

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FARMÁCIA

GEORGIANE DE CASTRO OLIVEIRA

SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA EM UM  
AMBULATÓRIO DE DIABETES: ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE AS  
RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS

Belo Horizonte - MG

2016

GEORGIANE DE CASTRO OLIVEIRA

SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA EM UM  
AMBULATÓRIO DE DIABETES: ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE AS  
RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Clarice Chemello

Co-orientadora: Prof. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira

Departamento de Farmácia Social

Faculdade de Farmácia - UFMG

Belo Horizonte - MG

2016

O48s Oliveira, Georgiane de Castro.  
Serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa em um ambulatório de diabetes: estudo etnográfico sobre as relações interprofissionais / Georgiane de Castro Oliveira. – 2016.  
133 f. : il.

Orientadora: Clarice Chemello.  
Coorientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.

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

1. Medicamentos – Terapêutica – Teses. 2. Assistência ao paciente – Teses. 3. Relações interprofissionais – Teses. 4. Pessoal da saúde pública – Teses. 5. Trabalho em equipe – Teses. 6. Serviços de saúde – Teses. I. Chemello, Clarice. II. Oliveira, Djenane Ramalho de. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 362.1042



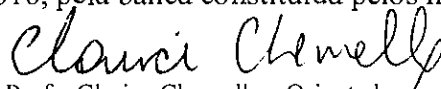
## FOLHA DE APROVAÇÃO


SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA EM UM  
AMBULATÓRIO DE DIABETES: ESTUDO ETNOGRÁFICO SOBRE AS  
RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS

### GEORGIANE DE CASTRO OLIVEIRA

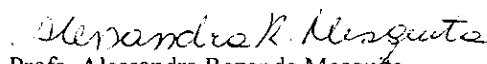
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA FARMACEUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 21 de julho de 2016, pela banca constituída pelos membros:

  
Profa. Clarice Chemello - Orientadora  
UFMG

  
Profa. Djenane Ramalho de Oliveira - Coorientadora  
UFMG

  
Profa. Ana Maria Chagas Sette Camara  
UFMG

  
Profa. Alessandra Rezende Mesquita  
UFMG

Belo Horizonte, 21 de julho de 2016.

## AGRADECIMENTOS

Sei que não conseguirei expressar toda a gratidão que tenho nesse momento de conclusão dessa importante etapa. Tentarei, no entanto, lembrar de algumas pessoas que passaram e, muitas delas, permaneceram em minha vida e contribuíram para que eu conseguisse realizar essa pesquisa.

Às minhas orientadoras Clarice e Djenane, pela oportunidade. Clarice, obrigada pela disponibilidade, pela presença, pela preocupação e carinho em todos os momentos. Djenane, à você meu agradecimento deve ser por etapas, como orientadora, muito obrigada pelas valiosas dicas, pelos elogios dados nos momentos certos, por acreditar em minhas ideias e me incentivar a ir além. Como professora e amiga, obrigada por me apresentar o GTM, por compartilhar comigo a responsabilidade de difundir essa importante prática e por confiar a mim um dos nossos mais valiosos espaços, a Liga Acadêmica de Diabetes.

À equipe da LAD e todos os profissionais e alunos que passaram por lá, muito obrigada por serem amigos e companheiros na difícil tarefa de cuidar com tantas limitações encontradas. Rodrigo, Ann e Milena, não tenho como explicar o quanto foram especiais em minha vida, exemplos a serem seguidos. Professores dedicados a seus alunos, que me mostraram que docência é uma escolha exigente, mas também muito prazerosa.

Não posso deixar de agradecer as 'meninas da nutrição' que compartilharam conhecimento e afeto comigo e com toda a equipe de GTM na LAD. Aos acadêmicos e residentes de medicina, em especial Fabi, Fran, Samanta, Hugo e Yane. Vocês me fizeram e fazem crer que bons profissionais estão sendo formados. A todos que passaram pela LAD, obrigada pela troca de experiências. Dessas experiências nasceu esse trabalho e também muito crescimento pessoal.

À equipe de GTM na LAD, sou muito grata a todas as pessoas que trabalharam comigo na missão de GTMizar. Gabi, obrigada por ser minha companheira nessa jornada que já caminha pra seu 3º aniversário, por me desafiar a superar minhas barreiras e dificuldades e por me ouvir quando preciso, quase sempre. Meus acadêmicos queridos, Hágabo e Igor, muito obrigada pela oportunidade de aprender dia-a-dia com vocês. Vocês me

ensinaram muito mais que eu imaginava e me ajudaram a ter certeza do caminho que quero seguir.

