

KIRLA BARBOSA DETONI

IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA
MEDICAMENTOSA NO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

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

Orientadora: Prof. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira

Co-orientador: Prof. Dr. Manuel Machuca

Belo Horizonte – MG

2016

D482i Detoni, Kirla Barbosa.
Implantação do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa no componente especializado da assistência farmacêutica / Kirla Barbosa Detoni. – 2016.
154 f. : il.

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.
Coorientador: Manuel Machuca.

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

1. Atenção farmacêutica – Teses. 2. Medicamentos – Terapêutica – Teses. 3. Medicamentos – Processo decisório – Teses. 4. Etnografia – Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Machuca, Manuel. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 362.1042

AGRADECIMENTOS

As páginas que se seguem são reflexo da participação de muitas pessoas em minha vida, que me ajudam a construir e reconstruir diariamente o meu eu em toda minha subjetividade. Não poderia deixar de agradecer, então, a todos os protagonistas da minha própria história, que tornam essa jornada mais leve e prazerosa. Carinho especial:

Ao meu refúgio: À minha Flor do Dia e ao meu Peipisguila, que me ensinam diariamente o significado de amor, carinho e respeito. Gratidão por abrirem as portas da gaiola e me ensinarem que asas são feitas para voar. Ao Guinho (ô cabeção!) pela irmandade e por compartilhar comigo os melhores momentos da minha infância.

À toda minha família, meu lar, que me lembram sempre que nunca estou só. Pelos momentos juntos no Natal, almoços de domingo, férias na praia de Manguinhos, bate-papo na grande cidade de Rochedo de Minas e pastéis no Mercado Central. Obrigada a cada um de vocês, tios, tias, primos e primas. Em especial aos meus mestres: Vovó Bizuca e vovó Aparecida, pela sabedoria de vida e aos vovôs ausentes, pela sabedoria de alma.

À Djenane, pela honra de ser sua orientada. Para além dos portões da academia e da ciência, obrigada por promover em mim, desde a disciplina de Atenção Farmacêutica, aquela inquietação que me fez crescer criticamente enquanto profissional e pessoa. Obrigada Djinha!

Ao Professor Manuel Machuca que, apesar do fuso horário, sempre acompanhou o meu trabalho com muita atenção. Muchas Gracias!

Ao meu segundo lar: obrigada a todos os membros do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica pela troca de experiência e por todo aprendizado, que não cabem no Lattes. À Simone, pelas aulas de metodologias ativas de ensino e pelas auroras no CEAF. À Agnes, pelas aulas de subjetividade do sujeito. À Dani, pelos casos clínicos

compartilhados. Ao Mateus, pelas reuniões e contribuições, mesmo não estando mais no CEAF. Ao Samu e a Bebê, por dividirem comigo anseios durante o mestrado, comida e o mesmo teto. À mais nova integrante, Mariana Gonzaga, pelas discussões críticas e pelos cafés feitos com muito bem-querer.

Às GTM Gladiadoras, companheiras de jornada, valores e ideais. Obrigada por trilharem comigo o caminho maravilhoso em busca do cuidado centrado na pessoa. Vocês foram a melhor surpresa deste mestrado: acidentalmente ganhei de presente amigas para a vida toda! Bela, Tatá, Jojô, Gabi, Cid e Mari: gratidão única à cada uma de vocês, cada qual com seu jeitinho especial, por compartilharem comigo trabalho, croassonhos, risadas e muito amor.

À toda equipe da farmácia da SES, pela educação e pela receptividade com que me receberam. Em especial à Patrícia e à Verlanda, que me abriram as portas para essa grande oportunidade.

À todos os meus passarinhos entrevistados, pela disponibilidade e paciência. Este trabalho não teria sido possível sem a contribuição valorosa de vocês.

À todos os pacientes que se deixaram ser cuidados por mim. Com certeza, vocês foram os melhores professores que qualquer profissional de saúde poderia ter! Obrigada por me ensinarem o poder da escuta ativa e o efeito terapêutico da empatia.

Às farmamachinhas, companheiras desde a faculdade e amigas para a vida toda. Silvis, Nona, Nina, Mari, Mery, Maria, Livinha, Ju, Raura, Natali, Tia Lu e Kelly, obrigada.

Às Ohanas, pelas melhores risadas do mundo: Aines, Gabi e Guedes, obrigada!

Aos Csf-Arizona, pelo companheirismo no intercâmbio e pela amizade que se mantém apesar dos quilômetros de distância.

Ao Pedroca, pelas traduções e eternos bate-papos durante as madrugadas! À Aninha, pelas ajudas nas transcrições, pelas risadas, pelas caronas, pelos abraços e pela amizade.

Às meninas do Ipê Amarelo: Anitcha e Robertita, minhas mãezinhas de BH, pelo companheirismo durante muito tempo.

Às amigas de Ipatinga, presentes desde a infância: Nara, Sil e Kisa. Grata pela amizade!

À Capes, pelo apoio financeiro.

A todas as pessoas que cruzaram o meu caminho e que, de uma forma ou de outra, me influenciaram para ser quem eu sou hoje. Gratidão pública a todos aqueles que tocaram minha alma. Finalizo aqui meus agradecimentos mas deixo aberto meu livro da vida. Com certeza, muitas pessoas especiais ainda rabiscarão páginas e mais páginas.

"Somos assim: sonhamos o vôo mas tememos a altura. Para voar é preciso ter coragem para enfrentar o terror do vazio. Porque é só no vazio que o vôo acontece. O vazio é o espaço da liberdade, a ausência de certezas. Mas é isso o que tememos: o não ter certezas. Por isso trocamos o vôo por gaiolas. As gaiolas são o lugar onde as certezas moram".

Rubem Alves

RESUMO

O serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) tem apresentado resultados clínicos, humanísticos e econômicos positivos em vários países, entretanto sua implantação ainda permanece um desafio. Isso justifica a importância de se estudar mais detalhadamente os aspectos determinantes em todas as etapas que perpassam esse processo. As pesquisas de implementação em saúde representam uma ferramenta crítica para provisão de evidência científica para a expansão de programas em saúde. Apesar disso, são negligenciadas atualmente. Assim, este trabalho teve o objetivo de compreender o processo de implantação do GTM em uma unidade de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), do estado de Minas Gerais. A construção do serviço iniciou-se a partir de uma parceria entre o Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais e a gestão da farmácia, em setembro de 2014. Optou-se pela etnografia como metodologia, conduzida desde o início da implantação até fevereiro de 2016. Foram utilizados múltiplos métodos de coleta de dados. Entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com doze integrantes do cenário: duas gestoras; três farmacêuticas; a farmacêutica clínica parceira; dois líderes de atendimento e quatro pacientes acompanhados no GTM. Foram utilizados também os registros em diários de campo das duas farmacêuticas responsáveis pela implantação, frutos da observação participante. A partir da análise e interpretação dos resultados, emergiram dois temas centrais: “Otimizando a implantação de serviços de GTM: critérios potencializadores do êxito do processo” e “Peculiaridades da farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”. O primeiro inclui onze categorias, que se traduzem em condições para potencializar o sucesso da implantação do GTM na farmácia em questão. Os resultados revelaram que para que o serviço se torne realidade na unidade, é necessário a presença de profissionais que tenham perfil pelo cuidado às pessoas, devidamente capacitados para o GTM. A gestão da dispensação e a gestão do serviço clínico devem ser administradas separadamente, por profissionais diferentes. Se dedicar ao cuidado requer uma metamorfose na atuação profissional e o desenvolvimento de habilidades diferentes daquelas desenvolvidas pelo farmacêutico “tradicional”, focado na dispensação de medicamentos. Apesar dos desafios vivenciados, a implantação do GTM no CEAF mostrou-se viável. A ausência de equipe de saúde no local e o fato de ser uma unidade de dispensação não se apresentaram como barreiras ao oferecimento de um serviço de cuidado direto ao paciente. Apesar de os resultados serem fruto de um estudo conduzido em um cenário específico, acredita-se que eles possam auxiliar na implantação de serviços de GTM em outros ambientes. Salienta-se aos farmacêuticos e gestores a importância de se atentar a esses aspectos antes e durante a implantação, maximizando o sucesso do processo.

Palavras-chave: gerenciamento da terapia medicamentosa, pesquisa de implementação em saúde, componente especializado da assistência farmacêutica, etnografia

ABSTRACT

Medication therapy management (MTM) services have shown clinical, economic and humanistic positive outcomes in several countries; however, implementation remains a challenge. This fact justifies the importance to study in detail the key aspects concerning the stages this process. Implementation research in healthcare represents a critical tool for the provision of scientific evidence to expand programs in healthcare. Despite that, this type of research is often neglected. Thus, this study aimed to understand the MTM implementation process in a Specialty Pharmacy unit, in the state of Minas Gerais. The construction of the service began from a partnership between the Pharmaceutical Care Study Centre of the Federal University of Minas Gerais and the manager of the pharmacy in September 2014. Ethnography was used as the methodology, conducted from the beginning of the implementation until February 2016. Multiple data collection methods were used. Semi-structured interviews were conducted with twelve members of the scenario: two managers; three pharmacists; the clinical pharmacist partner; two service leaders and four patients followed up in MTM. Notes from field diaries were also used, as a result of participant observation, from the two pharmacists responsible for the implementation. Two central themes emerged from the analysis and interpretation of results: "Optimizing the implementation of MTM services: criteria to improve the success of the process" and "Specialty Pharmacy Peculiarities". The first includes eleven categories, which can be translated into conditions to enhance the success of the MTM implementation in this pharmacy. The results showed that for the service to become a reality in the unit, the presence of a professional with a profile for patient care of people, properly trained for the MTM, is of paramount necessity. Different professionals should administer the management of the dispensing and the clinical service separately. Devotion to care requires a metamorphosis in professional practice and the development of other skills different from those developed by the "traditional" pharmacists, focused on drug dispensary. Despite the challenges experienced, the MTM implementation in the Specialty Pharmacy proved to be feasible. The lack of other health professionals on the site and the fact of it being a dispensing unit have not presented as barriers to offering a direct care service. Although the study was conducted in a specific scenario, it is believed that the results can assist the implementation of MTM services in other healthcare environments. It is noted to pharmacists and managers the importance of considering these aspects before and during deployment, maximizing the success of the process.

Key-words: medication management services, implementaion research in health, specialty pharmacy, ethnography

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 PERGUNTA DE PESQUISA	15
3 OBJETIVO GERAL	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
4.1 Panorama atual do uso de medicamentos: contextualizando a necessidade social pelo gerenciamento da terapia medicamentosa	18
4.1.1 Um senso de urgência	18
4.1.2 Gerenciamento da terapia medicamentosa: conceituação teórica	20
4.2 Gerenciamento da terapia medicamentosa como parte integrante da assistência farmacêutica: estratégia para promoção do uso racional de medicamentos	22
4.2.1 O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	24
4.3 O processo de gestão do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa	26
4.4 Implantação, implementação e consolidação de serviços de saúde	28
5 PERCURSO METODOLÓGICO	32
5.1 Etnografia	32
6 MÉTODOS	35
6.1 Cenário de prática	35
6.2 Seleção dos sujeitos do estudo	35
6.3 Coleta de dados	36
6.3.1 Observação participante	37
6.3.2 Entrevistas	38
6.3.2.1 Entrevistas formais semiestruturadas	38
6.3.2.2 Entrevistas informais	39
6.3.3 Diário de campo	40
6.4 Análise e interpretação dos dados	40
6.5 Rigor metodológico	42
6.6 Aspectos éticos	42
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44

7.1 Contextualizando os sujeitos do estudo	46
7.1 Contextualizando o cenário.....	49
7.3 CAPÍTULO I: Otimizando a implantação de serviços de GTM: critérios potencializadores do êxito do processo	52
7.3.1 Apoio da gestão	52
7.3.2 Avaliação dos recursos físicos e materiais	55
7.3.3 Avaliação dos recursos humanos	58
7.3.3.1 Perfil do profissional farmacêutico.....	59
7.3.3.2 Domínio da metodologia de prática	64
7.3.4 Definição de função e/ou tempo dedicado exclusivamente para a clínica.....	68
7.3.5 Reorganização dos processos de trabalho	70
7.3.6 Definição de critérios de inclusão de pacientes no serviço.....	75
7.3.7 Definição do fluxo dos pacientes para o GTM	77
7.3.8 Comunicação com a equipe de saúde	80
7.3.9 Integração com a equipe	82
7.3.10 Divulgação interna do serviço	85
7.4 CAPÍTULO II: Peculiaridades das farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.....	91
7.4.1 “É uma farmácia, mas uma farmácia diferente”: O Componente Especializado como uma unidade de dispensação	91
7.4.2 A ausência de equipe de saúde não é um impedimento	96
7.5 Panorama atual e perspectivas futuras	101
8 COLOCANDO EM PRÁTICA: APLICABILIDADE DO ESTUDO	104
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
11 APÊNDICES	123
Apêndice I - Tópico-guia para entrevistas com os funcionários	123
Apêndice II - Tópico-guia para entrevistas com os pacientes	125
Apêndice III - Texto modelo para primeiro contato telefônico com paciente	126
Apêndice IV - Carta modelo para recomendações farmacêuticas a outros profissionais de saúde	127

Apêndice V - Artigo: Comprehensive medication management services in a Brazilian specialty pharmacy: a qualitative assessment	129
12 ANEXOS	149
Anexo I - Termo de consentimento livre e esclarecido (Estudantes, docentes e profissionais de saúde)	149
Anexo II - Termo de consentimento livre e esclarecido (Paciente)	152

1 INTRODUÇÃO

A atenção farmacêutica, originada em 1990, consiste em uma prática profissional centrada na pessoa que visa a otimização responsável da farmacoterapia em uso pelo paciente (HEPLER; STRAND, 1990). O gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) corresponde ao serviço clínico real oferecido aos pacientes, embasado no arcabouço teórico e metodológico da atenção farmacêutica. Tem o objetivo claro de identificar, resolver e prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos, por meio de um processo lógico e sistemático de tomada de decisão em farmacoterapia (WIEDENMAYER, 2006; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012;).

O GTM surgiu em resposta a uma demanda social que os serviços de saúde atuais têm dificuldade de absorver: o aumento expressivo da morbimortalidade associada ao uso de medicamentos (ERNST; GRIZZLE, 2001; WHO, 2002; STARK; JOHN; LEIDL, 2011; SINITOX, 2012) e a ausência de um profissional que tenha um olhar holístico voltado para essa questão. Essa prática focada no cuidado tem apresentado resultados clínicos (RAMALHO DE OLIVEIRA; BRUMMEL; MILLER, 2010; JARAB *et al.*, 2012; BRUMMEL *et al.*, 2013) econômicos (OBRELI-NETO *et al.*, 2015; RAMALHO DE OLIVEIRA; BRUMMEL; MILLER, 2010; BITTENCOURT, 2013; e humanísticos (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2010; SCHULTZ *et al.*, 2012) positivos em vários lugares do mundo e a sua implantação nos vários cenários dos sistemas de saúde se mostra relevante.

Um desses cenários compreende as farmácias integrantes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Esse componente representa uma estratégia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para ampliação do acesso a medicamentos utilizados no tratamento de patologias complexas e fases evolutivas de diversas doenças, descritas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2014b). É caracterizado pela busca da integralidade do tratamento terapêutico em nível ambulatorial (BRASIL, 2014a).

Tendo em vista a relevância do GTM, em setembro de 2014 iniciou-se a implantação desse serviço em uma das farmácias ambulatoriais do CEAF da Secretaria Estadual de

Saúde, do estado de Minas Gerais (SES-MG). Os poucos trabalhos encontrados no âmbito do CEAF registram resultados clínicos positivos (BRASIL, 2014c; SILVA *et al.* 2013), mas a literatura é deficiente de relatos de experiências de implantação e implementação do GTM nesse cenário.

No Brasil, a publicação de artigos científicos sobre o oferecimento de serviços de GTM ainda é tímida. Muito embora a introdução desse novo modelo de prática venha sendo estimulada nos últimos anos, ainda são necessárias mudanças substanciais nos serviços farmacêuticos prestados aos usuários do SUS (BRASIL, 2007). Sendo uma atividade inovadora e recente no país, a sua construção nos diversos cenários de prática ainda permanece como um desafio.

As pesquisas de implementação de serviços clínicos em saúde podem auxiliar na compreensão do seu funcionamento no mundo real, respondendo a uma série de indagações que se irrompem na prática conforme o contexto em que estão inseridos (PETERS; TRAN; ADAM, 2013). Apesar de representarem uma ferramenta crítica para provisão de evidência científica necessária para melhoria da expansão dos programas em saúde, esses estudos ainda são escassos, sobretudo no tocante à implantação de serviços de GTM. Isso justifica a importância de se estudar mais detalhadamente os aspectos determinantes em todas as etapas que perpassam esse processo. É nesta perspectiva que o presente trabalho se insere.

2 PERGUNTA DE PESQUISA

Perante o exposto, fica evidente a importância do tema em questão. Tendo clara a necessidade social atendida pelo GTM nos serviços de saúde, em 2013 foi criado o Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais, um centro de caráter educacional, científico e de provisão de serviços.

O Centro apresenta como um dos objetivos centrais a criação de serviços de GTM nos mais diversos cenários de prática e a promoção da integração entre ensino, serviço e comunidade. A partir de uma parceria entre o Centro e a gestão da farmácia do CEAF, eu e outra farmacêutica, ambas vinculadas ao centro, recebemos o convite implantarmos o GTM em uma farmácia do CEAF do estado de Minas Gerais.

A partir de então, surgiu o meu entusiasmo por esta pesquisa. Sempre tive o intuito de investir em um estudo que contribuísse de maneira efetiva e prática para os profissionais de saúde que almejam enveredar-se pelo caminho do cuidado aos pacientes. Me vi, então, em uma posição privilegiada para investigar de maneira mais detalhada todo o processo de implantação do GTM no âmbito do componente especializado. Me deparei também com a escassez de publicações de pesquisas sobre a implantação e implementação de serviços clínicos, reforçando a necessidade de mais estudos nessa área. Sendo assim, considero relevante contar essa história, de modo a estimular a expansão da prática.

Neste processo, surgiram diversas indagações: o que significa inserir um serviço de cuidado direto aos pacientes, como o GTM, em um ambiente de entrega de medicamentos, como uma farmácia do CEAF? É viável? Como a cultura de um local de distribuição de medicamentos influencia, positiva ou negativamente, na construção de um serviço clínico? De uma forma geral: de que maneira ocorre o processo de implantação do serviço de GTM no âmbito de uma farmácia do componente especializado?

Nesse ponto, é importante reforçar que minha inspiração com a implantação do GTM no CEAF não se restringiu à realização desta pesquisa, envolvendo também o esforço

em busca da efetivação e continuidade desse serviço que considero imprescindível aos usuários de medicamentos.

3 OBJETIVO GERAL

Descrever e compreender a implantação do serviço de GTM em uma farmácia do CEAF do estado de Minas Gerais, por meio da visão dos atores envolvidos nesse processo.

3.1 Objetivos específicos

- Compreender as perspectivas dos atores envolvidos, direta ou indiretamente, no processo de implantação deste serviço: farmacêuticas responsáveis pela implantação, gestores, farmacêuticos e líderes de atendimento;
- apreender a experiência dos pacientes acompanhados pelo GTM em relação ao serviço;
- descrever e interpretar facilitadores e desafios que influenciaram na implantação do GTM no CEAF;
- discutir a inserção de um serviço de cuidado direto aos pacientes em uma unidade de dispensação de medicamentos.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Panorama atual do uso de medicamentos: contextualizando a necessidade social pelo gerenciamento da terapia medicamentosa

4.1.1 Um Senso de Urgência

Atualmente, os medicamentos compreendem a intervenção terapêutica mais utilizada em saúde (WIEDENMAYER *et al.*, 2006). Esse fato pode ser reforçado, dentre outros fatores, pela inclusão frequente de novos fármacos no mercado, pela pluralidade de prescritores, pelo aumento da expectativa de vida e da prevalência das condições crônicas (OPAS, 2005). Além disso, a sociedade atual deposita grande expectativa no produto farmacêutico como solução para alcançar qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social, configurando um processo de verdadeira medicalização da vida (DANTAS, 2009). Como afirma Sevalho (2001), o medicamento é visto como um “objeto híbrido, uma mistura de bem de consumo e instrumento terapêutico”.

O hiperconsumo desses produtos gera novas necessidades relacionadas à saúde que os serviços atuais têm dificuldade de absorver. Por um lado, são inquestionáveis os benefícios que os medicamentos apresentam na cura e/ou controle de patologias, melhora de sintomas e recuperação da saúde. Por outro lado, são evidentes os resultados negativos quando a utilização não é feita de maneira responsável.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que, mundialmente, mais de 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente e mais de 50% da população não os utiliza adequadamente (WHO, 2002). Uma revisão sistemática conduzida por Opondo *et al.* (2012) evidenciou uma taxa média de prescrições inapropriadas para idosos de 20%. Essas questões podem contribuir para intensificar a ocorrência de eventos adversos, frequentemente reportados na literatura como responsáveis por visitas a serviços de urgência e hospitalizações. Em uma revisão sistemática executada por Alhawassi *et al.* (2014) entre os anos de 2003 e 2013, a prevalência média de eventos adversos a medicamentos em idosos correspondeu a 11%; 10% foi a prevalência média de eventos adversos que

ocasionaram hospitalização e 11,5% foi a prevalência média de eventos que ocorreram durante a internação do paciente. Em um estudo brasileiro realizado em quatro unidades hospitalares, de abril a dezembro de 2007, foram registrados 316 casos de internações por reação adversa a medicamento e o tempo médio de hospitalização nesses casos foi de 12,3 dias (NOBLAT *et al.*, 2011).

A ocorrência de eventos adversos e de suas consequências negativas aumenta com o número de medicamentos utilizados. Em um estudo conduzido com idosos acima de 80 anos, Wauters *et al.* (2016) ressaltam forte associação entre polifarmacoterapia (uso de 5 ou mais medicamentos) e internações hospitalares, sendo que as taxas de hospitalização aumentaram em 11% para cada medicamento extra em uso pelo paciente. Dados de uma pesquisa realizada por Ahmed *et al.* (2014) apresentam a ocorrência de polifarmacoterapia em 70% dos idosos de um hospital terciário e a incidência de 10,5% de eventos adversos nesse grupo.

A literatura nacional também expõe dados alarmantes. O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas da Fiocruz aponta os medicamentos como principais causadores de intoxicação no país, responsáveis por 27% do total de intoxicações notificadas no ano de 2012 (SINITOX, 2012). Em um estudo conduzido em um departamento de emergência de um hospital universitário brasileiro, Adreazza *et al.* (2011) constataram que 36,5% dos pacientes procuraram o serviço devido a um problema relacionado ao uso de medicamentos.

O uso irracional de medicamentos acarreta grande impacto financeiro. Trabalhos na literatura têm apresentado gastos significativos decorrentes da morbidade e da mortalidade relacionadas à utilização desses produtos. Nos Estados Unidos, estimou-se um custo de US\$ 76,6 bilhões em cenários ambulatoriais, no ano de 1995 (JOHNSON; BOOTMAN, 1995). Em 2000, o valor estimado foi de US\$177.4 bilhões, considerando todos os níveis de atenção, sendo as admissões hospitalares responsáveis por cerca de 70% dos custos totais (ERNST; GRIZZLE, 2001). Stark, John e Leidl (2011) estimaram que, na Alemanha, cerca de 2 milhões de pessoas em uso de medicamentos

apresentam eventos adversos e os custos em saúde presumidos com esses eventos equivalem a € 816 milhões.

Diante do panorama exposto, fica evidente a demanda social por melhores resultados obtidos com a utilização de medicamentos. Enquanto serviço clínico, GTM pode apresentar-se como uma estratégia lógica e coerente à lacuna presente no cuidado à saúde: o grande aumento da morbimortalidade associada à farmacoterapia e a ausência de uma prática profissional específica que tenha um olhar holístico voltado para essa questão (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004; PCPCC, 2012).

4.1.2 Gerenciamento da terapia medicamentosa: conceituação teórica

Nesse ponto, é de demasiada importância abrir um parêntesis para expor com precisão a compreensão de atenção farmacêutica e GTM que almeja-se para este trabalho, considerando a multiplicidade de definições encontradas na literatura (BRASIL, 2014). Nesse sentido, objetiva-se esclarecer sobre a utilização equivocada do termo para definir serviços clínicos farmacêuticos que se denominam como atenção farmacêutica, mas que, na verdade, não operam da maneira como esta prática foi idealizada por Hepler e Strand (1990) (STRAND; HEPLER, 1990; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004, 2012). A própria terminologia estabelecida em uma proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, em 2002, não se apresenta fidedigna ao conceito original da prática (OPAS, 2002).

Strand e Hepler (1990) definiram a atenção farmacêutica como um modelo de prática centrada na pessoa que visa a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. O foco do profissional deve estar voltado para o indivíduo e sua qualidade de vida, respeitando suas experiências subjetivas com a doença e com o uso de medicamentos, seus medos, anseios e desejos (DE-OLIVEIRA; SHOEMACKER, 2006; RAMALHO-DE-OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Quando a atenção farmacêutica está inserida no serviço de saúde, apresenta objetivo claro, está congruente com as outras práticas clínicas e é reconhecida e capaz de ser

avaliada, é então chamada de gerenciamento da terapia medicamentosa. 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).

O provedor de GTM tem como objetivo principal a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), através da realização de consultas individuais com os pacientes (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011). É importante destacar que o GTM 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 of drug therapy*.

Durante o oferecimento do GTM, o profissional avalia todos os medicamentos em uso pelo paciente – prescritos e não prescritos – para assegurar, primeiramente, se são os mais indicados para cada patologia/queixa apresentada pelo paciente. Posteriormente, julga se o produto é o mais efetivo e o mais seguro para aquele indivíduo específico. Somente após ter garantido essas questões é que o farmacêutico investiga se o paciente é capaz de aderir ao tratamento, ou seja, se o medicamento é o mais conveniente levando em consideração as características biopsicossociais singulares. Após a identificação de PRM, o provedor do serviço propõem, em parceria com o paciente, um plano de cuidado com intervenções para resolvê-los e agenda consultas de retorno para avaliação dos resultados obtidos (WIEDENMAYER *et al.*, 2006; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Não é objetivo dessa revisão discutir detalhadamente o processo de tomada de decisão utilizado no GTM. Contudo, é importante pontuar que, por meio dele, todas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente são contempladas. E caso o profissional não siga esse raciocínio e não avalie todos os medicamentos em uso pelo paciente de maneira holística, não se pode afirmar que está provendo esse serviço clínico (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

No presente trabalho optou-se por adotar o termo GTM para se referir à prática clínica fundamentada na atenção farmacêutica. Essa decisão foi baseada em três pontos principais: primeiramente, devido à banalização do conceito de atenção farmacêutica, já citado anteriormente; em segunda instância, porque o termo GTM descreve de maneira mais legítima o objetivo do serviço; e por fim, porque GTM representa o serviço real que é oferecido às pessoas, transpondo o plano teórico-metodológico-filosófico da atenção farmacêutica (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

4.2 Gerenciamento da terapia medicamentosa como parte integrante da assistência farmacêutica: estratégia para promoção do uso racional de medicamentos

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada em 2004, define a assistência farmacêutica como (BRASIL, 2004):

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Por um lado, a definição de assistência farmacêutica ressalta a importância do “acompanhamento e avaliação da utilização [do medicamento], na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”. Por outro, quando transportada para a realidade, observa-se a existência de uma desconexão entre a teoria e a prática. As publicações nacionais sobre a implantação de serviços clínicos na perspectiva do GTM são tímidas (BRASIL, 2007) e a maioria das iniciativas são pontuais ou com objetivo de pesquisa (CID, 2008; PEREIRA *et al.*, 2009; OBRELI-NETO *et al.*, 2015; SILVA, 2015). Observa-se que o foco do sistema de saúde em relação à farmácia ainda recai sobre os aspectos concernentes ao ciclo logístico dos medicamentos e aos elementos técnico-gerenciais envolvidos na garantia da qualidade desses produtos e no abastecimento adequado à população.

A PNAF também apresenta como um dos eixos estratégicos a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2004), em conformidade com a preocupação mundial com essa questão (WHO, 2002, 2012). Entretanto, atualmente, no âmbito da assistência farmacêutica, as ações para atingir esse propósito tendem a priorizar a adequação da prescrição e a aquisição e a distribuição dos produtos terapêuticos (BRASIL, 2014e).

Apesar de primordiais e imprescindíveis nas políticas públicas de saúde, essas estratégias se mostram incompletas para garantirem a racionalidade do uso da farmacoterapia, vide índices preocupantes de morbimortalidade decorrentes da utilização irresponsável já apresentados. A razão para esse fato é simples: a maioria das estratégias depositam o enfoque no produto e, muitas vezes, não privilegiam os resultados da utilização no dia-a-dia das pessoas (AQUINO, 2008).

Os pressupostos para a promoção do uso racional são muito complexos e envolvem uma série de variáveis, requerendo a implantação de diversas alternativas em conjunto. Diante dessa questão, o GTM apresenta-se como uma estratégia à promoção do uso responsável de medicamentos, devendo ser considerado uma prioridade real pelos tomadores de decisão em saúde e não apenas descrito no papel como um dos componentes-base da PNAF.

O profissional farmacêutico é chamado a assumir a responsabilidade pela otimização da farmacoterapia, de modo a assegurar melhoria dos resultados clínicos, humanísticos e econômicos com a utilização desses produtos (FREITAS; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; PERINI, 2006). Tendo em vista a atual conjuntura das demais profissões de saúde, observa-se que todas elas apresentam uma filosofia de prática bem definida e responsabilidades profissionais bem estabelecidas. Isso não acontece com a farmácia, que atualmente está passando por um processo de transição, caracterizado por uma crise de identidade e redução da visibilidade social da profissão, “a tal ponto de ser considerada dispensável a sua presença em lugares que antes eram identificados como seu espaço de atuação” (SILVA, 2009 p. 76).

Em nível nacional, houve um investimento da assistência farmacêutica para além das ações “relativas ao produto”, mas ainda de maneira incipiente (BRASIL, 2014e; BRASIL, 2015). Esse interesse do Estado pela mudança do foco do medicamento para o paciente apresenta um grande avanço na saúde do país. Entretanto, de maneira geral ainda se observa uma ausência de padronização da prática clínica farmacêutica no país, dando espaço para práticas sem processo de tomada de decisão definido, que refletem, conseqüentemente, na redução de reconhecimento profissional do farmacêutico pela sociedade (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Conforme os argumentos até então apresentados, a implantação de serviços clínicos farmacêuticos padronizados nos diversos níveis de atenção e cenários variados dos sistemas de saúde como estratégia à promoção do uso racional de medicamentos se mostra essencial. O GTM, pelo fato de ter um processo de tomada de decisão definido e sistemático se apresenta como a melhor opção de prática. Um dos cenários para a implantação desse serviço compreende as farmácias do CEAF.

4.2.1 O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Como já pontuado, a PNAF apresenta como eixo estratégico a utilização racional da farmacoterapia (BRASIL, 2004) e, dentro das ações voltadas para sua efetivação, encontra-se o CEAF (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014a). Até o ano de 2009, este componente era denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, sendo o nome alterado para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica após a publicação da portaria GM/MS N.º 2981/2009, que altera a portaria GM/MS N.º 204/2007.

