na sustentabilidade do serviço?
- 10) Quais as habilidades/atitudes o farmacêutico precisa desenvolver para oferecer o serviço de GTM?
- 11) Pra você, em geral, quais são as fragilidades dos farmacêuticos para executar o serviço? Como trabalhar isso?
- 12) Como é feita a documentação da prática? Acha que tem necessidade de alteração? Quais as dificuldades nesse processo?
- 13) O que você considera determinante para continuidade do serviço no tocante aos médicos?
- 14) O que você considera determinante para continuidade do serviço no tocante ao usuário?

- 15) O que você considera determinante para continuidade do serviço no tocante aos outros profissionais da equipe de saúde?
- 16) Como é realizada a divulgação do serviço? Tem sido suficiente ou necessita de alguma modificação.
- 17) Quais as suas perspectivas em relação a esse serviço de GTM para daqui a 5 anos? O que você espera?
- 18) Há mais alguma coisa sobre a qual não falamos que gostaria de mencionar?

## **APÊNDICE B – Tópicos Guia utilizados nas entrevistas com os gestores**

1. Como você descreveria o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) que foi ofertado em seu município/ Unidade de Saúde que você trabalha/ trabalhou?
2. Qual a sua experiência, enquanto gestor de saúde, com o serviço de GTM?
3. Você se lembra de como surgiu a proposta de implantar esse serviço?
4. Qual foi o seu papel na implantação do serviço de GTM?
5. O que você esperava deste serviço?
6. Ocorreram negociações para que esse serviço fosse introduzido no município? Quais tipos de negociações? Quais atores foram envolvidos?
7. Como gestor, você se reunia com farmacêuticos ou com a coordenação de farmácia para discutir o início e o andamento do serviço? Se sim, de forma geral como era feito esse acompanhamento?
8. Vocês tinham indicadores para acompanhar o desempenho do serviço?
9. Que tipo de indicadores eram importantes para você, enquanto gestor da secretaria de saúde?
10. Em relação aos resultados desse serviço, o que você observou?
11. Em sua opinião porque o serviço não teve continuidade?
12. Você faria algo diferente do que foi feito, em relação ao serviço de GTM?
13. Qual sugestão você daria para alguém que deseja implantar esse serviço em outro município? O que é importante que aconteça, em sua opinião, para que esse serviço tenha continuidade ao longo do tempo.

## APÊNDICE C – Artigo a ser submetido para publicação

### ASPECTOS ENVOLVIDOS NA SUSTENTABILIDADE DO SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA

Aline Angélica S. Valentin<sup>1</sup>, Djenane Ramalho de Oliveira<sup>1</sup>, Mariana Martins G. Nascimento<sup>1</sup>, Simone de Araújo M. Mendonça<sup>1</sup>, Yone de Almeida Nascimento<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais

<sup>2</sup> Centro Universitário Newton Paiva/MG, Belo Horizonte, Minas Gerais

#### RESUMO

O serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) apresenta resultados clínicos, humanísticos e econômicos positivos em vários cenários, e estudos já elucidaram os componentes necessários para sua implantação. Apesar disso, a maioria das iniciativas ainda não tem sucesso na perenização da oferta do serviço em longo prazo. Assim, este estudo objetivou compreender os elementos que contribuem para a consolidação e perenização do serviço de GTM. A metodologia escolhida foi a teoria fundamentada nos dados. No período de maio de 2019 a fevereiro de 2020, entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com 8 farmacêuticos e 4 gestores que vivenciaram a oferta do GTM em diversos cenários da saúde pública e privada de Belo Horizonte e região metropolitana. Foram utilizados também registros em diários de campo da pesquisadora e análise de documentos. Após análise sistemática dos dados, como preconizado pela teoria fundamentada, foram identificadas três categorias determinantes no processo de sustentabilidade do GTM. A primeira delas, denominada “O cuidado colaborativo é essencial: Não dá pra pensar em GTM somente como a díade farmacêutico e paciente”, que aborda a essencialidade das parcerias profissionais para fortalecer o serviço. A segunda categoria, “Negociando a sustentabilidade do GTM”, avalia elementos importantes acerca da gestão do serviço. E a terceira, “Quem vai pagar pelo serviço?”, analisa as possibilidades de recursos financeiros nos sistemas de saúde. Os resultados revelaram que a consolidação dos serviços de GTM é um processo estratégico, que exige um planejamento cuidadoso que se inicia na implantação do serviço.

**Palavras-chave:** gerenciamento da terapia medicamentosa, atenção farmacêutica, teoria fundamentada nos dados, sucesso da implementação.

#### ABSTRACT

Comprehensive Medication Management (CMM) presents positive clinical, humanistic and economic results in several scenarios, and studies have already elucidated the components necessary for its implementation. Despite this, most initiatives are still unsuccessful in maintaining the long-term provision of the service. Thus, this study aimed to understand the elements that contribute to the consolidation and continuation of the CMM service. The chosen methodology was the ground theory. In the period from May 2019 to February 2020, semi-structured interviews were conducted with 8 pharmacists and 4 managers who experienced the offer of CMM in various scenarios of public and private health in Belo Horizonte and the metropolitan region. Records in the



researcher's field diaries and document analysis were also used. After systematic analysis of the data, as recommended by the grounded theory, three determinant categories were identified in the CMM sustainability process. The first one, called “Collaborative care is essential: You can't think of CMM just like the pharmaceutical and patient dyad”, which addresses the essentiality of professional partnerships to strengthen the service. The second category, “Negotiating the sustainability of the CMM”, evaluates important elements about service management. And the third, “Who will pay for the service?”, analyzes the possibilities of financial resources in health systems. The results revealed that the consolidation of CMM services is a strategic process, which requires careful planning that begins with the implementation of the service.

key-words: comprehensive medication management, successful implementation, grounded theory

## INTRODUÇÃO

A terapia medicamentosa é um dos principais contribuintes para o controle das doenças, melhoria na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos no mundo (Brasil, 2018). Porém, o uso inadequado desses produtos constitui uma grande preocupação mundial que favorece ao aumento da morbimortalidade relacionada aos medicamentos (Watanabe, Mcinnis & Hirsch 2018). Paralelo a isso, os custos atribuídos ao uso de medicamentos também tem sido uma preocupação crescente. Em 2018, foi relatado que os custos de saúde causados pelo uso inadequado e desnecessário de medicamentos excederam 500 bilhões de dólares por ano (Pestka *et al.*, 2019); e o custo anual de morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos foi de 528,4 bilhões de dólares em 2016 (Watanabe *et al.*, 2018).

Tendo em vista esse cenário, estudos mostrando o impacto do serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) na melhoria dos resultados em saúde de usuários de medicamento no Brasil, sinalizam seu papel importante na promoção do uso racional (Santos *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2017; Santos, Silva & Tavares, 2018; Neves, Nascimento, Silva & Ramalho de Oliveira, 2019; Detoni *et al.*, 2016; Amaral *et al.*, 2018; Mendonça *et al.*, 2016). O GTM é o serviço clínico oferecido pelo farmacêutico baseado no arcabouço teórico-prático da Atenção Farmacêutica. Apresenta como pressuposto a redução da irracionalidade do uso dos medicamentos, a prevenção, identificação, resolução dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRMs) e a otimização dos resultados em saúde (Ramalho de Oliveira, 2011).

Entretanto, várias das iniciativas de implantação de serviços de GTM não obtiveram sucesso na perenização da sua oferta em longo prazo. Nesse contexto, o presente trabalho tem o objetivo de compreender quais os fatores que interferem na perenização do serviço de GTM. Buscando respostas aos questionamentos sobre a consolidação do serviço de GTM, analisando os fatores que interferem nesse processo, sob a perspectiva de farmacêuticos e gestores de saúde que vivenciam e/ou já vivenciaram a oferta desse serviço.

Para atender o objetivo proposto, este artigo está estruturado em quatro seções além dessa introdução. No referencial teórico, são descritos o GTM e aspectos sobre a

implementação e sustentabilidade de serviços de saúde. Nos procedimentos metodológicos, são apresentados: a teoria fundamentada; a seleção dos participantes do estudo; a coleta e análise dos dados; e o rigor metodológico. Na análise e discussão dos resultados, são revelados os temas que emergiram nesta pesquisa. O estudo é finalizado com as considerações finais acerca dos fatores que influenciam na perenização do serviço de GTM.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### **GTM: o serviço clínico da Atenção farmacêutica**

A atenção farmacêutica, que advém do termo em inglês *Pharmaceutical Care*, foi conceituada historicamente por Hepler e Strand (1990, p. 539) como “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida dos pacientes”. Em 1998, foi definida como uma prática profissional de saúde por farmacêuticos e pesquisadores norte-americanos, com a definição dos seus componentes fundamentais (filosofia de prática, processo de cuidado do paciente e processo de gestão), e, desde então, tem sido fomentada, ensinada e construída em diversos países do mundo, inclusive no Brasil (Cipolle, Strand & Morley, 2012).