Ao CEAF, minha escola de formação clínica. A todos os membros, obrigada pela união, pelo caminhar juntos e pela paciência para as dúvidas de principiante. Às minhas maiores incentivadoras nesse espaço, Isabela, Kirla e Thaís, muitíssimo obrigada. Bela, obrigada por tudo! Você foi minha parceira nessa construção e dividiu conhecimento, informações úteis (de Nvivo à gramática) e muito carinho. Kirlinha, gratidão pelo aprendizado de todo dia, por dividir o amor pela etnografia e me dar casa sempre que precisei. Thaís, obrigada por me ouvir e me encher de áudios naqueles momentos que eu mais precisava ouvir.

Às demais gladiadoras, Mari e Cid, vocês são meu exemplo de profissional de saúde no cuidado centrado na pessoa. Cid, nunca conseguirei retribuir tudo que fez por mim, desde os ensinamentos de prática na LAD até a confiança em meu trabalho nas indicações para as aulas da pós. Samu, Dani, Simone, Bia e demais amigos e companheiros do Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, sou muito grata a vocês por terem tornado esses dois anos muito prazerosos e recheados de questionamentos e aprendizagem. Mariana Gonzaga, você chegou no momento certo nas nossas vidas, pra tornar nossos super problemas em questões passíveis de resolução em 5 minutos e uma boa conversa, muito obrigada por realizar isso.

Aos meus pais, Zenite e Jorge, por todo o empenho para que nós, filhos, conseguíssemos alcançar nossos sonhos. Vocês são super pais, meus maiores exemplos de amor incondicional. Sou muito grata pelos sábios ensinamentos, pelos puxões de orelha necessários, por acreditarem em mim a todo momento, por me ensinarem os valores da responsabilidade, integridade e humildade. E, acima de tudo, me amarem e respeitarem todas as minhas escolhas.

Aos meus irmãos, Filipe, Júlia e Luana, pelo carinho e pela compreensão nas ausências e nas chatices. Vocês são joias na minha vida, pessoas maravilhosas que dividem comigo todas as minhas fraquezas e fortalezas. Um salve especial à Júlia, por me ajudar na construção e desconstrução do texto dessa dissertação.

À toda a minha família, pelo que vai além das palavras. Vittor, Míriam, Jess, Fabs e todos os outros primos, tios e avós que sempre torceram e confiaram em mim. Aos meus

amigos da Faculdade de Farmácia, de forma especial, Paula, Vitor e Ronara; aos meus amigos do Coltec e aos meus amigos de Itabirito, Fefê e Rogério, gratidão sem limites!

*“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.”*

**Paulo Freire**



## RESUMO

O gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) é um serviço clínico pautado no arcabouço teórico metodológico da atenção farmacêutica. Para alcançar melhores resultados clínicos, humanísticos e econômicos, o serviço de GTM, deve ser inserido na equipe, por meio da prática compartilhada. Existem algumas competências fundamentais para o trabalho em equipe efetivo e modelos de construção de relações interprofissionais que podem ser seguidos. O objetivo desse estudo foi compreender as relações interprofissionais e desafios para a provisão do serviço de GTM pelo farmacêutico inserido na equipe de saúde, por meio do compartilhamento de cuidado entre diferentes profissionais. Foi realizada uma etnografia crítica em uma equipe de trabalho interprofissional em um ambulatório de diabetes. Os métodos incluíram observação participante por 17 meses, com notas em diário de campo e entrevistas semiestruturadas com 14 membros da equipe. Fundamentado na análise sistemática dos dados, quatro categorias principais foram construídas: 1. Compreendendo as relações interprofissionais, 2. Compartilhando o cuidado, 3. Desvelando os desafios no caminho do cuidado compartilhado e 4. Desenhando um caminho para o cuidado centrado no paciente. Para alcançar a compreensão sobre as relações interprofissionais, foi importante abordar os facilitadores para a construção dessa relação, incluindo acessibilidade, comunicação, confiança, harmonia, respeito e tempo de experiência. Além disso, a definição dos papéis e o entendimento do limite profissional foram apontados como fundamentais para o processo construtivo. Na categoria de compartilhamento do cuidado, foi pontuada a importância do encaminhamento do paciente entre profissionais parceiros, reforçando a confiança na equipe. Igualmente, foi apontada a necessidade da construção de metas terapêuticas compartilhadas. Os desafios encontrados para o cuidado compartilhado, na equipe do ambulatório de diabetes, incluíram limitações de infraestrutura, de rotatividade profissional e de falta de institucionalização dos profissionais da equipe. Outro desafio encontrado foi a complexidade da demanda do paciente. Para superação desses desafios, a equipe elencou algumas mudanças importantes, como reorganização dos atendimentos, melhoria na documentação e manutenção de uma rotina de discussão dos casos. Foi também assinalado a existência das relações de poder nas equipes de saúde, com predominância do poder médico e, conseqüentemente, resistência desse profissional no trabalho compartilhado. Na categoria final, foi proposto um caminho de formação