O CEAF representa uma estratégia no âmbito do SUS para ampliação do acesso da população a medicamentos utilizados no tratamento de patologias complexas e fases evolutivas de diversas doenças, definidas em PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b). Tem como aspecto principal a garantia da integralidade do tratamento, em nível ambulatorial, através da reorganização das linhas de cuidado (BRASIL, 2010).

A execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação dos medicamentos e renovação da continuidade dos tratamentos. Esta execução é descentralizada às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), devendo ser realizada de acordo com os critérios definidos em Portaria ministerial específica. A solicitação, dispensação e renovação da continuidade dos tratamentos medicamentosos ocorrem em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas, designados pelos gestores estaduais (BRASIL, 2013). Em nível estrutural, esse componente constitui uma rede de unidades de dispensação de medicamentos específicos, espalhadas pelo país, onde os medicamentos são dispensados à população de forma gratuita (BRASIL, 2010). Em Minas Gerais, as atividades do CEAF são desenvolvidas pelas 28 regionais de saúde, que possuem farmácias responsáveis pela montagem dos processos administrativos, autorização, dispensação dos medicamentos e renovação da continuidade dos tratamentos.

A definição das linhas de cuidado para diversas patologias criou uma “oportunidade ímpar para a contribuição do profissional farmacêutico no cuidado ao paciente” (ROVER; PELAEZ; FERNANDA, 2016 p. 200). As opções terapêuticas incluídas no elenco do CEAF, se utilizadas de maneira racional, podem maximizar a resposta ao tratamento, minimizar a necessidade de visitas aos serviços especializados e reduzir custos evitáveis em saúde (BRASIL, 2010).

As despesas do Governo Federal com medicamentos são notáveis e os investimentos para assegurar acesso gratuito são cada vez mais crescentes. De 2002 a 2014, esses gastos aumentaram de R\$ 1,96 bilhão para R\$ 12,42 bilhões, representando um incremento financeiro de 534% (BRASIL, 2014a). Quando se trata do CEAF, que representa o componente mais sensível da PNAF em termos de gastos, o uso não responsável desses medicamentos contribui com parte significativa do impacto orçamentário na área da saúde pública. Em números, os gastos com esse componente foram equivalentes a cerca de R\$ 1,4 bilhão, em 2007 (CARIAS *et al.*, 2011). Entre os anos de 2003 a 2007, houve acréscimo de 252% com gastos de medicamentos do

CEAF, quando comparado a um aumento de 75% e 124% dos componentes básico e estratégico, respectivamente (VIEIRA, 2009).

Nesse sentido, o serviço de GTM inserido nesse cenário tem o potencial para contribuir para a redução do impacto orçamentário na área da saúde. Ramalho-de-Oliveira, Brummel e Miller (2010) estimaram uma economia de US\$ 2.258.850 (US\$ 86 por consulta) com o funcionamento de um serviço de GTM em um período de 10 anos, nos Estados Unidos. Entretanto, no âmbito do CEAF, são escassas as iniciativas de implantação de serviços de GTM no país. Entretanto, os poucos trabalhos encontrados na literatura registram resultados clínicos positivos que corroboram a importância de expansão dessa prática no CEAF. Em um estudo piloto conduzido por Silva *et al.* (2013) em uma farmácia do CEAF em Pernambuco com pacientes com dislipidemia, a intervenção farmacêutica contribuiu para a melhora do perfil lipídico e dos níveis de pressão arterial sistêmica. Um relato de experiência exitosa do serviço em Sergipe incluindo pacientes com *diabetes mellitus*, hepatite C e asma também apontou resultados positivos (BRASIL, 2014c).

O oferecimento do serviço de GTM no CEAF tem o potencial para contribuir no alcance desses desfechos desejáveis e auxiliar na concretização do cuidado integral ao paciente por meio da integração das linhas de cuidado entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

4.3 O processo de gestão do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa

De maneira geral, gestão pode ser definida como a organização e a coordenação de um negócio, de modo a atingir os objetivos determinados. Para que a gestão seja conduzida da forma mais efetiva possível, é necessário conhecer detalhadamente os princípios organizativos e estruturais do cenário em questão. Sendo assim, a compreensão da sistematização da atenção à saúde compõe um importante aspecto para a garantia da qualidade da gestão à saúde (GONDIM *et al.* 2011).

No âmbito específico da assistência farmacêutica, sua execução depende das operações logísticas que envolvem todo o ciclo da assistência, incluindo os seguintes

componentes: programação, aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos, permeados por mecanismos administrativos. A gestão da assistência farmacêutica, direcionada para a garantia da qualidade do medicamento e a aquisição do produto pelos pacientes, deve ser compreendida de maneira separada em relação à gestão da prática clínica dos serviços de atenção à saúde, uma vez que apresentam objetivos diferentes e, conseqüentemente, exigem o desenvolvimento de estratégias, manejos e indicadores distintos. Quando se trata de um serviço voltado ao atendimento clínico de pacientes, como o GTM, a gestão deve enfatizar certas peculiaridades dessa prática direcionada para o cuidado (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

Assim como qualquer prática clínica profissional na área da saúde, três pilares compõem o GTM: a filosofia de prática, o processo de cuidado e a gestão do serviço. A filosofia, componente prescritivo da prática, determina as responsabilidades, aspectos éticos e a missão profissional. Ela define um conjunto de valores que guiam o comportamento dos profissionais (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

O processo de cuidado sistematiza as etapas e detalha o método clínico de tomada de decisão utilizado pelos profissionais nos atendimentos aos pacientes. De uma maneira geral, ele abrange as etapas comuns ao processo de cuidado utilizado pelas demais profissões de saúde, a saber: a) avaliação inicial; b) plano de cuidado e c) avaliação de resultados (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Nota-se que o que difere esse processo daqueles das outras profissões compreende o problema que será identificado e solucionado pelo provedor, que no caso do GTM envolve os PRM.

É muito importante pontuar também que, em toda prática clínica de cuidado, é necessário acordar com o paciente as intervenções para solucionar os problemas, e não apenas identificá-los. Também é imprescindível e eticamente fundamental avaliar os resultados das intervenções propostas. Dessa forma, o processo de cuidado é cíclico, pois novos problemas podem ser identificados no decorrer do acompanhamento do paciente. Caso essas premissas não sejam atendidas, não é possível atestar que o profissional está de fato provendo o serviço de GTM (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

O processo de gestão descreve todos os recursos necessários à operacionalização da prática enquanto serviço clínico, incluindo os recursos humanos, físicos, financeiros, educacionais e o sistema de documentação a ser utilizado. Define, também, os meios necessários para se avaliar o desempenho do profissional, a qualidade e o impacto do serviço. A gestão da prática permite avaliar a efetividade das estratégias estabelecidas para o oferecimento do serviço de acordo com a realidade de cada cenário (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

O sistema de gestão da atenção farmacêutica, portanto, inclui toda a estrutura necessária para a prestação do serviço de GTM ao paciente em diferentes cenários de atenção à saúde (atenções primária, secundária e terciária), em nível público ou privado. Mesmo se tratando do mesmo serviço clínico – o GTM – a inserção ocorre de formas diferentes conforme as particularidades de cada local, requerendo ferramentas e estratégias de implantação heterogêneas, as quais serão consideradas e avaliadas por meio do processo de gestão da prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

Entender, portanto, as facetas que alicerçam o oferecimento do GTM em cenários específicos (como as farmácias de dispensação de medicamentos no âmbito do CEAF) se mostra essencial, de modo a esclarecer aos farmacêuticos inseridos em cenários semelhantes os nós críticos encontrados, proporcionando aprendizado com os equívocos e os sucessos de experiências passadas.

4.4 Implantação, implementação e consolidação de serviços de saúde

Um grande desafio em saúde compreende a implantação, implementação e consolidação de serviços clínicos no mundo real, com base em experiências e estudos controlados descritos na literatura (PETERS; TRAN; ADAM, 2013). A implantação significa o ato de introduzir ou estabelecer determinado serviço, enquanto a implementação significa colocar em prática, executar ou assegurar a realização deste. A consolidação refere-se ao funcionamento do serviço a longo prazo, ou seja, à sua sustentabilidade.

Apesar de relativamente recente, tem crescido o interesse mundial pelas pesquisas de implantação e implementação em saúde – *implementation research in health* – com o objetivo de suplantar esse desafio e aproximar as interfaces teoria e prática (WHO, 2011). O objetivo das pesquisas de implementação consiste em identificar ou aprimorar estratégias que possam ampliar a utilização e melhorar a execução das intervenções em saúde (REMME *et al.*, 2010). Isso significa que deve refletir os interesses e desafios enfrentados pelas populações afetadas pelas intervenções, incluindo pacientes, implementadores e gestores, dentro do contexto em que ocorrem (PETERS, *et al.*, 2014). Essas pesquisas podem aprofundar em qualquer aspecto e etapa da implementação, englobando o próprio processo em si, fatores que afetam esse processo, bem como resultados e produtos finais. Dessa forma, esses estudos são 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).

Na farmácia, recentemente, tem se observado o desenvolvimento e a expansão de diversas atividades providas pelo profissional farmacêutico e serviços clínicos baseados na farmácia, como o GTM, principalmente em nível internacional (PCPCC, 2012). O interesse pela participação mais ativa do farmacêutico no cuidado direto ao paciente tem crescido mundialmente, reforçando a necessidade de implantação de serviços de atenção coordenados pelo farmacêutico e a inserção desse profissional na equipe de saúde.

Apesar de várias intervenções descritas na literatura se mostrarem efetivas em estudos, poucas iniciativas são de fato consolidadas e se traduzem em resultados reais e significativos no cuidado ao paciente. Mourão *et al.* (2013) avaliaram o efeito de um programa de atenção farmacêutica em pacientes com diagnóstico de *diabetes mellitus* tipo II através de um ensaio clínico randomizado, sugerindo a contribuição do GTM na melhoria dos parâmetros de hemoglobina glicada dos pacientes atendidos pelo serviço. Em uma avaliação da efetividade de um serviço de GTM em pacientes com hipertensão arterial sistêmica, Cid (2008) demonstrou que, após 6 meses de acompanhamento, 90,1% do grupo que recebeu o serviço estava com a pressão arterial dentro das metas

terapêuticas quando comparado ao controle de 10,5% do grupo intervenção. Em outro estudo, realizado em uma farmácia escola em Belo Horizonte, Nascimento, Carvalho e Acurcio (2009) encontraram 380 PRM em 97 pacientes atendidos por um serviço de GTM.

Os resultados apresentados destes estudos reforçam a importância de se investir na construção de serviços de GTM. Entretanto, por se tratarem de cenários controlados, ainda permanece a dúvida para os implementadores de como tornar a inserção desse serviço uma realidade nos cenários de prática. Ainda há pouco entendimento sobre como direcionar as estratégias considerando a diversidade e complexidade inerentes a cada ambiente específico dentro do sistema de saúde (REMME *et al.*, 2010).

Como já pontuado, estudos de implantação e implementação de serviços de GTM no Brasil são escassos e não há pesquisa na literatura abordando a construção do GTM no CEAF. Silva (2015) discute a construção do GTM na atenção primária à saúde do SUS sob a ótica da pesquisadora e das acadêmicas de farmácia envolvidas nesse processo. Ela pontua o enfrentamento de diversos desafios, incluindo a ausência de conhecimento do GTM pelos profissionais de saúde da unidade e a prevalência dos aspectos técnico-gerenciais no processo de trabalho do farmacêutico. Partindo da visão de uma equipe multiprofissional, desafios semelhantes também foram evidenciados por Costa e Pereira (2012) no que diz respeito à implantação de um serviço de GTM no contexto da atenção primária à saúde. Pereira *et al.* (2009) apontam desafios concernentes aos próprios farmacêuticos que desejam implantar o GTM, como a necessidade de mudança de foco para a clínica e dificuldades em relação à comunicação com outros profissionais de saúde.

Uma vez que a implantação de serviços clínicos, como o GTM, envolve etapas complexas e inúmeros desafios, promover estudos sob esta ótica se mostra relevante tanto para os tomadores de decisão responsáveis pelas políticas em saúde quanto para profissionais posicionados na linha frente do processo de implantação dos serviços. Além disso, podem estimular outros pesquisadores, a partir de questionamentos que

vão surgindo com as pesquisas, a investirem em novos estudos de implantação e implementação na área da saúde (PETERS; TRAN; ADAM, 2013).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Etnografia

Para a compreensão da dinâmica envolvida no processo de construção do serviço de GTM na farmácia do CEAF, mostrou-se necessária a aplicação da pesquisa qualitativa, uma vez que o interesse é em compreender todo o processo e não apenas pelos resultados finais obtidos (TURATO, 2005). O paradigma qualitativo permite conhecer melhor o fenômeno através das experiências subjetivas dos sujeitos envolvidos (MINAYO, 2010). O presente estudo parte do meu pressuposto epistemológico no subjetivismo, assumindo a ausência de neutralidade da pesquisadora. A construção dos significados é, dessa forma, considerada um processo interativo, estabelecida entre os indivíduos investigados e a investigadora, me posicionando como agente participativa da realidade (DALY, 2007).

Para atender às indagações delineadas nesse projeto, se mostrou necessária a utilização da etnografia como metodologia. A pesquisa etnográfica abrange um estudo holístico em profundidade que busca entender melhor uma cultura ou a cultura de um grupo específico. O etnógrafo participa da vida das pessoas por um determinado período, assistindo, escutando e realizando os questionamentos necessários para esclarecer a pergunta de pesquisa (HAMMERSLEY; ATKINSON, 1995). O acesso ao campo é um ponto crucial na etnografia. Na minha situação, essa etapa foi facilitada pela parceria entre a universidade e a gestão do serviço, que aprovou sem restrições a condução da pesquisa.

Inicialmente, é essencial que o pesquisador se familiarize com o cenário, com as pessoas e com o contexto cultural do grupo, obtendo uma visão panorâmica da organização e dos integrantes. A partir de então, as indagações vão surgindo e a pergunta de pesquisa vai sendo ajustada conforme os desafios que vão sendo encontrados na prática (HAMMERSLEY; ATKINSON, 1995). Na etapa inicial, minhas perguntas e observação eram direcionadas para o conhecimento amplo do funcionamento da farmácia. Busquei ao máximo a interação com os integrantes do

cenário e conhecer as funções assumidas por cada um deles. Com o decorrer da implantação do serviço de GTM, me aproximei mais das pessoas que se mostraram parceiras neste processo. Sendo assim, minhas perguntas passaram a ser mais direcionadas a essas pessoas com o intuito de compreender melhor os desafios e facilitadores envolvidos na implantação do GTM naquele cenário.

A etnografia é sempre conduzida em seu campo natural, onde o conhecimento gerado é socialmente construído, como resultado da interação das pessoas com o mundo em que elas estão inseridas (PRENTICE, 2014). No estudo em questão, fiquei imersa na cultura de uma unidade de dispensação de medicamentos do CEAF-MG por um período de 17 meses, participando da rotina das atividades locais. Durante minha imersão prolongada várias indagações foram sendo suscitadas, a partir da vivência prática enquanto integrante dessa cultura. Esse fato proporcionou a expansão do meu conhecimento sobre as etapas envolvidas no processo de implantação do GTM na farmácia em questão.

A etnografia assume que por meio da interação a longo prazo com os indivíduos, o pesquisador se encontra em uma posição privilegiada para entender e interpretar com profundidade valores, ações, acontecimentos e outros aspectos culturais (PRENTICE, 2014). Realizar uma pesquisa etnográfica, entretanto, não se restringe apenas à imersão cultural e à observação dos acontecimentos sem um propósito definido. Ao contrário, ser um etnógrafo engloba necessariamente os atos de “observar, participar e interpretar” os fatos, pois não há pesquisa sem análise e interpretação (CAPRARA; LANDIM, 2008).

Outro aspecto importante dessa metodologia, comum à pesquisa qualitativa em geral, aborda a utilização do pesquisador como instrumento, uma vez que ele é parte do mundo social em estudo (TURATO, 2005). Enquanto uma das duas farmacêuticas responsáveis diretamente pela implantação desse serviço e pelos atendimentos clínicos aos pacientes, pude ter uma visão mais real e detalhada do processo. Minha vivência diária enquanto participante ativa na implantação e não apenas como observadora proporcionou a riqueza de informações e detalhes apresentadas posteriormente neste

trabalho.

No trabalho em questão, entendo que o processo de implantação do GTM foi influenciado pela cultura da farmácia do CEAF, envolvendo os recursos humanos, físicos, bem como questões políticas e sociais. Da mesma forma, um serviço novo de cuidado aos pacientes também provocou influências na cultura local, acarretando mudanças em todas as partes envolvidas nesse processo interativo.

6 MÉTODOS

6.1 Cenário de prática

O local de estudo compreendeu uma das farmácias de dispensação do CEAF da SES-MG. A implantação do serviço de GTM foi iniciada em setembro de 2014, contando com a minha participação e de outra farmacêutica parceira, ambas vinculadas ao Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais. O período de imersão em campo totalizou 17 meses, até fevereiro de 2016.

6.2 Seleção dos sujeitos do estudo

Em análises qualitativas utiliza-se a amostragem intencional, em que os sujeitos são escolhidos pela capacidade de proporcionar maior riqueza de informação possível para estudar em profundidade a pergunta de interesse. Sendo assim, a amostra é definida em campo, sendo identificados informantes-chave dentre todos os integrantes do cenário de prática (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012).

Para entender de forma mais detalhada o processo de inserção do GTM no CEAF, convidei para participarem das entrevistas formais as pessoas que estiveram, direta ou indiretamente, envolvidas na construção deste serviço. Com o objetivo de obter uma visão mais ampliada desse processo, incluí vozes de participantes variados assumindo diferentes funções e responsabilidades dentro do contexto da farmácia, pela possibilidade de enxergarem a implantação do GTM sob ângulos variados e carregarem consigo experiências diversificadas em relação ao serviço.

A inclusão dos participantes deste estudo foi realizada levando em consideração o critério de saturação, a partir do ponto em que entrevistas adicionais já não incorporam mais novos conhecimentos ao fenômeno de estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; FONTANELLA *et al.*, 2011). Nesse sentido, o presente estudo atingiu a saturação após serem entrevistados os seguintes integrantes do CEAF:

- duas gestoras da unidade (como houve troca de gestão durante o período do estudo, ambas foram incluídas);
- três farmacêuticas funcionárias: uma delas esteve envolvida diretamente na implantação do GTM na etapa inicial e as outras duas se posicionaram enquanto parceiras e contrubuíram para o desenvolvimento do serviço;
- a farmacêutica parceira no processo de implantação;
- dois líderes de atendimentos;
- quatro pacientes atendidos pelo serviço de GTM.

A seleção dos pacientes seguiu os seguintes critérios de inclusão:

- paciente ter participado de, no mínimo, três consultas de GTM;
- paciente que demonstrou durante as consultas capacidade cognitiva que permitisse boa compreensão das perguntas feitas nas entrevistas.

Não houve nenhuma recusa dos participantes (funcionários e pacientes) para a realização das entrevistas e todos aceitaram participar voluntariamente.

É importante ressaltar que em uma pesquisa etnográfica, eventos, acontecimentos e experiências, e não apenas as pessoas em si, também são objetos de estudo. (SANDELOWSKY, 1995). Portanto, foram incluídos no trabalho minhas reflexões e experiências durante todo esse processo de implantação do serviço, bem como da farmacêutica parceira.

6.3 Coleta de dados

O delineamento metodológico etnográfico exige a utilização de múltiplos métodos para a coleta de dados (DALY, 2007). Nesta pesquisa, utilizei como métodos a observação participante e entrevistas informais registradas em diário de campo, bem como

entrevistas formais semiestruturadas. Todo o processo foi permeado pela prática reflexiva, enriquecendo os dados.

6.3.1 Observação participante

A observação consiste na técnica central para coleta de dados em estudos etnográficos (TRAD, 2012). Não se trata apenas de ver, mas de examinar e interpretar os fatos e apresenta como vantagem principal a possibilidade de presenciar as situações em sua forma natural e espontânea (QUEIROZ *et al*, 2007). A técnica deve ser conduzida sob um foco apropriado de observação, moldado pela pergunta de pesquisa e sendo adaptado no decorrer da investigação (DALY, 2007).

Na etapa inicial, eu busquei observar o ambiente da farmácia de uma maneira ampla: infraestrutura física, recursos materiais, recursos humanos, fluxo de atividades realizadas na unidade e perfil dos pacientes atendidos. A partir do início da implantação do serviço de GTM, passei a observar a receptividade e o interesse dos integrantes do cenário concernentes à implantação de um novo serviço clínico na unidade bem como o posicionamento da gestora em relação ao GTM durante as reuniões. Fui observando os facilitadores e desafios que iam emergindo na prática no decorrer da implantação objetivando desenvolver estratégias para otimizar a sustentabilidade desse serviço clínico na farmácia do CEAF-BH. As modificações realizadas na farmácia para a inclusão do GTM e o comportamento dos pacientes que foram sendo inseridos no serviço também foram objeto de observação. Tudo o que foi observado no cenário de prática e que foi julgado como importante para aprofundar o fenômeno em estudo, foi registrado em diário de campo.

Nesta etnografia, a observação participante total permeou todo o período de estudo. A observação participante consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo que está sendo observado, tornando-se parte integrante dele (QUEIROZ *et al*, 2007). Além de pesquisadora, eu também era uma das farmacêuticas que assumiu a responsabilidade pela coordenação direta da implantação do serviço de GTM.

Todos os funcionários da unidade estavam cientes da realização da pesquisa, entretanto não houve comunicação oficial do objetivo de observação das suas atividades diárias. Depois de algum tempo da minha presença em campo, os membros, portanto, não tinham mais consciência que estavam sendo observados, o que pode ter contribuído para a coleta de informações mais fidedignas.

6.3.2 Entrevistas

A entrevista trata-se de uma conversa baseada em uma pauta, correspondendo à forma de interação social que valoriza o uso da palavra. Assim, “ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos” (FRASER; GONDIM, 2004 p. 140). Não significa, entretanto, que é despreziosa ou neutra, mas é realizada com objetivos bem definidos (BONI; QUARESMA, 2005).

No estudo em questão, foram conduzidas entrevistas informais e entrevistas individuais formais semiestruturadas, detalhadas a seguir.

6.3.2.1 Entrevistas formais semiestruturadas

As entrevistas formais semiestruturadas utilizam uma abordagem mais sistemática, embora não rígida, para obter informações dos participantes. Nessa modalidade, os entrevistadores seguem um roteiro de perguntas ou tópicos gerais baseados no conhecimento prévio que detêm sobre teorias e hipóteses relacionadas à pesquisa (MINAYO, 2010).

Os tópicos-guia para as entrevistas com os funcionários da unidade foram construídos a partir das informações extraídas durante as observações das situações diárias vivenciadas em campo e foram constituídos por temas centrais, em conformidade com os objetivos dessa pesquisa (Apêndice I). As perguntas apresentadas no Apêndice I foram utilizadas como uma base para introduzir cada tema com os participantes e direcionar a pesquisadora. As entrevistas, contudo, não ficaram restritas apenas a estes pontos e diversas perguntas foram emergindo de acordo com as respostas dos

entrevistados. Considerando a diversidade de informações possíveis de serem obtidas com cada grupo de participantes, as perguntas durante as entrevistas foram sendo direcionadas conforme o potencial de cada informante-chave em fornecer as informações almejadas para este estudo.

Os tópicos-guia utilizados nas entrevistas com os pacientes foram elaborados separadamente, buscando entender com maior riqueza de detalhes a experiência subjetiva dos usuários com o GTM e com o oferecimento desse serviço clínico em um ambiente não comumente associado ao cuidado direto às pessoas (Apêndice II).

A coleta dos depoimentos foi feita de setembro de 2015 a fevereiro de 2016 e foi realizada uma entrevista em profundidade com cada participante. Todas as entrevistas foram conduzidas na própria unidade de acordo com a opção dos entrevistados, mediante agendamento prévio, em sala reservada. Apenas uma entrevista com uma farmacêutica funcionária ocorreu em um ambiente fora do cenário de prática uma vez que, quando foi realizada, ela já não trabalhava mais na farmácia do CEAF.

Foi obtida autorização para gravação por aparelho de áudio de todas as entrevistas, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes (Anexos I e II). Essas entrevistas foram posteriormente transcritas *verbatim*.

6.3.2.2 Entrevistas informais

Essa modalidade de entrevista não é pré-estabelecida, mas baseia-se na espontaneidade da construção das perguntas decorrentes de uma interação entre os participantes no próprio cenário de prática (TURNER, 2010). As entrevistas informais foram conduzidas com vários funcionários, integrantes de setores variados dentro da unidade com o intuito de aprofundar em pontos importantes para atingir o objetivo deste estudo. As perguntas foram oriundas da observação participante em campo e este método foi importante para compreender melhor o que estava sendo testemunhado, confirmando ou refutando minhas interpretações em relação aos fatos. Todas as

informações obtidas consideradas relevantes para este estudo foram registradas em diário de campo.

6.3.3 Diário de Campo

O diário de campo consiste em um diário de notas em que é registrado, diariamente, aquilo que é observado pelo investigador. Ou seja, é a maneira pela qual ações, diálogos, experiências e acontecimentos são transformados em descrições concretas através da escrita (ALLEN, 2010; MINAYO, 2010). Tudo que eu observava (por meio da observação participante) e escutava (por meio das entrevistas informais), relacionado à implantação do serviço de GTM e que eu julgava ser importante para responder à pergunta de pesquisa era registrado em diário de campo.

Neste estudo, os diários de campo foram construídos por meio de anotações breves feitas em campo, detalhadas posteriormente. Nas ocasiões em que não era possível realizar as notas em campo, estas eram feitas assim que possível, com o objetivo de evitar o viés de memória e a perda de riqueza das informações adquiridas. Foi acordado com a farmacêutica parceira que também fizesse um diário, sendo então compartilhado com a investigadora.

O processo de coleta dos dados foi permeado pela prática reflexiva, enriquecida a partir de discussões realizadas frequentemente com a farmacêutica parceira sobre o que estava sendo observado em campo. As anotações de ambos os diários de campo foram relidas periodicamente com o intuito de direcionar o foco da observação.

6.4 Análise e interpretação dos dados

Apesar de existir um período específico em que a análise compreende o foco principal do trabalho, em estudos etnográficos ela acontece simultaneamente à coleta de dados, de maneira cíclica e contínua (DALY, 2007). A análise e interpretação dos dados iniciou-se no próprio cenário de prática, com a pesquisadora selecionando o que seria observado e quais perguntas seriam feitas aos integrantes daquela cultura. A pesquisa

etnográfica apresenta a estrutura de um funil, tendo o foco progressivamente ajustado com o decorrer do tempo (HAMMERSLEY E ATKINSON, 1995).

Para facilitar o entendimento de como a análise foi realizada, esta foi subdividida de maneira ilustrativa em quatro etapas. Na etapa inicial, os diários de campo das duas farmacêuticas responsáveis pela implantação foram relidos periodicamente, valendo-se sempre da prática reflexiva, com o objetivo de adquirir uma visão ampla e geral da estrutura e cultura do local de estudo.

Em uma segunda etapa, as anotações dos diários de campo foram transcritas, analisadas e interpretadas de maneira mais detalhada e sistemática por meio da ferramenta NVIVO® (versão 10). Os resultados foram, então, direcionando a minha observação em campo, as entrevistas informais, bem como a identificação dos informantes-chave para a realização de entrevistas formais.

Em uma terceira etapa (após a seleção dos participantes), à medida que as entrevistas foram acontecendo, as gravações foram sendo transcritas na íntegra e indexadas no NVIVO® (versão 10). Todas as entrevistas realizadas foram previamente analisadas antes da realização da próxima entrevista, direcionando algumas perguntas a serem feitas para os entrevistados subsequentes.

Na etapa final, tendo a análise como foco principal, todos os dados coletados, transcritos e indexados na ferramenta NVIVO® (versão 10), foram novamente analisados em conjunto e repetidas vezes, adquirindo-se alto nível de intimidade com eles. Nesta fase, foi realizada uma conversa com a literatura, buscando conectar os resultados encontrados com outros estudos publicados. A partir dessa análise e interpretação minuciosa, os dados foram codificados e categorizados em níveis maiores de abstração e foram identificados temas principais e subtemas, apresentados e discutidos *a posteriori*. A análise e interpretação dos dados foi conduzida primariamente pela pesquisadora, validada em colaboração com a farmacêutica parceira.

6.5 Rigor metodológico

Assim como para os estudos quantitativos, a qualidade da pesquisa qualitativa pode ser assegurada pela transparência do pesquisador em relação ao seu posicionamento e envolvimento no estudo, bem como pela exposição detalhada da metodologia e delineamento da pesquisa, incluindo a descrição do cenário de prática e dos entrevistados, além dos critérios de inclusão para a seleção dos participantes (GODOY, 2005). Preocupe-me, então, durante todo este trabalho, em expor e detalhar ao máximo tais informações.

Também para assegurar o rigor metodológico, outras estratégias foram utilizadas neste estudo. Uma delas corresponde à minha permanência prolongada em campo, uma vez que um tempo abreviado envolve o risco de um conhecimento superficial sobre a realidade estudada (TRAD, 2012). Utilizei também a técnica de triangulação de métodos, ou seja, a aplicação de múltiplos métodos para a coleta de dados relativos a um mesmo fenômeno (AZEVEDO *et al.*, 2013). Assim, os dados obtidos por meio das entrevistas formais foram contestados ou confirmados por meio das entrevistas informais e da observação do dia-a-dia da prática dos participantes em campo.

Ainda como forma de garantir a qualidade da pesquisa etnográfica, a análise e interpretação dos dados foi realizada de maneira colaborativa com a farmacêutica parceira, buscando a validação das interpretações obtidas a partir das entrevistas e diários de campo.

6.6 Aspectos éticos

O presente trabalho é parte de um projeto guarda-chuva amplo intitulado “Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde”. O projeto já obteve aprovação pelo Comitê de Ética da UFMG em maio de 2014 (CAAE-25780314.4.0000.5149).

A condução da pesquisa na farmácia do CEAF foi aprovada pela gestão da unidade. Todos os entrevistados, maiores de 18 anos, aceitaram participar voluntariamente das entrevistas e permitiram a gravação dos áudios. As entrevistas ocorreram mediante assinatura do TCLE, separado em TCLE para os pacientes e TCLE para os funcionários da farmácia do CEAF (Anexos I e II).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão do leitor e facilidade na exposição e organização das ideias, a discussão dos dados desse trabalho será apresentada simultaneamente aos resultados. Os resultados serão ilustrados utilizando-se falas dos entrevistados e trechos dos diários de campo, incluindo minhas reflexões durante esse período de 17 meses de estudo etnográfico.

Após a análise sistemática dos dados, foram construídos 2 grandes temas, que são apresentados em dois capítulos. O capítulo I apresenta como tema central *Otimizando a implantação de serviços de GTM: critérios potencializadores do êxito do processo*, e dez categoriais são descritas detalhadamente. Uma delas apresenta duas subcategorias, totalizando onze tópicos. Essas categorias representam critérios para potencializar o sucesso da implantação do serviço no âmbito da farmácia do CEAF.