Quando a atenção farmacêutica se encontra inserida no serviço de saúde, é então chamada de serviço de GTM, que advém do termo em inglês *Comprehensive Medication Management (CMM) services* (Ramalho de Oliveira, 2011). Ao prover este serviço, o farmacêutico realiza intervenções para prevenir, identificar e resolver PRM com o objetivo final de melhorar resultados em saúde. O GTM é realizado por meio do “*pharmacotherapy workup*” – método PW, que consiste em um processo lógico e sistemático de tomada de decisão em farmacoterapia.

O GTM pode ser implementado, avaliado e reproduzido de forma consistente em diferentes cenários de atenção à saúde (Ramalho de Oliveira, 2013). No entanto, o GTM ainda é um serviço novo no Brasil, com poucos indicadores de resolutividade descritos na literatura para a realidade nacional. Portanto, é importante a realização de estudos sobre a viabilidade desse serviço, bem como o desenvolvimento de modelos de implantação, além de propostas para assegurar a sustentabilidade do mesmo (Sousa *et al.*, 2016).

### **Implementação e sustentabilidade de serviços farmacêuticos**

A implementação e consolidação dos serviços clínicos no mundo real constituem ainda um grande desafio. Para superar esse desafio, mundialmente, tem sido utilizada a “pesquisa de implementação em saúde” – *implementation research in health* – que seria o estudo científico dos processos utilizados na implementação de iniciativas, bem como os fatores contextuais que afetam esses processos (Peters, Tran & Adam 2013). Assim, a pesquisa de implementação visa ampliar as estratégias promissoras, principalmente, como sustentá-las em longo prazo, além de apoiar e promover a aplicação bem-sucedida de intervenções que demonstraram ser eficazes.

Sustentabilidade é um conceito relacionado à conservação, à manutenção ou à institucionalização de uma intervenção em um dado cenário por um longo período, de modo a lidar bem com possíveis ameaças (Gonzalez, Benrimoj, Scerri & Cardenas, 2020). Peters e colaboradores (2013) acreditam que a sustentabilidade faz parte do que eles chamam de “variáveis de resultado” da implementação, que servem como indicadores de como está acontecendo o processo. Essas variáveis fornecem informações que subsidiam a identificação de oportunidades para a melhoria do processo de implementação, melhoria contínua, e apontam também o nível em que as ações devem ser mantidas para que o serviço seja sustentável.

Alguns autores consideram que a sustentabilidade resulta de um bom processo de implementação do serviço (Peters *et al.*, 2013). Seguindo essa perspectiva, alguns estudos têm apresentado modelos para implementação de serviços farmacêuticos, dentre eles o GTM. Contudo, a maioria das iniciativas ainda não obteve sucesso na sua consolidação, que se refere ao funcionamento do serviço em longo prazo (Helfrich *et al.*, 2010).

No âmbito do GTM, Sousa *et al.* (2016) propuseram um modelo lógico de um serviço de GTM onde são propostos todos os recursos, atividades e produtos necessários para que possam ser atingidos os resultados de curto, médio e longo prazo a fim de evitar o desperdício e reduzir o processo de tentativas e erros durante sua implementação. Já Detoni *et al.* (2016) apontaram as condições essenciais para implementação de um serviço de GTM. Além disso, a maioria dos estudos de implementação de GTM abordam a efetividade das intervenções clínicas, mas não descrevem claramente as ações necessárias para a sustentabilidade do serviço após a conclusão da pesquisa (Dosea, 2015).

Estudos mostram que divulgar as barreiras e facilitadores de serviços farmacêuticos, além de ajudar novas pesquisas e serviços ainda não consolidados, é importante para criação de novas oportunidades (Dosea, 2015). Os resultados das pesquisas sobre implementação de serviços clínicos farmacêuticos também reforçam a necessidade de avaliar o sucesso limitado destas ações. Nestas pesquisas, a falta de estrutura, de processos adequados de serviços, deficiência na formação do farmacêutico, falta de tempo, conciliação das atividades assistenciais e técnicas, e remuneração são algumas barreiras frequentemente relatadas para consolidação de serviços clínicos em hospitais, ambulatórios e farmácias comunitárias (Dosea, 2015; Detoni, 2016; Santos, 2018).

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **Teoria Fundamentada nos dados**

A metodologia utilizada para orientar essa pesquisa qualitativa foi a teoria fundamentada nos dados na perspectiva da socióloga norte americana Kathy Charmaz (Charmaz, 2009). Essa metodologia permite a construção de uma teoria, ou modelo teórico por meio da coleta e análise sistemática dos dados obtidos a partir do processo de pesquisa (Strauss & Corbin, 1998). Charmaz desenvolve essa metodologia dentro do paradigma do construcionismo social, que pressupõe que o processo de pesquisa emerge

da interação entre pesquisador e participantes da pesquisa. Portanto, pesquisador e pesquisado são co-construtores dos dados (Charmaz, 2009).

Dessa forma, o objetivo da teoria fundamentada é explorar processos sociais básicos e compreender a multiplicidade de interações que produz variações nestes processos (Heath & Cowley, 2004). Considerando que a sustentabilidade de um serviço clínico como o GTM é um processo que envolve a participação de vários atores, como farmacêuticos, gestores e outros profissionais de uma equipe de saúde, que vão interagir entre si impactando significativamente nesse processo, torna-se viável a utilização da teoria fundamentada para entender como se dá esse processo.

### **Seleção dos participantes desse estudo**

Na pesquisa qualitativa, utiliza-se a amostragem intencional, na qual os sujeitos são escolhidos pela capacidade de proporcionar maior riqueza de informação possível para estudar em profundidade o fenômeno de interesse (Martínez-Salgado, 2012).

Assim, foram selecionados para este estudo farmacêuticos e gestores de saúde que tiveram experiência com o processo de construção e oferta do serviço de GTM nos diversos cenários de prática da saúde pública e privada de Belo Horizonte e região metropolitana.

A seleção dos participantes foi realizada a partir do desenvolvimento da pesquisa e o processo de amostragem seguiu até a saturação teórica dos dados (Strauss & Corbin, 1998). A saturação ocorreu quando se alcançou dados suficientes que apoiavam a explicação das categorias e quando a coleta de novos dados não despertou novos *insights* teóricos, nem revelou propriedades novas das categorias ou temas centrais (Charmaz, 2009). Observando-se que a partir da oitava entrevista já não se identificou novos dados que contribuíssem para o esclarecimento das categorias, foram realizadas mais quatro entrevistas, finalizando então a coleta de dados. Assim, a quantidade de participantes inclusos na pesquisa foi guiada pela saturação teórica.

Os Quadros 1 e 2 a seguir apresentam, respectivamente, os farmacêuticos e os gestores de saúde participantes desse estudo e uma breve descrição das suas experiências com o GTM. Foram utilizados nomes fictícios para fazer referência aos participantes, a fim de preservar suas identidades.

### **Quadro 1 - Farmacêuticos que participaram do estudo e sua referida experiência com o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM).**

Adhara: possui 14 anos de experiência com o serviço de GTM. Atualmente, atende em um consultório particular de acompanhamento farmacêutico e também é educadora.

Atria: atua na Atenção Primária à Saúde a oito anos, sendo seis deles dedicados aos atendimentos clínicos sob a ótica do GTM.

Antares: atua como farmacêutica hospitalar na área de gestão. Participou da implantação do serviço de GTM em uma farmácia do componente especializado.

Bellatrix: trabalhou por quatro anos oferecendo o serviço de GTM em uma cooperativa médica privada, aonde atendeu centenas de pacientes. Apoiadora do projeto de cuidado farmacêutico do Ministério da Saúde para implantação do GTM na farmácia do componente especializado, na data da entrevista.

Capella: trabalha como farmacêutica clínica em hospital. Participou da implantação do serviço de GTM em um ambulatório hospitalar.

Canopus: participou da implantação do serviço de GTM em um ambulatório hospitalar. Atualmente, é responsável técnico de farmácia da clínica escola de uma universidade. Sempre esteve envolvido em serviços de GTM vinculados a academia

Rígel: trabalha em Unidade Básica de Saúde e atua no SUS há 18 anos.

Sirius: tem experiência na gestão do serviço de GTM. Participou como coordenadora clínica da reestruturação da Assistência farmacêutica e da implantação do serviço de GTM de um município.

### **Quadro 2 - Gestores de saúde que participaram do estudo e sua referida experiência com o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM).**

Alnath: psicopedagoga, com especialidade em coordenação hospitalar. Foi coordenadora operacional em um hospital público por 10 anos. É coordenadora de uma UBS desde 2013. Falou da sua experiência com o serviço de GTM oferecido em UBS sob sua gerência em 2014.

Avior: enfermeira, especialista em saúde pública e administração em recursos humanos. Atuou durante 15 anos como coordenadora de um Centro de Saúde. Falou da sua experiência como coordenadora de uma UBS que ofereceu o serviço de GTM por cerca de três anos, quando ela se aposentou.

Castor: farmacêutico, especialista em saúde pública e em gerenciamento de projetos. Falou da sua experiência enquanto coordenador da gestão da implantação do serviço de GTM em um município da região metropolitana de Belo Horizonte.