integrada para o cuidado centrado no paciente, com a desconstrução da formação individualizadora atualmente existente nos cursos da área de saúde. Este trabalho permitiu a compreensão sobre a dinâmica das relações interprofissionais e o cuidado compartilhado, em um cenário onde o serviço de GTM está inserido na equipe de saúde. A compreensão do processo de trabalho em equipe é importante para o surgimento de novas iniciativas de trabalho colaborativo e permite a formação profissional voltada para o compartilhamento do cuidado.

**Palavras-chave:** Gerenciamento da terapia medicamentosa, relação interprofissional, trabalho em equipe, etnografia crítica

## ABSTRAT

Medication therapy management (MTM) is a clinical service grounded in the methodological and theoretical framework of pharmaceutical care. To achieve best clinical, humanistic and economic results, MTM should be inserted into the team through a shared practice. There are some fundamental skills for teamwork and interprofessional relations models that may be followed. The aim of this research was to understand the interprofessional relations and challenges for the provision of MTM by the pharmacist inserted in the health team, through shared practice. This study was developed using the critical ethnography methodology. Data collection included individual semistructured interviews with fourteen team members, and participant observation, with field notes during 17 months. Based on the systematic data analysis, four main categories were founded: 1. Understanding inter-relationships, 2. Sharing the care, 3. Clarifying the challenges in the way of shared care and 4. Drawing a path to the patient-centered care. To achieve understanding of the inter-relationships was important to address the facilitators to build this relationship, including accessibility, communication, trust, harmony, respect and long experience. In addition, the definition of roles and the understanding of the professional limit were appointed as fundamental to the construction process. In the care sharing category, was scored the importance of patient referral partners among professionals, enhancing confidence in the team. Furthermore, it was pointed out the need to build shared therapeutic targets to be considered shared care. The challenges for the shared care included infrastructure limitations, staff turnover and lack of institutionalization. Another challenge found is the complexity of the patient's demand. To overcome these challenges, the team has listed some changes, such as reorganization of care, improved documentation and maintenance of a case discussion of routine. It was also noted the existence of power relations in health teams, especially the medical power and, consequently, medical resistance in the shared work. In the final category, an integrated training path has been proposed, with the deconstruction of the currently existing individualizing training in healthcare courses. This work allowed the understanding of the dynamics of inter-relationships and shared care, in a scenario where the GTM service is inserted in the health team. Understanding the work process in a team is important to the emergence of new collaborative initiatives and allows training focused on the care sharing.

**Keywords: Medication Therapy Management, Interprofessional relationship, teamwork and critical ethnography**

## SUMÁRIO

<b>1. MOTIVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA</b> .....	<b>10</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
3.1. Como surgiu o trabalho em equipe.....	15
3.2. Medicina centrada na pessoa como método clínico no trabalho em equipe ...	18
3.3. Como o Gerenciamento da Terapia Medicamentosa se relaciona com o trabalho em equipe .....	21
3.4. Relações de poder no cuidado, desafios para o trabalho em equipe .....	23
3.5. Construções das relações interprofissionais entre médicos e farmacêuticos	24
3.6. Definição de terminologia .....	27
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>29</b>
4.1. Posicionamento Epistemológico .....	29
4.2. Etnografia .....	29
4.3. Local da Pesquisa .....	31
4.4. Amostragem.....	32
4.5. Coleta de Dados.....	33
4.5.1. <i>Observação de Campo</i> .....	33
4.5.2. <i>Entrevistas informais</i> .....	34
4.5.3. <i>Entrevistas formais</i> .....	34
4.6. Rigor .....	35
4.7. Análise de Dados.....	36
4.8. Aspectos Éticos.....	37
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>38</b>
5.1. Construindo a história, apresentando os personagens.....	38