O tema central do capítulo II foi denominado *Peculiaridades das farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*, composto pelos dois subtemas: *“É uma farmácia, mas uma farmácia diferente”*: *O Componente Especializado como Unidade de Dispensação* e *A Ausência de Equipe de Saúde não é um Impedimento*. Nesse segundo capítulo, serão discutidas as peculiaridades concernentes ao CEAF-BH que influenciaram na implantação do serviço de GTM.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, foram utilizados nomes fictícios. As designações para cada um deles foram selecionadas a partir de nomes de pássaros. Essa escolha não foi, entretanto, aleatória, mas baseada no significado que esses nomes fictícios carregam para este trabalho. E a minha interpretação e discussão deste estudo já começa com a própria seleção dos nomes. Então, vamos à ela...

Em relação aos funcionários da farmácia, a maioria deles, no decorrer das entrevistas, deixou bem clara a importância que enxergavam do GTM para a unidade, para os pacientes e para os próprios farmacêuticos, destacando a necessidade de continuidade do serviço. Muitos benefícios do GTM foram apontados e ressaltados. Entretanto, durante todo esse tempo de imersão em campo, refleti muito sobre a dualidade entre o

“real”, que era observado diariamente, e o “ideal”, manifesto pelo discurso dos participantes. Compreendo com clareza os desafios na prática para a efetivação de um serviço totalmente novo no sistema de saúde e no contexto do CEAF e não almejava que essas modificações acontecessem de maneira acelerada. Contudo, ao contrário de muitas falas, pouco era visto em relação às ações no dia-a-dia para que todos os anseios expostos se tornassem realidade.

Principalmente no que diz respeito às farmacêuticas funcionárias, apesar de todas considerarem o GTM essencial, nenhuma delas demonstrava interesse real em assumir a gestão do serviço clínico. Quase no final da minha imersão etnográfica, passei a interpretá-las como pássaros presos em gaiolas, que desejam e cantam pela liberdade, mas na verdade têm medo de enfrentar o vôo. Contudo, mesmo após muito tempo presos na gaiola, os pássaros não perdem a capacidade de voar. E aqueles pássaros mais destemidos, mesmo que minoria, vão investir na busca pelo horizonte diferente que o vôo proporciona. Só precisamos encontrar e nos unir aos pássaros certos para alçar o vôo.

Esses pontos podem ser identificados durante a entrevista realizada com uma das farmacêuticas funcionárias da unidade:

Mas eu acho que talvez a dificuldade maior é em querer realmente colocar o projeto em prática, porque demanda tempo, trabalho, tem que ter boa vontade, e organizar espaço, material, pessoas, às vezes alterar o fluxo de um serviço, igual a gente fez lá. (...) E aí eu vejo que tem muita dificuldade de as pessoas quererem ter um pouquinho de trabalho para poder mudar para melhor (...). Eu vejo que a maior dificuldade está mais com as pessoas do que no processo. E às vezes até por dificuldade de perguntar: isso é possível? Ou medo, ou preguiça. (Gaivota)

No tocante aos pacientes, optei por manter também a escolha por nomes de pássaros, mas por um motivo diferente. Sob a ótica filosófica do GTM, acredito no cuidado centrado na pessoa, no empoderamento dos pacientes e na participação deles enquanto corresponsáveis pela própria saúde. Nesse sentido, enxergo o pássaro como um símbolo de liberdade. Liberdade que os pacientes também possam tomar decisões em relação ao seu tratamento terapêutico. Essa liberdade, muitas vezes, deve ser

potencializada pelo profissional de saúde, despindo-se do posicionamento paternalista e compreendendo o paciente como agente parceiro nessa relação terapêutica. Em um sistema de saúde predominantemente profissional-centrado, o cuidado centrado na pessoa vem para abrir as portas das gaiolas e dar liberdade e voz aos pacientes.

A seguir, apresento uma breve descrição individual dos participantes com o intuito de tornar mais palpável ao leitor a realidade de cada um deles, considerando que esta realidade interfere na compreensão e na experiência singular em relação ao serviço e, conseqüentemente, nos resultados das entrevistas.

7.1 Contextualizando os sujeitos do estudo

Apresentando os funcionários da unidade:

- Coruja é a farmacêutica parceira, envolvida na implantação do GTM no CEAF desde o início do processo. Esteve presente durante todo o tempo de implantação do serviço na unidade, compartilhando ideias e seu diário de campo. Todas as decisões para a construção do serviço eram discutidas em conjunto com ela antes de serem implementadas.
- Cotovia é uma das gestoras do CEAF. Quando assumiu a gestão da farmácia, o serviço de GTM já estava em funcionamento na unidade há quase 6 meses e ela aceitou a sua continuidade sem restrições.
- Garça é a outra gestora da farmácia entrevistada. Desde o início, acreditava na importância do serviço de GTM na unidade e a parceria com o Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG para implantação do serviço surgiu a partir de seu interesse.
- Gaivota é a farmacêutica funcionária que contribuiu inicialmente para a construção GTM no CEAF. Esteve presente neste processo no início, trabalhando em colaboração para a seleção do grupo de pacientes, desenvolvimento de formas de captação bem como organização da reserva das

salas e da agenda para as consultas. Não permaneceu trabalhando na unidade até o final do estudo.

- Andorinha é farmacêutica no setor de dispensação de medicamentos. Profissional muito competente, educada e acessível, foi nossa principal referência dentro da unidade após o afastamento de Gaivota da farmácia. Ela representava, muitas vezes, a ponte entre nós e os demais farmacêuticos da unidade, fornecendo informações e apoio em relação à estruturação da unidade, à captação de pacientes e à divulgação do serviço interna e externamente.
- Calopsita é uma das farmacêuticas responsáveis por atividades técnicas em relação à abertura de processo para o recebimento de medicamentos pelos pacientes na unidade. Estava fisicamente posicionada em um local próximo à sala de atendimentos do serviço de GTM e, portanto, sempre esteve de certa forma por dentro do andamento da construção do serviço clínico. Sempre mostrou interesse em relação ao serviço, fazendo questionamentos e sugestões.
- Mainá é assistente social, mas na farmácia ocupava a função de líder de atendimento, responsável pela gestão dos atendentes. Também colaborou muito para o processo de construção do GTM dentro da unidade. As questões relativas à divulgação do serviço para os atendentes eram sempre discutidas com ela, que era responsável pelo agendamento dos horários e organização dos grupos para a realização das palestras. Era muito receptiva, educada, se mostrava interessada no GTM e estava sempre disposta a ajudar.
- Acauã é também líder de atendimento na unidade. Em reunião com a gestora do CEAF, ela sugeriu que entrássemos em contato com ele para nos ajudar na definição de alguns aspectos em relação ao GTM na unidade, como aquisição de senhas para acesso a certos programas, organização do fluxo nas salas de atendimento, dentro outras. Ele sempre foi uma pessoa mais reservada, mas mostrou-se acessível para contribuir com o serviço.

Apresentando os pacientes atendidos pelo serviço de GTM:

- Sabiá é filho e cuidador de um paciente de 91 anos, que estava em acompanhamento no serviço de GTM comigo há 5 meses quando a entrevista foi realizada. O paciente compareceu pessoalmente à primeira consulta, acompanhado de seu filho e sua filha, todos muito simpáticos e receptivos. Eles são muito preocupados com a saúde do pai e mostraram boa compreensão em relação à farmacoterapia do paciente. O paciente utiliza 13 medicamentos para o controle e tratamento de 9 problemas de saúde. Sabiá é quem vem todo mês buscar os medicamentos do pai no CEAF e, por ser o cuidador, as consultas subsequentes foram realizadas apenas com ele, devido à dificuldade do pai em comparecer por causa da idade e da distância. À época da entrevista, o paciente já tinha comparecido a 4 consultas no serviço de GTM.
- Rouxinol é um paciente do sexo masculino, 74 anos, mora com a esposa e não possui filhos. Acompanhado por mim no serviço desde novembro de 2014. Na avaliação inicial, identifiquei muita dificuldade de compreensão em relação às patologias apresentadas e aos medicamentos em uso e frequentemente fazia alterações por conta própria de sua farmacoterapia. Não é um paciente muito preocupado com a saúde. Usuário do SUS, faz o acompanhamento apenas na unidade básica de saúde e adquire todos os medicamentos via sistema público. No momento da entrevista, havia comparecido a 6 consultas de GTM.
- Canário é um paciente do sexo masculino, 69 anos, acompanhado no serviço de GTM pela farmacêutica parceira desde dezembro de 2014. No momento da entrevista, havia comparecido a 3 consultas no serviço de GTM. Apresenta ótima compreensão em relação à sua saúde e à sua farmacoterapia. Apresenta 6 problemas de saúde, para os quais faz o uso de 6 medicamentos.
- João-de-barro é um paciente de 74 anos, aposentado, viúvo, acompanhado no serviço de GTM pela farmacêutica parceira. Mora com a filha e a neta. É preocupado com a saúde e nas primeiras consultas mostrou algumas

dificuldades de entendimento em relação aos motivos da utilização de seus medicamentos. Apresenta 5 problemas de saúde e faz o uso de 9 medicamentos. À época da entrevista, o paciente havia comparecido a 4 consultas no serviço de GTM.

7.2 Contextualizando o cenário

A unidade do CEAF em questão apresenta uma estrutura de dispensação centralizada, atendendo populações de 27 municípios. Diariamente, são dispensados medicamentos para cerca de 2 mil pacientes, para o tratamento de mais de 80 diagnósticos diferentes, categorizados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A farmácia é subdividida entre os seguintes serviços de atendimento ao público: serviço de abertura de processo para aquisição de medicamentos, serviço de renovação de processo e serviço de dispensação de medicamentos. Antes do encaminhamento ao serviço, o paciente passa pela recepção, onde recebe a senha específica para o tipo de atendimento que necessita. O acesso aos medicamentos desse componente está representado melhor na **Figura 1**.

Na unidade existe também a disponibilidade de 2 salas para atendimento farmacêutico individualizado, ideais para a realização de consultas de GTM, mas que são atualmente subaproveitadas para esta finalidade. Atualmente, são utilizadas para dispensação a pacientes em relação à posologia, à forma de utilização, forma de armazenamento dos medicamentos termolábeis, dentre outras. As orientações, realizadas pelo farmacêutico ou pelo estagiário de farmácia, podem ser demandadas pelo próprio paciente quando tem alguma dúvida em relação à utilização do medicamento. Alguns grupos de medicamentos são dispensados exclusivamente pelo profissional farmacêutico nas salas, como por exemplo medicamentos para o tratamento de hepatites virais, medicamentos de liberação imediata, dentre outros. Não existe, entretanto, nenhum protocolo específico para o fluxo de utilização dessas salas nem horários específicos que elas permanecem ocupadas, sendo utilizadas conforme demanda local.

Figura 1: Fluxo para aquisição de medicamentos no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica



Fonte: <http://www.ccat.es.org.br/content/cont.php?id=21>

A proposta de inserção do GTM na farmácia do CEAF iniciou-se a partir do interesse da universidade, sendo estabelecida uma parceria entre o Centro de Estudo em Atenção Farmacêutica da UFMG e a então gestão da unidade. A gestora já possuía um conhecimento prévio da prática clínica e considerava a importância do oferecimento desse serviço, tendo em vista os potenciais benefícios econômicos para o sistema de saúde.

O projeto para a construção do serviço de GTM foi estruturado inicialmente da seguinte maneira: os atendimentos clínicos seriam conduzidos pelas farmacêuticas mestrandas concomitantemente à capacitação em serviço da farmacêutica Gaivota, funcionária do CEAF-BH. Como integrantes da universidade, e não funcionárias da farmácia, era de se esperar algumas peculiaridades nesse processo, e desde o início já era claro que nossa participação teria um início, meio e fim. Sendo assim, antes mesmo de se iniciar a construção do GTM, foi acordado que uma farmacêutica funcionária iria nos acompanhar durante todo esse processo. A capacitação iria incluir a realização da disciplina de Atenção Farmacêutica na UFMG, bem como o acompanhamento das consultas de GTM, enriquecido por discussões dos casos clínicos direcionados pelas

farmacêuticas implementadoras no próprio cenário. Progressivamente, a própria farmacêutica iria conduzir as consultas sob tutoria minha ou da farmacêutica parceira.

Infelizmente, devido a questões políticas locais e a troca de gestão, a farmacêutica se afastou do cargo no início do ano de 2015 e não pôde continuar como parceira na implantação do GTM no CEAF. A farmacêutica parceira e eu prosseguimos com a implantação do serviço e, posteriormente ao ingresso das farmacêuticas novas na unidade, investimos em conseguir novas parceiras internas interessadas em assumir a gestão do serviço clínico na farmácia.

7.3 CAPÍTULO I: Otimizando a implantação de serviços de GTM: critérios potencializadores do êxito do processo

O período prolongado de imersão em campo e as entrevistas realizadas com diversos integrantes do cenário revelaram critérios potencializadores do êxito da implantação do serviço de GTM no CEAF. Esses critérios emergiram a partir dos facilitadores e desafios que foram sendo vivenciados na prática. Ressalto que essas categoriais não são isoladas, mas interconectadas de forma que a falha em uma pode interferir na outra. Elas serão apresentadas a seguir nas seções de 7.3.1 a 7.3.10.

7.3.1 Apoio da gestão

Previamente ao início da implantação de qualquer serviço clínico, o aval da gestão do cenário de prática é primordial. Estudos norte-americanos, onde a prática se apresenta mais bem consolidada, têm mostrado que em serviços de GTM de sucesso os farmacêuticos têm suporte da gestão da unidade (MCINNIS; CAPPs, 2016). A gestora Garça, em sua fala, destaca como um dos maiores desafios para a implantação de um serviço clínico o apoio da gestão e aponta o seu interesse em implantar o serviço de GTM como um facilitador para isso se tornar possível no CEAF.

Na verdade, desde a minha graduação eu sempre gostei, entendia a importância da atenção farmacêutica (...). Então, como eu estava na gestão de uma farmácia, eu acho que era a oportunidade de como gestora implantar. Porque eu acho que a grande dificuldade é sempre o gestor aceitar. E aí, logo quando eu entrei [na gestão da farmácia do CEAF] a gente começou a deparar com algumas situações, por exemplo, a gente tinha um índice enorme de devolução de medicamentos; a gente estabeleceu um formuláriozinho para o paciente para saber porque que está devolvendo. E aí, quando a gente foi ver, tinha alguns medicamentos que eram definidos, por exemplo, transplantado devolvia muito, por quê? Porque teve reação adversa e o médico substituiu, e então sobrou. Então, me mostrou uma necessidade maior ainda do GTM porque era um desperdício no olho de gestão, estão jogando dinheiro fora, porque se estivesse acompanhando esse paciente mais próximo a gente ia entregar a quantidade menor, para ter que fazer uma adaptação, coincidir com a data da consulta, para o médico fazer uma avaliação. (Garça)

Em sua narrativa, a gestora deixa claro que compreende a importância de se implantar o serviço de GTM na unidade. Ela destaca a necessidade social pelo serviço GTM refletida no próprio cenário de prática. Segundo ela, o gasto decorrente da devolução

de grande quantidade de medicamento por falha terapêutica poderia ser reduzido ou otimizado caso o paciente fosse acompanhado por um farmacêutico provedor de GTM na farmácia. Os demais entrevistados também apontaram o interesse da gestão como essencial para que a implantação do GTM se efetivasse:

Assim, ali [farmácia do CEAF-BH] eu acho que deu muito certo porque a gestora ela abraçou o projeto. Se fosse alguma coisa que começasse de baixo, dos farmacêuticos para cima, não digo que não daria certo, mas talvez se houvesse uma resistência de cima, a dificuldade seria muito maior. Então eu acho que, como a Garça, ela trouxe para ela como um objetivo ali dentro, isso facilitou muito. (...). Lá eu acho que muito foi possível porque a Garça abraçou o projeto. (Gaivota)

A farmacêutica Gaivota acredita que quando o interesse parte da própria gestão é mais fácil de se efetivar a implantação do que caso o interesse parta unicamente dos farmacêuticos, “de baixo”. Entretanto, em certos cenários, o interesse para implantação do GTM poderá partir diretamente do próprio profissional farmacêutico. Sendo assim, é preciso ser estratégico ao apresentar a proposta do serviço ao gestor. O implementador deve saber qual a necessidade ou problema da unidade o GTM poderá atender. O farmacêutico deve compreender as preocupações atuais do gestor concernentes ao cenário de prática para que o oferecimento do GTM esteja compatível e conectado com as necessidades locais. É essencial o conhecimento dos benefícios econômicos, clínicos e humanísticos do serviço de GTM, descritos na literatura nacional e internacional (GARRET; MARTIN, 2003; CID, 2008; RAMALHO DE OLIVEIRA; BRUMMEL; MILLER, 2010; SCHULTZ *et al.*, 2012; OBRELI-NETO, 2015). Se basear em outros cenários em que o serviço já está edificado e apresenta impacto positivo na saúde pública configura uma estratégia importante para que os farmacêuticos possam se ancorar para garantir o aval do gestor.

O domínio da teoria e da metodologia do GTM também é essencial quando a proposta para inserção do serviço for apresentada. Conhecer o produto/serviço que se deseja oferecer e como ele pode contribuir para o cenário em questão é um dos aspectos que o implementador deve ter bem claro. Além disso, o conhecimento prévio do cenário em questão e o perfil de pacientes atendidos é de extrema importância no momento de articular o discurso para o oferecimento do serviço, em congruência com o fluxo de

demandas. Também, o implementador deve se atentar para a forma de comunicação como ferramenta de oferecimento do GTM de acordo com os interesses de cada um (SEBRAE, 2013).

Apesar do claro interesse da gestão em estabelecer a parceria com a UFMG para a implantação do GTM, no decorrer do processo a farmacêutica parceira e eu sentimos carência da participação ativa da gestora. Nós fomos apresentadas somente para alguns farmacêuticos e funcionários de forma que mesmo após longo período de funcionamento do GTM, muitos integrantes da farmácia desconheciam tanto o serviço como a farmacêutica parceira e eu. Não houve reuniões para acompanhamento detalhado da construção do GTM assim como ocorre com os demais serviços já inseridos no contexto do CEAF-BH. Não houve real apoio da gestão, mas sim aceitação do serviço de GTM implantado pelas farmacêuticas clínicas. Essa questão foi tópico de inúmeras reflexões descritas em diário de campo, tanto meu quanto da farmacêutica parceira e pode ser muito bem ilustrado por este trecho das minhas anotações:

Esse fato me fez refletir que por mais que nos esforcemos para que o serviço se dê da melhor maneira possível, se a gestão não tiver totalmente envolvida o GTM corre grandes chances de não vingar. Está fora do nosso alcance. Apesar de a gestão apoiar o serviço, nós temos o aval para fazermos o que precisarmos, mas a gestão não está totalmente envolvida. (Trecho de diário de campo da pesquisadora)

A partir do exposto, fica evidente a importância do apoio ativo da gestora e esta deve ser posicionado como uma parceira neste processo. O envolvimento ativo dos gestores é importante para a otimização da implantação do GTM, envolvendo os provedores diretamente em reuniões e destacando o serviço como uma das atividades em pauta nas ações da unidade. Entendo, na prática, os desafios inerentes à priorização do GTM no CEAF. O fato de ser um serviço de certa forma desconhecido dificulta o reconhecimento de seu valor por parte da gestora, da equipe local e dos pacientes (SCHOMMER *et al.*, 2008). O próprio cenário em que a implantação se transcorreu colabora para esta questão. Sendo uma unidade de dispensação tradicionalmente não associada ao cuidado direto aos pacientes, apresenta como objetivo principal a garantia de acesso da população aos medicamentos incluídos no escopo do CEAF.

7.3.2 Avaliação dos recursos físicos e materiais

Cada cenário de prática apresenta características singulares que devem ser identificadas pelo implementador antes de se começar a inserção do GTM. O levantamento dos recursos físicos e humanos disponíveis, bem como o conhecimento detalhado dos processos de trabalho locais e o fluxo de pacientes permite a avaliação da viabilidade de inserção do serviço clínico no cenário em questão (SEBRAE, 2013).

Antes de iniciar efetivamente a implantação do GTM, reuniões com o gestor e visitas ao cenário de prática são necessárias. Inicialmente, a farmacêutica Gaivota organizou reuniões para apresentar o funcionamento geral das atividades locais. A partir destas reuniões, vários questionamentos foram surgindo, como descrito no meu diário de campo. Foi possível identificarmos coletivamente estratégias para inserção do GTM no cenário, formas de captação de pacientes, alternativas para divulgação, dentre outras essenciais para a construção de um serviço novo.

Discutido o fluxo de atendimento de pacientes: como será feita a captação? Pacientes novos (processo recentemente deferido) ou pacientes antigos? Disponibilidade de sala? Como será feito o contato com os profissionais médicos (carta, telefone...)? Como será agendado o retorno dos pacientes? Qual a documentação a ser utilizada? Papel, eletrônica? (Trecho de diário de campo da pesquisadora)

Os entrevistados identificaram que a farmácia do CEAF apresenta infraestrutura adequada para o oferecimento de um serviço de atenção à saúde e este fator foi apontado como um facilitador à implantação do GTM. A farmácia é equipada com salas para os atendimentos clínicos, computador, telefone e instrumentos de medição (esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, fita métrica e balança). Esse fato foi destacado pela gestora Garça e pela farmacêutica Gaivota nos trechos abaixo:

Pesquisadora: Além disso, quais outras vantagens que a unidade apresenta e que você acha que é um facilitador para a inserção do GTM?

Garça: Eu acho que a estrutura física. Eu acho que a gente tem uma estrutura física interessante, a gente tem uma sala específica para atendimento farmacêutico, na época que a gente começou a implantar a gente tinha um número de farmacêuticos que possibilitava isso, a gente tem que ter profissional

disponível, e que ao longo do tempo a gente acabou perdendo alguns, aí acabou sendo um dificultador. (Garça)

Fisicamente, ali [farmácia do CEAF-BH] hoje eu acho que tem estrutura para isso, então não foi difícil para poder estruturar porque tem aquelas salinhas que a gente consegue organizar, questão, né, de direcionar uma só para vocês [farmacêuticas clínicas], tem equipamento eletrônico, tem computador se precisar, tem a questão de telefone disponível com facilidade, a Garça autorizou, passou até a senha para vocês. A questão de vocês terem acesso ao computador. (...) Porque, por exemplo, se fosse lá embaixo [referindo-se à antiga sede da farmácia do CEAF], você teria o apoio dela, o apoio do farmacêutico, mas fisicamente a gente não teria como desenvolver, não teria equipamento, não teria sala, não teria disponibilidade de telefone, mesmo a impressão, coisas simples assim que são necessárias, né? Então eu acho que foi no lugar certo, na hora certa. (Gaivota)

Gaivota, em sua narrativa, compara a infraestrutura da atual farmácia do CEAF com a da antiga unidade e ressalta que mesmo que outros aspectos favoráveis à implantação do GTM estivessem presentes (apoio da gestora e apoio da equipe), isso seria inviável na farmácia anterior devido à ausência de estrutura física adequada. Um outro ponto positivo observado durante a imersão em campo refere-se ao funcionamento dos serviços tradicionais da unidade. A organização é muito grande, o que se apresenta também como um facilitador para a inserção de um novo serviço. A farmacêutica Andorinha, durante a entrevista, destaca esse ponto: se os aspectos relacionados às questões técnico-administrativas do CEAF não estiverem bem estruturados e funcionando de maneira fluida, o funcionamento do GTM também torna-se deficitário. Todas as atividades desenvolvidas na unidade devem estar em sintonia:

Então não tem jeito de você deixar de lado essa questão do gerenciamento, essa visão gerencial. E tem a questão também dos monitoramentos que o farmacêutico tem que fazer: a questão da validade, se o medicamento está sendo bem acondicionado. Então, não tem como fugir disso. (...) Você tem que ter os dois, lado a lado. (...) Se a gente não tem um gerenciamento, a parte do GTM também fica deficitária, deficiente, né? Então você tem que ter a união dos dois. (Andorinha)

A adequada infraestrutura física e a organização da unidade também podem influenciar positivamente a percepção do paciente em relação ao serviço. A unidade apresenta uma sala de espera, adequadamente refrigerada, equipada com cadeiras que os pacientes podem aguardar confortavelmente até que sejam requisitados aos guichês para receberem seus medicamentos. Apresenta também um sistema eletrônico de

senha. Durante as entrevistas, os pacientes relataram a satisfação que tinham com o fluxo de atendimento da unidade:

Aqui eu sinto o seguinte, não em detrimento dos outros não, mas eu sinto assim, a organização aqui é muito grande. Você chega, passa ali [recepção], agenda, senta ali quietinho e daqui a pouco estão chamando. Não é demorado. É muita gente, mas o negócio é bem gerenciado, bem organizado. Não vejo ninguém reclamando, nada. Então eu acho realmente, dos lugares que eu vou, aqui a agilidade é maior. Então, se a você tem uma agilidade maior, logicamente a organização é cuidada, entendeu? (Canário)

A prática de atenção farmacêutica demanda que a infraestrutura local, tanto física quanto em relação à equipe de trabalho, seja compatível com o oferecimento de um serviço clínico. Em relação aos recursos físicos, para a realização de um serviço clínico, é imprescindível a presença de salas para consultas individuais, assegurando a privacidade dos usuários (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011). A disponibilidade de salas privadas permite aos pacientes reconhecerem o GTM como uma prática organizada e dotada de profissionalismo (WILLINK; ISETTS, 2005). Estudos referentes à construção de serviços envolvendo contato direto com pacientes apontam a ausência de um espaço privativo para os atendimentos clínicos como um dificultador para sua realização (SARAMUNEE *et al.*, 2014; BRATA *et al.*, 2016).

Uma observação interessante a ser pontuada a partir das falas anteriores da Garça e da Gaivota, corroborando a fala de outros participantes, compreende o reconhecimento pela equipe da necessidade de um espaço reservado para realização das consultas de GTM. Além da manutenção da privacidade do paciente, um espaço físico definido suporta a ideia de que o GTM é fundamentalmente desmembrado do serviço de dispensação de medicamentos (MCINNIS; CAPPS, 2016). No CEAF a sala utilizada para atendimento do GTM não era exclusiva para esse fim, e quando não havia paciente agendado, ela era utilizada por outros funcionários da unidade para dispensação e orientação de pacientes. Para o funcionamento adequado de ambas as atividades, é de suma importância a determinação de um acordo entre as partes interessadas para a utilização colaborativa das salas.

Outro facilitador destacado pelos participantes compreende a presença de computador e internet no CEAF permitindo a utilização de documentação virtual. O acesso a prontuários eletrônicos representou um facilitador para as farmacêuticas clínicas tanto em termos de agilidade no registro dos atendimentos quanto em relação à necessidade de consultas posteriores dos casos clínicos. A documentação é uma atividade de extrema importância para os serviços clínicos. O registro das intervenções realizadas ratifica a responsabilidade do farmacêutico assumida frente ao paciente, legitimam o posicionamento ético do profissional (MARTÍN-CALERO *et al.*, 2004) e asseguram a continuidade do acompanhamento clínico do paciente, mesmo que por outro profissional (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). A definição do prontuário, portanto, vai depender das ferramentas disponíveis no cenário, podendo ser físico ou virtual. No caso do CEAF, devido à ausência de uma equipe de saúde, o prontuário virtual é exclusivamente compartilhado entre as farmacêuticas provedoras de GTM.

Outros elementos favoráveis à implantação do GTM no CEAF apontado pelos participantes e que tangenciam fatores relacionados ao fluxo interno dos usuários compreendem a aquisição mensal de medicamentos pelos usuários e o oferecimento do serviço gratuitamente, facilitando o acesso aos pacientes, como indicado pela fala a seguir da gestora Cotovia. Como os pacientes desconhecem a importância e o valor do serviço, à primeira instância, o interesse em pagar pelo GTM pode representar um desafio.

Como facilitador também... a disponibilidade do medicamento (...) que o paciente vem até aqui, que ele tem uma regularidade de vindas ao serviço, possibilitando que ele seja inserido nesse acompanhamento, né? (Cotovia)

7.3.3 Avaliação dos recursos humanos

A avaliação dos recursos humanos previamente ao início da implantação do serviço também é crucial. O número de farmacêuticos deve ser suficiente para que seja possível deslocar pelo menos um para a prática clínica. A seleção do farmacêutico que irá assumir a gestão do GTM deve levar em consideração o perfil do profissional: é importante que a gestão direcione investimentos para aquele farmacêutico que

realmente se mostrar interessado em assumir a responsabilidade pelo cuidado. Além disso, devido à carência da formação em Farmácia, a prestação de assistência direta à saúde do paciente demanda a estruturação de um plano de capacitação em GTM.

Ambos os critérios, identificados neste trabalho como essenciais para otimizar a implantação do serviço na unidade do CEAF-BH, serão discutidos mais detalhadamente a seguir.

7.3.3.1 *Perfil do profissional farmacêutico*

“Quem faz farmácia pensando que vai acompanhar pacientes? Ninguém.”
(Trecho do diário de campo da pesquisadora)

Esta fala acima de uma das farmacêuticas do CEAF, registrada em meu diário de campo, reflete bem a realidade brasileira da profissão. Antes de mais nada, é preciso expor aqui o terreno em que a Farmácia se encontra. Atualmente, a área da saúde tem vivenciado uma expansão de serviços oferecidos por farmacêuticos de contato direto ao paciente, principalmente em âmbito internacional (PCPCC, 2012). Apesar disso, o ensino superior em Farmácia no Brasil parece não acompanhar essas mudanças com a mesma velocidade. Se por um lado há avanços em direção à formação para a atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2007), o ensino nas faculdades de farmácia ainda não é direcionado para graduar provedores de serviços clínicos. Dessa forma, é de se esperar que o perfil dos egressos e da maioria dos farmacêuticos atuantes no mercado de trabalho não seja voltado para o cuidado direto aos pacientes. E, claramente, muitos deles não almejam exercer funções nesta área.

Em sua narrativa, a farmacêutica Gaivota destaca as mudanças, mesmo que pequenas, no âmbito do componente especializado em relação ao maior contato do profissional farmacêutico com o paciente. No momento em que foi entrevistada, ela não estava mais trabalhando na unidade, mas havia acompanhado várias consultas e discussão de casos clínicos comigo e com a farmacêutica parceira Coruja. Nesse sentido, ela ressalta a satisfação que tinha com o serviço de GTM, mas salienta que é preciso,

primeiramente, que o farmacêutico tenha perfil e goste da prática clínica. Ao mesmo tempo, ela julga difícil identificar profissionais com esse perfil na unidade do CEAF:

Porque essa questão do contato do profissional com o paciente, o farmacêutico não tinha muito, de uns anos para cá que se tornou mais importante. A gente era como se fosse simplesmente um entregador de medicamentos mesmo. E aí as pessoas passam a ver o nosso conhecimento a respeito do medicamento... A gente tem informação que pode agregar, na terapia junto com o médico, com o enfermeiro, com o psicólogo, com o fisioterapeuta, com as demais profissões. Então, eu vejo assim, pelo menos as entrevistas [consultas de GTM] que eu presenciei, a satisfação maior é ver que você consegue fazer a diferença na vida do outro, do paciente. Que ele te vê como profissional, como pessoa que ele pode confiar, que tem conhecimento para ajudá-lo. Eu acho que a satisfação é bem grande em relação a isso (...). Isso eu acho que para o profissional que está trabalhando direto com o paciente é muito bom. Mas você tem que gostar. Porque realmente tem gente que não nasceu para ficar direto com o paciente, nasceu mais para a questão de processo. (...). Tem uns [farmacêuticos] que têm menos afinidade para lidar com pacientes, lidar com pessoas, tem gente que prefere ficar no cantinho, fazendo o controle do processo. Mas isso aí é questão de cada um. (Gaivota)

Quando Gaivota afirma “mas isso aí é questão de cada um”, ela destaca a opcionalidade do cuidado na profissão de Farmácia. O farmacêutico no Brasil não é graduado para ser provedor de assistência direta à saúde dos pacientes e, portanto, em muitos cenários, ele tem a opção de querer ou não se enveredar pelo cuidado. Vale a pena ressaltar que em muitas situações a falta de interesse pela prática clínica perpassa pela insegurança e pelo despreparo da maioria dos farmacêuticos para essa área, questão que será discutida no tópico seguinte.