Regor: fisioterapeuta, que se dedica às atividades de saúde pública há 19 anos, especialmente na Estratégia Saúde da Família. Foi secretário de saúde em três cidades mineiras. Durante a entrevista, falou sobre sua experiência enquanto secretário de saúde no período de implantação do GTM no sistema público de saúde.

### **Coleta e Análise dos dados**

Foram realizadas 12 entrevistas formais semiestruturadas com farmacêuticos e gestores de saúde, no período entre maio de 2019 e fevereiro de 2020. A duração média de cada entrevista foi de 52 minutos, sendo um total de 620 minutos. A coleta de dados também envolveu a análise de documentos fornecidos pelos entrevistados e registros no diário de campo da pesquisadora.

Todas as entrevistas e transcrições foram realizadas pela primeira autora, bem como a redação de memorandos segundo a metodologia da teoria fundamentada (Charmaz, 2009). Para auxiliar na análise dos dados, foi utilizado o software NVivo® 10, que permite a codificação e o armazenamento do texto em categoria. A etapa seguinte foi a redação de memorandos, que são anotações analíticas informais, que auxiliam na interpretação dos dados, estimulando o pesquisador a adotar uma postura reflexiva (Charmaz, 2009).

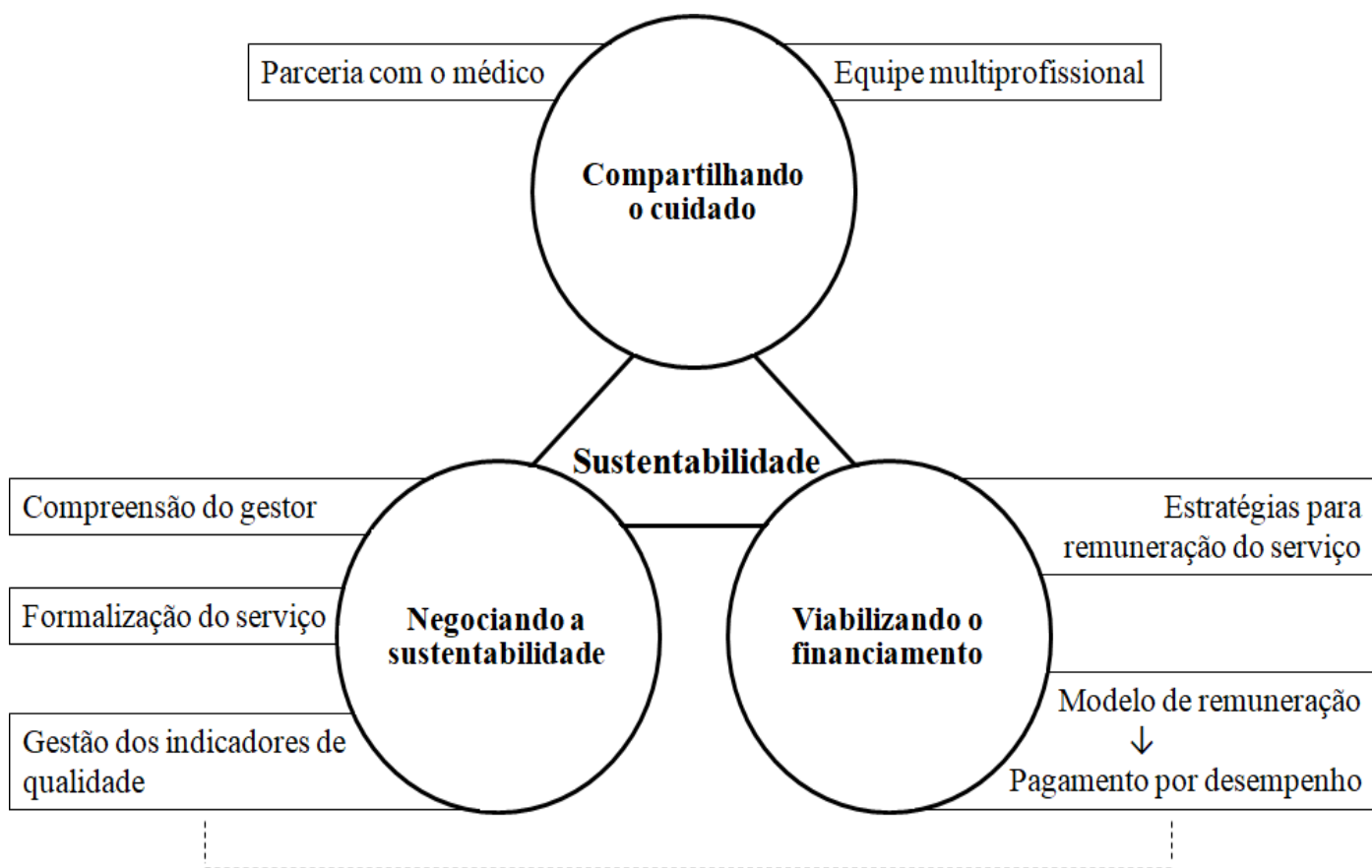
## **Rigor metodológico**

No que concerne à coleta de dados, neste estudo a credibilidade foi garantida por meio da triangulação dos métodos, que significa coletar dados em diferentes períodos e de fontes distintas de modo a obter uma descrição mais rica e detalhada de um mesmo fenômeno (Azevedo, Oliveira, Gonzalez & Abdalla, 2013). Assim, os dados foram obtidos por meio da utilização de entrevistas, análise de documentos e notas de campo. Na pesquisa qualitativa, não se busca a generalização dos resultados. Em vez disso, a intenção é mostrar que as descobertas podem ser transferidas e podem ter significado ou relevância se aplicado a outros indivíduos, contextos e situações (Turato, 2005).

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O presente estudo, ao reunir o que se pode denominar como “lições aprendidas” pelos participantes, buscou compreender os principais elementos que corroboram para a sustentabilidade do serviço de GTM nos sistemas de saúde público e privado. Os resultados foram ilustrados por meio de falas dos entrevistados e alguns trechos do diário de campo da pesquisadora. Após análise sistemática dos dados, como preconizado pela teoria fundamentada, emergiram três categorias determinantes para o processo de sustentabilidade de GTM, sendo elas: “O cuidado colaborativo é essencial: ‘Não dá pra pensar em GTM somente como a tríade farmacêutico-paciente’”, “Negociando a sustentabilidade do GTM” e “Quem vai pagar pelo serviço?” O modelo teórico representativo desse processo de sustentabilidade do GTM está representado na figura 1.

**Figura 1.** Proposta de modelo para o processo de sustentabilidade.



**O cuidado colaborativo é essencial: “Não dá pra pensar em GTM somente como a díade farmacêutico e paciente”**

Com o número crescente de pacientes com doenças crônicas e em uso de múltiplos medicamentos, os sistemas de saúde carecem de uma abordagem sistemática e coordenada para avaliar o uso desses medicamentos no cotidiano das pessoas. O uso apropriado e o gerenciamento efetivo desses medicamentos podem ser viabilizados por meio da atuação em conjunto do farmacêutico provedor do GTM com os demais profissionais de saúde. A abordagem multiprofissional é fundamental para atender as necessidades dos pacientes e obter melhor controle das doenças. Os entrevistados consideraram que o trabalho realizado em conjunto com outros profissionais de saúde é crucial para a sustentabilidade do serviço de GTM, como exemplificado a seguir:

O GTM é essencialmente multiprofissional. Não dá pra pensar em GTM somente farmacêutico e paciente... você vai ficar muito limitado. Vai no máximo corrigir algum problema de adesão, forma de uso, mas, mais do que isso, você precisa de uma rede assistencial. (Sirius)

A interação com outras áreas de saúde possibilita melhor resolutividade dos problemas trazidos pelos pacientes. O GTM caracteriza-se por ser uma prática com uma abordagem holística para o paciente. Assim, na elaboração do plano de cuidado, pode ser necessário envolver outros profissionais de saúde para que as metas terapêuticas estabelecidas sejam alcançadas. Juntos, farmacêutico, paciente e equipe de saúde, podem encontrar estratégias para a resolução de problemas que extrapolam o campo da farmacoterapia, como descrito por Rígel:

Não é só para implantação, mas a gente precisa estar juntos para dar continuidade ao serviço. Os próprios resultados das nossas intervenções podem estar ligados ao trabalho com esses profissionais. Muitas vezes, o nutricionista e o educador físico impactam diretamente no trabalho que a gente faz com o diabético e com o hipertenso, e isso gera continuidade do serviço. É uma troca de confiança. (Rígel)

Além disso, o trabalho em equipe permite compartilhar as responsabilidades de cuidado ao paciente, o que é importante, uma vez que possibilita estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais prestadores do cuidado. Uma farmacêutica observou o crescimento do serviço na instituição que trabalhou a partir do momento que conquistou a confiança da equipe. Ela se tornou referência entre os colegas sobre as questões relacionadas aos medicamentos:

A equipe multidisciplinar [psicólogo, nutricionista] virou, assim, depois de um tempo, a minha maior parceria. Elas me encaminhavam muito porque os pacientes levavam pra elas questões de medicamentos e elas não sabiam o que fazer com aquilo. Eu acabava estabelecendo contato com o médico via encaminhamento que outro profissional fez e não o médico. (Bellatrix)