<b>5.2. Descrevendo o cenário e a cultura do local</b> .....	<b>40</b>
<b>5.3. Compreendendo as relações interprofissionais</b> .....	<b>42</b>
5.3.1. <i>“Uma coisa são vários profissionais trabalhando juntos, outra coisa são vários profissionais trabalhando conjuntamente”</i> : facilitadores para a construção das relações interprofissionais.....	43
5.3.2. <i>“A medida que as pessoas trabalham juntas e que a gente vai desenvolvendo atividades, cada um também começa a atuar um pouco na interface do outro”</i> : papéis e limite profissional.....	49
5.3.3. <i>“É muito mais fácil escrever sobre o multiprofissional [inter], do que viver o multiprofissional [inter]”</i> : interprofissionalidade alcançada.....	55
<b>5.4. Compartilhando o cuidado</b> .....	<b>59</b>
<b>5.5. Desvelando os desafios no caminho do cuidado compartilhado</b> .....	<b>65</b>
5.5.1. <i>“Acaba que a gente tem ideia, tem potencial e não tem recurso”</i> : limitações encontradas.....	66
5.5.2. <i>“É difícil você receber o encaminhamento e ver que você não pode contribuir com nada”</i> : a complexidade da demanda do paciente. ....	70
5.5.3. <i>“A gente tem que pensar que é um processo de mudança para uma coisa melhor”</i> : mudanças para superação dos desafios. ....	72
5.5.4. <i>“Eu que decido e acabou”</i> : insegurança e resistência no cuidado compartilhado.....	76
<b>5.6. Desenhando um caminho para o cuidado centrado no paciente</b> .....	<b>82</b>
5.6.1. <i>“Anteriormente o profissional queria SER médico (ou farmacêutico, enfermeiro...), depois passou a TER aquela profissão, como dono do conhecimento, e agora estão escolhendo as profissões para APARECER”</i> : cuidado centrado no profissional.....	90
5.6.2. <i>“O excesso de poder é o principal aspecto que impede o trabalho multiprofissional [inter]”</i> : trabalho em equipe como recurso para o cuidado centrado no paciente .....	933
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>97</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>99</b>
<b>APÊNDICE A – Tópico-guia</b> .....	<b>97</b>
<b>APÊNDICE B – Artigo submetido</b> .....	<b>97</b>

**ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....97**

## 1. MOTIVAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Para entender a razão de escolha dessa pesquisa, preciso voltar no tempo, nas minhas motivações para cursar farmácia. Sempre tive um interesse grande em saúde. Apesar das dúvidas no momento do vestibular, eu sabia que queria trabalhar com o paciente. Quando ingressei no curso de farmácia, no entanto, tive idas e vindas nessa motivação inicial. Sucedeu que não me encontrava nas áreas propostas e cada vez mais me sentia perdida no curso.

Com isso, vieram os estágios optativos e projetos de extensão, na tentativa de conhecer um pouco melhor sobre a realidade profissional e ressurgir o interesse inicial. Foi em uma dessas vindas, que conheci a Atenção Farmacêutica. Já estava no nono período, em conflito e ansiosa para a formatura e atuação no mercado de trabalho. Conhecer e compreender a Atenção Farmacêutica foi o momento mais transformador da graduação. Aprendi que eu poderia cuidar, me responsabilizar e me conectar com o paciente.

Nesse mesmo período, surgiu a oportunidade de trabalhar na Liga Acadêmica de Diabetes (LAD) como acadêmica. Essa foi a primeira vez que trabalhava com um profissional de saúde além do farmacêutico. A LAD foi e é uma escola de formação para trabalhar em equipe. Mas eu sentia que o nosso serviço poderia ser melhor aproveitado naquele cenário.

Ao me formar, sentia que não havia aprendido o suficiente. Quando se é apresentado a Atenção Farmacêutica, se tem a certeza que o caminho só está começando. Assim, veio a decisão de entrar para o mestrado com o objetivo de aprender mais sobre Atenção Farmacêutica. A decisão de fazer a pesquisa na LAD foi natural e comecei a estudar então sobre trabalho em equipe.