De um modo geral, os relatos dos entrevistados foram congruentes no que concerne à importância do profissional que irá prover o GTM apresentar “paixão” pelo cuidado direto aos pacientes. O profissional deve perpassar por uma transformação na forma de ser profissional, e para que isto se efetive, é essencial que o farmacêutico incorpore de fato a filosofia da atenção farmacêutica e modifique a maneira de entender a prática, assumindo-a como missão profissional (MARTÍN-CALERO *et al.*, 2004). A filosofia é o componente prescritivo de uma prática profissional e define aspectos éticos, valores e responsabilidades (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Assumir, portanto, a filosofia do GTM como base profissional significa vivenciar uma metamorfose paradigmática,

desviando o foco do medicamento para o ser humano e aceitando a missão de assumir o cuidado pela saúde dos pacientes. Como ressaltado por Pereira *et al.* (2009):

“(...) os princípios da Atenção Farmacêutica podem ser reconhecidos logo após o início da prática. Porém a mudança é profunda e exige tempo e experiência. Incorporar a filosofia da atenção farmacêutica significa mais do que entendê-la, significa incorporar os valores propostos e aplicar uma nova visão de prática profissional.”

Profissionais que realmente têm interesse e desejam ser provedores do GTM são mais motivados, vão se dedicar mais ao serviço e estarão mais dispostos a enfrentarem os desafios encontrados na prática. Em um estudo conduzido com quatro farmacêuticos trabalhando em serviços de GTM de sucesso, um fator em comum de destaque identificado entre eles compreendeu a paixão pelo oferecimento de cuidado ao paciente (WILLINK; ISETTS, 2005).

Nós, enquanto farmacêuticas clínicas responsáveis pela implementação do GTM, mostramos real interesse em oferecer assistência aos pacientes. Nós estávamos dispostas a assumir a responsabilidade pelos resultados de suas decisões, bem como se comunicar com outros prestadores de cuidados em saúde. O trabalho direto com os pacientes exige a construção de relações terapêuticas com os usuários, o desenvolvimento da escuta ativa e habilidades de comunicação. Essas características apontadas foram consideradas muito novas e desafiadoras para as farmacêuticas funcionárias do farmácia do CEAF-BH. O farmacêutico que deseja ser um provedor de cuidado deve estar disposto e aberto ao desenvolvimento de determinadas habilidades (como as que foram pontuadas acima) que são cruciais para um farmacêutico clínico.

Profissionais que trabalham com algo que realmente desejam poderão transmitir esse sentimento nas consultas, aumentando a satisfação do usuário com o serviço. Esta fala de Sabiá, em conformidade com a de outros entrevistados, ilustra o contentamento dos pacientes com o GTM no CEAF:

Eu falei que psicologicamente (...) ele se sente bem aqui. Então ele pode falar da dúvida dele, né? Dúvidas que ele não falaria com o médico (...). Eu me sinto dentro de uma clínica, mas uma clínica ideal. Eu acho que deveria ser assim,

deveria ser assim em qualquer tipo de tratamento, qualquer tipo de contato com profissional da saúde. (Sabiá)

Durante a experiência de implantação do GTM no CEAF, uma situação que comprometeu a efetivação do serviço foi a ausência de um farmacêutico funcionário do próprio cenário de prática para dar continuidade a ele. Após a saída da farmacêutica farmacêutica Gaivota da unidade, a expectativa de envolvimento de outra profissional no GTM era grande uma vez que esse fato ameaçava a sustentabilidade do serviço. Em muitas situações de parcerias entre academia e cenário de prática, a maior parte do interesse advém da universidade, limitando a consolidação e continuidade dos serviços a longo prazo (SILVA, 2015).

Em razão da carência de um profissional local no serviço GTM, percebíamos que a sustentabilidade e a continuidade do serviço dependiam diretamente da farmacêutica parceira e de mim. Nossa preocupação de vincular um farmacêutico da unidade era constantemente exposta à gestora. Esta ansiedade e o reconhecimento da necessidade de se ter alguém do cenário envolvido permeou todo o período em campo, sendo ressaltada frequentemente nos diários e na entrevista com a farmacêutica parceira:

Mas se a gente falasse assim "oh, a Gaivota vai começar seguindo. A Gaivota não pode participar da capacitação, então quem vai ser a outra pessoa que vai poder? Porque as meninas não vão começar enquanto não tiver uma farmacêutica lá do serviço com elas. Então aí elas mesmas vão lá e vão discutir com a farmacêutica, como que vai ser isso? Aí pensa, a gente poderia ter 6 meses de serviço implantado, mas a gente poderia estar com a farmacêutica, entendeu? (...). Então, esse talvez seria um ponto assim. É para ser sustentável, então vamos, vai ter que ter a pessoa. (Coruja)

Em abril de 2015, duas novas farmacêuticas foram selecionadas a partir de suas manifestações de interesse em aprender a prática. Elas participaram do processo de capacitação por um período de 2 meses, entretanto não prosseguiram em razão da sobrecarga de trabalho, conforme relatos delas. De certa forma, acredito que a falta de apoio ativo da gestora em garantir a reorganização dos processos de trabalho internos para que as farmacêuticas pudessem assumir com mais tranquilidade o GTM influenciou negativamente o envolvimento delas no serviço. Mas também percebi, a partir do comportamento de ambas durante as reuniões e as consultas, que apesar da

manifestação de interesse, elas não apresentavam perfil serem provedoras de cuidado. Elas não estavam dispostas e abertas ao desenvolvimento de novas habilidades necessárias para serem clínicas.

Por isso, após um ano de implantação do serviço na SES, devido a este desafio, não era possível afirmar que o GTM de fato estava institucionalizado no CEAF:

Só que eu acho que se hoje vocês [farmacêuticas clínicas] saem daqui não está institucionalizado, não vai dar sequência, entendeu? Então, assim, a minha, a oportunidade está dada, ela está aqui, agora, entendeu? Se a gente não conseguir que essas farmacêuticas, (...) se elas realmente não incorporarem essa prática, eu acho que assim, nesse contexto, com vocês, eu acho que se perde. (Cotovia)

Cotovia, em sua fala, pontua que as farmacêuticas selecionadas para assumir o GTM devem demonstrar interesse em participar do serviço e realmente incorporarem a filosofia da prática. Caso contrário, mesmo com a presença da UFMG prestando consultoria e com a disponibilidade de profissionais do CEAF para serem capacitados, se os farmacêuticos não tiverem perfil, a implantação pode não se efetivar. Ao mesmo tempo, sua fala

Concordamos com recomendações internacionais de que é necessário identificar, no cenário de prática em que o GTM será implantado, profissionais que apresentem perfil pela prática clínica (MCINNIS; CAPPIS, 2016). Compartilhando experiência semelhante, Silva (2015) coloca a escolha de um profissional que tem paixão como ação prioritária no processo de construção de um serviço de GTM.

Entendo esse aspecto como uma atitude real do profissional em se portar enquanto provedor de cuidado e não apenas manifestando verbalmente o interesse pela implantação do serviço clínico. Gastelurrutia *et al.* (2007) apontam, segundo a perspectiva dos próprios farmacêuticos, a necessidade de mudança de atitude dos profissionais para que a implantação de serviços clínicos farmacêuticos seja realmente colocada em prática.

7.3.3.2 Domínio da metodologia de prática

O GTM é ainda um serviço incipiente no Brasil e muitos pacientes, os próprios farmacêuticos e outros profissionais de saúde desconhecem esse campo de atuação clínica da farmácia. De fato, no CEAF a maioria dos funcionários entrevistados não tinham conhecimento prévio sobre o GTM e a totalidade não teve qualquer contato anterior com o serviço. Em decorrência disso, durante as entrevistas eles reconheceram a necessidade de capacitação em atenção farmacêutica para os futuros provedores, considerando esta lacuna de conhecimento na educação superior de Farmácia:

Eu acho que essa visão falta na faculdade de farmácia. Eu acho que na realidade é uma evolução. Eu sou da época em que você tinha uma visão muito fragmentada, igual você estuda fisiologia, você estuda patologia, você estuda os medicamentos, a farmacologia, mas na hora de unir todos esses conhecimentos e colocar em prática tudo isso que você absorveu individualmente, você fica um pouco perdido. Então eu acho que falta colocar isso no curso de farmácia mesmo, pra você já sair formado, com essa formação. (Andorinha)

Prosseguindo em seu discurso, a farmacêutica Andorinha deixa bem claro a importância que ela vê da padronização do serviço farmacêutico por meio do GTM. Para ela, o arcabouço metodológico da atenção farmacêutica orienta o trabalho do profissional durante a consultas. Entretanto, ela aponta a carência de conhecimento em como aplicar o GTM na prática:

O GTM ele tem todo um arcabouço, né, uma metodologia, um arcabouço metodológico. Então eu percebo que o GTM padroniza o serviço farmacêutico. Quando você vai abordar o paciente, quando você vai conhecer qual que é a necessidade desse paciente, quais os medicamentos que ele faz uso, o GTM vem orientar esse trabalho. (...) Mas como que eu vou fazer isso? (Andorinha)

Em outra fala, Andorinha destaca a importância do desenvolvimento de certas habilidades para o farmacêutico se tornar apto ao oferecimento do GTM. O domínio da prática clínica exige dedicação e estudo do profissional, o que demanda tempo. Para ela, essas habilidades incluem, além da compreensão da metodologia do GTM, o conhecimento dos aspectos em farmacoterapia de diversas patologias e a aplicação desses conhecimentos na prática:

Você vai ser o farmacêutico que vai fazer a prática do GTM. Então a gente vai falar o que é, como é, como é que ele é feito, o que vocês precisam fazer para ter acesso a esse conhecimento para estarem fazendo a parte do GTM. (...) Tem a questão de que você vai ter que demandar tempo, tempo para estudar, vai ter que fazer isso, não é? Porque você tem que estudar as doenças. Então você tem um grupo aí de doenças que são mais prevalentes, você tem que pelo menos dominar aí essas doenças principais para você saber como é que é que vai conduzir. (Andorinha)

A farmacêutica Gaivota demonstrava preocupação em relação à condução das consultas quando começasse a assumi-las sozinha. É notável em sua fala a sua insegurança e despreparo para a provisão do serviço de GTM, quando foi questionada em relação aos desafios para o oferecimento do GTM. Em sua narrativa, ela pontua a necessidade de desenvolver também outros tipos de competências que são essenciais aos provedores de serviços clínicos e que vão além da metodologia de prática propriamente dita, da farmacoterapia, manejo de doenças, como: busca de evidências científicas e desenvolvimento de habilidades de comunicação com outros profissionais de saúde e os pacientes.

Olha, pra mim, seria de estar participando do serviço, seria mesmo a questão de como que eu ia fazer. Não sei se dá assim para entender. O paciente traria as informações pra mim, onde que eu iria buscar essas informações, como que eu iria fazer, como que eu iria estudar em cima daquilo, a quem que eu poderia recorrer. Eu tenho uma dúvida nisso, quem que eu posso recorrer para tirar essa dúvida para eu passar para o paciente para ele ou levar pro médico, ou eu interagir, entrar em contato com o médico para fazer uma solicitação? Assim, o que me deu mais, não vou dizer medo, mas o que me deixou mais apreensiva de começar a participar seria como fazer para poder dar, entregar para ele [paciente] aquilo que a gente está oferecendo. Como eu nunca tinha feito isso diretamente, tinha conhecimento de texto, de livro, que não é, em hipótese alguma a mesma coisa. Então a minha preocupação muito grande essa: do paciente trazer a informação e eu não saber como trabalhar essa informação para passar para ele de volta. (Gaivota)

Mediante a fala acima, observa-se que para a condução das consultas de GTM, ter o conhecimento não restringe-se ao fato de dominar determinada informação. Para além disso, envolve aplicá-la na prática. Portanto, considera-se idealmente necessário a capacitação teórica e prática dos profissionais que irão prestar o GTM, experienciando atendimentos clínicos mediante suporte técnico. A importância da capacitação prática torna-se clara com a fala anterior da farmacêutica Gaivota. Ela não acredita que apenas a capacitação teórica é suficiente para capacitar um profissional para a prestação do GTM e reforça que o conhecimento prático não pode ser aprendido apenas pelos livros

e textos. O maior desafio considerado por ela para a implantação do GTM na unidade compreendia em como utilizar o conhecimento teórico adquirido quando estivesse frente a frente com o paciente. Como prosseguir?

Sendo o GTM uma prática recente, os farmacêuticos que desejam implantá-lo precisarão de um apoio, sendo necessário um plano de capacitação em serviço para os profissionais que atuarão como clínico. Nesta perspectiva, a parceria com a UFMG foi apontada como facilitador pela gestora Cotovia, enquanto instituição capaz de fornecer o devido treinamento para a prática de GTM:

O próprio, claro, apoio da UFMG, isso é fundamental, eu acho que é o que desperta, tanto nos farmacêuticos quanto nos próprios gestores, a importância e saber que vai ter alguém que vai estar próximo, apoiando. Ensinando, apoiando não, ensinando como fazer essa prática. Porque só o nosso interesse a gente teria... A gente tem interesse, mas como que a gente vai fazer isso? A gente vai contratar um consultor, vai fazer como? E a UFMG nesse momento está facilitando isso, está promovendo essa qualificação que a gente precisa, para os farmacêuticos desenvolverem a prática, por meio da presença suas [farmacêuticas clínicas] aqui e do apoio da professora. Isso aí com certeza é fundamental. (Cotovia)

Antes de iniciarmos a implantação do GTM na unidade do CEAF, a farmacêutica parceira e eu já tínhamos a teoria do GTM bem consolidada, bem como a experiência anterior de atendimentos clínicos a pacientes com *diabetes mellitus*. Ambas já estamos envolvidas com a prática de atenção farmacêutica há cerca de 4 anos, desenvolvendo projetos e estudos na área. Todos os membros do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica são capacitados para a prática mediante a realização da disciplina de Atenção Farmacêutica, ministrada pela coordenadora do Centro. Os membros também têm a oportunidade de ingressar em cenários de prática envolvidos em projetos de extensão e pesquisa, de forma a solidificar a experiência clínica.

Antes do oferecimento de qualquer serviço clínico, é necessário que o profissional que deseja implantá-lo tenha conhecimento bem estruturado dos aspectos filosóficos, teóricos e metodológicos da prática (OLADAPO; RASCATI, 2012). Tradicionalmente, a educação farmacêutica é enfocada no desenvolvimento de conhecimentos técnicos direcionados à produção e à gestão de medicamentos. Entretanto, quando se trata de um serviço clínico, como o GTM, é necessária a adição de saberes diferentes daqueles

desenvolvidos pelo farmacêutico denominado “tradicional” (LEE *et al.*, 2002). Quando a formação envolve tanto a área técnica quanto a área humanística, a base para cuidados clínicos e a resolução dos problemas é expandida (PEIRCE, 2010).

Marquis *et al.* (2014) apontam a carência de experiência dos farmacêuticos para a clínica como uma barreira para a implantação de um programa de adesão medicamentosa em farmácias comunitárias. Gastelurrutia *et al.* (2007) apresentam a falta de formação direcionada para o cuidado como um elemento dificultador à implantação, disseminação e sustentabilidade de serviços clínicos farmacêuticos na Espanha. Em um estudo conduzido por Dosea (2015) em farmácias públicas no Brasil, os farmacêuticos expressaram expectativas em relação ao aumento de suporte técnico e desenvolvimento de habilidades para a prática. Reforçando a ideia de que esse desafio educacional não é vivenciado apenas no Brasil, farmacêuticos na Indonésia também compartilham a insegurança para a realização de aconselhamento aos pacientes, representando um desafio para a implantação de atividades que exigem o cuidado direto às pessoas (BRATA *et al.*, 2016).

Como apresentado por Winslade *et al.* (1996), antes de se iniciar a implantação do serviço, o farmacêutico deve ter clareza da missão profissional e qual o papel do GTM em relação à profissão de farmácia e às outras profissões de saúde. Um trabalho conduzido por Pereira *et al.* (2009) buscou entender a vivência do processo de implantação de um serviço de GTM em uma farmácia universitária. Os autores perceberam que o estudo aprofundado dos referenciais teóricos e metodológicos da atenção farmacêutica engloba um dos passos iniciais para que os farmacêuticos se tornem competentes no oferecimento deste serviço.

Além da importância do conhecimento para a execução da prática, a compreensão da metodologia de prática permite ao farmacêutico a utilização de argumentos bem embasados para apresentar o serviço aos gestores, aos integrantes da equipe do cenário de prática, outros profissionais de saúde e, inclusive, aos pacientes. Também, o conhecimento profundo de uma metodologia única assegura a padronização do processo de trabalho, somando contribuições para o reconhecimento social da prática,

inicialmente em nível local e estendendo-se a um nível mais amplo (MCINNIS; CAPPS, 2016).

7.3.4 Definição de função e/ou tempo dedicado exclusivamente para a clínica

Um dos desafios encontrados por mim e pela farmacêutica parceira durante o processo de implantação do GTM no CEAF compreendeu a heterogeneidade das demandas entre a unidade e o serviço de GTM propriamente dito. Silva (2015) compartilhou deste desafio durante a implantação do GTM em uma unidade básica de saúde, em que a clínica se apresentava posicionada “à mercê da gestão da farmácia”. No CEAF, os profissionais farmacêuticos são contratados para executarem funções técnico-gerenciais e logísticas e a demanda excessiva por estas atividades, atrelada à escassez de recursos humanos para conduzi-las, foi um desafio apontado pelas farmacêuticas funcionárias durante as entrevistas:

Apesar de que a gente aqui [na farmácia do CEAF] tem muito serviço, a demanda é grande, não tem tempo assim do farmacêutico fazer esta parte clínica. Mas o farmacêutico tem que mudar um pouco o foco dessa parte assim burocrática, de papel e tudo, para a parte clínica. (...) Tem que tirar essa barreira. E essa barreira eu acho que aqui na secretaria é isso: é a demanda de pacientes, pouco profissional e muito serviço burocrático, sabe? (Calopsita)

Apropriar-se da direção de ambas as gestões agrega um complicador em relação ao excesso de atividades direcionadas a um único profissional. Para a farmacêutica Gaivota, assumir a função clínica significou encarregar-se de uma responsabilidade adicional, além das atividades tradicionais que já eram de sua responsabilidade na farmácia. A sobrecarga de trabalho intensificou-se com a saída de alguns farmacêuticos do CEAF e a necessidade de que a Gaivota assumisse essas funções remanescentes. O excesso de atribuições administrativas e logísticas ocupavam grande parte do tempo da farmacêutica e impossibilitaram que ela continuasse dedicando seu tempo à clínica:

Eu não tive a oportunidade de fazer porque na hora que eu ia começar, aí sai um farmacêutico aqui, sai outro ali, não posso deixar o serviço parado. Foi até que falei para a Garça "Garça, não tem condições". (Gaivota)

De acordo com Schommer *et al.* (2008), farmacêuticos de farmácias comunitárias nos Estados Unidos apontaram o excesso de atividades de dispensação como um dos principais fatores que os desviavam de oferecer o serviço de GTM. Uema e colaboradores (2008) registraram a falta de tempo como o principal desafio identificado pelos próprios farmacêuticos para a implantação de serviços de atenção farmacêutica, na Argentina. Resultados semelhantes foram encontrados por Gastelurrutia *et al.* (2005) e Ghazal *et al.* (2014) em estudos conduzidos na Espanha e nos Emirados Árabes Unidos, respectivamente.

Esta dualidade de funções vivenciada pela farmacêutica Gaivota foi reconhecida pelos farmacêuticos entrevistados como um desafio, mesmo aqueles que assumiam apenas funções denominadas “gerenciais”:

Não tem muito como você não fazer os dois papéis, o papel de gerenciar e o papel do acompanhamento ali, farmacêutico junto com o paciente. Então, não tem muito como... é um desafio? É. É um desafio. Acho que tem profissionais que vão ter mais um perfil gerencial, outros vão ter mais esse perfil, né, do acompanhamento com o paciente. (...). Você tem que se organizar. Você tem que ter, no seu dia, durante o seu dia, você não tem que estar necessariamente 100% dele na parte de gestão, né. Você pode estar, esqueci a palavra... você pode estar colocando aí um espaço no dia para estar fazendo esse gerenciamento, aí, terapêutico medicamentoso, junto com o paciente. Então é possível, é. Claro que tem lugares e lugares, né. Tem lugar aonde as atribuições de gestão elas são mais fortes né, são mais exigentes. Mas aí também você vai ter que ter uma equipe, aí né, por trás, mas é possível. (Andorinha)

Andorinha acredita que é possível para o mesmo profissional assumir no cenário tanto atribuições clínicas quanto técnico-administrativas. Entretanto, ela reforça que para isso seja possível, é necessário que o farmacêutico reserve um espaço na sua agenda de trabalho para o cuidado ao paciente. Idealmente, deve-se ter um farmacêutico exclusivo para o GTM. A dualidade de responsabilidades agrega um desafio ao profissional, contudo, em muitos cenários, em decorrência da ausência de profissionais, ter um deles exclusivo para a clínica pode ser inviável. É importante salientar, então, que essa divisão de horários de trabalho entre ambas as funções deve ser bem estabelecida, em horários separados. Por exemplo, o farmacêutico pode dedicar o turno da manhã apenas às atividades clínicas e o turno da manhã às atividades logísticas.

Além da sobrecarga de trabalho e falta de tempo para atuar em ambas as atividades simultaneamente, estudos na literatura têm mostrado que quando o farmacêutico assume ambos os serviços-gerenciais e assistenciais, paralelamente, isso pode gerar confusão tanto no profissional quanto nos pacientes, prejudicando a qualidade do GTM (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2010). Em conformidade com os resultados obtidos através desta pesquisa, a literatura discute extensamente a necessidade do sistema de gestão do GTM ser desagregado do sistema de gestão de dispensação de medicamentos (STRAND *et al.*, 2004; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; BUTLER *et al.*, 2015). O oferecimento do GTM envolve a necessidade de um farmacêutico especificamente dedicado para a prestação de assistência direta ao paciente (LEWIN GROUP, 2005). Como afirmado por Strand *et al.* (2004 p. 3993) “é extremamente difícil, se não impossível, prover GTM aos pacientes enquanto dispensa medicamentos em drogarias”.

Retornando à fala da farmacêutica Andorinha, ela expõe que, em diversos cenários de prática atualmente, a sobrecarga de atividades logísticas do farmacêutico é muito grande, tornando mais desafiador a inclusão da clínica em seu trabalho. Para tanto, ela ratifica a importância da equipe nesse processo. Para que seja possível a determinação de um farmacêutico com função e/ou tempo dedicado exclusivamente para a clínica, é essencial o redesenho dos processos de trabalho internos, aspecto abordado com mais detalhes a seguir. Reitero aqui a importância do envolvimento ativo do gestor do cenário na reorganização das funções entre os funcionários da unidade, identificando junto à equipe os farmacêuticos com perfil para a clínica e aqueles com perfil para as atividades técnico-administrativas.

7.3.5 Reorganização dos processos de trabalho

Muito se tem discutido na literatura acerca do melhor uso dos recursos humanos na área da farmácia. Tem crescido o papel dos farmacêuticos em farmácias comunitárias, direcionado para ações de contato mais direto ao paciente (CHRISTENSEN; FARRIS, 2006). Apesar disso, outros estudos ainda mostram que os farmacêuticos continuam dispendendo tempo considerável em funções ligadas à logística e à dispensação de

medicamentos. Saramunee *et al.*, (2014) mostraram que a obrigatoriedade de dedicação às atividades de dispensação foi apontada pelos farmacêuticos como a principal razão à limitação de tempo para se destinarem à clínica. A implantação de maneira ampla da atenção farmacêutica ainda permanece um desafio e a melhor utilização dos técnicos é considerada um instrumento que pode contribuir para o avanço da prática (ASHP, 2003).

A gestora Cotovia também acredita que é necessário trabalhar a “autonomia” dos atendentes no CEAF, ou seja, capacitá-los para que eles possam desenvolver certas funções ainda exercidas pelos farmacêuticos para que estes, por sua vez, tenham tempo disponível para se dedicarem a outras atividades, como o GTM:

É uma coisa que eu, hoje eu trabalho muito com os farmacêuticos que estão aqui [farmácia do CEA-BH] em termos de dar autonomia para o atendente de farmácia para ele conseguir fazer aquele atendimento administrativo, que é o recebimento da documentação, lançamento da dispensação no sistema, a entrega do medicamento, as orientações básicas sobre a conservação do medicamento, para que os farmacêuticos tenham a possibilidade de investir em outras ações, como o GTM. Até porque eu acho que se eles continuam desenvolvendo as ações que eles estão desenvolvendo hoje, que é orientar o atendente com relação à dispensação, eu acho que os farmacêuticos vão ficar desmotivados. Aliás, eu vejo eles desmotivados. (Cotovia)

Em sua fala, Cotovia deixa implícito que certas funções administrativas no CEAF não exigem a presença de um farmacêutico para realizá-las. Como reflexo disso, na perspectiva da gestora, as próprias farmacêuticas se sentem desmotivadas com as atribuições que exercem atualmente. Em conversas informais estabelecidas no decorrer do período de 17 meses em campo era unânime os relatos das farmacêuticas de que certas funções realizadas por elas poderiam ser assumidas por funcionários devidamente capacitados. Em diário de campo, registrei a fala de uma delas: “O que a gente faz aqui é basicamente responder perguntas dos atendentes, qualquer pessoa treinada poderia responder porque é muito técnico, sabe?”.

Prosseguindo em sua narrativa, a gestora Cotovia acredita que o processo de gestão de dispensação no CEAF ainda está “fraco” e isso conseqüentemente irá influir nos resultados do serviço de GTM. Enquanto os farmacêuticos não conseguirem assumir adequadamente as atividades administrativas no cenário, a inserção de uma prática

clínica pode ser desafiadora. Ela acredita, contudo, que com a infraestrutura física e humana apresentada pelo CEAF atualmente, se feita a devida qualificação da gestão da dispensação, é possível que o GTM seja inserido de maneira efetiva na unidade.

E identificar aqueles [farmacêuticos] que vão ter interesse [no GTM], e qualificar aqueles que têm interesse em fazer a gestão da dispensação, né? Assumir de uma forma mais qualificada na gestão e na dispensação, né, na organização dos processos da dispensação. Eu acho que ainda está meio fraco. Então, você qualificar essa dispensação, qualificar a gestão da dispensação e as atividades que são feitas voltadas para esse processo que é administrativo, entendeu, para que a gente possa trabalhar o gerenciamento da terapia medicamentosa. Eu acho que com a estrutura que a gente tem a gente consegue fazer isso, precisa qualificar. (Cotovia)

De fato, é necessário que no cenário também existam os farmacêuticos que vão assumir as questões logísticas. Assim, além da otimização das funções dos atendentes, é possível e essencial identificar dentro da equipe de farmacêuticos os interesses de cada um e promover a reorganização de outras responsabilidades entre eles. Nesse sentido, tanto as atividades de gestão de medicamentos quanto a prática clínica poderão apresentar melhores resultados quando os farmacêuticos estão focados em funções específicas e se dedicando àquelas que têm mais interesse. Durante as entrevistas, os participantes salientaram a importância dessa reorganização de atribuições e identificaram a presença de uma equipe de farmacêuticos no CEAF como um facilitador para uma melhor administração entre os vários serviços:

Deixa eu ver outro facilitador. Nós temos uma equipe de farmacêuticos, né. Então, não é só um, a gente pode aí... quando a gente tem uma equipe fica mais fácil porque a gente pode administrar melhor. Administrar a questão da gestão [de medicamentos], a questão dos outros serviços que a gente tem, além desse acompanhamento com o paciente. (Andorinha)

Caetano e Bastos (2010) assinalam a resistência dos balconistas no sentido de implementar procedimentos orientados pelo farmacêutico. Marquis e colaboradores (2014) identificaram como barreira à implantação de um serviço de adesão medicamentosa o envolvimento insuficiente dos técnicos nas atividades locais. Este desafio foi atribuído não apenas à reduzida pró-atividade dos farmacêuticos, mas também à resistência da própria equipe. Esses estudos ocorreram em farmácias

comerciais, cenário diferente do CEAF-BH, uma farmácia pública. Apesar disso, situação similar (resistência dos atendentes) foi apontada pela gestora Cotovia como um problema vivenciado previamente na unidade e que pode representar um desafio à reorganização dos fluxos de trabalho e atribuições na unidade. Esse aspecto reforça a importância do envolvimento ativo da gestão do serviço na reorganização das atividades entre os funcionários para que se dê de forma mais saudável e efetiva possível.

E aí tem uma coisa que acontece que é o seguinte, o atendente falar assim: "por que o farmacêutico quer que a gente faça isso? Ele vai ficar sem fazer nada? Ele quer ficar mais atoa?". Essa fala ela é recorrente, a partir do momento que você coloca para fazerem algumas ações a mais e que eu chamo de torná-los mais autônomos no trabalho, ter mais autonomia, até para eles não precisarem ficar o tempo todo levantando para ir ao farmacêutico. Para que eles tenham qualificação suficiente para terem um bom atendimento. (...) E aí eu já vi em outros momentos os farmacêuticos também sentirem isso, de que "ai, eles estão falando que eu estou fazendo nada". Gente, mas vocês têm muitas coisas para fazerem, como por exemplo qualificar melhor a dispensação e poder pensar em outras atividades, como o GTM. Então ainda está muito, eu acho que está muito incipiente algumas questões aí da dispensação. (Cotovia)

Reiterando o que foi exposto até o momento, a farmacêutica parceira Coruja durante a entrevista registrou a importância de transferência de certas responsabilidades das farmacêuticas clínicas para outros funcionários como estratégia para otimização do fluxo do GTM, melhora na captação dos pacientes e aumento da credibilidade do serviço:

Coruja: Não tem alguém na secretaria todo dia que vai poder explicar isso para ele [paciente] caso ele tenha alguma dúvida, caso ele não entenda. (...) As vezes a gente poderia aproveitar os telefonistas que têm lá [no CEAF], não sei, isso daria mais credibilidade até. (...) Se o serviço é lá da secretaria, alguém de lá tinha que ser responsável. Mas voltando na questão da parte da captação, eu acho que para a gente que não é funcionária, a melhor forma é essa, é ligar porque é a gente que vai conversar com o paciente. Agora, quando o serviço realmente fizer parte lá da secretaria e não depender de nós duas, aí sim eu acho que vão existir outras formas de captação. Até pelo próprio atendente, que perceber... Então assim, se eles olham "esse paciente está com essa dúvida, esse paciente precisa, ele está muito perdido, então vamos encaminhar para a farmacêutica". Independente do CID que fosse, isso seria muito legal, entendeu? Ele percebeu que o paciente precisa de um acompanhamento mais de perto, ele encaminha o paciente...