Outro aspecto do atendimento colaborativo, observado pela coordenadora da Unidade de Saúde, Avior, é a satisfação dos pacientes. Ela comenta que os pacientes se sentiam mais satisfeitos quando outros profissionais, além do médico e enfermeiro, se envolviam para tentar resolver suas queixas de saúde:

Os pacientes se sentiam muito acolhidos por ter vários profissionais ali envolvidos, junto com ele, para estar tentando resolver o problema de saúde que ele tinha. Isso fazia com que ele se sentisse muito valorizado, o vínculo entre o paciente e a equipe ficava mais consolidado. (Avior)

Esse vínculo com a equipe e com o paciente favorece o desenvolvimento do serviço. A partir desses relatos, pode-se inferir que o atendimento multiprofissional propicia o fortalecimento do serviço de GTM. Divine e colaboradores (2008) apontam a comunicação e colaboração efetiva com os demais provedores de cuidado como essencial para o bom desempenho do GTM. A interação multiprofissional possibilita o atendimento mais adequado aos pacientes com doenças crônicas. Costa e Pereira (2012) apontaram que a existência de um profissional que cuide e se responsabilize pela farmacoterapia do paciente é fundamental; a demanda pelo serviço passa a ser espontânea e toda a equipe de saúde encaminha os pacientes para o farmacêutico. Schultz e colaboradores (2012) revelaram que o valor do serviço de GTM para os pacientes inclui a colaboração do farmacêutico com a equipe de saúde. Os pacientes do referido estudo reconheceram que ter uma equipe interdisciplinar de saúde torna o cuidado mais eficaz.

Alguns entrevistados enfatizaram que, por estarem em um cenário onde não há outros profissionais de saúde, há dificuldade de dar continuidade ao GTM. Neste caso, relataram dificuldade para resolver alguns problemas quando era necessário envolver o



prescritor. Bellatrix, que já atuou em um cenário ambulatorial com a presença de vários profissionais de saúde, e, no momento da entrevista atuava em um cenário onde não há equipe multiprofissional, compara essas duas realidades. Em sua opinião, esse distanciamento geográfico dos profissionais de saúde pode comprometer a resolutividade do serviço:

Eu sinto como é diferente eu não ter a possibilidade de ter outro profissional ali comigo além do farmacêutico. Nossa! É muito mais difícil! A gente resolve o problema com uma lentidão às vezes de meses, dificulta muito você estar isolado (...) e aí tem um impacto muito grande. Eu senti essa diferença porque eu acabei vivenciando o que é ter os profissionais ali perto de mim, entendeu?! (Bellatrix)

Legault e colaboradores (2012) apontaram que não compartilhar a mesma localização é uma das dificuldades para o desenvolvimento de um cuidado colaborativo, principalmente por limitar interações casuais e informais. Por outro lado, apenas compartilhar o mesmo espaço físico com outros profissionais de saúde não é suficiente para garantir que o serviço se desenvolva, sendo importante fomentar uma cultura de apoio colaborativo, na qual seja incentivado o trabalho em equipe.

Apesar do GTM apresentar resultados satisfatórios em vários cenários de prática já descritos na literatura - ambulatórios, farmácias comunitárias, hospitais, farmácia escola, clínicas, dentre outros (Dosea *et al.*, 2015; Detoni, 2016; Neves *et al* 2019) - locais que contam com a presença da equipe multidisciplinar são mais favoráveis à sua consolidação, pois facilita a comunicação entre os profissionais. Maracle e colaboradores (2012) apontam que cenários que contam com equipe multiprofissional facilitam a integração entre os colaboradores. Além disso, a presença física dos farmacêuticos provedores de GTM nas clínicas/ambulatórios favorece a comunicação e a construção de um bom relacionamento com os médicos, que são fundamentais para o desenvolvimento do serviço (Maracle *et al.*, 2012).

### *A parceria com o médico*

“Eu realmente vejo o médico como um parceiro, ele é peça chave no serviço”, comenta Canopus, que considera o apoio médico determinante para o avanço do GTM. Durante o processo de cuidado, podem ser necessárias alterações na farmacoterapia do paciente. Assim, estabelecer uma boa comunicação com o médico auxilia para que intervenções propostas sejam avaliadas e incorporadas à terapia, como exemplificado na fala a seguir:

A ferramenta que o farmacêutico usa para trabalhar com o paciente é o PRM; ele tenta resolver e prevenir. E, para isso, a gente precisa ter uma parceria com o médico que faz essa prescrição. Para conseguirmos discutir o caso, propor as intervenções para que elas sejam aceitas, e a gente consiga obter os resultados clínicos que almejamos para esse paciente. (Adhara)

Essa parceria entre médico e farmacêutico começa a ser construída a partir da clareza do papel de cada profissional no processo de cuidado ao paciente. Atria e Sirius comentam que deixar claro essa especificidade dos saberes de cada profissional é importante para o estabelecimento de boas parcerias:

É uma parceria literalmente. Ele [médico] vai entender com o processo, com o seu raciocínio que casa com o dele, que complementa o dele, que é outra parte. A especificidade do trabalho é diferente. E aí isso é uma linha que às vezes pode ficar nebulosa e você precisa de um tempo pra deixar isso claro. (Atria)

E aí quando você tem isso claro, o outro profissional se abre rapidinho, impressionante! A gente tinha relações impressionantes entre médicos e farmacêuticos. Médicos que não queriam perder o farmacêutico de jeito nenhum; porque eles sabiam como fazia diferença, que o farmacêutico vai ajudar na farmacoterapia. (Sirius)

Nesta perspectiva, a troca de saberes com apoio mútuo favorece a construção de uma relação profissional pautada na corresponsabilização e na busca de melhores alternativas de tratamento para o paciente (SILVA, 2016). O estabelecimento dessa parceria acontece com o tempo, à medida que o serviço se desenvolve e os seus resultados vão sendo evidenciados. Os participantes reforçaram a importância de apresentar esses resultados, porque, a partir deles, os médicos vão se tornando mais abertos, utilizando mais o serviço, e, assim, favorecendo seu crescimento:

O mais importante para mim é gerar resultados; ele [médico] percebe o resultado do seu serviço à medida que você está fazendo e trazendo melhoria para o paciente. Ele vai demandando mais do serviço de GTM a ponto de encaminhar o paciente para a gente, ou de ir lá buscar a nossa opinião sobre determinado caso. Acho que isso mostra uma maturidade do serviço. (Canopus)

Os participantes reforçaram a importância de apresentar os resultados, porque, a partir deles, os médicos vão se tornando mais receptivos ao serviço. À medida que identificam que o GTM beneficia seus pacientes, a confiança no serviço e no profissional aumenta e os médicos se sentem mais seguros para recomendar o serviço, discutir os casos, trocar experiências, fortalecendo o serviço e a relação profissional. Bellatrix comenta sobre essa relação de confiança com os médicos:

Com os clínicos, eu tinha muito mais facilidade de abrir parcerias muito sólidas. Eles não tinham medo de me encaminhar. Tinha uma que falava assim: eu prefiro que o paciente vá em você primeiro, que você acha a problemática toda e já me manda para eu olhar depois. Teve situação do paciente querer uma segunda opinião médica, eu oferecia que ele passasse em um médico mais parceiro meu, e o paciente ficava muito satisfeito por ter essa possibilidade. (Bellatrix)

McInnis e Capps (2016) revelam que a parceria com o médico é fundamental para o sucesso do GTM, bem como a realização de acordos colaborativos. Esses acordos de prática colaborativa permitem maior autonomia aos farmacêuticos, ao poderem realizar intervenções pré-estabelecidas e acordadas na farmacoterapia. Os farmacêuticos do presente estudo reconheceram que estabelecer esses acordos nos cenários de prática é um importante passo a ser dado nesse caminho pela sustentabilidade do GTM. Sirius, que tem uma relação de confiança com seus médicos parceiros, acredita que assumir essa autonomia através dos acordos é uma grande responsabilidade. Vale enfatizar que esses acordos auxiliam o próprio médico na sua prática clínica, além de favorecer o desenvolvimento do GTM:

Hoje, eu já mexo na prescrição médica lá do meu grupo. Mas a gente ainda está formalizando. Isso para o médico é uma responsabilidade muito grande. Eu me coloco no lugar dele. A minha endócrino fala assim comigo: ‘Estou mexendo em tal paciente,

“você olha pra mim durante a semana? Me dá notícia? Porque você encontra o paciente mais que eu. Se precisar, você mexe; a gente discute o caso”. Ela fica muito mais tranquila. (...) então isso pro médico é bom. (Sirius)

No sistema *Fairview Health Services* dos EUA, referência internacional de experiência bem-sucedida do serviço, os farmacêuticos provedores do GTM trabalham sob um acordo de prática colaborativa que permite a eles iniciar, modificar e descontinuar medicamentos para várias condições clínicas (Maracle, Ramalho de Oliveira & Brummel, 2012). Os médicos que trabalham em parceria com esses farmacêuticos ressaltam como essa autonomia é útil para a sua prática médica, uma vez que são muitos pacientes e o tempo é insuficiente para atender todas as demandas.