No primeiro período do mestrado, fui apresentada a pesquisa qualitativa e, apesar da completa inexperiência na área, percebi que era através da pesquisa qualitativa que conseguiria responder as ansiedades e questionamentos que me assolavam, mesmo que ainda sem definição da pergunta de pesquisa.



A partir daí, adveio a imersão na literatura. O aprendizado não era mais apenas sobre AF. Era preciso aprender sobre trabalho em equipe e pesquisa qualitativa também. E com isso, delinee a pergunta de pesquisa, os objetivos e a metodologia.

Chego nesse momento com a certeza que ainda tenho muito que aprender, mas que a trajetória de aprendizado experienciada até agora ajudou a construir minha forma de enxergar como profissional e pessoa.

## 2. INTRODUÇÃO

A LAD é um projeto de extensão criado em 2006 por alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que oferece atendimento ambulatorial a pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 1 e 2. Este projeto tem como ferramenta a educação destes pacientes com relação a sua doença, proporcionando um aprendizado mútuo dos pacientes e dos profissionais envolvidos. Os atendimentos acontecem às quartas-feiras à tarde, no ambulatório Borges da Costa, anexo do Hospital das Clínicas da UFMG.

Até 2013, os pacientes da LAD eram atendidos por equipe composta por médicos, nutricionistas, enfermeiros, estudantes de medicina e nutrição. Uma parceria entre os professores da LAD e o Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG (CEAF), em outubro de 2013, levou à incorporação de uma farmacêutica e três estudantes de Farmácia à equipe multiprofissional, com a finalidade de realizar a implantação do serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM), serviço clínico pautado pela filosofia e processo de cuidado propostos na prática profissional da atenção farmacêutica proposta por Cipolle, Strand e Morley (1998).

Hepler e Strand (1990) definiram a Atenção Farmacêutica como “a provisão responsável da terapia medicamentosa com a finalidade de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente”. A Atenção Farmacêutica possui três componentes: a filosofia da prática, o processo de cuidado e o sistema de gestão da prática. A filosofia de prática define os valores e responsabilidades do profissional. Dessa forma, o farmacêutico assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente e responde por esse compromisso (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 1998).

Na Atenção Farmacêutica, o processo de cuidado é padronizado e centrado no paciente, que é visto de forma holística. As intervenções profissionais são baseadas em um processo racional de tomada de decisões, que é entendido dentro da lógica do processo de cuidado: o profissional avalia o paciente e elenca suas necessidades farmacoterapêuticas, em seguida traça um plano de cuidado buscando atender a essas necessidades e realiza um acompanhamento contínuo para avaliação dessas

intervenções e identificação de novas demandas relacionadas ao uso de medicamentos (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

Por fim, a Atenção Farmacêutica ainda prevê um processo de gestão da prática, oferecendo embasamento teórico suficiente para oferecimento de um serviço de GTM com resultados clínicos, humanísticos e econômicos satisfatórios (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 1998). O componente de gestão permite a personalização do serviço de acordo com as particularidades de cada cenário de oferta.

Pacientes que utilizaram os serviços de GTM em diferentes cenários de prática obtiveram melhora no controle das doenças e atingiram os objetivos terapêuticos desejados (ISETTS *et al.*, 2008; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, BRUMMEL e MILLER, 2010; BRUMMEL *et al.*, 2013; FOPPA *et al.*, 2016). O fundamento da atenção farmacêutica está no alcance dos objetivos terapêuticos e prevenção de novos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), com consequente melhora no controle de seus problemas de saúde (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2004).

O farmacêutico é o responsável pelo serviço de GTM no contexto da LAD. No entanto, a Farmácia vive uma crise de identidade, na qual as competências e áreas de atuação do farmacêutico são descritas em listas de atividades que não incluem uma prática profissional comum que as embasa. Historicamente, os farmacêuticos têm definido o que fazem de acordo com o local onde trabalham (LOSINSKI, 2011).

Dessa forma, o farmacêutico prestador de GTM, que possui uma prática profissional definida, tem o desafio de se afirmar como profissional responsável pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente, em uma sociedade que não compreende o papel assistencial desse profissional, papel este que também não é claro para a própria categoria. Como resultado, temos uma equipe de saúde que não entende como este profissional pode contribuir no cuidado direto ao paciente e para seus resultados em saúde.