Pesquisadora: sem um CID específico?

Coruja: Sem um CID específico. Assim, igual muitas vezes lá nos Estados Unidos os técnicos de farmácia têm uma função importante, eles já colhem

todas as informações, os atendentes [da farmácia do CEAF-BH] podiam ser aproveitados nesse sentido, eles têm contato direto com o paciente. Se eles fossem educados, vamos dizer assim, a perceber essas coisas, eles poderiam ser os captadores (...). E as vezes ele devia era enxergar isso como algo positivo: eu vou estar ajudando o paciente, entendeu? Eu vou dar uma cara melhor para o meu trabalho, eu vou contribuir mais para essa pessoa, mas as pessoas não pensam assim. (Coruja)

Por sermos membros externos ao cenário e não estarmos envolvidas em todas as atividades tradicionais locais, a integração com o restante da equipe ficava comprometida. A pouca participação dos funcionários em relação ao serviço clínico comprometia a organização e a credibilidade do GTM. Muitos funcionários não sabiam da existência do serviço na farmácia e não sabiam explicar aos pacientes quando eles tinham dúvidas.

Em sua narrativa, a farmacêutica Coruja ressalta a necessidade que sentia do envolvimento da equipe de maneira mais direta no funcionamento do GTM, enquanto serviço oferecido pelo CEAF. O GTM carecia de uma pessoa de referência na unidade para atender às demandas dos usuários e isso se tornava cada vez mais evidente com o decorrer do processo. Além disso, o envolvimento dos funcionários em certas funções antes exercidas pelas farmacêuticas clínicas poderia otimizar o serviço de GTM.

Como já discutido no capítulo anterior, toda prática clínica deve estar conectada com os fluxos e atividades do cenário específico em que se encontra. A prática clínica e as demais atividades do cenário devem comunicar entre si e deve haver uma colaboração entre todos os envolvidos na unidade. Certas funções de dispensação até então exercidas pelos farmacêuticos podem ser muito bem administradas por outros profissionais devidamente treinados maximizando tanto o potencial dos atendentes quanto a eficiência dos provedores do GTM, como discutido por outros autores (OLADAPO; RASCATI, 2012; MCINNIS; CAPPS, 2016).

A farmácia do CEAF conta com uma equipe grande de farmacêuticos e atendentes que permite uma reorganização efetiva das atividades, sem comprometimento do funcionamento dos serviços tradicionais. A unidade possui um grupo de telefonistas que poderia ser responsável pelas ligações para captação agendamento de pacientes e

contato alguns dias antes da consulta para reduzir absenteísmo, por exemplo. Entre a equipe de farmacêuticos, pode haver a reorganização das atividades entre os farmacêuticos que irão exercer a clínica e aqueles que irão assumir as questões logísticas e técnico-administrativas. Da mesma forma, os farmacêuticos clínicos podem contribuir com outras atividades do CEAF, como por exemplo: coleta de indicadores de efetividade e segurança de tratamentos terapêuticos recentemente inseridos na lista do componente especializado, farmacovigilância de certos grupos de medicamentos, dentre outros.

É importante ressaltar que para que essa transferência de responsabilidades se efetive, é de essencial a integração do provedor de GTM com a equipe de trabalho local. Além disso, a colaboração bidirecional da gestão enquanto responsável pela reorganização das funções entre os setores se mostra primordial. A gestão deve assegurar os subsídios necessários para que isso aconteça de fato.

7.3.6 Definição de critérios de inclusão de pacientes no serviço

Logo no início participamos de algumas reuniões para discutirmos em conjunto (a coordenadora do Centro da UFMG, a gestora do CEAF e as farmacêuticas implementadoras, incluindo a Gaivota) o grupo de pacientes a serem atendidos na unidade. Como já apresentado, no CEAF são dispensados medicamentos para mais de 80 CID-10. Diariamente são atendidos cerca de 2 mil pacientes para entrega de medicamentos. A escassez de profissionais capacitados para a prática e a demanda demasiada de potenciais usuários deste serviço pleiteiam a necessidade de se eleger um grupo específico para as consultas com o farmacêutico clínico:

Na verdade, eu acredito que a proposta inicial de pegar um grupo foi porque o número de pacientes e a variabilidade de doenças era muito grande e não tinha como e envolver todo mundo, vocês tinham que fazer um filtro. Por isso a escolha pelo DPOC. (Gaivota)

Optou-se por iniciar o serviço com pacientes que possuíssem o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e que tivessem o processo para aquisição de medicamentos na unidade recentemente deferido. A seleção desse grupo de pacientes

foi baseada em alguns critérios estratégicos. Primeiramente, um número considerável de pacientes com DPOC apresenta dificuldades de utilização dos dispositivos de inalação e intervenções farmacêuticas neste aspecto podem trazer resultados positivos rápidos na resposta dos pacientes ao tratamento, certificando os benefícios do GTM (BRYANT *et al.*, 2013). Também, a DPOC é uma patologia que acomete principalmente pessoas idosas, as quais apresentam um maior número de problema de saúde e estão frequentemente em uso de polifarmacoterapia (MAHER; HANLON; HAJJAR, 2014)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a DPOC é a quarta principal causa de morte em todo mundo (WHO, 2014). Nos últimos 10 anos, foi a quinta maior causa de internação no SUS (BRASIL, 2010). A OMS aponta o manejo de pacientes com DPOC como essencial em cenários de recursos limitados, situação frequente no sistema público de saúde (WHO, 2010). A oferta de tratamento ambulatorial adequado, incluindo o oferecimento do serviço de GTM, pode reduzir significativamente o número de internações de grande parte desses pacientes, proporcionando maior qualidade de vida, além de gerar economia para o estado.

A nossa limitação por atender apenas pacientes com DPOC ocorria devido ao número pequeno de profissionais envolvidos no GTM. A farmacêutica parceira e eu, como já apresentado, não estávamos presentes na farmácia durante todo o período de funcionamento e a farmacêutica que nos acompanhou por um tempo estava em processo de treinamento e não assumia sozinha o atendimento clínico de pacientes.

Não havia nenhum outro critério de seleção dentre os pacientes atendidos com DPOC. Alguns deles eram incluídos no serviço mesmo com o diagnóstico apenas de DPOC e utilizando um número reduzido de medicamentos. Segundo a farmacêutica parceira Coruja, a determinação de critérios internos para esse grupo de pacientes poderia direcionar os atendimentos para usuários que mais poderiam se beneficiar com o serviço:

Mas eu acho que a gente [serviço de GTM] precisa ampliar, porque talvez a gente contribui menos do que a gente poderia contribuir. Talvez tenham pacientes lá que precisem mais do GTM do que os pacientes que a gente

atende. Não que os que a gente atende não precisem, eles precisam e a gente viu isso pelos nossos resultados. Mas talvez a gente poderia ajudar mais ainda. (Coruja)

Todos os pacientes podem potencialmente se beneficiar com o GTM. Contudo, como afirma Ramalho-de-Oliveira (2011), nem sempre o paciente necessita de uma abordagem tão abrangente como é proposta pelas consultas de atenção farmacêutica. Diversos cenários de prática de sucesso nos Estados Unidos têm como alvo pacientes que mais podem se beneficiar com o serviço de GTM: pessoas em uso de vários medicamentos e que apresentam múltiplas comorbidades, ou seja, pacientes considerados de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM).

Ao se concentrar nesse grupo de pacientes, os serviços são capazes de apresentar uma melhoria mais rápida nos resultados clínicos, tornando mais evidente os benefícios para a equipe de saúde e os gestores (MCINNIS; CAPPS, 2016).

Não existe, contudo, um padrão fixo de pacientes que devem ser priorizados para receberem os atendimentos clínicos. Nos Estados Unidos, a maioria dos serviços de GTM tem como alvo pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, incluindo diabetes, hipertensão, dislipidemia, insuficiência cardíaca, dentre outras (OLADAPO; RASCATI, 2012). Fatores determinantes para definir com sucesso o perfil de pacientes a serem atendidos são variados (LEWIN GROUP, 2005; BUTLER *et al.*, 2015). A seleção dos pacientes deve ser realizada coletivamente entre os integrantes da equipe levando em consideração as peculiaridades, as necessidades e as prioridades de cada cenário.

7.3.7 Definição do fluxo dos pacientes para o GTM

No processo de implantação do GTM no CEAF, várias reuniões foram conduzidas com a gestora e as colaboradoras para definição do fluxo dos pacientes para o serviço de GTM. Considerando as atividades já inseridas na farmácia, como os pacientes chegariam às farmacêuticas clínicas? Primeiramente, foi necessário delinear

estratégias de captação. A melhor maneira encontrada pela farmacêutica parceira e eu, considerando o cenário do CEAF, foi o contato com pacientes através de ligações telefônicas para o oferecimento do serviço. Sempre que novos processos para DPOC eram aprovados, uma atendente nos enviava por e-mail a lista com o nome e o contato dos usuários. Para garantir padronização e qualidade nas ligações, estruturamos um texto para contato telefônico com os pacientes (Apêndice III).

No início, a farmacêutica Gaivota nos ajudava na captação de pacientes para o GTM. Durante as entrevistas, ela relatou “medo” de não aceitação dos usuários para participarem do serviço:

Eu te falo realmente que eu fiquei com medo de como isso iria em questão de aceitação dos pacientes. Tinha dia que eu pegava a agenda para ligar, ligava pra 10 e nenhum queria. Eu falava "gente, eu não vou conseguir". (Gaivota)

No início do processo de implantação, o recrutamento dos pacientes se mostrou um processo difícil e o não reconhecimento inicial do GTM nos gerava certa insegurança. “Não preciso do acompanhamento com o farmacêutico, meu médico já faz isso” era uma frase comum proferidas pelos pacientes quando fazíamos as ligações para convidá-los para o serviço. Estudos conduzidos nos Estados Unidos destacam a falta de interesse do paciente como uma das principais barreiras para o oferecimento da prática (OLADAPO; RASCATI, 2012; MCINNIS; CAPPS, 2016). Inicialmente, grande parte dos esforços devem partir do próprio farmacêutico de modo a reforçar a importância do serviço naquele cenário.

As consultas de GTM no CEAF eram agendadas preferencialmente nos dias que os pacientes já deveriam comparecer ao CEAF para aquisição dos medicamentos. Esse fato se mostrou com um facilitador e estimulava a adesão inicial do paciente a um serviço desconhecido por ele. Inicialmente, os pacientes apresentavam um fluxo “paralelo” dentro da unidade e eles compareciam às consultas sem a aquisição de senha, sendo encaminhados diretamente à sala de atendimento clínico. Após as consultas, os pacientes eram encaminhados aos guichês de dispensação, também sem senha, para adquirirem o medicamento. Começamos a perceber, entretanto, que essa estrutura paralela de encaminhamento dos pacientes atendidos no GTM não estava de

fato integrada com fluxo organizacional da unidade e, além disso, poderia comprometer a credibilidade e o reconhecimento do serviço.

Marquis *et al.* (2014) apontam a dificuldade de integrar o programa de atendimento clínico à organização do cenário como uma barreira descrita pelos farmacêuticos ao oferecimento desse serviço. Os autores discutem sobre o posicionamento muitas vezes passivo dos profissionais em relação às atitudes em direção à reorganização das atividades internas para inserir um serviço clínico novo. Fato semelhante também foi observado no decorrer do processo de implantação do GTM no CEAF-BH. Pouco era visto em relação à uma atitude ativa por parte da gestora para a inserção do novo serviço clínico ao fluxo pré-existente da farmácia. Grande parte dos esforços para a estruturação do fluxo de pacientes para o GTM partiu de mim e da farmacêutica parceira.

Sabemos que grande parte das iniciativas de implantação do GTM devem partir dos próprios farmacêuticos na prática, portanto, os implementadores devem apresentar um posicionamento mais ativo em relação às sugestões para readequação do fluxo para inserção mais efetiva do GTM no cenário em questão. O fato de não sermos funcionárias do serviço comprometia a eficiência com que as alterações propostas por nós eram aceitas e colocadas em prática na unidade.

A necessidade de definir o fluxo dos pacientes para o GTM, integrado com o fluxo tradicional de atividades no CEAF, também foi apresentada pelos participantes durante as entrevistas. A farmacêutica Andorinha, em sua fala abaixo, destaca que na unidade o atendimento do paciente pelo farmacêutico não está inserido no ciclo de atividades locais. Uma estratégia apresentada por ela, também discutida em reuniões com a gestora e colaboradoras, foi a criação de uma senha para o GTM.

Isso é uma coisa que tem que pensar, tem que pensar muito porque hoje a gente tem um fluxo que é muito, assim: paciente vem, ele é atendido por um atendente e depois ele vai embora. Caso ele queira falar com o farmacêutico, ele tem acesso ao farmacêutico. A gente não tem um atendimento realizado pelo farmacêutico, nesse ciclo. O que poderia se fazer é criar mesmo um,

porque hoje você tem a dispensação, você tem a abertura de processo, você criar o serviço de GTM, entendeu? Dentro do que a farmácia oferece mesmo. A farmácia oferece serviço de dispensação, aí ele vai chegar e já vai procurar esse serviço. (...) Mas é enquadrar ele [GTM] como um serviço, um serviço oferecido pela farmácia. (Andorinha)

No processo de construção de um serviço clínico totalmente novo para um cenário, o remodelamento da unidade, tanto em termos físicos quanto em termos de fluxo das atividades e fluxo dos pacientes, é necessário (WILLINK; ISETTS, 2005). O fluxo de pacientes para o serviço de GTM deve estar em total conformidade com o fluxo das demais atividades do cenário de prática. Por isso, é de extrema importância o conhecimento prévio do ambiente onde se almeja implementar a prática, outro aspecto já discutido neste trabalho como essencial para otimização da implantação do serviço de GTM no CEAF-BH.

7.3.8 Comunicação com a equipe de saúde

O estabelecimento de uma integração efetiva implica, automaticamente, na fundação de uma comunicação concreta e saudável com a equipe. Em cenários de equipe multiprofissional, o contato com outros cuidadores muitas vezes é realizado pessoalmente ou através do prontuário. No CEAF, tendo em vista a ausência de equipe multiprofissional no cenário, foi necessário o desenvolvimento de formas alternativas de comunicação.

No CEAF, o contato com outros profissionais de saúde, principalmente com os médicos, era feito majoritariamente através de cartas entregues aos pacientes contendo as sugestões de alteração da farmacoterapia, encaminhamento a outros profissionais de saúde ou recomendações para realização de exames laboratoriais para fins de monitoramento dos medicamentos em uso. Nesse caso, como a comunicação verbal com outros profissionais é substituída pela comunicação através da escrita, poderia estar mais passível a disparidades de compreensão. Portanto, é de grande relevância que as recomendações propostas nas cartas sejam descritas de maneira clara e objetiva, evitando-se ambiguidade ou possibilidade de interpretação errônea.

Tanto os farmacêuticos quanto os pacientes consideraram esta forma de comunicação a mais adequada para o cenário do componente especializado. A seguir farmacêutica Andorinha descreve a tentativa de comunicação com profissionais de saúde por meio telefônico, neste caso, para resolver problemas advindos do preenchimento dos documentos para aquisição de medicamentos pelos pacientes. Esse método de contato é considerado por ela como infrutífero: é realizado o contato telefônico com o profissional, mas muitas vezes não acontece o retorno ao farmacêutico.

Então, é um pouco difícil. Eu não vejo outra alternativa, a não ser as cartas mesmo. Hoje não tem, não tem outra possibilidade. Eu digo isso porque a gente já tentou alguns contatos, estabelecer alguns contatos com clínicas, com alguns hospitais. (...) A gente só consegue a conversa com aquele profissional ali que atendeu a gente, mas e o repasse disso? São informações desviadas. (Andorinha)

Sabiá também ressalta as vantagens da comunicação com os médicos por meio de cartas. Em seu caso, as cartas encaminhadas foram bem recebidas e as sugestões da farmacêutica foram acatadas. Na perspectiva do entrevistado, o fato de o paciente entregar pessoalmente a carta assegura que o médico vai lê-la na presença do usuário e, portanto, o profissional estará ciente das intervenções sugeridas pela farmacêutica.

Esse negócio de telefonema hoje em dia é muito difícil porque as clínicas andam cheias. (...) Agora, a carta eu acho que é interessante porque ela [médica] vai ler diante do paciente, o paciente vai pedir ela para ler, ou ele para ler. "A senhora lê isso aí que é importante para mim". Se ela negar de ler, ela fala comigo, que sou filho, que eu vou logo saber... "Existe uma correspondência aí que é pro bem do senhor, então o senhor tem que contar isso na farmácia de minas [CEAF-BH], se está sendo bem recebido". Mas tem sido bem recebido e é uma maneira boa de comunicar. Agora, se for preciso um telefonema, também, aí inteira né? (Sabiá)

Para os pacientes entrevistados, ter que entregar a carta significa ter maior controle sobre a sua própria saúde, posicionando-se como agente ativo nesse processo. Sabiá descreve em sua narrativa o papel importante do paciente para que o processo de comunicação entre os profissionais aconteça de fato: o usuário deve se posicionar ativamente para que o médico leia a carta e também informar ao farmacêutico caso isso não aconteça. Nas entrevistas, os pacientes também entendem a carta como uma forma de confiança que o farmacêutico deposita neles:

Eu acho que é bom, a confiança que vocês têm de entregar ao paciente, porque o paciente podia falar "eu não vou entregar isso nada pra ele [médico] não", vou rasgar vou jogar fora. Mas não, até que eu lido muito bem e quando eu entrego, as vezes que eu levei, eles deram muita atenção também. Pegaram, olharam e conversaram. (João-de-barro)

O funcionamento da prática de GTM exige o contato com médico e outros membros da equipe de saúde (BUTLER *et al.*, 2015). Além dos problemas que podem ser resolvidos diretamente com o próprio paciente (como os casos de não adesão), a identificação dos PRM frequentemente demanda a introdução, suspensão e/ou alteração de dose dos medicamentos. Portanto, que o provedor de GTM deve ser capaz de construir um relacionamento com outros profissionais usando habilidades eficazes de comunicação (MARTÍN-CALERO *et al.*, 2004).

7.3.9 Integração com a equipe

Nenhuma prática clínica se sustenta sozinha e nem ocorre de maneira isolada no sistema de saúde, ela precisa estar integrada com as demais atividades do cenário de prática, com os funcionários, com os profissionais de saúde e com o próprio paciente. Costa e Pereira (2012) apontam a receptividade e a cooperação de toda equipe como essencial para a implantação do GTM em um cenário de atenção primária se tornar realidade. Como destacado por gestores de cenários onde o GTM é realidade, os relacionamentos são importantes na construção de um serviço clínico, e isso significa integração com cada pessoa da equipe (MCINNIS; CAPPS, 2016).

Por não sermos funcionárias da unidade, a necessidade de integração com a equipe se afluou de forma mais intensa. Os funcionários detêm maior conhecimento sobre o funcionamento da farmácia, do fluxo interno das atividades e, portanto, se mostraram peças essenciais durante o processo de implantação do GTM, especialmente no início.

A falta do envolvimento da equipe em geral apareceu nas entrevistas como um desafio para a inserção do serviço. As entrevistas conduzidas com os funcionários do CEAF revelaram a necessidade que eles sentiam de serem envolvidos de maneira mais

completa no GTM. As citações a seguir, do líder de atendimento Acauã e da farmacêutica Calopsita, ilustram muito bem este ponto:

Porque nós, vocês estão aqui fazendo esse trabalho, mas nós também fazemos parte, porque vocês dependem as vezes da gente direcionar um paciente para vocês, né, fazer levantamentos e tal. Então assim, a gente vê também que esse feedback de vocês também com o setor é positivo para que eles estejam interagindo com essa questão. (Acauã)

Porque eles [os atendentes] estão no serviço, né? Eles não são algo a parte do serviço. Equipe. Porque eu acho, assim, que mesmo que você está em um serviço, você não está trabalhando sozinha. (Calopsita)

Acauã ressalta que, apesar da farmacêutica parceira e eu estarmos na linha de frente da implantação do GTM, os funcionários do cenário também compreendem peças essenciais para que esse processo se efetive. Esse mesmo aspecto foi apontado pela Calopsita, que destaca que nós, provedoras do GTM na unidade, não estamos trabalhando sozinhas na implantação do serviço. É possível influir por meio da perspectiva de ambos que o funcionamento do GTM depende do envolvimento do trabalho em equipe.

A líder de atendimento Mainá também reforça a necessidade do envolvimento mais efetivo dos funcionários no GTM, de forma coletiva. Na sua visão, a própria integração com a equipe já assegura uma divulgação interna mais completa do serviço. Além disso, também pontua que a integração também com os demais profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente é de suma relevância:

Eu acho que cada setor aqui [farmácia do CEAF] precisa estar junto, quando eu falo no trabalho em equipe, porque esses setores também precisam saber que existe e em quê eu posso contribuir para a efetivação desse serviço [GTM], entendeu? E assim, envolvendo realmente todos os setores, principalmente as coordenações, para estar repassando isso de forma mais próxima, entendeu? Porque se cada setor também faz esse trabalho, é uma forma de divulgar. Por quê? Porque nós estamos aqui e precisamos saber. (...) É um trabalho que a gente percebe que não é isolado. É um trabalho que tem que ser feito em equipe porque quando se trata de um atendimento integrado, eu acho que isso também faz parte. (Mainá)

Na visão da farmacêutica Calopsita, o serviço de GTM na unidade ainda estava muito fechado. Muitos atendentes, mesmo após 1 ano do início da implantação do GTM (quando a entrevista foi realizada), ainda desconheciam o serviço:

Pesquisadora: Algum ponto de crítica, assim, que você vê que seja um ponto falho e que você acha que a gente pode modificar para que seja melhor, mais efetivo?

Calopsita: Então, eu vejo. Eu acho que ainda está muito fechado. (...) Até aqui dentro [farmácia do CEAF-BH] mesmo, sabe? Então eu penso assim, está fechado ainda. Vocês já têm um ano. (...) Tem atendentes que não conhecem vocês. Então assim, chegou o momento. (Calopsita)

A integração com a equipe de saúde é facilitada em cenários que contam com equipe multiprofissional (MARACLE; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; BRUMMEL, 2012). Saliento, entretanto, que mesmo não havendo fisicamente o compartilhamento do mesmo ambiente, a integração com outros profissionais de saúde pode ser instituída à medida em que há uma comunicação efetiva com os envolvidos e consonância das ações voltadas para o cuidado ao usuário, a exemplo da nossa experiência no CEAF. Esse ponto que será discutido com mais propriedade no próximo capítulo.

A integração com a equipe, bem como a divulgação e a potencialização do sucesso do GTM pode ser favorecida pela identificação de profissionais parceiros durante o processo de implantação do serviço. Identificar profissionais que se mostram mais disponíveis e interessados e tentar trabalhar mais próximo deles representa uma estratégia inicial para fomentar a conexão com a equipe (SORENSEN *et al.*, 2016). No CEAF, a líder de atendimento Mainá e a farmacêutica Andorinha foram grandes parceiras durante o processo de implantação, representando muitas vezes o elo entre nós e os outros farmacêuticos, os atendentes e a gestora da unidade. Elas contribuíram com a organização de reuniões para divulgação interna do serviço e com a identificação de estratégias para otimização do GTM. Elas se tornaram uma fonte de divulgação do serviço para a equipe, ressaltando a satisfação e os benefícios advindos com o GTM. O envolvimento dos demais funcionários foi ocorrendo com o tempo e com o reconhecimento desses resultados.

Nesta experiência de implantação, como destacado também nas falas acima dos funcionários entrevistados, o envolvimento das farmacêuticas clínicas com a equipe da farmácia do CEAF-BH deixou a desejar, acarretando como consequência falhas na comunicação, que comprometiam a qualidade do serviço de GTM.

7.3.10 Divulgação interna do serviço

Tendo em vista que o GTM compreende um serviço ainda pouco difundido no Brasil, é de se esperar que tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde e outros funcionários atuantes em diversos ambientes não tenham conhecimento prévio da prática. Muitas vezes, os profissionais se mostram incertos em relação à contribuição que o farmacêutico pode trazer para a equipe (COSTA; PEREIRA, 2012). Por isso, a apresentação introdutória e a promoção do serviço a toda equipe de funcionários é de suma relevância. Além de lançar as sementes da conscientização acerca desta prática farmacêutica, a divulgação inicial corresponde à primeira linha de ação do profissional para a composição de um *network* no ambiente de trabalho, que pode contribuir para o sucesso do serviço.

No processo de implantação do GTM no CEAF, iniciado em setembro de 2014, nossa primeira apresentação oficial do serviço à equipe de farmacêuticos aconteceu somente em dezembro. Anteriormente, a divulgação tinha sido apenas informal, versão boca-a-boca e individualizada. A apresentação do serviço aos atendentes foi ocorrer quase um ano após, em agosto de 2015. Em razão desse fato, os entrevistados relataram um desconhecimento inicial do serviço, o que prejudicou a integração das farmacêuticas clínicas aos demais integrantes da farmácia. Em sua fala, o líder de atendimento Acauã aponta a ausência de uma apresentação inicial do serviço como fator para esse desconhecimento em relação ao GTM:

No primeiro momento, quando vocês [farmacêuticas clínicas] chegaram, a gente ficou assim, o que é que esse pessoal está fazendo aqui? E aí a visão seria uma pesquisa em um primeiro momento. Então, eu comecei a entender então que seria algo além, realmente, não simplesmente uma pesquisa, mas um projeto, um trabalho a ser implantado e contínuo. (...) Por isso é que eu fiquei na dúvida o que que era de fato esse serviço [GTM], porque não houve uma apresentação como um todo, ou para pessoas específicas, não houve, e

foi aí que ficou essa dúvida. (...) Se tivesse sido apresentado antes, talvez a gente teria uma ideia mais apurada do que é esse trabalho. (Acauã)

Mesmo após longo período de funcionamento do GTM no CEAF, muitos funcionários ainda desconheciam o serviço ou o associavam com uma pesquisa universitária, acreditando ser algo efêmero e pontual, conforme ressaltado no diário de campo da farmacêutica clínica Coruja e pela gestora Cotovia durante a entrevista:

Ainda não somos vistas como serviço, os funcionários insistem em nos chamar de pesquisa, estamos sem previsão de um farmacêutico para incorporar na nossa equipe e conseqüentemente institucionalizar o serviço. (Coruja)
Bom, eu acho que os atendentes, o pessoal ainda enxerga sim como uma pesquisa. Agora eu acho que, na minha visão, eu acho que eu não enxergo como uma pesquisa, entendo do trabalho que vem sendo feito. (Cotovia)

Conforme destacado na fala da farmacêutica parceira Coruja, o GTM ainda era visto por muitos da equipe como uma pesquisa acadêmica, e não como um serviço a ser institucionalizado na farmácia. Em razão da ausência de apresentação inicial das farmacêuticas clínicas e do GTM a todos da equipe, era de se esperar que muitos funcionários pensassem assim, uma vez que éramos integrantes da UFMG e não farmacêuticas da unidade.

Na visão da gestora Cotovia, os atendentes não sabem exatamente o que é o GTM e, portanto, ela reforça a necessidade da divulgação interna do serviço de maneira abrangente. Sendo parte integrante do cenário de prática, ela destaca que todos os funcionários precisam saber sobre o GTM:

Mas eu que acho, os atendentes não têm essa confiança, essa certeza do que o serviço [GTM] faz. Eles não sabem identificar. Eu acho que é *necessária* essa apresentação de vocês, mesmo, sabe? Assim, o básico. Eu vou me apresentar para os atendentes: "Gente, eu sou a farmacêutica. Eu atendo pacientes de DPOC"... E aí a gente explica dessa, dessa e dessa maneira. Porque eles estão no serviço. Eles não são algo a parte do serviço. Então as vezes o dificultador é essa informação chegar para todo mundo também. (...) Mas assim, divulgar da maneira que deve ser, eu acho que os atendentes precisam saber também, sabe? (Calopsita)

As entrevistas revelaram a necessidade de maior investimento na promoção do serviço, aspecto também evidenciado durante a rotina de funcionamento do GTM.

Frequentemente os atendentes desconheciam a farmacêutica parceira e eu. A própria farmacêutica Coruja em registro no diário de campo destacou seu desconforto com este fato no cotidiano: “como se eu continuasse sendo anônima para a maioria dos atendentes”. Não houve, contudo, participação ativa da gestão na promoção da divulgação interna do serviço. Novamente, os esforços para a apresentação do GTM partiram unicamente das farmacêuticas parceiras, reforçando então a importância do envolvimento direto da gestão para otimização do êxito do processo de implantação do GTM.

A falta de conhecimento do serviço por todos acarretava falhas no processo de comunicação entre os funcionários e pacientes, comprometendo de certa forma a credibilidade do serviço. Muitos atendentes não sabiam informar devidamente aos pacientes sobre o GTM:

10/12/14 – Falta de comunicação dos recepcionistas: percebemos que eles não têm muito conhecimento do serviço e que muitas vezes agendamos o paciente, ele vem à SES, mas como os atendentes não sabem do GTM (e também, muitas vezes, os pacientes não sabem explicar muito bem), os pacientes são encaminhados para os guichês, pegam os medicamentos e vão embora.

15/12/2014 - Paciente de primeira consulta não veio pois ligou para a SES e eles não souberam informar qual era o serviço, o que reitera a necessidade de redefinição do fluxo e de deixar todos os funcionários a par do serviço de GTM.

(Trechos do diário de campo da pesquisadora)

Gaivota aponta os possíveis prejuízos para o serviço de GTM decorrentes da ausência de divulgação adequada do serviço na farmácia, principalmente em relação ao desconhecimento por parte dos atendentes:

Aí é bom a questão da divulgação interna porque o primeiro lugar que eles [pacientes] vão perguntar é na triagem: "como que eu faço para participar disso?". Se as pessoas ali não souberem dar uma informação até convincente, dali ele vai para fora e não vai perguntar mais. (...) Melhorar um pouquinho essa comunicação interna, para que todo mundo fique ciente, saiba como funciona, facilite para o paciente. (Gaivota)

Além da promoção interna do serviço direcionada aos funcionários da unidade, ações devem ser orientadas para a divulgação aos pacientes. Entrevistas realizadas com 6

usuários acompanhados pelo GTM no CEAF apontaram um “estranhamento” inicial deles com o serviço (DE CAUX, 2015). Os pacientes não imaginam que o farmacêutico pode atuar diretamente no cuidado à pessoa, por meio de consultas individuais. Para os entrevistados, na maioria das vezes os farmacêuticos permanecem invisíveis enquanto profissionais de saúde:

Pesquisadora: O senhor já consultou com algum farmacêutico antes?

Rouxinol: Não. Eu não conheço outros farmacêuticos. Aliás, na farmácia tem farmacêutico, né?

Pesquisadora: Qual farmácia?

Rouxinol: Drogaria.

Pesquisadora: O senhor já conversou com o farmacêutico lá?

Rouxinol: Não. Eu só vou lá só para medir pressão.

Pesquisadora: E no posto de saúde, tem farmacêutico?

Rouxinol: Não. Não me falaram que tem ainda. (Rouxinol)

Todos os pacientes participantes relataram não ter tido qualquer contato prévio com um farmacêutico clínico, o que dificulta a compreensão em relação ao serviço de GTM, algo totalmente novo para eles. Durante as entrevistas, os pacientes foram questionados em relação ao convite via contato telefônico para participar do GTM. Em suas narrativas, eles relatam pouca compreensão do que poderia ser esse serviço novo oferecido pelo CEAF, fato apresentado na fala abaixo:

Pesquisadora: É? E o que o senhor entendeu naquele momento, assim, pelo telefone? O que que o senhor achou que era o serviço? O que que o senhor pensou que era?