Nesse contexto de cuidado colaborativo, têm-se discutido sobre novas abordagens para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde frequentemente. O objetivo quádruplo (*quadruple aim*), elaborado pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), representa uma das estratégias que contemplam os cuidados baseados em valor. O *quadruple aim* concentra quatro dimensões importantes: i) aumentar a qualidade de saúde das populações; ii) melhorar a experiência do paciente em relação à assistência; iii) reduzir os custos dos cuidados de saúde; iv) melhorar a vida profissional dos prestadores de cuidados (Bodenheimer & Sinsky 2014; McInnis & Capps, 2016). Ao longo desse trabalho foi perceptível a consonância entre os aspectos do objetivo quádruplo e os fatores que podem impactar no processo de sustentabilidade do GTM.

A luz da quarta dimensão do *quadruple aim*, o farmacêutico clínico promovendo o gerenciamento de medicamentos dos pacientes mais complexos, pode contribuir para melhorar essa condição de sobrecarga vivenciada por muitos profissionais de saúde, sobretudo médicos clínicos (Moreno *et al.*, 2017; Funk *et al.*, 2019). Neste sentido, é importante ressaltar as elevadas taxas de esgotamento por parte dos clínicos nos Estados Unidos, com uma prevalência estimada de sintomas da síndrome de *burnout* de 35% a 54% entre médicos (National Academy of Medicine citado por Grundy, 2020), que prejudicam a qualidade da assistência prestada e o alcance do objetivo quádruplo.

Um estudo realizado em Minnesota associou a diminuição da carga de trabalho e do esgotamento de médicos da atenção primária, e a melhoria do bem-estar profissional com a incorporação de farmacêuticos clínicos à equipe (Funk *et al.*, 2019). Ademais, uma vez que o GTM realizava a educação dos pacientes sobre seus medicamentos e avaliação dos mesmos, os médicos podiam realizar atendimentos mais direcionados e ter mais disponibilidade para o atendimento de outros pacientes (Funk *et al.*, 2019).

## **Negociando a sustentabilidade do GTM**

“O GTM é uma grande negociação!” (Atria). Essa fala de Atria retrata uma característica essencial do serviço: a realização contínua de negociações e acordos. Frequentemente, o farmacêutico precisa negociar objetivos com os *stakeholders* do serviço: pacientes, médicos, profissionais de saúde e gestores. Os participantes desse estudo destacaram os elementos envolvidos na negociação com a gestão que impactam na sustentabilidade do GTM.

É importante considerar como ponto de partida que, dificilmente, um gestor apoiará um serviço que não compreenda. Sendo assim, os gestores precisam compreender algumas particularidades desse serviço clínico para que seja criado um

ambiente favorável para o seu desenvolvimento. Canopus comenta sobre essa comunicação inicial com a gestão:

Às vezes ele [gestor] já ouviu falar de farmácia clínica; tem uma ideia do farmacêutico nesse sentido, mas, do GTM, às vezes ele não tem ideia. Explicar o que é o serviço de uma forma que ele vai entender, quais os resultados que se pretende alcançar, a estrutura mínima que é necessária e quais os processos a gente tem que executar é extremamente importante. Porque tudo isso vai impactar em tempo, necessidade de espaço, em dinheiro para ser investido. (Canopus)

É essencial a apresentação do GTM de forma clara e objetiva, reforçando que o mesmo não consiste de um atendimento farmacêutico pontual do paciente, como a dispensação de medicamentos, por exemplo. É desejável que o gestor compreenda que se trata de um serviço com uma filosofia de trabalho norteadora, que coloca o paciente no centro da sua prática e prevê o provimento contínuo de um serviço, assim como proposto por outras profissões da saúde. O farmacêutico provedor desse serviço se identifica com a necessidade social de reduzir a morbimortalidade e assume a responsabilidade pelo cuidado do paciente. Assim, além de propor um novo serviço, é necessário que a gestão entenda que quem realiza esse trabalho é um profissional diferenciado, que se dispôs a aprender a metodologia e incorporar essa filosofia de prática (Ramalho de Oliveira, 2011).

Os entrevistados enfatizaram que a perenização do serviço depende da formalização e do respaldo legal dos acordos firmados com a gestão. Os trechos a seguir ressaltam que uma articulação política no sentido de estimular a oficialização do serviço é fundamental para que ele avance. Além disso, é ressaltado que a falta de uma documentação legal pode resultar na sua descontinuidade, como aconteceu na experiência dos dois participantes que se pronunciam a seguir:

Quando propusemos o projeto, o tempo realmente foi pequeno. Nós queríamos fazer uma portaria; um documento técnico que estabelecesse o serviço. Mas a gente não deu conta. A gente tinha vários documentos registrando; várias publicações. Mas uma coisa forte, tipo publicado pela Câmara, ou um decreto, não. Aí veio a outra gestão e tirou tudo porque não tinha um documento que resguardasse. (Sirius)

Tudo depende de uma articulação política. Inclusive, não é só a implantação de um projeto; é de qualquer coisa que você for fazer. Por trás de tudo, existe uma questão política. O que eu acho que não deve existir é o uso disso; o uso político de um projeto. Porque aí isso passa a atrapalhar sua continuidade. (Castor)

É fato que a sustentabilidade do serviço de GTM no sistema público pode ser facilitada pelo apoio da gestão municipal, desde que não esteja vinculada a uma figura política, como o prefeito e/ou secretário de saúde. Dessa forma, uma eventual troca de governo, não descontinuará o serviço. Gonzalez *et al.* (2020) afirmam que o contexto político pode afetar diretamente a sustentabilidade de um serviço de saúde quando uma nova administração apresenta diferentes objetivos e prioridades, deixando assim de apoiar alguns serviços. Nogueira (2006) analisa que a interrupção de iniciativas e projetos em função de um viés político, muitas vezes, despreza a qualidade e os benefícios obtidos pela intervenção

Os profissionais que atuam na rede pública discutiram sobre a institucionalização do GTM nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da necessidade de o serviço passar a fazer parte do escopo de atividades locais. Com a institucionalização,

a oferta do serviço passaria a ser requisitada, e até mesmo exigida dentro daquele cenário, não estando vinculado ao profissional que deseja ou não fazer o serviço:

A gente precisa de uma cooperação política para o serviço ser institucionalizado; pra ser aceito; para as conversas com os outros profissionais fluírem e poderem ser ratificadas por um nível acima do seu; para não ser só você contando que você faz isso. Eu comecei sem isso, mas o sucesso que eu obtive não foi sustentável, porque eu saí e o serviço acabou. A profissional que está lá não deu continuidade. (Atria)

Hoje, a oferta de GTM pelos farmacêuticos que atuam nas UBS está muito associada ao desejo que esse profissional possui em realizar essa prática. Não há uma exigência (da coordenação, supervisão) para que essa atividade seja realizada. A grande variedade de possibilidades de atuação do farmacêutico no mercado de trabalho dificulta o reconhecimento da sua real responsabilidade enquanto profissional de saúde clínico. Essa falta de identidade profissional resulta em diferentes perfis de farmacêuticos, com competências também distintas. Isso dificulta a configuração identitária do farmacêutico pelos diferentes *stakeholders*, como gestores em saúde, pacientes e profissionais (Maracle *et al*, 2012; Santos, 2018).

Um estudo, envolvendo farmacêuticos e gestores de saúde, revelou que estes consideram que a formação clínica insuficiente dos farmacêuticos durante e após a graduação cria uma barreira importante na implantação do serviço clínico. Acrescentando-se a isso, a formação tradicional dos farmacêuticos acaba levando a uma resistência e dificultando a compreensão e a importância do serviço clínico farmacêutico (Santos, 2018). Esse mesmo estudo, assim como outros (Maracle *et al*, 2012), mostrou que a falta de compreensão da atuação do farmacêutico gera uma resistência entre os pacientes, que não identificam a necessidade em buscar esse profissional. Essa realidade impacta na sustentabilidade do serviço, como relatado por Atria.

Assim, uma estratégia para favorecer a continuidade do serviço é pactuar com a gestão uma diretriz que normatize o serviço de GTM para que ele esteja integrado às demais atividades realizadas dentro da UBS. Nessa diretriz precisa estar explícito as atribuições do farmacêutico, para que este tenha clareza do seu papel e, paralelo a isso, os gestores também tenham respaldo para cobrar que tal serviço seja desempenhado. Reforçando sobre a institucionalização do papel do farmacêutico como clínico nas UBS, os farmacêuticos consideraram a importância da utilização do método clínico no GTM. Bellatrix observou que: “Os serviços que geram mais resultados, que geram mais respaldo a sustentabilidade, são os que têm uma forma sistematizada de avaliar (...) dispensação não tem método clínico, o GTM sim”. A utilização do método clínico no GTM possibilita a reprodutibilidade do serviço e contribui para a sua padronização.