Ademais, a implantação de um serviço clínico novo ainda envolve outros desafios, como a estruturação do cuidado pelo compartilhamento de responsabilidades com outros profissionais e a construção de uma prática holística centrada no paciente, de forma a garantir melhores resultados clínicos e humanísticos. Alcançar esse compartilhamento,

estruturado em uma equipe, exige grandes avanços na compreensão das inter-relações profissionais e as arestas que envolvem o compartilhamento do cuidado.

Em busca de melhoria dos resultados clínicos, humanísticos e econômicos do serviço de GTM, ele deve fazer parte do trabalho de uma equipe, buscando os resultados em conjunto. Na equipe, as recomendações e responsabilidades são complementares, para cada paciente são realizadas intervenções e prescrições por diversos profissionais. O paciente também participa ativamente do seu cuidado, ainda que de forma silenciosa, já que tem o papel de agrupar toda a informação recebida e aplicá-la da melhor maneira na sua vida cotidiana.

Algumas reflexões durante a prática envolvem o questionamento do papel de cada profissional e como os provedores de GTM podem apresentar o serviço de maneira que a equipe o receba e o entenda da melhor forma. Além disso, é importante compreender como ocorrem as relações interprofissionais em uma equipe de saúde e qual a contribuição do GTM para a construção de uma prática centrada no paciente.

Assim, foi objetivo central dessa pesquisa compreender as relações interprofissionais e desafios para a implantação do serviço de GTM junto à uma equipe de saúde. Além disso, buscou alcançar os seguintes objetivos específicos: compreender as relações de poder no compartilhamento do cuidado centrado no paciente, compreender como o serviço de GTM contribui para a equipe e para o cuidado ao paciente e identificar os desafios para a construção da prática compartilhada, tendo como referencial o cuidado centrado no paciente.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

É compreensível que um pesquisador seja influenciado e sensibilizado por seu local de prática e decida pesquisar para compreender melhor aquele ambiente. Porém, apenas a curiosidade não determina a pergunta de pesquisa. Para isso é preciso buscar e refletir sobre a própria experiência e a de outros. São as experiências que complementam a teoria e permitem a formulação adequada do desenho do estudo para responder a pergunta de pesquisa. A intenção dessa revisão é traçar um caminho de reflexão e aprendizado que embasou a condução desse trabalho.

#### **3.1. Como surgiu o trabalho em equipe**

Cultura é definida de várias formas. Pode ser vista como o padrão de uma sociedade, seus hábitos, ideologias e comportamentos. No entanto, podemos perceber cultura como compartilhamento de entendimentos sobre os princípios de um grupo e como o grupo deverá agir frente às situações (PFISTER, 2009).

Portanto, é necessário o estudo da cultura do grupo para entender profundamente os seus entendimentos. Uma equipe de saúde é um grupo específico, com seus saberes e princípios, sendo a cultura do grupo objeto de estudo para compreensão do trabalho em equipe desenvolvido nesse contexto.

A discussão sobre trabalho em equipe nas diversas áreas da saúde não é particularmente nova (GARRETT, 1954; DAVISON, 1955). A grande especialização das profissões de saúde tornou especialmente inviável que um único profissional atenda a todas as necessidades do paciente. A fragmentação do cuidado, que ocorre com a alta especialização, é vista, então, como argumento para o trabalho colaborativo das equipes (MOSSER e BEGUN, 2015).

No entanto, alguns desafios são percebidos no caminho para atingir o trabalho em equipe integrado. A formação dos profissionais de saúde ainda ocorre de forma isolada, sem a discussão adequada sobre compartilhamento de responsabilidades (MOSSER e BEGUN, 2015). Por muito tempo, clínicos acreditaram, e alguns ainda acreditam, que um resultado

positivo (ou negativo) no processo de cuidado do paciente era resultado do esforço individual de um único profissional (MOSSER e BEGUN, 2015).

Como resultado desse isolamento, temos profissionais com valores, visões e vocabulários muito distintos e sem a formação adequada para o diálogo e compartilhamento de conhecimento (HALL, 2005). Isso impacta, profundamente, o objeto do cuidado, o paciente.

Para compreender o trabalho em equipe, é importante conhecer o significado desse termo. Mosser e Begun (2015) elencaram sete características definidoras de uma equipe de trabalho na área da saúde:

- Meta compartilhada,
- Responsabilidade compartilhada para alcançar o objetivo,
- Quadro de pessoal definido,
- Autoridade de ação para alcançar o objetivo,
- Interdependência dos membros,
- Ausência de subgrupos independentes,
- Prestação de contas à organização.