Rouxinol: Ha, eu não pensei nada não. Eu fiquei meio perdido sem saber do que se tratava, entendeu? (Rouxinol)

Além do estranhamento inicial, mesmo após algumas consultas alguns pacientes ainda apresentavam dúvidas do que realmente era o serviço de GTM. As entrevistas com os usuários do serviço mostraram a importância de promover a apresentação do GTM durante as consultas, otimizando a percepção dos pacientes em relação ao serviço. Martín-Calero *et al.* (2004) recomendam enfatizar nos atendimentos iniciais os objetivos

da prática, o papel do farmacêutico e os potenciais benefícios com o serviço que os pacientes podem obter. No serviço de GTM no CEAF, as farmacêuticas clínicas dedicavam alguns minutos da avaliação inicial para explicar aos pacientes sobre o GTM e, sempre que necessário, isso era reforçado nas consultas subsequentes.

Com o objetivo de destacar a importância do GTM no CEAF, a farmacêutica parceira e eu, por iniciativa própria, promovemos 2 reuniões com os farmacêuticos da unidade para apresentação dos resultados clínicos preliminares do serviço de GTM. A líder de atendimento Mainá também acredita que medir e reportar à equipe os resultados obtidos com o serviço constitui uma estratégia essencial de divulgação. Em sua narrativa, ela destaca que isso aumenta a credibilidade do serviço:

Então, a partir do momento que você mostra os resultados, você tem dados concretos, isso vai gerar credibilidade. Isso vai estar mostrando a importância. Então a gente só mostra a importância à medida que você está subindo. Você está fazendo e está tendo resultados. (Mainá)

Para a farmacêutica Gaivota mostrar resultados também representa uma forma de estimular o envolvimento e participação de outros farmacêuticos da equipe na prática clínica. Além disso, pode servir para impulsionar outras unidades de dispensação no âmbito do componente especializado a implantarem o serviço, a partir da experiência de um cenário, mostrando que se é possível em um lugar, pode ser possível no outro:

A partir do momento que vê o resultado, aqueles que têm aquela coisinha assim "eu acho que pode dar certo, mas eu não sei como vai fazer", eu acho que esses já engatam. Então eu acho que seria mesmo apresentando o projeto, os resultados, querendo ou não, a farmácia de medicamentos especializados aqui é a maior de Minas, atende 2 mil ou 2,5 mil por dia. Então se você conseguiu numa unidade desse tamanho, estruturar toda unidade para poder fazer com que o projeto existisse e desse resultado, eu acho que em uma unidade menor, a dificuldade é muito menor. Então aí é só questão de boa vontade mesmo. (Gaivota)

Uma outra estratégia apontada pelos entrevistados como uma forma de divulgação interna foi a própria criação de senha dos pacientes para o serviço de GTM. Além de promover melhor padronização e organização para o serviço, a definição de senha poderia promover um maior reconhecimento da existência do serviço pelos funcionários. Esse fato foi revelado pelas falas da gestora Garça:

Vocês [farmacêuticas clínicas] falaram assim: "muita gente nem sabia do serviço", essa, por exemplo, era uma forma de saber do serviço. Então, a triagem já iria entender que aquele paciente já tem uma senha, entendeu? Porque o sistema já é parametrizado para os tipos de serviço. Assim: atendimento farmacêutico, dispensação, abertura de processo. Seria só mais um. (Garça)

Um estudo conduzido em sistemas de saúde que implantaram com sucesso serviços de GTM nos Estados Unidos mostrou a importância do farmacêutico e da gestão em coletar dados que suportem a continuidade da prática, incluindo resultados clínicos e humanísticos, como questionários de satisfação e depoimentos de pacientes (SORENSEN *et al.*, 2016). Willink e Isetts (2005) destacam que os farmacêuticos que desejam implantar serviços de GTM devem direcionar esforços para promover a divulgação da prática clínica para os outros profissionais de saúde, pacientes, gestores e funcionários da unidade.

7.4 CAPÍTULO II: Peculiaridades das farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

7.4.1 “É uma farmácia, mas uma farmácia diferente”: O Componente Especializado como uma unidade de dispensação

A proposta de implantação do GTM no CEAF apresentou-se sob uma perspectiva diferente da maioria dos cenários onde a maioria dos serviços de GTM já estão consolidados, ambientes habitualmente associados ao cuidado e que contam com a presença de uma equipe multiprofissional (RAMALHO DE OLIVEIRA; BRUMMEL; MILLER, 2010; MARACLE; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; BRUMMEL, 2012; MCINNIS; CAPPS, 2016). Nesse contexto, um dos objetivos do presente estudo era discutir a inserção de um serviço de cuidado direto aos pacientes em uma unidade de dispensação de medicamentos. A farmácia em questão, sendo uma unidade de dispensação de medicamentos dispoñdo apenas de farmacêuticos como profissionais de saúde, adicionava desafios ao processo. A farmacêutica parceira Coruja desde o início já tinha bem claro os desafios que seriam encontrados, os quais demandariam estratégias de implantação diferentes da Liga (ambulatório multiprofissional):

Quando a professor coordenadora do projeto convidou a gente, eu fiquei empolgada porque era uma oportunidade diferente da Liga e ela...ia ser um lugar assim, desafiador porque era uma farmácia em si [de dispensação].
(Coruja)

Atualmente, as drogarias são consideradas pela sociedade somente como estabelecimentos de venda de produtos terapêuticos e os farmacêuticos são identificados como especialistas em medicamentos ao invés de especialistas em saúde e doença (ANGONESI; SEVALHO, 2010; ANDERSON; BLENKINSOPP; ARMSTRONG, 2004). De uma forma geral, a prática farmacêutica está direcionada para as atividades que envolvem a entrega e a gestão dos aspectos logísticos que envolvem os medicamentos. Sendo assim, o farmacêutico tem as suas atribuições distanciadas do contato direto aos pacientes, se posicionando enquanto adjuvante nesse processo. A sua prática é enxergada como limitada à gestão do produto, apesar

de, muitas vezes, o discurso político paradoxalmente enfatizar outra vertente de farmacêutico como profissional clínico. Entrevistas conduzidas com médicos na Inglaterra revelaram que eles enxergam os farmacêuticos trabalhando em drogaria como pessoas de negócios e acreditam que isso representa um conflito de interesse na área da saúde (HUGHES; MCCANN, 2003). Oliveira e colaboradores (2005) verificaram que grande parte dos proprietários de farmácias comerciais em Curitiba desestimulada a prática de atenção farmacêutica e os autores atribuíram a perda de lucro como razão.

Esse aspecto foi constatado durante as entrevistas com os pacientes do serviço de GTM. Na citação abaixo, Sabiá expõem a ausência de contato anterior com um farmacêutico atuante na clínica e a visão de que as funções deste profissional estão tradicionalmente restritas ao comércio e afastadas do cuidado direto às pessoas:

Não, farmacêutico a gente tem no balcão, né? É muito difícil você ter contato com o farmacêutico, profissionalmente, do jeito que é aqui [farmácia do CEAF] (...). Por exemplo, eu tive a dengue agora, tive 40 graus de febre, estava desmaiando, tive que descer do ônibus, eu estava indo para Betim, entrei em uma farmácia, mas ela não mediu minha pressão e nem a minha temperatura, porque não é permitido. Então, a relação é essa, a relação é essa: procura um hospital. A relação é essa, ela realmente não pode, ela tem o aparelho lá, que eu enfio lá, boto a moeda de um real e eu me viro lá. Ela me dá um copo d'água, se ela quiser da torneira porque no momento não podia gelada, ela me deu um copo d'água e eu tomei esse copo d'água e eu poderia comprar sem receita o paracetamol. (...) Eu conheço pouco a profissão de farmacêutico, nesse sentido eu conheço pouco. Eu vejo ele como um comércio, aberto, mas a gente não vê ele fora do comércio. Tem ele fora, você está fora do comércio. (Sabiá)

A partir deste comentário é possível tecer uma discussão interessante. No geral, os pacientes entrevistados estabeleceram em suas narrativas uma distinção entre o farmacêutico da drogaria, referido como ligado ao comércio, e o farmacêutico que oferece o serviço de GTM no CEAF, “fora do comércio”. Resultados semelhantes foram encontrados pelas pesquisadoras Freitas (2005) e De-Caux (2015) em entrevistas conduzidas com pacientes atendidos por serviço de GTM. O cenário do primeiro estudo corresponde à uma farmácia universitária, enquanto o último foi realizado com outros seis pacientes atendidos pelo GTM na unidade do CEAF-BH.

Mesmo se tratando de uma farmácia de dispensação, por ser uma farmácia pública e não almejar o lucro, parece haver um rompimento com a imagem socialmente construída do farmacêutico vinculado ao comércio. As farmácias comerciais representam um panorama de ambiguidade e conflito entre comércio *versus* cuidado (BASTOS; CAETANO, 2010). É dificultado, nesse sentido, que uma prática voltada para o cuidado, como o GTM, se sustente em um ambiente essencialmente comercial. O foco do profissional em cada “área” é diferente. Entretanto, em conformidade com as percepções dos pacientes, os demais entrevistado apresentam o CEAF como um ambiente favorável ao oferecimento de consultas clínicas. Isso pode ser ilustrado pela fala abaixo, da farmacêutica parceira Coruja, que posiciona a farmácia do CEAF como “diferente” em relação às farmácias comerciais:

Então, eu acho que lá [farmácia do CEAF] é uma farmácia, mas é uma farmácia diferente, então tem a estrutura que a gente precisa, eles já têm uma relação de paciente mesmo, de farmacêutico-paciente, não tem uma relação farmacêutico-cliente (...). Porque lá não tem uma visão de comércio, as pessoas vão lá para receber o medicamento que o governo está oferecendo para elas, então elas não vão lá para comprar, então não tem essa questão de visar o lucro. (Coruja)

Coruja pontua o tipo de relacionamento previamente estabelecido entre os farmacêuticos/atendentes e pacientes no CEAF como favorável à inserção de um serviço clínico. Enquanto componente do SUS, o CEAF prevê a aplicação de políticas humanizadoras que refletem na interação com os usuários, diferentemente da relação farmacêutico-cliente consolidada no âmbito das farmácias comerciais. Apesar disso, Cotovia acredita que a farmácia as atividades atualmente incluídas no escopo do CEAF trabalham “no basal do serviço” e que a farmácia poderia oferecer mais ao usuário do que ele recebe atualmente. A inclusão do serviço de GTM na unidade, na perspectiva dela, pode trazer grandes benefícios para o paciente:

Então eu acredito que gerenciar essa terapia por meio de dedicação dos seus problemas relacionados a esse uso, com certeza traz um grande, grande ganho pro paciente e pro serviço. Né? Eu acho que é umas das...a gente tem uma preocupação muito grande nos serviços de saúde, nos serviços públicos de saúde em disponibilizar o medicamento. Talvez, assim, a gente trabalha muito ainda no básico, no basal do serviço. De acesso ao produto. Mas, e a gente está sempre correndo atrás dessa mesma causa, né? (...) Mas, a partir do momento que o paciente tem esse acesso, aí vem né a questão do GTM, que eu acho que é fundamental, porque como que ele está utilizando esse medicamento, para quê, realmente necessita, não necessita, né? (Cotovia)

Além disso, ter um serviço clínico como o GTM no CEAF pode favorecer e fomentar a consolidação do cenário como uma verdadeira unidade de cuidado na visão dos entrevistados. A farmacêutica Gaivota, quando questionada em relação aos benefícios que o GTM tem trazido para a farmácia, destaca que o serviço desvincula a visão do CEAF como unidade exclusiva de dispensação de medicamentos, contribuindo para o seu reconhecimento como um local de oferecimento de cuidado à saúde. Paralelo a isso, aponta que o GTM também promove o reconhecimento e a valorização do farmacêutico perante os usuários:

Pesquisadora: Em relação aos benefícios do GTM para o componente especializado e para esta unidade específica. Há algum benefício?

Gaivota: Eu acho que essa questão de desvincular de simplesmente dispensar, de ser uma dispensação de medicamentos, uma entrega né? (...) De ver o serviço como uma unidade mesmo de saúde. (...) Então, ter uma nova estrutura, ter um novo grupo de pessoas e ter o GTM como um programa ali dentro para poder valorizar ainda mais o serviço, de colocar realmente como uma unidade de saúde, um serviço farmacêutico de qualidade. Além de valorizar também a atividade do profissional farmacêutico. Que muitas pessoas não têm conhecimento para o quê serve, e às vezes confunde, por falta de informação, que não é divulgado, e de colocar também como um profissional que está ali para contribuir para a qualidade de vida. (Gaivota)

Concordamos com Freitas, Ramalho-de-Oliveira e Perini (2006) ao discutirem o distanciamento dos farmacêuticos dos demais integrantes da equipe e dos usuários de medicamentos atualmente. Enquanto vinculados à função de dispensação, os farmacêuticos aparecem ocultos à maioria da população como profissionais de saúde que podem fornecer cuidado direto aos pacientes (BASTOS; CAETANO, 2010). Apesar disso, o cenário de dispensação do CEAF, inicialmente interpretado como desafiador pelas farmacêuticas clínicas, não revelou ser um fator complicador para a implantação do GTM, levando em consideração as peculiaridades já discutidas quando comparado a uma farmácia comercial. Em um estudo de implementação de um serviço clínico farmacêutico na Farmácia Popular do Brasil, os farmacêuticos apontaram a ausência de pressão para vendas como um facilitador, em comparação com outras farmácias comerciais (DOSEA *et al.*, 2015).

No trecho abaixo, Sabiá compara o farmacêutico do posto de saúde com a farmacêutica que o atende no serviço de GTM no CEAF, cenários não comerciais. Mesmo assim, na perspectiva dele, o atendimento do farmacêutico do posto é “quase como se fosse no comércio”:

Então, esse não é, que eu estou falando que eu só faço relação comercial, mas não, tem esse também [referindo-se ao farmacêutico do posto de saúde]. Tem esse público, que é seu colega, mas que é, o atendimento é quase como se fosse no comércio, dó que não paga, né? Mas ele dá algum conselho assim, e tal. (Sabiá)

A compreensão por parte dos usuários do farmacêutico como clínico, no CEAF, parece estar mais relacionado a uma atitude ativa do próprio profissional que se posiciona enquanto provedor de atenção à saúde das pessoas. Em um estudo conduzido por Ibrahim e Scott (2013), os resultados mostraram que os próprios farmacêuticos acreditam que suas responsabilidades estão principalmente ligadas às funções de dispensação. Quando direcionadas ao aconselhamento de pacientes, eles acreditam que essa atribuição se limita ao fornecimento de informações sobre dosagem, frequência e noções básicas de utilização dos produtos terapêuticos.

Após várias reuniões com a gestão e discussões entre a farmacêutica parceira Coruja e eu, definimos em conjunto que o próprio farmacêutico clínico seria responsável pela dispensação dos medicamentos ao paciente. Esse fato, a princípio, gerou certo desconforto já que esse aspecto poderia aliar o serviço de GTM ao serviço de dispensação e confundir os pacientes. Entretanto, como a aquisição dos medicamentos pelo paciente no CEAF é mensal, nas ocasiões em que não havia atendimentos clínicos, a entrega era feita pelos próprios atendentes, dissociando a dispensação do GTM.

Não observamos, durante todo o tempo de imersão etnográfica, que a dispensação realizada pelas farmacêuticas clínicas prejudicou o funcionamento do GTM. Ao contrário, esse fato foi considerado vantajoso tanto para os pacientes quanto para o CEAF, promovendo maior agilidade no fluxo de aquisição de medicamentos. Além disso, ter o produto terapêutico em mãos durante a consulta permite o aconselhamento

do paciente em relação à utilização dos dispositivos de inalação. É importante salientar, entretanto, que a dispensação realizada pelas farmacêuticas clínicas era pontual e direcionada apenas ao paciente que estava sendo atendido. Não eram realizadas outras atividades técnico-administrativas ou a dispensação a outros pacientes atendidos pela unidade. Como já discutido no capítulo anterior, a exclusividade para a prática clínica foi revelada pelos participantes durante as entrevistas como importante ao farmacêutico provedor do GTM.

7.4.2 A ausência de equipe de saúde não é um impedimento

Uma outra peculiaridade apresentada na farmácia do CEAF, comum às demais unidades do estado de Minas Gerais, e identificado como um desafio inicial pela farmacêutica parceira e por mim compreendeu a ausência de outros membros da equipe de saúde no cenário. O excerto abaixo retirado do meu diário de campo foi registrado logo no início da implantação do GTM e retrata bem o nosso anseio em relação à inexistência de equipe. Neste trecho, também comparo o cenário do CEAF com a Liga, ambulatório multiprofissional, onde a inserção do GTM parece mais fácil devido ao contato mais próximo com o médico prescritor:

Recentemente, após o início da implantação do serviço de GTM no CEAF, em pacientes com DPOC, estive refletindo sobre algumas questões relativas aos desafios de implantação dessa prática nova, principalmente em um cenário de ausência de equipe multiprofissional. (...) Em comparação com a implantação do serviço de GTM na Liga, onde coexistem vários profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos pacientes, me parece mais factível enxergar o sucesso pleno do GTM. (Trecho de diário de campo da pesquisadora)

Da mesma forma, a gestora Cotovia salienta em sua narrativa a ausência de equipe no CEAF como um desafio à implantação do GTM, fator que também dificulta o reconhecimento desta prática nova. Ela também acredita que o sucesso do serviço é mais factível em um cenário que conta com a presença de uma equipe, como uma unidade básica de saúde. Esse aspecto pode ser ilustrado pela fala a seguir:

Talvez um dificultador seja o fato do serviço não estar inserido, da farmácia [do CEAF] não estar inserida dentro de um serviço de saúde, onde o farmacêutico possa ter o contato com os outros profissionais, principalmente o prescritor, né, que está mais envolvido no processo. Então, talvez isso dificulta um pouco. (...)

Uma percepção minha também que um serviço dessa natureza, uma prática dessa natureza, se ela estiver inserida dentro de um, por exemplo, se desenvolver o GTM dentro de um serviço de saúde, de uma unidade básica de saúde, olha você tem contato ali com o prescritor, com o serviço social, com o nutricionista, eu acho que o sucesso seria muito maior. E o próprio reconhecimento, o próprio conhecimento dos outros profissionais, não só o reconhecimento, dessa prática. (Cotovia)

Devido à inviabilidade de acesso ao prontuário do paciente, todas as informações necessárias para a tomada de decisão em farmacoterapia e a identificação de PRM eram adquiridas por meio de relatos dos próprios usuários e dos exames laboratoriais. Para tanto, o paciente era informado para trazer para as consultas todos os exames realizados até o momento e as prescrições de todos os medicamentos em uso. Em um estudo conduzido por Lauffenburger *et al.* (2012), os médicos destacaram a importância do acesso ao prontuário do paciente pelos farmacêuticos como um aspecto-chave para a realização dos atendimentos clínicos por esses profissionais. Apesar disso, a impossibilidade de acesso ao prontuário no CEAF não representou uma restrição ao funcionamento do serviço e, na maioria das vezes, com as informações disponíveis era possível saber os problemas de saúde apresentados pelo paciente. Nas situações em que não era possível saber o diagnóstico, era enviada carta ao médico.

Além disso, a farmacêutica parceira e eu sabíamos que a implementação dos planos de cuidado farmacêuticos não seria um processo tão prático e rápido. Em diversas situações era necessário aguardar a consulta com outros profissionais para que o paciente pudesse entregar a carta, o que atrasava o processo de resolução dos PRM identificados pelo farmacêutico. Nestes trechos do diário de campo, de diversos dias, Coruja expõe o tempo prolongado para implementação dos planos de cuidados dos pacientes devido à necessidade de aguardar a consulta com o médico, muitas vezes demorada:

17/12/2014: A conversa foi rápida, já que ela ainda não foi ao médico.

10/05/2015: Mas ele vai demorar a voltar no médico e como não é nada grave ou urgente, acabo esperando (...) as vezes não tenho o que fazer.

(Trechos de diário de campo da farmacêutica Coruja)

De forma geral, os pacientes sentem a presença de equipe no CEAF como um aspecto que facilitaria a resolução dos PRM. Em certo momento da entrevista, o paciente Rouxinol estava comentando sobre a sua ida ao médico para alteração da prescrição, conforme recomendação da farmacêutica em carta. Na fala a seguir, o paciente Rouxinol exprime o desejo de se ter um médico no CEAF, facilitando a alteração da receita quando necessária: “Se tivesse um médico aqui para atender a gente seria muito bom. Nesse caso aqui, ele já me dava a receita e pronto”.

Apesar disso, os pacientes entrevistados têm a consciência da exclusividade legal do ato de prescrever do profissional médico e reconhecem esse desafio inerente ao serviço de GTM no CEAF. Esse fator facilita a compreensão por parte dos usuários da necessidade de realização de novas consultas médicas para entrega das cartas:

Mas [o médico] só estava trocando as receitas, não fazia um novo exame, agora tive que fazer de tanto que ela [farmacêutica clínica] pediu, por escrito, pediu assim, ela sugerindo né? Ela também não vai, ela só sugeriu que podia ou diminuir aquele remédio, ou aumentar, ou trocar. (...) Os remédios não dependem de vocês, vocês só veem o que a gente necessita e passa pra lá. E passa a carta lá pros médicos, né? (João-de-barro)

A prática do GTM demanda um trabalho colaborativo com o prescritor já que, muitas vezes, a resolução dos PRM implica na alteração de dose, na suspensão e/ou adição de medicamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Portanto, para a efetivação das intervenções das farmacêuticas neste local, foi necessário o desenvolvimento de formas alternativas de comunicação com os médicos, via cartas, como brevemente abordado no capítulo anterior. Método de comunicação similar com médicos (via fax) também é preconizado em um serviço de GTM oferecido por telefone, nos Estados Unidos, de maneira efetiva (PERERA; GUY; BOESEN, 2011).

Apresento neste trabalho um exemplo de modelo de carta utilizada pelas farmacêuticas clínicas para comunicação com outros profissionais de saúde (Apêndice IV). As cartas foram padronizadas e estruturadas da seguinte maneira: no primeiro parágrafo é feita uma apresentação sobre o GTM; no segundo parágrafo todos os medicamentos em uso pelo paciente são descritos e no último parágrafo as recomendações da farmacêutica

são pontuadas. Por se tratar de uma prática ainda desconhecida pela maioria dos profissionais, julgamos que o parágrafo inicial de apresentação do GTM é essencial. Acreditamos também que a descrição de todos os medicamentos em uso pelo paciente é importante, com o propósito de acentuar o olhar holístico do profissional provedor de GTM. Qualquer recomendação que necessitava de alteração no regime medicamentoso do paciente era feita baseada em evidências científicas, devidamente descritas nas cartas. Estratégia similar também foi pontuada por Perera, Guy e Boesen (2011) quando os faxes eram enviados aos prescritores.

Os nossos anseios iniciais de ausência de acesso ao prontuário do paciente e de como seria feito o contato com médicos para efetivação do plano de cuidado foram atenuando com o decorrer do processo de implantação. Aos poucos, as estratégias desenvolvidas para superar esses desafios foram mostrando que o funcionamento do GTM no CEAf era factível. O método de comunicação através de cartas, apesar de moroso, se mostrou satisfatório. Esse fato pode ser evidenciado por um estudo conduzido por Detoni *et al.* (2016), que apresenta os resultados clínicos de 83 pacientes atendidos por este serviço de GTM no CEAf, de setembro de 2014 a abril de 2016. Foram identificados nesse período um total de 277 PRM. Levando em consideração apenas os pacientes que tiveram mais de consulta, 87 PRM necessitaram de serem resolvidos em parceria com o médico prescritor. Destes, 55,2% das intervenções foram aceitas, 13,8% foram negadas e 31% ainda estão aguardando o retorno do paciente ao médico para avaliação. Essa taxa foi similar àquela apresentada em um estudo conduzido nos Estados Unidos, que avaliou a resposta dos prescritores às recomendações farmacêuticas realizadas via fax encontrou cerca de 47% de aceitação (PERERA *et al.*, 2011).

Em sua narrativa, a farmacêutica parceira Coruja reconhece o trabalho multiprofissional em saúde como o ideal para o cuidado do paciente, contudo reforça que é necessário que o GTM seja viável no CEAf, mesmo na ausência de outros profissionais envolvidos na prática:

Coruja: E lá também como a gente não tinha outro profissional de saúde, seria desafiador para a gente fazer as nossas intervenções, então foi a primeira coisa que a gente pensou, principalmente porque a gente estava na Liga em um cenário que ter acesso ao profissional era mais fácil, mas ao mesmo tempo eu vi como uma possibilidade de enxergar mais o nosso serviço e ver realmente o que a gente podia fazer pelo paciente. (...) Não estou falando que a gente tem que se sustentar sozinho, o ideal é que realmente seja equipe e eu acho que a gente está caminhando para esse cenário, assim, no futuro. Mas isso não importa se eu vou estar em um lugar isolado, eu posso cuidar do paciente em equipe mesmo que eu não esteja dentro da equipe. Agora, eu acho crucial que isso dê certo. Porque não existe nenhum profissional da saúde que não dá certo atendendo sozinho. Acho que talvez a barreira seja não ter o profissional lá e ser difícil, às vezes, de entrar em contato com ele. Então não é a ausência, mas é a forma de comunicação, eu diria que esse talvez seria um dificultador.

Pesquisadora: Entendi o que você está querendo falar é em relação ao tempo de retorno [das sugestões de intervenções] dessas coisas né.

Coruja: É! Eu estou falando com relação a comunicação mesmo (...) Se os profissionais, eles fossem mais acessíveis, se o médico tivesse a consciência de que é importante trabalhar em equipe...Ele poderia ligar, não custa nada, ele está ali com o paciente, " o telefone da farmacêutica está aqui, vamos ligar pra ela rapidinho"... (Coruja)

Muitos estudos na literatura discutem a importância do cuidado interprofissional colaborativo em equipe para a otimização de resultados do tratamento dos pacientes (DOUCETTE; NEVINS; MCDONOUGH, 2005; REEVES *et al.*, 2014). Acredito que a interação face-a-face com outros profissionais é o caminho ideal para o cuidado ao paciente, entretanto, nem todos os cenários do sistema de saúde vão contar com a presença de uma equipe, como na farmácia CEAF. Como pontuado por Coruja, o cuidado colaborativo entre os membros da equipe de saúde parece estar mais relacionado à atitude do próprio profissional em querer trabalhar conjuntamente e agregar conhecimentos de outros profissionais do que o compartilhamento do mesmo espaço físico. É importante salientar, contudo, que sendo um serviço novo, o processo de reconhecimento do farmacêutico provedor do GTM como um membro da equipe de saúde pode ser desafiador, exigindo uma postura ativa do farmacêutico. Como nos lembra Freitas (2005):

Para que isso seja efetivado (inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar de saúde), talvez seja necessário pensar em uma postura mais ativa do farmacêutico na busca pela interação com outros profissionais. É preciso considerar que as demais profissões na área de saúde já têm seus papéis estabelecidos e reconhecidos pela sociedade e pelos outros membros da equipe. Cabe ao farmacêutico da Atenção Farmacêutica, portanto, "mostrar

a que veio” e estabelecer relações que permitam identificar seu papel e legitimar sua prática perante os demais profissionais no campo de saúde.

A literatura internacional descreve o oferecimento de serviços de GTM em cenários também de ausência de outros profissionais de saúde, por telefone e em farmácias comunitárias (ZILLICH *et al.*, 2014; DOUCETTE *et al.*, 2005; PERERA; GUY; BOESEN, 2011; PERERA *et al.*, 2011). Zillich e colaboradores (2014) avaliaram o impacto de serviços de GTM oferecidos por telefone para pacientes beneficiários do programa Medicare, recentemente incluídos em serviços de tratamento domiciliar. Considerando os pacientes com perfil de risco mais baixo, o estudo constatou que o GTM reduziu a taxa de internação após 60 dias, em comparação com o grupo controle que não recebeu o serviço. Em geral, esses estudos têm apresentado resultados positivos que reforçam a viabilidade do GTM sem a presença direta da equipe de saúde no cenário.

7.5 Panorama atual e perspectivas futuras

Até o presente momento, o funcionamento do serviço de GTM está sob a responsabilidade de uma farmacêutica vinculada ao Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG. Não há nenhuma funcionária do CEAF-BH em processo de treinamento ou com alguma perspectiva de assumir a gestão da prática clínica. Sendo assim, o serviço ainda está ancorado diretamente à universidade, o que ameaça a sua sustentabilidade a longo prazo.

O desafio de institucionalização do serviço na unidade é reflexo de diversos fatores. Primeiramente, pontuo aqui o fato de a farmacêutica parceira e eu não sermos funcionárias do CEAF-BH. Sendo assim, muitos integrantes da equipe enxergavam a implantação do GTM como uma pesquisa acadêmica e não como um serviço a ser consolidado. Além disso, por não sermos funcionárias da farmácia, sentíamos muitas vezes limitadas para tomar certas iniciativas para a implantação do serviço (como por exemplo convocar reuniões para discutirmos sobre a divulgação interna do GTM) e, portanto, dependíamos da iniciativa dos membros do cenário de prática.

Como apresentado anteriormente, o interesse inicial para a construção do GTM partiu da própria universidade e, apesar da liberação do espaço físico para a iniciarmos a implantação, não houve inclusão real do GTM na pauta dos serviços a serem oferecidos pela unidade. Os desafios vivenciados durante a implantação do GTM evidenciaram a necessidade de um planejamento previamente ao início do processo. Não houve o estabelecimento de reuniões periódicas para acompanhamento do serviço por parte da gestão e não foi organizado um esquema de divulgação do serviço e das farmacêuticas clínicas envolvidas nesse processo. Após a troca da gestão e a saída da farmacêutica Gaivota, também não foi estabelecido um novo plano para inclusão e capacitação de novas farmacêuticas. Isso reforça a importância de se delinear funções e responsabilidades a serem assumidas por cada membro para que a implantação seja uma realidade, bem como estabelecer metas, prazos e indicadores para avaliação da qualidade do serviço.

Todos os profissionais farmacêuticos membros do CEAF-BH não tinham experiência na área clínica, o que representou outro desafio. Apesar da escolha anterior de uma farmacêutica para dar continuidade à prática, ela não havia tido qualquer contato anterior com o GTM e, portanto, necessitava de uma capacitação. Entretanto, o processo de treinamento demanda estudo e tempo para estudar, o que pode ser desmotivante para o profissional que não terá um aumento no salário e, principalmente no início, terá um aumento na carga de trabalho. Além disso, os profissionais não estão preparados para assumir a responsabilidade pelos resultados farmacoterapêuticos dos pacientes. A fala da farmacêutica Gaivota (página 63) deixa claro esses sentimentos: medo, apreensão, preocupação.

Dessa forma, destaca-se a escolha de um profissional com perfil para a prática clínica como um critério potencializador do processo de implantação uma vez que profissionais que realmente tenham interesse e desejam ser provedores do GTM são mais motivados, vão se dedicar mais ao serviço e vão enfrentar mais os desafios encontrados na prática. No caso do CEAF-BH, devido às questões políticas, a farmacêutica selecionada inicialmente não pôde continuar na farmácia.