Sorensen e colaboradores (2020) discutiram como a consistência no processo de atendimento ao paciente, através de uma abordagem sistematizada de avaliação feita pelo farmacêutico, impacta na capacidade da profissão em demonstrar seu valor. A avaliação de cada medicamento quanto à indicação, eficácia, segurança e adesão é uma contribuição única do farmacêutico. Esse processo de pensamento confere os padrões necessários para criar consistência e confiança na experiência do paciente com o farmacêutico.

Pensando na participação dos usuários, os Conselhos de Saúde representam uma estratégia importante para promover a discussão sobre a regulamentação desse serviço clínico no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os Conselhos de Saúde permitem que a

população participe da gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais (Ministério da Saúde, 1990). Uma vez que os usuários vivenciem que a oferta de GTM na atenção primária contribui para atender às suas necessidades e tenham boas experiências, a manutenção desse serviço clínico passa a ser defendida também pela população.

### *Indicadores e documentação como subsídios para negociações*

Durante o contínuo processo de negociação do serviço de GTM com o gestor, sua qualidade e seus benefícios precisam ser evidenciados. “A colaboração que o gestor oferece, vem baseada na contrapartida de que você também disponibiliza para ele; é uma via de mão dupla”, relata Castor. Tendo isso em vista, a monitorização contínua do serviço e seus resultados podem respaldar as negociações acordadas com a gestão. Essa monitorização se dá a partir de indicadores, que são importantes ferramentas para acompanhar o desempenho do serviço, e apontam o nível e requisitos que o serviço deve apresentar para garantir sua sustentabilidade (Bittar, 2001).

A utilização de indicadores de qualidade que avaliam estrutura, processo e resultado já foi reportada em alguns estudos para avaliar o GTM, a Atenção Farmacêutica e serviços clínicos farmacêuticos em farmácias comunitárias (Sousa *et al.*, 2016; Santos, 2018; Leite, 2019). Os entrevistados relataram a importância da utilização desses indicadores durante os atendimentos, e como essa monitorização possibilita o melhor acompanhamento dos dados e um diálogo mais persuasivo com a gestão:

Então, para eu pensar em qualidade de serviço, eu preciso de indicador. E é uma ferramenta pra eu trabalhar com o meu gestor. Eu levo os indicadores pra ele e mostro: ‘olha, a partir da nossa proposta, a minha produção é essa, meus indicadores são esses. (Sirius).

Ao final de cada primeira consulta, a gente preenche uma tabela, onde avaliamos quantas doenças o paciente tem e as classificamos. Identificamos os PRMs e também a condição de saúde do paciente. Com base nesses indicadores, no final, começamos a compilar os dados. Tem tudo registrado no nosso sistema informatizado. O sistema gera muito a questão de número né! Que, para o gestor, também é importante acompanhar esses resultados. (Rígel)

Ao que diz respeito a utilização de indicadores, observa-se que os estudos de locais onde o GTM está mais avançado destacam apenas os indicadores de resultados clínicos e econômicos, mas não descreverem as iniciativas e processos que levaram a esses resultados (Leite, 2019). A divulgação desses processos contribuiria para que outras instituições se organizassem para alcançar resultados satisfatórios semelhantes.

Embora todos os farmacêuticos entrevistados concordassem com a importância desses indicadores para o serviço, alguns deles reconheceram que não acompanham de perto esses instrumentos de trabalho. Relataram também a preocupação em realizar os atendimentos clínicos, mas não de monitorar sistematicamente seus dados. Dessa forma, informações relevantes e que poderiam contribuir para a consolidação do serviço, deixaram de ser avaliados. Como descrito na fala a seguir:

Eu dei muito mais enfoque para tentar aprender ali o cuidado do que necessariamente acompanhar indicadores. Isso realmente foi uma falha minha, não sei de conhecimento, de vivência, mas eu tinha uma demanda por atender e resolver os problemas dos nossos pacientes. Então, isso faltou. Tanto que eu não sei te falar

exatamente quantos que eu atendi, quantas consultas que eu fiz. Apenas em momentos pontuais eu levei indicadores pra minha gestão. (Bellatrix)

Não monitorar o serviço por meio desses instrumentos pode representar um equívoco dos provedores do GTM, e coloca em risco a sustentabilidade do serviço. Muitas vezes, faltam planejamento e organização para que esse monitoramento seja realizado. Um profissional com competência clínica é primordial; no entanto, uma boa gestão do seu serviço é fundamental.

Fazendo uma breve comparação com os serviços clínicos prestados no âmbito hospitalar, onde toda atividade clínica geralmente envolve um indicador, o provedor do GTM pode se espelhar no processo de monitorização que esses profissionais realizam. Um dos motivos para que essa rotina de monitorização dentro do hospital seja constante advém do processo de acreditação, o qual avalia a conformidade das práticas e serviços prestados (Brasil, 2002). É importante que o serviço de GTM tente se aproximar desse processo de avaliação, com a utilização contínua de indicadores para acompanhar os resultados do serviço, e padronizar a qualidade da assistência (Leal, 2016).

Na busca por essa padronização do serviço, um elemento essencial destacado pelos participantes é a realização de uma boa documentação. Esta pode subsidiar a reprodutibilidade e continuidade do serviço, além de viabilizar sua avaliação por meio de indicadores. Atria comenta que a falta de padronização na documentação dos atendimentos realizados dentro das UBS prejudica a identificação dos resultados do GTM: “(...) mesmo fazendo o mesmo serviço que ele [outro farmacêutico], ele em um Centro de Saúde e eu em outro, se a gente registra diferente, não registra adequadamente ou mesmo usa uma documentação diferente, isso dificulta.” (Atria)

McInnis e Capps (2016) relatam experiências bem-sucedidas do serviço de GTM, e, nelas, todos os profissionais apontam que a documentação é uma das principais ferramentas na busca pela consolidação do GTM. Além disso, é imprescindível, tanto para o controle de qualidade do serviço oferecido, quanto para a demonstração do impacto da atenção farmacêutica no cenário de saúde atual (Ramalho de Oliveira, 2011). Nesse intuito, Bellatrix ressalta a documentação como uma ferramenta importante nos diálogos realizados com a gestão:

Não dá pra eu só virar e falar: “Ah eu achei ‘x’ PRM”. É mais fácil eu falar para ele [gestor] quais são as causas dos problemas que eu encontrei mais. O que mais precisei intervir, faz mais sentido isso. Pegar ali o que significa os resultados positivos, melhora, estável, e mostrar como um paciente descompensado evoluiu durante as consultas, por exemplo. Hoje, eu acompanho de três em três meses os dados, e assim eu consigo perceber como está a evolução e a resolutividade. (Bellatrix)

### **Quem vai pagar pelo serviço?**

Uma discussão crucial na busca pela sustentabilidade de um serviço clínico é sobre os recursos financeiros disponíveis para sua execução. A falta de um planejamento financeiro, como relatado pelos entrevistados, pode inviabilizar a oferta do GTM em longo prazo. No SUS, Castor relatou sobre a falta de investimento específico para viabilizar esse serviço:

A gente não tem nenhum tipo de financiamento para realização desse serviço, contratação de profissionais específicos para isso. E os profissionais acabam executando o seu serviço administrativo, e, nas horas possíveis, tentando fazer alguma

coisa relacionada ao cuidado, e que não chega a ser mesmo a questão da atenção farmacêutica. A política de assistência farmacêutica no Brasil, ela não tem uma linha de financiamento pra introdução desse tipo de serviço. Então, o que acontece? Nós trabalhamos com ações pontuais que são feitas mais pela vontade dos próprios profissionais de fazer acontecer. (Castor)

Hoje, o pagamento pelo serviço de GTM é realizado pela própria instituição, seja pública ou privada. No SUS, os farmacêuticos das UBS recebem uma remuneração fixa, não sendo acrescido valor financeiro ou outra espécie de bonificação pela realização do serviço GTM. No sistema privado, a decisão fica a cargo da gestão; mas, de forma geral, também é estabelecido um valor fixo de pagamento pelo serviço prestado. Em consultórios particulares, onde a oferta do GTM ainda é incipiente, o pagamento é feito pelo próprio paciente. Quando a oferta do serviço está vinculada a uma instituição acadêmica, por meio de alguma pesquisa, o serviço é fornecido de forma gratuita. Bellatrix, que trabalhou em uma cooperativa médica privada por quatro anos, comenta que a questão financeira foi determinante na sua decisão de deixar a instituição:

Eu saí porque eu ganhava muito mal. Eu fiquei bastante tempo porque eu aprendi muito lá. Eu amo atender e isso me sustentou por muito tempo. Mas não tinha um diferencial; não tinha uma perspectiva de progressão. Eu acho isso horrível porque você assume uma responsabilidade imensa e não é valorizado. Chegou num ponto que já não compensava financeiramente, e isso foi o que pesou mais. (Bellatrix)

Ao discutir sobre recursos financeiros no contexto dos sistemas de saúde, se torna importante conhecer as mudanças nos modelos de pagamento que já estão acontecendo em alguns países. A transição ou complementação do modelo de taxa por serviço (*fee-for-service*) com modelos de reembolso baseados em valor (Putera, 2017; Kliethermes, 2019). Nessa abordagem, “valor” diz respeito ao atendimento com foco no paciente, nos resultados obtidos, considerando suas preferências e necessidades, e valorizando a experiência do paciente com o serviço (Kliethermes, 2019). Os resultados geram valor quando o tratamento e o gerenciamento da condição clínica trazem os maiores benefícios de saúde que os pacientes poderiam alcançar.