A disponibilidade de um profissional responsável pela gestão da prática clínica é essencial quando se pensa na garantia da sustentabilidade de um serviço clínico. Devido à nossa ansiedade para colocar o serviço em prática, a farmacêutica parceira e eu iniciamos o atendimento dos pacientes antes mesmo de garantirmos o treinamento da farmacêutica Gaivota. Com o serviço já acontecendo e sob a responsabilidade direta da universidade, não houve urgência em investir na capacitação de um profissional da farmácia para assumir a gestão da clínica. A compreensão da filosofia da atenção farmacêutica é essencial na sensibilização dos profissionais para a prática.

Nesse sentido, se pudéssemos recomeçar a implantação do GTM, eu só iniciaria após a capacitação teórica da farmacêutica e o estabelecimento de um planejamento bem estabelecido para a implantação do serviço junto à gestão. Não significa, contudo, que isso iria garantir a continuidade do serviço, mas poderia potencializar o êxito do processo.

8 COLOCANDO EM PRÁTICA: APLICABILIDADE DO ESTUDO

Esta etnografia foi conduzida em uma unidade específica do CEAF do estado de Minas Gerais. Este cenário, como pontuado, possui características peculiares em relação a outros ambientes que já apresentam serviços de GTM consolidados, descritos na literatura, como: farmácias comunitárias, farmácia escola, hospitais, ambulatórios, planos de saúde, dentre outros (MCINNIS; CAPPS, 2016).

O tempo prolongado de imersão em campo permitiu uma compreensão ampliada de todas as etapas do processo de implantação, enriquecida pelas entrevistas, e não se limitou a uma avaliação pontual. As condições reveladas por esta pesquisa podem ser utilizadas por farmacêuticos e gestores como uma ferramenta para otimizar a implementação de serviços GTM em outras instituições de saúde. Estas condições não consistem os únicos aspectos necessários para garantir o sucesso do serviço; no entanto, eles podem contribuir para melhorar o processo de implantação da prática.

Apresento a seguir uma descrição geral dos critérios potencializadores do êxito de serviços de GTM (**Quadro 1**). Esses critérios não são, contudo, exaustivos. Coloco como um dos objetivos principais desta pesquisa apresentar e salientar aos farmacêuticos e gestores de serviços de saúde a importância de se atentar a esses aspectos antes e durante a implantação da prática, aprendendo com o erros e acertos precedentes. Em última instância, isso pode maximizar o sucesso do processo.

Quadro 1: Descrição dos critérios potencializadores do êxito da implantação de serviços de GTM

Apoio da gestão	Apresentar a proposta do serviço de GTM ao gestor antes de iniciar a implantação e garantir o apoio ativo da gestão.
Avaliação dos recursos físicos e materiais locais	Conhecer o fluxo das atividades no cenário, fluxo dos pacientes, fluxo dos atendimentos de outros profissionais de saúde, estrutura física e recursos materiais e recursos humanos envolvidos.
<p data-bbox="235 846 665 877">Avaliação dos recursos humanos</p> <p data-bbox="235 930 824 1003"><i>Definição de profissionais com perfil para a clínica</i></p> <p data-bbox="310 1199 727 1230"><i>Domínio da metodologia da prática</i></p>	<p data-bbox="847 930 1440 1140">Profissionais que realmente tenham interesse e desejam ser provedores do GTM são mais motivados, vão se dedicar mais ao serviço e vão enfrentar mais os desafios encontrados na prática.</p> <p data-bbox="847 1199 1440 1367">Conhecer e aplicar os pilares da atenção farmacêutica (filosofia, processo de cuidado e gestão da prática), incluindo o método clínico de tomada de decisão em farmacoterapia.</p>
Definição de função e/ou tempo dedicado exclusivamente para a clínica	Não é possível ter um serviço de GTM de qualidade quando o profissional está envolvido simultaneamente em funções técnico-gerenciais e clínicas.
Reorganização dos processos de trabalho	Reorganizar os processos de trabalho internos entre os funcionários para que o farmacêutico possa se dedicar à clínica.

Definição de critérios de inclusão de pacientes no serviço	Identificar pacientes conforme as necessidades locais, selecionando aqueles que mais podem se beneficiar do GTM.
Definição do fluxo dos pacientes para o GTM	Definir formas de captação de paciente, como os pacientes chegarão aos atendimentos de GTM e quais serão as alterações necessárias no fluxo tradicional do cenário de prática.
Comunicação com a equipe de saúde	Definir a melhor forma de comunicação com outros profissionais de saúde considerando as peculiaridades de cada do cenário.
Integração com a equipe	Grande parte do sucesso do serviço é assegurado pelo envolvimento e apoio da equipe local (profissionais de saúde e outros funcionários em geral). Identificar profissionais parceiros.
Divulgação do serviço	Apresentar a proposta do GTM aos funcionários antes de iniciar a implantação. Promover a divulgação constante do serviço aos pacientes e aos funcionários locais (público interno) e para outros profissionais de saúde (público externo).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de uma metodologia qualitativa possibilitou a compreensão do processo de implantação de maneira mais ampliada. A escolha pela etnografia possibilitou vivenciar, na prática, os facilitadores e desafios que foram surgindo no decorrer deste processo, sendo possível enxergar e interpretar o todo através de uma lente crítica de pesquisadora, mas ao mesmo tempo ser parte integrante do objeto de estudo. A convivência próxima com os funcionários do CEAF e com os pacientes atendidos pelo GTM, ou seja, ser parte da cultura do GTM na unidade, me permitiram captar e explorar nuances imperceptíveis muitas vezes pelas pesquisas quantitativas. A seleção de participantes diversificados para as entrevistas propiciou a compreensão da visão de vários integrantes dos cenários, agregando riqueza de detalhes aos resultados revelados.

As pesquisas de implantação de serviços de saúde, apesar de representarem uma ferramenta importante para viabilizar a efetivação de serviços clínicos na prática, são escassas atualmente. O oferecimento de serviços de GTM, principalmente no Brasil onde a prática é incipiente, ainda permanece um desafio. A condução desta pesquisa representa um passo importante na elucidação de aspectos que perpassam as etapas de implantação desse serviço. Os resultados obtidos podem ser utilizados por farmacêuticos e gestores como instrumentos de mudança em outros ambientes dos serviços de saúde.

Saliento também que as categorias reveladas a partir dessa experiência não compreendem as únicas condições necessárias para assegurar a efetivação do serviço, contudo, se levadas em consideração, podem potencializar o sucesso da prática. Não é preciso “reinventar a roda” ou se enveredar em desafios que outras pessoas já defrontaram. A implantação de serviços de GTM não deve ser realizada de forma empírica, mas deve ser conduzida de maneira sistemática para maximizar os resultados positivos desse processo.

O longo tempo de observação participante bem como as informações obtidas por meio das entrevistas com os 12 participantes possibilitaram compreender que, apesar das peculiaridades e desafios destacados, a implantação do GTM se mostrou viável na farmácia do CEAF. A ausência de equipe e o fato de ser uma unidade de dispensação, apesar de ter demandado estratégias alternativas para a implantação, não foram relevadas nesta pesquisa como barreiras ao oferecimento de um serviço de cuidado direto ao paciente. Ao contrário, na perspectiva dos entrevistados, ter o GTM no CEAF agrega ao cenário uma perspectiva de “unidade de saúde”, ao invés de estritamente um ambiente de entrega de medicamentos.

É preciso, entretanto, reforçar que a gestão de dispensação e a gestão da prática clínica devem ser administradas separadamente. O farmacêutico deve dedicar tempo total (idealmente) ou parcial para a prática clínica, em momento distinto da dispensação de medicamentos. Se dedicar ao cuidado dos pacientes requer uma metamorfose na atuação profissional e o desenvolvimento de habilidades muito diferentes daquelas dispendidas pelo farmacêutico “tradicional”, focado na dispensação de medicamentos.

Para que o serviço se torne realidade é necessário a presença de profissionais que tenham paixão pelo cuidado às pessoas. É necessário a incorporação da filosofia de prática da atenção farmacêutica, assumindo-a como missão profissional. Entretanto, apenas esses fatores não garantem a mudança na realidade dos serviços farmacêuticos se não forem acompanhadas de uma atitude ativa do profissional enquanto ator responsável por essa transformação e também do incentivo da gestão para viabilizar as condições necessárias para que a mudança aconteça de fato.

A sobrecarga de atribuições administrativas e logísticas das farmacêuticas do CEAF limitaram o envolvimento da profissional na clínica, situação vivenciada por farmacêuticos em muitos outros cenários. A reorganização e transferência das atividades entre os farmacêuticos e demais funcionários do cenário são essenciais, portanto, para que o profissional possa dedicar tempo exclusivo ao GTM, como apontado pelas farmacêuticas entrevistadas. O apoio e incentivo da gestão é de suma

importância para que isso se efetive, estimulando também uma integração mais efetiva entre os membros da equipe. Para além disso, requer uma mudança coletiva da cultura local. Como ressaltado pela farmacêutica Andorinha: “a primeira coisa que eu acho é os farmacêuticos vestirem a camisa do GTM, porque quando você tem uma equipe que veste a camisa ela acha soluções para que aquilo dali comece a acontecer.”

Os benefícios clínicos, econômicos e humanísticos de serviços de GTM já estão muito bem descritos na literatura. Os usuários de medicamentos carecem de um profissional que se responsabilize pelos resultados da farmacoterapia, como exposto por Sabiá: “mas tem que interessar pela quantidade de remédio que o outro está tomando, né, que o paciente está tomando, pela quantidade, pela qualidade.” O panorama da profissão farmacêutica está sofrendo mudanças substanciais e cada vez mais, é exigida a presença do farmacêutico em serviços de contato direto ao paciente.

Espero inquietamente que este trabalho seja muito mais do que uma pesquisa científica. Espero que todo o conhecimento construído no decorrer dessas páginas seja aplicado na realidade dos cenários em saúde. Incentivo fortemente que farmacêuticos e gestores de serviços de saúde quebrem o *status quo* e busquem investir na implantação de serviços de GTM, aplicando de fato a filosofia da atenção farmacêutica em benefício do paciente. Os desafios na prática vão existir, mas as estratégias para superá-los também. E o maior desafio somos nós mesmos. A primeira mudança deve começar em nós!

Vale a pena nesse momento repetir a frase da farmacêutica Gaivota, caso o leitor já tenha se esquecido:

E aí eu vejo que tem muita dificuldade de as pessoas quererem ter um pouquinho de trabalho para poder mudar para melhor (...) Eu vejo que a maior dificuldade está mais com as pessoas do que no processo. E as vezes até por dificuldade de perguntar: isso é possível? Ou medo, ou preguiça.

Portanto, sejamos pássaros mais destemidos e ousemos sair do conforto de nossas gaiolas para alçarmos voos em busca de um propósito único: o cuidado centrado no paciente. Bater asas não é difícil; requer técnica, dedicação e tempo investido, é claro.

Mas depois de voar, os resultados são com certeza recompensadores. E o desejo de voar será cada vez mais alto.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMED, B. *et al.* Effects of Polypharmacy on Adverse Drug Reactions among Geriatric Outpatients at a Tertiary Care Hospital in Karachi: A Prospective Cohort Study. **PLoS ONE**, v. 9, n. 11, p. e112133, 2014.
- ALLEN, D. 18. Fieldwork and Participant Observation. In: BOURGEAULT, I.; DINGWALL, R.; VRIES, R. (Org.). **The SAGE Handbook Qualitative Methods Health Research Qualitative Health Research**. London: SAGE Publications Ltd, 2010. p. 353–373.
- ALHAWASSI, T. M. *et al.* A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. **Clinical interventions in aging**, v. 9, p. 2079–2086, 2014.
- AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. White Paper on Pharmacy Technicians 2002: Needed Changes Can No Longer Wait. **Am J Health Syst Pharm**, v. 60, n.1, 2003.
- ANDERSON, C.; BLENKINSOPP, A.; ARMSTRONG, M. Feedback from community pharmacy users on the contribution of community pharmacy to improving the public's health: A systematic review of the peer reviewed and non-peer reviewed literature 1990-2002. **Health Expectations**, v. 7, p. 191–202, 2004.
- ANDREAZZA, R. S. *et al.* Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. **Gaceta sanitaria**, v. 25, n. 6, p. 501–506, 2011.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3603-3614, 2010.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 733–736, 2008.
- 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, 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalho&cod_edicao_subsecao=989&cod_evento_edicao=70&cod_edicao_trabalho=16605#self>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.
- BASTOS, C. R. G.; CAETANO, R. As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. April, p. 3541–3550, 2010.

BERNARDES, R. B. A.; CORREA, P. B. F. Atividades desenvolvidas e satisfação profissional de farmacêuticos que exercem a profissão em drogarias no Gama-DF. **Cenarum Farmacêutico**. 2012; Ano 05, nº05. 23.

BONI, V.; QUARESMA, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, v. 2, n. 3, p. 68–80, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica. Caderno 4: Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 102 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: Inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 163 p (a)

Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/Livro-2-completo-para-site-com-ISBN.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 3**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 604 p (b)

BRASIL. Conselho federal de farmácia. Experiências exitosas de serviços farmacêuticos no SUS. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2014. 131 p (c)

BRASIL. Conselho federal de farmácia. Serviços Farmacêuticos: Contextualização e Arcabouço Conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2014. 66 p. (d)

Disponível em:

<http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf/Servi%C3%A7os%20farmac%C3%AAuticos%20contextualiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20arcabou%C3%A7o.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica. Caderno 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p (e)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1554 de 30 de Julho de 2013**. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial do Brasil: Brasília, 30 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília: DATASUS; 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 261 p

BRASIL. Ministério da Saúde. O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União do Brasil: Brasília, 6 de maio de 2004.

BRATA, C. ET AL. Factors Influencing. **BMC health services research**, v. 31, p. 657–681, 2016.

BRUMMEL, A. *et al.* Best Practices: Improving patient outcomes and costs in an ACO through comprehensive medication therapy management. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 20, n. 12, 2014.

BUTLER, A, *et al.* **Comprehensive Medication Management Programs: Description, Impacts, and 2015 Status in Southern California**. California Department of Public Health white paper, 2015. 121 p

BRYANT, J. *et al.* Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. **Respiratory research**, v. 14, n. 1, p. 109, 2013.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface**, v.12, n. 25, p. 363–376, 2008.

CARIAS, C. M. *et al.* Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do ministério da saúde do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 233–240, 2011.

CHRISTENSEN, D. B.; FARRIS, K. B. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in the US. **The Annals of pharmacotherapy**, v. 40, n. 7-8, p. 1400–1406, 2006.

CID, A. S. **Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica no controle da hipertensão arterial**. 2008. 112 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, 2008.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.; MORLEY, P. **Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide**. 2. ed. New York: Mc Grand Hill, 2004. 624 p

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.; MORLEY, P. **Pharmaceutical Care Practice: the Patient-Centered Approach to Medication Management**. 3. ed. New York: Mc Grand Hill, 2012. 697 p

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. **Qualita**. v. 15, n. 3, p. 287–293, 2012.

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

PEREIRA, M. L. *et al.* **Atenção Farmacêutica: implantação passo-a-passo.** Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia/UFMG, 2005.

DANTAS, J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**. v. 21, n.3, 2009.

DE-CAUX, T. R. **Meus filhos me perguntam, „por que consulta com a farmacêutica?”: experiência de pacientes com um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa.** 2015. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2015.

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

DETONI, K. B. *et al.* Impact of a medication therapy management service on clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **International Journal of Clinical Pharmacy**. No prelo. IJCP-D-16-00296R1.

DOSEA, A. S. **A percepção do farmacêutico no processo de implantação de serviços clínicos farmacêuticos.** 2015. 82 f. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2005.

DOSEA, A. S. *et al.* Establishment, implementation, and consolidation of clinical pharmacy services in community pharmacies: perceptions of a group of pharmacists. **Qualitative Health Research**, p. 1–11, 2015.

DOUCETTE, W. R.; NEVINS, J.; MCDONOUGH, R. P. Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 1, n. 4, p. 565–578, 2005.

DOUCETTE W. R. *et al.* Comprehensive medication therapy management: identifying and resolving drug-related issues in a community pharmacy. **Clinical Therapeutics**, v. 27, n. 7, p. 1104-11, 2005.

PRENTICE, R. Ethnographic Approaches to Health and Development Research: the Contributions of Anthropology In: BOURGEAULT, I.; DINGWALL, R.; VRIES, R. (Org.). **The SAGE Handbook Qualitative Methods Health Research.** London: SAGE Publications Ltd, 2010. p. 157–174.

ERNST, F. R.; GRIZZLE, A. J. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. **Journal of the American Pharmaceutical Association (Washington, D.C. : 1996)**, v. 41, n. 2, p. 192–199, 2001.

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

FREITAS, E. L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; PERINI, E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática: um Diálogo Possível? **Acta Farm. Bonaerense**, v. 25, n. 3, p. 447-53, 2006.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389–394, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 139–152, 2004.

GASTELURRUTIA, M. *et al.* Barriers and facilitators to the dissemination and implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. **Seguimiento Farmacoterapeutico**, v. 3, n. 2, p. 65–77, 2005.

GASTELURRUTIA, M. A. *et al.* Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. **Aten Primaria**, v. 39, n. 9, p. 465-472, 2007.

MCINNIS, T. CAPPS, K. **Get the medications right: a nationwide snapshot of expert practices. Comprehensive medication management in ambulatory/community pharmacy**. Vienna: Health2 Resources, 2016. 64 p

Garrett, D.G.; Martin, L. A. The Asheville Project: participants' perceptions of factors contributing to the success of a patient self-management diabetes program. **Journal of the American Pharmacists Association (Wash)**, v. 43, n. (2), p. 185-190, 2003.

GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 3, n. 2, p. 81–89, 2005.

GONDIM, R. *et al.* Organização da atenção. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (organizadores). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011, p. 93-120.

GHAZAL, R. M. *et al.* Barriers to the implementation of pharmaceutical care into the UAE community pharmacies. **Revista**, v. 4, n. 5, p. 68–74, 2014.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Ethnography: Principles in Practice**. 2 edition. London: Routledge, 1995.

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

HUGHES, C. M.; MCCANN, S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners : a qualitative assessment. **British Journal of General Practice**, p. 600–606, 2003.

IBRAHIM, A.; SCOTT, J. Community pharmacists in Khartoum State, Sudan: their current roles and perspectives on pharmaceutical care implementation. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 35, n. 2, p. 236–243, 2013.

JARAB, A. S. *et al.* Impact of pharmaceutical care on health outcomes in patients with COPD. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 34, n. 1, p. 53–62, 2012.

JOHNSON, J. A. MS.; BOOTMAN, L. J. P. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. **Archives of Internal Medicine**, v. 155, n. 18, p. 1949–1956, 1995.

Lee MWL, Andritz MH, Curry CE, Kishi DT, Murray MD, Scott BE, et al . Academic Pharmacy's role in practitioner preparation and continuing development to enhance healthcare and ensure optimal medication use. Report of the 2001-2002 Professional Affairs Committee. **Am J Pharm Educ** 2002; 66: 23S-7S

LEWIN GROUP. Medication Therapy Management Services: A Critical Review. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 45, p. 580–587, 2005.

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.

MAHER, R.L.; HANLON, J.T.; HAJJAR, E.R. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. **Expert Opin Drug Saf**. v. 13, n. 1, p. 57-65, 2014.

MARQUIS, J. *et al.* Exploring the implementation of a medication adherence programme by community pharmacists: a qualitative study. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 36, n. 5, p. 1014–1022, 2014.

MARTÍN-CALERO, M. J. *et al.* Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. **Current pharmaceutical design**, v. , n. , p. 2004.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 613–619, 2012.

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

MOURÃO, A. O. M. *et al.* Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil: A randomised controlled trial. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 35, n. 1, p. 79–86, 2013.

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

NASCIMENTO, Y. A.; CARVALHO, W. S.; ACURCIO, F. A. Drug-related problems observed in a pharmaceutical care service, Belo Horizonte, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 2, p. 321-330, 2009.

NOBLAT, A. C. B. *et al.* Prevalência de admissão hospitalar por reação adversa a medicamentos em Salvador, BA. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 57, n.1, p. 42-45, 2011.

OBRELI-NETO, P. R. *et al.* Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. **J Manag Care Spec Pharm**, v. 21, n. 1, p. 66-75, 2015.

OLADAPO, A. O.; RASCATI, K. L. Review of survey articles regarding medication therapy management (MTM) Services/Programs in the United States. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 25, n. 4, p. 457–470, 2012.

OLIVEIRA, A. B. *et al.* Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 41, n. 4, p. 409–413, 2005.

OPONDO, D. Inappropriateness of Medication Prescriptions to Elderly Patients in the Primary Care Setting: A Systematic Review. **Plos One**, v. 7, n. 8, p. e43617, 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas.** Washington, DC: Organização Panamericana de Saúde, 2015. 103 p

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p

PEIRCE, A. G. The essential imperative of basic nursing education. **Advances in Nursing Science**. v. 33, n. 4, 2010.

PERERA, P. *et al.* Evaluation of prescriber responses to pharmacist recommendations communicated by fax in a Medication Therapy Management Program (MTMP). **Journal of Managed Care Pharmacy**, v. 17, n. 5, 2011.

PERERA, P.; GUY, M.; BOESEN, K. A telephone-based medication therapy management (mtm) center: program development and observations over five years. **Arizona Journal of Pharmacy**, v. 3, n. 1, p. 24–30, 2011.

PEREIRA, M. L. *et al.* Da Teoria à Prática: relatos da experiência de implantação da clínica de Atenção farmacêutica em Minas Gerais, Brasil. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 28, n. 6, p. 869–875, 2009.

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.

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

PATIENT-CENTERED PRIMARY CARE COLLABORATIVE. **The Patient-Centered Medical Home: Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes**. 2 ed. Washington, D.C: Patient-Centered Primary Care Collaborative, 2012.

PRENTICE, R. 8. Ethnographic Approaches to Health and Development Research : the Contributions of Anthropology. In: BOURGEAULT, I.; DINGWALL, R.; VRIES, R. DE (Org.). **The SAGE Handbook Qualitative Methods Health Research**. London: SAGE Publications Ltd, 2014. p. 157–174.

QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276–283, 2007.

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

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. R.; MILLER, D. B. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. **Journal of managed care pharmacy**, v. 16, n. 3, p. 185–195, 2010.

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

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

REMME, J. H. F. *et al.* Defining research to improve health systems. **PLOS Medicine**, v. 7, n. 11, p. e1001000, 2010.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. **Journal of Interprofessional Care**, 2014.

SANDELOWISKI, M. Sample size in qualitative methods. **Research in Nursing & Health**, n. 18, p. 179-183, 1995.

SARAMUNEE, K. *et al.* How to enhance public health service utilization in community pharmacy?: General public and health providers' perspectives. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 10, n. 2, p. 272–284, 2014.

SCHOMMER, J. C. *et al.* Pharmacist-provided medication therapy management (part 1): Provider perspectives in 2007. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 48, n. 3, p. 354–63, 2008.

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

Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **O quadro de modelo de negócios. Um caminho para criar, recriar e inovar em modelo de negócios**. Brasília: SEBRAE. 2013. 41 p

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão do uso racional. In: Acúrcio, F. A., organizador. **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. p. 1-8

SILVA, A. S. *et al.* Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes com dislipidemia em uso de sinvastatina no Componente Especializado de Assistência Farmacêutica: um estudo piloto. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 34, n.1, p 51-57, 2013.

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

Horizonte, 2015.

SILVA, W. B. **A Emergência Da Atenção Farmacêutica : Um Olhar Epistemológico E Contribuições Para a Emergência Da Atenção Farmacêutica**. 2009. 305 f. Tese. (Doutorado em Educação Científica e Tecnológica). Centro de Ciências da Educação. Universidade Federal De Santa Catarina. Florianópolis, 2009. p. 76

SINITOX – SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO TÓXICO-FARMACOLÓGICAS. 2012. Disponível em:
http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Tabela%203_2012.pdf.
Acesso em: 10 março 2016.

SORENSEN, T. D. *et al.* MTM in six minnesota. **Am J Health-Syst Pharm.**, v. 73, n. 5, p. 307–314, 2016.

STARK, R. G.; JOHN, J.; LEIDL, R. Health care use and costs of adverse drug events emerging from outpatient treatment in Germany: a modelling approach. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 9, 2011.

STRAND *et al.* The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. **Current Pharmaceutical Design**, v. 10, n. 31, p. 3987-4001, 2004.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 627–633, 2012.

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.

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

UEMA, S. A. *et al.* Barriers to pharmaceutical care in Argentina. **Pharmacy World and Science**, v. 30, n. 3, p. 211–215, 2008.

ROVER, M. R. M., PELAEZ, C. M. V., FERNANDA M. Modelo Teórico e Lógico para avaliação da capacidade de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 07, n. 1, p. 191-10, 2016.

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 149–156, 2010.

VIEIRA, F.S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 206-209, 2009.

WAUTERS, M. *et al.* Mortality, hospitalisation, and institutionalisation in a community-dwelling cohort of oldest old: the impact of medication. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 65, p. 9-16, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 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>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO **Policy Perspectives on Medicines: Promoting rational use of medicines: core components**. Geneva: World Health Organization, 2002. 6 p. Disponível em:
<<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The pursuit of responsible use of medicines: sharing and learning from country experiences**. Geneva: World Health Organization, 2012. 64 p

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Burden of COPD 2014. Available at:
<http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/>. Acesso: 15 de março de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings**. Geneva: World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, World Health Organization/Public Health Agency of Canada, 2005.

WAUTERS, M. *et al.* Mortality, hospitalisation, institutionalisation in community-dwelling oldest old: The impact of medication. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 65, p. 9-16, 2016.

WIEDENMAYER, K. *et al.* **Pharmacists in the health care team: a policy perspective. Developing pharmacy practice: a focus on patient care**. Handbook - 2006 edition. The Hague: World Health Organization and International Pharmaceutical Federation, v.2, 2006.

WILLINK, D. P.; ISETTS, B. J. Becoming “indispensable”: Developing innovative community pharmacy practices. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 45, n. 3, p. 376–389, 2005.

WINSLADE, N. E. *et al.* Practice functions necessary for the delivery of pharmaceutical care. **Pharmacotherapy**, v. 16, n. 5, p. 889–898, 1996.

ZILLICH *et al.*, A randomized, controlled pragmatic trial of telephonic medication therapy management to reduce hospitalization in home health patients. **Health Serv Res**, v. 49, n. 5, p. 1537-1554, 2014.

11 APÊNDICES

Apêndice I

Tópico-guia para entrevistas com os funcionários

1 COMPREENDER A PERSPECTIVA DOS FUNCIONÁRIOS EM RELAÇÃO AO SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA.

- Me fale como você compreende o serviço. O que é o GTM na sua visão?
- Na sua opinião, qual o valor do GTM para esta unidade? E para os pacientes?

2 IDENTIFICAR FACILITADORES E DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO GTM E PECULIARIDADES EM RELAÇÃO À FARMÁCIA DE MINAS.

- Me fale um pouco sobre como você vê a provisão desse serviço clínico nessa unidade específica.
- Quais as vantagens, na sua opinião, que a Farmácia de Minas apresenta e que podem ser facilitadores para a inserção e a continuidade de um serviço clínico farmacêutico como o GTM?
- E quais as desvantagens, na sua opinião, que a Farmácia de Minas apresenta e que podem ser desafios para inserção e a continuidade serviço de GTM?

3 COMPREENDER A PERSPECTIVA DOS FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE EM RELAÇÃO À VIABILIDADE E SUSTENTABILIDADE DO SERVIÇO DE GTM.

- Você acredita que ter um serviço de GTM no contexto do componente especializado é viável e sustentável? Porquê? Como?
- Quais pontos você considera cruciais para assegurar a viabilidade e sustentabilidade.

Pergunta finalizadora: Você tem alguma crítica ou sugestão para o serviço? Gostaria de comentar sobre algo que eu não perguntei?

Apêndice II

Tópico-guia para entrevistas com os pacientes

1 COMPREENDER A EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES EM RELAÇÃO AO SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA.

- Me conte um pouco sobre o que o S.r.(a) entende sobre o serviço de GTM. Descreva pra mim o que o profissional faz com o S.r.(a) durante a consulta.
- O S.r.(a) acredita que o GTM é diferente de outros serviços clínicos que o S.r.(a) já consultou? Como? Porquê?

2 COMPREENDER A EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES EM RELAÇÃO AO OFERECIMENTO DO SERVIÇO NA FARMÁCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO.

- Pense nos locais que o S.r.(a) tem o hábito de consultar quando precisa de cuidado à saúde. O S.r.(a) acredita que aqui é diferente desses locais? Em que sentido?
- O que o S.r.(a) acha da nossa comunicação via carta enviado ao Centro de Saúde ou aos médicos do S.r.(a)? Como você se sente em relação a ter que entregar a carta?
- Se o S.r.(a) não tivesse que vir aqui buscar o medicamento, o S.r.(a) teria disponibilidade para vir para a consulta de GTM?

Pergunta finalizadora: Você tem alguma crítica ou sugestão para o serviço? Gostaria de comentar alguma coisa que eu não perguntei?

Apêndice III

Texto modelo para primeiro contato telefônico com paciente.

Olá, bom dia/boa tarde (nome do paciente). Sou a farmacêutica (nome da profissional) e trabalho na Farmácia da Secretaria Estadual

Sr.(a) _____ teve acesso à informação do deferimento do medicamento _____ pela Secretaria? (Só para lembrarmos, o contato deve ser pelo paciente para saber sobre o deferimento de seu medicamento).

Gostaríamos de agendar, então, um horário com o (a) Sr.(a) para uma consulta com a farmacêutica. A consulta dura em torno de 40-60 minutos. O nosso objetivo é melhorar os resultados obtidos com o uso dos medicamentos e, para isso, vamos avaliar todos os medicamentos em uso por você, aqueles que o S.r.(a) pega aqui na Secretaria e também outros que você faça uso no dia-a-dia.

O S.r.(a) tem interesse? Qual dia e horário seria melhor?

Para isso é muito importante que o (a) Sr.(a) traga todas as suas receitas, exames, e todos os medicamentos, aqueles prescritos ou utilizados por conta própria, que tiver em casa.

Muito Obrigada!

Apêndice IV

Carta modelo para recomendações farmacêuticas a outros profissionais de saúde

Belo Horizonte, dia, mês, ano.

Prezado(a) _____,

Gostaria de informar que a paciente _____, está sendo acompanhado pelo serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) n(a) _____. No serviço de GTM, revemos todos os medicamentos em uso pelo paciente para garantir que eles são efetivos para as condições de saúde, seguro para ser utilizado junto com qualquer outro medicamento que ele possa estar utilizando, além de ser conveniente para ser utilizado de acordo com estilo de vida do paciente. O nosso objetivo é trabalhar juntamente com o paciente e com médico para ter a certeza de que todo o tratamento está de acordo com os objetivos que queremos alcançar e que os medicamentos realmente podem ajudá-lo a ter uma melhor qualidade de vida

Atualmente, paciente em uso de: Seretide 25+125 2 jatos BID; Spiriva 2,5mcg/dose 2 jatos MID; oxigenoterapia 24h, enalapril 20 mg 1cp BID; metoprolol 25 mg 1 cp BID; furosemida 40mg 1cp MID, alopurinol 100 mg 1 cp. MID; omeprazol 20 mg MID 1 cp.

Com o objetivo de contribuir para a melhora dos resultados clínicos da paciente e fomentar o trabalho interdisciplinar em saúde, gostaríamos de fazer algumas recomendações, apontadas a seguir.

Paciente hipertenso, com insuficiência cardíaca, apresentando risco de Framingham geral igual a 44%, portanto risco cardiovascular elevado. Segundo recomendação dos *guidelines*, é de extrema importância a adição de estatina à farmacoterapia nesses casos. Portanto, recomendamos a avaliação médica para avaliar a necessidade de introdução de sinvastatina 40mg 1cp à noite. Também gostaríamos que fosse avaliada a necessidade de aumento da dose de furosemida, uma vez que tem apresentado

discreto edema, e quando em uso de furosemida BID, estava urinando melhor e potássio já estava 4,9 mg/dL. Além disso, também sugerimos a avaliação da dose do metoprolol, já que paciente está utilizando dose mínima desse medicamento e usava dose máxima de carvedilol, somado a isso apresentou uma descompensação há aproximadamente 2 meses.

Nos colocamos à sua disposição para discutir o caso e agradecemos a oportunidade de contribuir para o cuidado do paciente.

Atenciosamente,

Gerenciamento da Terapia Medicamentosa

Apêndice V

COMPREHENSIVE MEDICATION MANAGEMENT SERVICES IN A BRAZILIAN SPECIALTY PHARMACY: A QUALITATIVE ASSESSMENT

INTRODUCTION

Comprehensive medication management services (CMM)¹⁻³ emerged in response to a social demand that health services have demonstrated difficulty to resolve: the marked increase in morbidity and mortality associated with the use of medications⁴⁻⁸. The World Health Organization estimates that, worldwide, over 50% of all medicines are inappropriately prescribed, dispensed or sold. Also, over 50% of all patients do not use them correctly⁵.

CMM services have shown positive clinical, economic, and humanistic outcomes in many different settings around the world⁹⁻¹⁵. Given the need for this practice driven by social demand, its implementation in different healthcare settings can be seen as imperative. Pharmacists in the Public Specialty Pharmacy Program in Brazil are in a strategic position to offer clinical services. The Program is part of the public health care system that represents a substantial proportion of health expenditure in Brazil¹⁶. Therefore, incorporation of CMM services can result in financial savings for the health care system^{9,11}. In a 10-year study conducted in a large integrated health care system in the United States, pharmacist-estimated cost saving were US\$ 86 per encounter and the total cost of CMM was US\$ 67 per encounter⁹.

However, CMM services implementation in different practice settings remains a challenge. Implementation research in health represents a critical tool for providing scientific evidence to improve the expansion of healthcare services. This type of research aims to identify and refine strategies that can improve the implementation of health services in different settings¹⁷⁻²⁰. In addition, it can expand the understanding on the operation of clinical services in the real world, helping to address a series of

questions that arise in practice. Despite its evident importance, this research is overlooked worldwide¹⁸.

This article sought to describe the implementation process of a CMM service within a Specialty Pharmacy unit in the state of Minas Gerais, Brazil. The study is discussed from the perspectives of the different actors involved in the process.

METHODS

Setting description

The Specialty Pharmacy Program is a national program that is part of the public Brazilian health care system. Its goal is to guarantee access to free of cost quality medications in several dispensing units widespread over the country. High cost medications for more than 80 specific medical conditions that are not covered by the primary care are included in the scope of the program²¹. Following therapeutic guidelines, medications are periodically dispensed to patients after a specialist approval. This study was carried out in one dispensing unit, located in the state of Minas Gerais.

The specialty pharmacy staff is composed by pharmacy technicians (responsible for drug dispensing) and pharmacists (responsible for drug supply and logistics, drug dispensing and other administrative activities, including management of human resources). Two pharmacists with expertise in pharmaceutical care practice coordinated the implementation of the CMM service in the Specialty Pharmacy. They were appointed specifically to clinical services.

Study design

The ethnography methodology was adopted following the theory of Hammersley and Atkinson (1995)²². This approach entails an in-depth holistic study that seeks to better understand the culture of a specific group. The ethnographer participates in the working lives of the individuals at the practice setting for a given period. During this time the investigator observe, listen and ask pertinent questions to elucidate the phenomenon

under research, creating a rich understanding of social action and its subtleties in different contexts²²⁻²⁴.

The fieldwork was undertaken for 17 months (from September 2014 to February 2016). We employed multiple methods to collect data in this study: formal semi structured interviews were combined with full participant observation and the whole process was permeated by reflective practice, thereby enriching the data. All of the events observed in field were noted down in a field journal by both pharmacists responsible for the implementation of the service.

Sampling

To gain a broader overview of the process, narratives from a range of participants holding different positions within the pharmacy unit were included: two managers of the Specialty Pharmacy unit; four pharmacists from the staff team; two leaders of the pharmacy technicians' team; and four patients of the CMM service.

An intentional sampling was utilized in order to select the key informant interviewees based on their greater involvement in the implementation process. Intentional sampling is generally used in qualitative studies, by which the participants are chosen based on their ability to provide the richest information possible for investigating the phenomenon in depth²⁵. Patient selection was carried out according to the following inclusion criteria: patients having participated in at least three CMM consultations and with the cognitive ability to understand questions to be asked during the interview.

The inclusion of the interviewees was made according to the criteria for data saturation, at which point further interviews no longer add new knowledge to the phenomenon under study²⁶. A total of 12 participants were interviewed.

Data collection

All interviews were performed face-to-face by the first author and all of the participants invited agreed to participate in the study. The interviews were audio-recorded and transcribed *verbatim*. The average duration of each interview was 43 minutes, ranging from 14 to 75 minutes. The questions of the topic guides for the semi-structured interviews were centered on two core topics: 1) understanding the facilitators and challenges during the CMM implementation process; 2) determining the viability and sustainability of the CMM at the Specialty Pharmacy unit. Data were also extracted from the field notes jotted down by the pharmacists responsible for the implementation of the service during the entire study period.

Data Analysis

The data was analyzed and interpreted according to Hammersley and Atkinson (1995)²². The data analysis started at the moment the researcher has begun observing events and recording the field notes. All the interviews and the field notes were transcribed and analyzed several times and meaningful extracted information was properly coded. The patterns identified in the coded data were then grouped into categories. Analysis and interpretation of the data was conducted primarily by the first author then validated in collaboration with the co-authors. To perform the data analysis, the software NVIVO®, version 10, was used.

Ethics considerations

The present investigation was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais (UFMG), report no. 25780314.4.0000.0149/2014. The manager of the pharmacy unit also approved the conduction of the study at the facility. Participation was voluntary and all participants signed an informed consent form prior to participating in the study.

RESULTS

The extended fieldwork and the interviews revealed ten categories. They were grouped under a central category entitled “Optimizing the implementation of CMM services: conditions to improve the success of the process”. One of the categories contains two subcategories, totalizing eleven topics. These categories represent important conditions for a successful implementation of the CMM service. The formal definitions of each condition are summarized in Chart 1 and presented in details in the following sections according to the facilitators and challenges that emerged throughout the process.

Manager support

Prior to commencing the provision of CMM services in the Specialty Pharmacy, the manager support was essential, facilitating entry into the field and integration with the staff. During the interviews, the manager expressed her support and interest as a facilitator for CMM implementation in the Specialty Pharmacy:

I think that the major difficulty is to get the manager to accept. So as now I was the manager of the pharmacy, I said: “great, so now it can be done!”.

However, the manager support should imply the active involvement of the managers as partners in this process, including CMM as an essential service in the pharmacy agenda. In the Specialty Pharmacy, the lack of more active participation of the manager posed a challenge to the implementation of the service and this fact emerged in numerous reflections described in the field journals of the pharmacists in charge of implementation:

This fact makes me reflect that no matter how much we strive for the service to go well, if the management is not fully committed, CMM runs the risk of not working out. This is out of our control. Even though the manager supports the service and we have approval to do what we need to do, the management team is not fully involved.

Evaluation of physical and material resources

Each practice setting has unique characteristics and the professional responsible for implementing the service must be aware of these. Taking this into consideration, the resources available and the viability of incorporating the service into the unit were assessed before the CMM service provision started. Initially, the pharmacists in charge took part in meetings with the manager and visited the setting several times. It was identified that the Specialty Pharmacy had adequate physical and material infrastructure to provide the service. This factor was mentioned by interviewees as a facilitator for CMM implementation. Besides the rooms for private patient consultations, the availability of electronic documentation and the overall physical structure and organization of the unit were highlighted by participants as facilitators for CMM implementation.

Evaluation of human resources

A successful CMM service demands a specific type of practitioner with certain characteristics, with knowledge about the CMM work process.

Practitioners' characteristics

The interviewees highlighted the need to identify, in the practice setting in which the CMM is to be implemented, practitioners that possess certain characteristics considered essential for clinical practice. This aspect is illustrated by the following sentence:

But you have to like it [the clinical practice]. Because there are those who (...) weren't cut out to work directly with patients, but are more suited to the logistic and administrative activities. (...) But first and foremost I think you have to find people with the right profile to be there.

The clinical pharmacists responsible for the implementation of the CMM showed real desire to deliver patient care. They were willing to take responsibility for the results of their decisions as well as to communicate with other health care providers. Working directly with patients demanded the development of therapeutic relationships with patients, which was something considered very new for pharmacists. This fact may have

positively influenced patients' perceptions of the consultations, increasing their satisfaction with the service. During the interviews, patients voiced their satisfaction with the CMM service, as shown in the excerpt below:

So he [the patient] can talk about his doubts, right? Doubts that he normally wouldn't talk about with the physician (...) I feel like I'm inside an ideal clinic. I think that it should be like this in any kind of treatment, in any kind of contact with health professionals.

Knowledge about the theoretical framework of CMM services

With the exception of the pharmacists in charge of the implementation, the other pharmacists at the unit had no previous knowledge about CMM. Considering this aspect, during the interviews, the pharmacists recognized the need to train the future providers. Before providing a clinical service, the practitioner must have a well-structured knowledge on the philosophical, theoretical and methodological aspects of the practice, as well as knowledge of pharmacotherapy for a number of different health conditions. The pharmacists interviewed also pointed out that CMM providers must dedicate time to studying and acquiring this "new" type of knowledge:

If you are going to be the pharmacist running the CMM service, it's necessary to know what you need to do to access this knowledge in order to perform CMM. (...) There's the issue of having time to study. You also have a group of diseases that are more common and you have to at least master these main diseases for you to know how you are going to conduct the practice.

Time dedicated to CMM services

The interviewees identified the fact that the pharmacist had to be in charge of managing both the CMM service and medication dispensing services as a major challenge:

There's no way of not ending up doing both jobs: the role of managing the unit and the role of attending the patient. It is a challenge.

Throughout the period of fieldwork, this challenge was evident. It reiterates the need for a pharmacist to be dedicated specifically to the provision of CMM services. One of the pharmacists, owing to the duality of functions, was not able to dedicate time for the

clinical activities. The drug supply/logistic and administrative activities were her priority. Her duty was comprised almost entirely by filling in for other pharmacists whenever necessary. She reported that situation during the interview:

I had no chance to do it [CMM] because just when I got started, a pharmacist here would leave, then another one over there would too. I cannot let the service [management of drug dispensing] grind to a halt. I even said to the Specialty Pharmacy manager, "it's impossible".

Redefining the work process

The prolonged fieldwork demonstrated that CMM service requires the redesign of the work process within the place where it is being implemented. The participants pointed out that it is necessary to develop the pharmacy technicians' autonomy in order to fully perform certain logistic functions that are still performed by pharmacists. Conversely, pharmacists will have time available to dedicate to the clinical activities such as the provision of CMM services. Also important, as described by the interviewees, is the reorganization of the clinical and the administrative roles among the pharmacists. This becomes evident in settings where there is no exclusive pharmacist hiring for clinical practice and then the work processes should be reorganized in order to allow the professional to dedicate time to CMM service. The pharmacy manager illustrates this point:

Nowadays I have worked with the pharmacists here in terms of giving more autonomy to the pharmacy technicians, so they will be able to do the administrative job. This way, the pharmacists can invest their time in other activities, such as CMM.

However, according to interviewees this process was somewhat challenging, highlighting the resilience of the team as essential to move forward:

You have to change the whole structure of the unit. And then I see that people are really unwilling to make the slightest effort toward changing things for the better.

Defining patient eligibility criteria to CMM service

Considering the high number of patients and medical conditions attended by the specialty pharmacy unit and the shortage of clinical pharmacists, it was impossible to

make CMM services available to all patients. Thus, early in the implementation the following doubt arose: which group of patients should be eligible for the service? The clinical pharmacists recognized the need of selecting specific patients to receive the service. They also noted the importance of prioritizing more complex patients, who can benefit more from CMM:

But I think we should broaden because maybe we are contributing less than we could. Perhaps there are patients who need the CMM more than those we are seeing. Not that those we are seeing don't need it. They need it and we can see this from our results. But perhaps we could help even more.

Defining patient flow to CMM service

The results showed that reorganizing the flow of existing activities at the pharmacy was necessary for integrating CMM into the Specialty Pharmacy. As in many other health settings, the appointments with the pharmacists are not generally part of the traditional service, demanding the design of a patient flow consistent with the other activities:

And that is something that we need to think about. Today we have a flow that is like this: patients come, and then they are attended by the pharmacy technician and then they leave. Right? If they want to talk to the pharmacist they can have access to the pharmacist; but there isn't a clinical service provided by the pharmacists in this flow, right? What could be done is to create this flow [*to CMM service*] (...). This way, when they come here, they [*patients*] can look for this service.

At the pharmacy, it was necessary to decide how the patients would access the CMM service. First, the clinical pharmacists developed prospecting strategies and the approach that performed the best was to offer the service to users by telephone. The CMM consultations were preferentially booked on the same day the patient went to the unit to get their medications. This was seen as a facilitator that encouraged initial adherence of the patient to the CMM service.

Communication with healthcare team

The peculiarities of each setting will call for different forms of communication with the healthcare team. In the Specialty Pharmacy, considering the absence of a

multiprofessional team, the contact with other health professionals were made through letters delivered to the patients. The interviewees considered this alternative form of communication the most suitable for the service. For them, the operation of CMM requires the establishment of an effective communication with the prescriber and other health professionals:

I can't see another way of communicating with the physicians, except through the letters. There are no other means right now. I say this because I have tried to make contact with clinics and hospitals. (...) We only get to speak to that professional who answered the phone. But is this person actually going to pass that information on? The information goes astray.

Integration with the staff

Efforts must be made with the objective to integrate the CMM service with the other activities developed in the practice setting and with the other members of the staff. The interviews and participant observation revealed the need felt by the pharmacy staff, including the pharmacists and the technicians, to be involved in the CMM service. They pointed out that the CCM service also relies on them:

You [*clinical pharmacist*] are the ones providing this service here, but we are also part of it, because sometimes you depend on us to refer a patient to the service, right? Or gather data and so forth. So we think that your interaction with the rest of the employees should be positive so that they can interact with the service.

Because they [pharmacy technicians] are part of the service, aren't they? They are not separate from the service [CMM].

Marketing the service internally

Throughout the process of participant observation, it was evident that, even after CMM was operating for some time, many staff members were still unaware of the service. One of the clinical pharmacists wrote in her field journal: "*it's like I continue to be anonymous to most of the technicians*". Indeed, the service was presented to the pharmacy staff almost one year after its implementation started, leading to breakdowns in internal communication:

The main thing I saw was the communication issue. (...) But I think that perhaps, improving this internal communication a bit, for everyone to be up to speed and know how it works, helps the patient.

One marketing strategy highlighted by the interviewees involved the reporting of results of the service (clinical, economic and humanistic) to the pharmacy staff:

So, as soon as you start to show the results, you have concrete data, this builds credibility. This shows the importance of the service.

DISCUSSION

This qualitative study revealed conditions that could optimize the implementation of CMM services. This was identified through interviews along with participant observations as well as reflective practice. The variety of participants allowed a broad view of the process from different perspectives. Also, it should be noted that these eleven conditions are interconnected, where shortcomings in one can affect the other.

The data highlighted the importance of having a plan prior the implementation of a clinical service, ensuring greater efficiency during this process. It is important to know the place, its people, their values and work processes, which will allow creating a plan that is harmonious with the culture of the place. Also, it is crucial to have allies that will make the process smoother.

Studies have shown that in successful CMM services the pharmacists have the support of the managers, confirming the importance of management support²⁷. In this study, the support of the management was considered pivotal to commencing the implementation process. A strategy is required when presenting the proposal of the service to the manager. The pharmacist must be alert to the current concerns of the manager so that the provision of the CMM is compatible with the local needs. Knowledge of the economic, clinical and humanistic benefits of the CMM service, extensively reported in national and international literature, is essential⁶⁻¹¹.

To achieve an effective implementation, previous understanding of the physical infrastructure and human resources, flow of services and local activities including patient flow, of the existing site is required. It is vital to assess the viability of the service within the setting before starting the process, considering the requirements for developing a clinical practice. In order to run an CMM service, adequate rooms for individual consultations, that were available in the study setting, are essential. The availability of private rooms allows patients to recognize the CMM as an organized, professionally-run practice that safeguards the privacy of the users²⁸.

The current situation of the pharmacy profession in Brazil and in most countries puts some initial challenges on the implementation of pharmacist-based clinical services. The majority of the Brazilian pharmacists are not prepared for the provision of clinical services and they are not fully integrated into the health care team. For the most part, they are not expected to work directly with patients. In a variety of settings, the pharmacist's role is focused strictly on drug dispensing. As described by Strand *et al.* (2004), it is "necessary to transform the pharmacist from a predominantly product-focused employee into a patient-centered care provider"²⁹.

The results of this ethnographic experience are in agreement with international recommendations stating that choosing practitioners who have specific qualities to provide direct patient care should be a priority action in the process of setting up an CMM service^{28,30}. Building this profile involves a transformation in the way the professional behaves. For this to take place it is crucial that the pharmacist truly embodies the philosophy of pharmaceutical care and assumes this as his or her professional mission³¹. The paradigm shift requires changing the focus from the product (medication) to the patient.

Studies conducted nationally and internationally highlight the lack of confidence of pharmacists in delivering services directly to patients and the need to develop specific skills for the clinical practice³²⁻³⁵. Besides understanding the theoretical and philosophical foundation of the professional practice, these skills include knowledge about the pharmacotherapy for a number of different medical conditions²⁹. The

participants of this study emphasized the need for training the pharmacist involved in the CMM service. In addition, the mastering of the components of pharmaceutical care practice allows the practitioner to employ well-founded arguments to present the service to managers, other members of the practice setting, other health professionals and patients. In addition, the use of a systematic clinical method ensures standardization of the work processes of practitioners as well as contributes for the social recognition of the practice²⁷.

Akin to the present study, there appears to be a consensus in the literature on the need for the system of managing the CMM service to be separate from that of dispensing medications^{1,2}. According to Schommer *et al.* (2008)³⁶, community pharmacists in the United States cited the burden of dispensing activities as one of the main factors preventing them from providing CMM services. This same phenomenon was observed during the implementation of CMM at the Specialty Pharmacy. Therefore, the results of this article reiterate the need to identify a pharmacist whose time is dedicated solely to clinical consultations. However, this is often not possible since the same practitioner is expected to perform both roles. In these cases, defining shifts with specific times for each activity is essential and has proved successful in some practices in the United States²⁷. This reinforces the need to redefine work processes in the study setting to provide time for the pharmacist to perform CMM, which was pointed out by the participants.

Another important aspect when starting a CMM service is defining the eligible patients. The lack of qualified practitioners for CMM and the high demand of potential users of this service mean that specific groups of patients need to be selected. Many successful practice settings in the United States target patients that can benefit most from the CMM service: individuals in use of several medications and who have multiple comorbidities³⁷. The participants in this study also indicated prioritizing more complex patients for the service as a strategy. By concentrating on patients that most need the intervention of an CMM provider, the benefits of the services are reflected in clinical results more quickly²⁷. However, the determining factors to successfully define the profile of patients to be

attended can vary^{27,38}. Patient profile selection should be carried out together by team members, taking into consideration the peculiarities, needs and priorities of each setting.

During the process of implementing a totally new clinical service in the setting, the remodeling of the unit, both physically and in terms of flow of activities, was necessary²⁸. In the studied Specialty Pharmacy, the reorganization of patient flow in the unit was necessary and somewhat challenging. To facilitate this process, the flow of the CMM service must be fully compatible with the flow of the other activities in the practice setting. Thus, previous knowledge of the environment where the CMM practice is to be implemented is vital. Another aspect that emerged from this study regards the importance of the efforts of the practitioner to promote integration of the CMM service with the team.

The interviewees highlighted the desire to be involved in the implementation process where the openness and receptiveness of the team represent a facilitator. Costa & Pereira (2012) emphasized that the receptiveness and cooperation of the whole team is essential for implementing CMM. This reinforces the need to adopt adequate internal and external marketing strategies for the CMM services, which has the potential to integrate the internal team and involve the patient in the care process.

The operation of CMM services require communication with physician and other members of the healthcare team⁴⁰. In addition to the problems that can be solved directly with the patient (such as non-compliance to the regimen), the resolution of DTP often demands the introduction, suspension and/or changes in drug dosage. Therefore, the pharmacist should be able to build a relationship with other professionals using effective communication strategies³¹.

The results of the study confirmed the viability of implementing the CMM service in this Specialty Pharmacy unit in Brazil. To the best of the authors' knowledge, no other publications assessing the implementation of CMM services in the Specialty Pharmacy Program in Brazil exist in the literature. Given the wide array of different settings for implementing CMM services, each will have unique features that need to be recognized

and individually assessed by the implementers. The methodology of the present study made possible to identify a vast range of criteria that were corroborated individually with other studies. Hence, we believe that the conditions outlined in this article should be considered by pharmacists during the implementation of CMM services in different practice settings.

Several strategies were adopted to minimize the inherent limitations of qualitative research: use of multiple methods of data collection (participant observation, field journals and interviews), prolonged immersion in the field, selection of diverse participants for interviews, and collaborative analysis of the data by the two researchers.

CONCLUSION

The conditions unveiled by this article can be used by pharmacists and managers as a tool to optimize the implementation of CMM services in other health care settings. Some of the key conditions that should be taken into consideration prior CMM implementation included the manager support, time dedicated exclusively to CMM practice and marketing of the service. These conditions do not consist the only aspects necessary to ensure the success of the service; however, they can contribute to improve the implementation process of the practice.

DISCLOSURE

The authors have nothing to disclose.

References

1. Ramalho-de-Oliveira D. *Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. 1st ed. São Paulo: RCN; 2011.
2. Cipolle RJ, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management*,. 3rd ed. New York: Mc Grand Hill; 2012.
3. Patient-centered Primary Care Collaborative. Integrating comprehensive medication management to optimize patient outcomes. 2012.
4. Ernst FR, Grizzle J. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2001;41(2):192-199. doi:10.1001/archinte.1995.00430180043006.
5. Who. Promoting rational use of medicines: core components. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>; 2002. Accessed: 03.21.16
6. Stark RG, John J, Leidl R. Health care use and costs of adverse drug events emerging from outpatient treatment in Germany: a modelling approach. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:1-9. doi:10.1186/1472-6963-11-9.
7. Alhawassi TM, Krass I, Bajorek B V, Pont LG. A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. *Clin Interv Aging*. 2014; 9:2079-2086. doi:10.2147/CIA.S71178.
8. Johnson JAMs, Bootman LJP. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. *Arch Intern Med*. 1995;155:1949-1956.
9. Ramalho-de-Oliveira D, Brummel AR, Miller DB. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *J Manag Care Pharm*. 2010;16:185-195.
10. Obreli-neto PR, Marusic S, Guidoni CM, Baldoni AO, Renovato RD, Pilger D, Cuman, RKN, Pereira RLR. Economic evaluation of a pharmaceutical care program for elderly diabetic and hypertensive patients in primary health care: a 36-month randomized controlled clinical trial. *J Manag Care Pharm*. 2015; 21:66-75.
11. Brummel A, Lustig A, Westrich K, et al. Best practices: improving patient outcomes and costs in an aco through comprehensive medication therapy management. *J Manag care Spec Pharm*. 2014;20(12):1152-1158.
12. Bunting B a, Smith BH, Sutherland SE. The Asheville Project: clinical and economic outcomes of a community-based long-term medication therapy management program for hypertension and dyslipidemia. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2014;48(1):23-31. doi:10.1331/JAPhA.2008.07140.
13. Schultz H, Westberg SM, Ramalho-de-Oliveira D, Brummel A. Patient-perceived value of medication therapy management (MTM) services: a series of focus groups. *Inov Pharm*. 2012;3:1-8.
14. Mourão AOM, Ferreira WR, Martins MAP, et al. Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil: a randomised controlled trial. *Int J Clin Pharm*. 2013;35:79-86. doi:10.1007/s11096-012-9710-7.

15. Ramalho-de-Oliveira D. Pharmaceutical care uncovered: an ethnographic study of pharmaceutical care practice. 2003.
16. Carias CM, Vieira FS, Giordano C V., Zucchi P. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do ministério da saúde do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2011;45:233-240. doi:10.1590/S0034-89102011000200001.
17. Remme JHF, Adam T, Becerra-Posada F, D’Arcangues C, Devlin M, Gardner C, Ghaffar A, Hombach J, Kengeya JFK, Mbewu M, Mbizvo MT, Mirza Z, Pang T, Ridley RG, Zicker F, Terry RF. Defining research to improve health systems. *PLoS Medicine*. 2010;7: 1-7. doi:10.1371/journal.pmed.1001000.
18. Who. Implementation research for the control of infectious diseases of poverty. 2011:1-147. doi:SBN 978 92 4 150262 7.
19. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *Br J Sports Med*. 2014;48(8):731-736. doi:10.1136/bmj.f6753.
20. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation research in health: a practical guide. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. 2013.
21. Ministério da Saúde. Da excepcionalidade às linhas do cuidado. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/excepcionalidade_linhas_cuidado_ceaf.pdf; 2010. Accessed 15.03.16
22. Hammersley, Martyn and Atkinson P. *Ethnography. Principles in practice*. 2nd ed. London and New York; 1995.
23. Prentice R. Ethnographic approaches to health and development research : the contributions of anthropology. In: Bourgeault I, Dingwall R, Vries R De, eds. *The SAGE Handbook Qualitative Methods Health Research*. London: SAGE Publications Ltd; 2014:157-174.
24. Baumbusch JL. Conducting critical ethnography in long-term residential care: experiences of a novice researcher in the field. *J Adv Nurs*. 2011;67(1):184-192. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05413.x.
25. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Sampling in qualitative research : a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad Saude Publica*. 2011;27(2):389-394. doi:10.1590/S0102-311X2011000200020.
26. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cien Saude Colet*. 2012;17(3):613-619. doi:10.1590/S1413-81232012000300006.
27. McInnis T, Capps K. Get the medications right: a nationwide snapshot of expert practices. comprehensive medication management in ambulatory/community pharmacy. Vienna: Health2 Resources; 2016.
28. Willink DP, Isetts BJ. Becoming “indispensable”: developing innovative community pharmacy practices. *J Am Pharm Assoc*. 2005; 45:376-389. doi:10.1331/1544345054003859.

29. Strand L, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The Impact of Pharmaceutical Care Practice on the Practitioner and the Patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. *Current Pharmaceutical Design*. 2004; 10:3987-4001.
30. Silva DF. Universidade Federal De Minas Gerais Faculdade De Farmácia Programa De Pós-Graduação Em Ciências Farmacêuticas. 2015.
31. Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. *Curr Pharm Des*. 2004. doi:10.2174/1381612043382549.
32. Dosea AS, Brito GC, Santos LMC, et al. Establishment, Implementation, and Consolidation of Clinical Pharmacy Services in Community Pharmacies: Perceptions of a Group of Pharmacists. *Qual Health Res*. 2015:1-11. doi:10.1177/1049732315614294.
33. Marquis J, Schneider MP, Spencer B, Bugnon O, Du Pasquier S. Exploring the implementation of a medication adherence programme by community pharmacists: a qualitative study. *Int J Clin Pharm*. 2014;36:1014-1022. doi:10.1007/s11096-014-9989-7.
34. Pereira ML, Oliveira DR, Sebastião A, Coelho G, Cep C, Mg D. Da Teoria à Prática: Relatos da Experiência de Implantação da Clínica de Atenção Farmacêutica em Minas Gerais, Brasil. *Lat. Am. J. Pharm*. 2009; 28:869-875.
35. Brata C, Fisher C, Marjadi B, Schneider CR, Clifford RM. Factors influencing the current practice of self-medication consultations in Eastern Indonesian community pharmacies: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2016;31:657-681. doi:10.1016/j.annals.2004.01.010.
36. Schommer JC, Planas LG, Johnson KA, Doucette WR. Pharmacist-provided medication therapy management (part 1): provider perspectives in 2007. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2008;48:354-363.
37. Oladapo AO, Rascati KL. Review of survey articles regarding medication therapy management (mtm) services/programs in the united states. *J Pharm Pract*. 2012;25] :457-470. doi:10.1177/0897190012442715.
38. Lewin Group. Medication therapy management services: a critical review. *J Am Pharm Assoc*. 2005;45:580-587.
39. Costa JM, Pereira ML. Implementation of pharmaceutical care in a primary care unit of the unified health system in Brazil: *Qualita*. 2012;15:287-293.
40. California Department of Public Health. Comprehensive medication management programs: description, impacts, and 2015 status in southern california, 2015.

Integration with the staff	Promoting the involvement and support of the local team, involving all staff in general. Identifying professionals that can work as partners.
Marketing the service internally	Presenting the proposal of the CMM to the whole staff before commencing implementation. Promoting constant marketing of the service to patients, local staff (internal public) and to other health professionals (external public).

12 ANEXOS

Anexo I

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

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Paciente

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) para participar desta pesquisa, que tem como objetivo compreender sua experiência subjetiva com a doença, com o uso de medicamentos e com o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM), assim como avaliar os resultados clínicos e econômicos desse serviço. O serviço de GTM é aquele oferecido pelo (a) farmacêutico (a) que procura ajudar os pacientes a fazer o melhor uso possível dos seus remédios.

Caso você concorde em participar, faremos consulta ao seu prontuário buscando informações relativas ao seu atendimento no serviço de GTM. Em nenhum momento haverá associação dos dados que estão no seu prontuário com o seu nome ou qualquer informação que identifique você. Poderá também ser convidado a participar de uma entrevista. A entrevista será realizada em local que garanta sua privacidade e sigilo. Você tem liberdade para não responder a todas as perguntas e também a desistir de participar a qualquer momento.

Sua participação é muito importante e totalmente voluntária. Você não receberá nenhum bônus ou incentivo financeiro para participar dessa pesquisa. Os benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa serão a compreensão de aspectos relevantes da relação profissional-paciente e dos resultados do serviço de GTM, que contribuirão para

melhorias na conduta ética e clínica do farmacêutico nesse serviço. Toda a informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a sua identificação será mantida como informação sigilosa.

A qualquer momento você poderá tirar suas dúvidas a respeito da pesquisa. Sua participação não lhe trará nenhum ônus ou prejuízo. Se decidir por não participar, isso não vai interferir no seu atendimento neste serviço e em outros oferecidos pela unidade de saúde. Se o senhor (a) aceitar participar, a qualquer momento você poderá desistir de continuar a fazer parte desta pesquisa, sem que isso traga qualquer problema ao seu acompanhamento.

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