Esses “novos” modelos, que já vem sendo testados desde os anos 1990, vêm sendo implementados lentamente no Brasil. No modelo de pagamento por serviço, quando um serviço é prestado, uma taxa é cobrada e reembolsada ao provedor desse serviço. Dessa forma, quanto mais vezes um serviço é prestado, maior é a receita gerada. Já existem evidências de que o modelo de pagamento por procedimento tem sido insuficiente para responder às demandas atuais do setor de saúde no Brasil (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2019).

O pagamento por desempenho é uma estratégia/ferramenta amplamente defendida dentro desses modelos de remuneração. O pagamento por desempenho (*pay-for-performance* - P4P) consiste na transferência de dinheiro para provedores ou serviços de saúde condicionada a resultados alcançados a partir de ações ou metas predeterminadas (Barreto, 2015; ANS, 2019). O P4P na saúde tem por objetivo incentivar condutas individuais ou coletivas para a obtenção de melhores resultados na provisão de serviços de saúde. Discutir com profundidade os vários modelos de remuneração baseados em valor não é o objetivo desse estudo. Mas, quando estamos indagando a sustentabilidade dos serviços de GTM no Brasil, introduzir esse conceito se torna importante uma vez que o farmacêutico provedor do GTM precisa estar atento às discussões sobre esses modelos.



Os participantes consideram que a filosofia do GTM converge com o entendimento dos cuidados de saúde baseado em valor. Adhara relata que, para que o GTM se desenvolva e produza os resultados plenos que ele tem a capacidade de produzir, seria necessária uma mudança estrutural no nosso sistema de saúde no sentido de incorporar o conceito de saúde baseada em valor:

O GTM (...) precisa estar inserido dentro de um modelo de cuidado que seja baseado em resultados para que esse serviço seja perene. Eu acho que a sustentabilidade do serviço de GTM fica comprometida justamente porque o modelo médico que a gente tem hoje não é um modelo preventivo; ele é um modelo curativo emergencial. Então, o resultado do paciente não é o objetivo da equipe, a equipe vai apagando pequenos incêndios e a intervenção não é feita em cima de resultados. (Adhara)

No sistema público brasileiro, o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária a Saúde busca estimular o pagamento por desempenho (Ministério da Saúde, 2019). Para o cálculo do valor, será considerado o resultado dos indicadores alcançados pelas equipes de saúde da família. Até o presente momento, foram estabelecidos apenas indicadores de processo como, por exemplo, o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (Ministério da Saúde, 2019). Mas, até 2022, encontra-se prevista a divulgação de novos indicadores, dentre os quais, espera-se que constem indicadores de resultados, que são mais adequados para avaliar o desempenho e a qualidade do serviço. Nesse contexto, o serviço de GTM configura uma importante estratégia para aumentar a resolutividade das equipes e melhorar seu desempenho, sendo que alguns trabalhos já evidenciaram seu impacto satisfatório na atenção primária brasileira envolvendo doenças crônicas (Neves, *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2019; Mendonça *et al.*, 2016).

Sob a perspectiva do sistema de saúde complementar, o fato do serviço de GTM ser relativamente novo no Brasil e a atuação do farmacêutico como clínico ainda não é reconhecida pela população em geral, faz com que o interesse em pagar pelo GTM seja um desafio inicialmente. Os entrevistados comentaram sobre a possibilidade de realizar a oferta do GTM em consultórios particulares, mas acreditam que o serviço ainda não alcançou essa maturidade porque os pacientes não o compreendem. Canopus comenta sobre essa questão no trecho a seguir:

Eu tenho pensado muito é sobre quem vai pagar o GTM. Se a gente pensar no serviço privado, eu não acho que o paciente em si está preparado para pagar pelo serviço. Se uma pessoa não entende o que você faz, não tem como ela buscar o serviço. Então, eu acho que os melhores cenários são aqueles que o pagamento do serviço vai ser feito pela própria instituição. Se for numa clínica de reumatologia, que é onde eu estava mais ligado, a própria clínica faria esse pagamento do profissional. (Canopus)

Considerando que a ausência do financiamento é um dos fatores essenciais que dificultam a sustentabilidade de um serviço clínico, é fundamental pensar em estratégias que possam fomentar recursos financeiros. No setor privado, o contrato com operadoras de planos de saúde, constitui uma estratégia para viabilizar, ao menos, parte desses recursos financeiros necessários. Nesse sentido, um estudo americano descreveu como os resultados clínicos e econômicos dos serviços de GTM com abordagem na saúde baseada em valor podem beneficiar financeiramente operadoras de planos de saúde (Tripicchio *et al.*, 2019). Foi demonstrado que a cobertura por serviços de GTM pode diminuir os custos médicos totais em decorrência da otimização da farmacoterapia dos pacientes e redução da sua agudização. Além disso, foi demonstrado que prover GTM pode aumentar a competitividade dos planos de saúde no mercado, uma vez pode

melhorar a classificação de qualidade dos planos de saúde e propiciar o pagamento de bônus de qualidade. Dessa forma, a cobertura do GTM por planos de saúde pode ser vista como uma iniciativa interessante de financiamento do serviço.

O estudo de Maracle e colaboradores (2012) traz o relato de médicos que afirmam que a questão financeira representa uma barreira no acesso dos pacientes ao serviço de GTM. Uma vez que não são todos os planos de saúde que fazem a cobertura do serviço e muitos pacientes não conseguem pagar por ele. Isso decorre do fato de algumas clínicas considerarem dispendiosa a presença do farmacêutico em tempo integral.

Por outro lado, é possível que, à medida que a atuação dos farmacêuticos no atendimento direto aos pacientes evolua e o reconhecimento desse serviço clínico cresça, assim como o conceito de saúde baseada em valor nos sistemas de saúde, a remuneração desses profissionais poderá ser feita baseada nos resultados obtidos pelos pacientes. Tendo isso em consideração, o GTM, assim como outros serviços de saúde destinados ao atendimento direto ao paciente necessita de um aporte financeiro. Esse farmacêutico, ainda que encontre satisfação profissional na oferta desse serviço, sem um retorno financeiro, pode se ver impelido a buscar outras possibilidades no mercado, o que resultaria na descontinuidade do GTM. Além disso, incentivos financeiros podem melhorar a qualidade de atendimento. Quando há recursos financeiros disponíveis, é possível, por exemplo, a contratação de mais profissionais para realizarem o atendimento, favorecendo o acesso de mais pacientes, estimulando o crescimento do serviço.

Essa discussão a respeito da remuneração nos faz refletir sobre qual deveria ser a origem do financiamento de um serviço clínico. Considerando o GTM, que é um serviço clínico ligado a profissão de farmácia, há um processo de pensamento vinculado ao produto. Serviços e produtos não funcionam sob a mesma lógica de raciocínio; enquanto um é resultado de um processo de produção (produto) o outro tem relação ao atendimento de uma demanda que não necessariamente envolve mercadorias. Todo serviço clínico deveria estar ligado a um departamento que pensa no reembolso, ou na remuneração pelo oferecimento de serviço e não pela distribuição de produto, como acontece atualmente. A partir daí, poderíamos avançar no planejamento de recursos financeiros para serviços clínicos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A utilização de uma metodologia qualitativa possibilitou uma melhor compreensão dos elementos envolvidos no processo de consolidação e perenização do GTM. A sustentabilidade de um serviço contínuo e que tem o paciente como o centro da prática é diferente da sustentabilidade de um serviço que propõe o atendimento pontual do paciente. O GTM possui um paradigma norteador, no qual o profissional se prontifica em atender uma necessidade social (reduzir a morbimortalidade pelo uso de medicamentos), extremamente relevante no cenário atual. Assim, a discussão em torno do fortalecimento desse serviço traz impactos potenciais importantes no sistema de saúde. As categorias reveladas a partir da experiência de farmacêuticos e gestores que vivenciaram a oferta do GTM evidenciaram que os fatores que impactam na sustentabilidade devem ser considerados desde a sua implementação. Ambos (implementação e sustentabilidade) devem ser planejados e medidos simultaneamente, uma vez que esse procedimento possibilita identificar barreiras e facilitadores que impactam no sucesso do serviço. O sucesso do serviço em longo prazo também é

reflexo dessa implantação que foi bem conduzida e estruturada. Devem ser levados em consideração competências e habilidades do profissional provedor do serviço; a condução do trabalho em parceria com o prescritor e demais profissionais de saúde; estabelecimento de diálogo com a gestão, acordando metas e responsabilidades; e análise acerca de como o serviço se manterá financeiramente.

## REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019). Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor. Recuperado em 20 de junho, 2020, de [http://www.ans.gov.br/images/Guia\\_Modelos\\_de\\_Remunera%C3%A7%C3%A3o\\_Baseados\\_em\\_Vvalor.pdf](http://www.ans.gov.br/images/Guia_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Vvalor.pdf).
- Amaral, P. A., Mendonça, S. A. M., Ramalho de Oliveira, D., Peloso, L., Pedroso, R., & Ribeiro, M.A. (2018). Impact of a medication therapy management service offered to patients in treatment of breast cancer. *Braz. J. Pharm. Sci* (online), v. 54.
- Azevedo, C. E. F., Oliveira, L. G. L., Gonzalez, R. K., & Abdalla M. M. (2013). A Estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade - EnEPQ, p. 1–16.
- Barreto, J. O. M. (2015). Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5):1497-1514.
- Bittar, O. J. N. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS \_ Vol. 3, Nº 12 – Julho-Set.*
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med*.12:573-576.
- Brasil.(2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil.(2018). Ministério da Saúde. Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB). 1ª edição revisada - versão preliminar eletrônica, Brasília-DF, editora MS.
- Charmaz, K. A. (2009). Construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. *Porto Alegre: Artmed Editora*, 272 p.
- Cipolle, R. J., Strand, L. M., & Morley, P. C. (2012). Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services. *McGraw-Hill Medical Publishing*; Ed.3.
- Costa, J. M. & Pereira, M. L. (2012). Implantação da Atenção Farmacêutica em uma unidade de Atenção Primária à Saúde do Brasil: avaliação qualitativa por uma equipe multiprofissional. *Rev APS*. Jul/set; 15(3): 287-293.
- Detoni, K. B., Oliveira, I.V., Nascimento, M. M. G., Caux, T. R., Alves, M. R., & Ramalho de Oliveira, D. (2016). Impact of a medicationtherapy management service on the clinical status of patientswithchronicobstructivepulmonarydisease. *International Journal of Clinical Pharmacy*, v. 39, p. 95-103.

- Divine, H., Nicholas, A., Jonson, C. L., Perrier, D. G., Steinke D. T., & Blumenschein, K. (2008). PharmacistCARE: Description of a pharmacist care service and lessons learned along the way. *Journal of the American Pharmaceuticist Association*. v. 48, p.793–802.
- Dosea, A. S. (2015). A percepção do farmacêutico no processo de implantação de serviços clínicos farmacêuticos. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Sergipe, SE, Brasil.
- Funk, K. A., Pestka, D. L., McClurg, M. T. R., Carroll, J. K. & Sorensen, T. D. (2019). Primary Care Providers Believe That Comprehensive Medication Management Improves Their Work-Life. *JABFM*. Vol. 32 No. 4.
- Gonzalez, C. C., Benrimoj, S. I., Scerri, M. & Cardenas, V.G. (2020). Sustainability of innovations in healthcare: A systematic review and conceptual framework for professional pharmacy services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Elsevier Inc.
- Grundy, P. (2020). Making the business case for CMM: It's all about the mission. GTMRx Institute Blog. Recuperado em 19 de junho, 2020, de <https://gtmr.org/blog-making-the-business-case-for-cmm-its-all-about-the-mission/>.
- Heath, H., & Cowley, S. (2004). Developing a grounded theory approach: a comparison of Glaser and Strauss. *International Journal of Nursing Studies*, v. 41, p. 141–150, 2004.
- Helfrich, C. D., Damschroder, L. J., Hagedorn, H. J., Daggett, G. S., Sahay, A., Ritchie, M., & Stetler, C. B. (2010). A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implementation Science*, 5(1). *BioMed Central*.
- Hepler, C. D., & Strand L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*. Washington, vol. 47, n.3, p.533-543.
- Kliethermes, M. A. (2019). Value-based payment: Preparing for changes in payment for services. *PharmacyToday*.
- Leal, M. B. (2016). Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de conformidade em serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil.
- Legault, F., Humbert, J., Amos, S., Hogg, W., Ward, N., Dahrouge, S., & Ziebell, L. (2012). Difficulties Encountered in Collaborative Care: Logistics Trumps Desire. *JABFM*.
- Leite, A. L. A. (2019). Gerenciamento da Terapia Medicamentosa: uma análise de indicadores do serviço farmacêutico. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil.
- Maracle, H. L., Ramalho-de-Oliveira, D., & Brummel, A. (2012). Primary Care Providers' experiences with Pharmaceutical Care-based Medication Therapy Management Services. *Innovations in pharmacy*, v. 3, n. 1.
- Martínez-Salgado, C. (2012). Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):613-619.

- McInnis, T., & Capps, K. (2016) Get the medications right: a nationwide snapshot of expert practices-Comprehensive medication management in ambulatory/community pharmacy. Health2 Resources.
- Mendonça, S. A. M., Melo, A. C., Pereira, G.C.C., Santos, D. M. S. S., Grossi, E. B., Vilas Boas, M.C., Ramalho de Oliveira, D., & Sousa, A. C. S. (2016). Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* (Online), v. 52, p. 365-373.
- Ministério da Saúde. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Recuperado em 03 de julho, 2020 de [https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)
- Ministério da Saúde. (2019). Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019
- Moreno, G., Lonowski, S., Fu, J., Chon, J. S., Whitmire, N., Vasquez, C., Skootsky, S. A., Bell, D. S., Maranon, R. & Mangione, C. M. (2017). Physician experiences with clinical pharmacists in primary care teams. *Journal of the American Pharmacists Association*.
- Neves, C. M., Nascimento, M. M. G., Silva, D. A. M., & Ramalho de Oliveira, D. (2019). Clinical Results of Comprehensive Medication Management Services in Primary Care in Belo Horizonte. *Journal MDPI. Pharmacy*.
- Nogueira, F. A. (2006). Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos. Dissertação de mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, SP, Brasil.
- Pestka, D. L., Sorge, L.A., Mendkoff, J., Frail, C. K., Funk, K. A., Carroll, J. K., Sorensen, T. D. & McClurg, M. T. R. (2019). Assessing the State of Comprehensive Medication Management in a Sample of Primary Care Clinics. *Innovations in pharmacy*. Vol. 10, No. 1, Article 5.
- Peters, D. H., Tran, N. T., & Adam, T. (2013). Implementation research in health: a practical guide. World Health Organization.
- Putera, I. (2017). Redefining Health: Implication for Value- Based Healthcare Reform. *Cureus* 9(3): e1067. DOI 10.7759/cureus.1067
- Ramalho de Oliveira, D. (2011). Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN, 327 p.
- Ramalho de Oliveira, D. (2013). Atenção farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: ACÚRCIO, F. DE A. (Ed.). Medicamentos - Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoconomia. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed. p. 197–234
- Santos, B. D., Nascimento, M. M. G do., Oliveira, G. C. B. de., Nascimento, Y. A. de., Mambrini, J. V. M. de., Cid, A. S., Piovesan, T. G. C., Fernandes, L. B., Martins, U. C. M., Neves, C. M., Silva, D. F., & Ramalho de Oliveira, D. (2019). Clinical Impact of a Comprehensive Medication Management Service in Primary Health Care. *Journal of Pharmacy Practice* 1-7, 2019 DOI: 10.1177/0897190019866309.
- Santos, F. T. C., Silva, D. L. M. da & Tavares, N. U. L. (2018). Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*.

Santos, G. A. Jr dos. Implantação e proposição de estratégias para integração de serviços clínicos farmacêuticos às redes de atenção à saúde. (2018) Tese de doutorado, Universidade Federal de Sergipe, SE, Brasil.

Schultz, H., Westberg, S. M., Ramalho de Oliveira, D., & Brummel, A. (2012). Patient-perceived value of Medication Therapy Management (MTM) services: a series of focus groups. *Innovations in PharmPacy*, v. 4, n. 3, p.1-8.

Souza, I. G., Nascimento, M. M. G., Neves, C. M. Oliveira, G. C., BRUM, G. A., & Ramalho-Oliveira D. (2017) Resultados Clínicos do Serviço de Gerenciamento da Terapia medicamentosa em um Ambulatório de Diabetes. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*.

Silva, D. A. M. (2016). Gerenciamento da terapia medicamentosa na Atenção Primária do município de Belo Horizonte: uma autoetnografia da transformação profissional. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil.

Sorensen, T. T., Hager, K. D., Schlichte, A. & Janke, K. (2020). A Dentist, Pilot, and Pastry Chef Walk into a Bar... Why Teaching PPCP Isn't Enough. *American Journal of Pharmaceutical Education*.

Sousa, S. R. A., Shoemaker, S. J, Nascimento, M. M. G., Costa, M. S., & Ramalho de Oliveira, D. (2016). Development and validation of a logic model for comprehensive medication management services. *International Journal of PharmacyPractice*.

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

Tripicchio, K., Urick, B., Easter, J., & Ozawa, S. (2020). Making the economic value proposition for pharmacist comprehensive medication management (CMM) in primary care: A conceptual framework. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. doi:10.1016/j.sapharm.2020.01.00

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, 507-14.

Watanabe, J. H., Mcinnis, T., & Hirsch, J. D. (2018). Cost of Prescription Drug-Related Morbidity and Mortality. *Annals of Pharmacotherapy*, 1-9 pág.

## **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.