Polly Laidler (1994) discute que trabalhar lado a lado, sem interação, não fornece aprendizado de parceria, impedindo o desenvolvimento de habilidades necessárias para o trabalho complementar. Entendendo complementar como ter o trabalho de cada profissional apoiado e reforçado pelos outros membros da equipe, a autora destaca a autonomia, identidade e engajamento no contexto do cuidado em equipe.

Autonomia reconhece a capacidade de decisão de cada profissional. Identidade diz respeito ao núcleo de conhecimento de cada um. E, por fim, o engajamento reflete as responsabilidades, individuais e/ou compartilhadas entre os membros (LAIDLER, 1994). Essa tríade é sintetizada, pela autora, no termo maturidade profissional (*professional adulthood*).

Reeves *et al.* (2011) exploram a conceituação de trabalho em equipe incluindo objetivos claros, identidade de time e compromisso compartilhados, papéis e responsabilidades claros, interdependência entre os membros e integração das práticas de trabalho.

Compreendendo o significado do termo é possível perceber como os desafios citados impactam na construção e funcionamento da equipe.

Um dos desafios citados, identidade profissional, é uma discussão recorrente nos campos profissionais (DUNER, 2013; LÉGARÉ, STACEY e BRIÈRE, 2013). Porém, para compreender o trabalho do outro, é importante conhecer o próprio papel. Historicamente, cada profissão tem lutado para alcançar a sua identidade, definir seus valores e papéis no cuidado (HALL, 2005).

Nesse processo, se desenvolve o vocabulário comum, as ferramentas e abordagens nas mais diversas situações, a forma de comunicação com o companheiro de profissão, buscando a homogeneidade da cultura naquele meio (HALL, 2005). Após a identificação com o semelhante, podemos buscar conhecer o outro, o novo. E nesse ponto, novas habilidades são necessárias para alcançar a colaboração, um processo que exige tempo, energia e paciência para ser implementado (NORSEN, OPLADEN e QUINN, 1995). Segundo Norsen, Opladen e Quinn (1995), cooperação, assertividade, responsabilidade, comunicação, autonomia e coordenação são essenciais para o alcance da colaboração.

Nos últimos anos, estratégias de saúde baseadas em colaboração interprofissional estão sendo desenvolvidos buscando a melhoria da qualidade do cuidado e dos resultados clínicos e redução de gastos em saúde. Nesses cenários de prática compartilhada, se faz necessário promover relações de colaboração entre os provedores de cuidado, para atingir melhores resultados terapêuticos e maior segurança para o paciente (SMITH *et al.*, 2010; KOZMINSKI *et al.*, 2011; PEDUZZI *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2015).

Preocupados com a provisão de cuidado, seis associações americanas de profissões de saúde formaram, em 2009, um comitê para incentivar a educação interprofissional. Em 2010, esse comitê reuniu profissionais de diversas áreas de saúde e desenvolveu as competências essenciais para a prática colaborativa interprofissional, publicadas em 2011 (SCHMITT *et al.*, 2011). As competências são apresentadas em quatro domínios, valores e ética para prática profissional, papéis e responsabilidades, comunicação e trabalho em equipe.

Outra iniciativa de destaque é o comitê canadense de colaboração interprofissional em saúde que publicou em 2010 o arcabouço nacional de competências interprofissionais

(CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010). A publicação fornece subsídios para alcançar melhores resultados em saúde, utilizando seis domínios de competência para a prática interprofissional: comunicação interprofissional, cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade, esclarecimento de papéis, funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).

Consolidando a iniciativa para a prática colaborativa, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através do grupo de estudo em educação interprofissional e prática colaborativa, desenvolveu um quadro global de ação com enfoque na educação interprofissional para a preparação da força de trabalho para a prática colaborativa, com objetivo de incentivar ações em todo o território mundial para consolidação do modelo de trabalho interprofissional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

### **3.2. Medicina centrada na pessoa como método clínico no trabalho em equipe**

A medicina, tradicionalmente, é ensinada de forma isolada no meio acadêmico e tem em sua formação valores de autossuficiência e competitividades incentivados (HALL, 2005). Os estudantes de medicina são ensinados a assumir o papel de liderança em muitos contextos, se responsabilizando unicamente pelas decisões (HALL, 2005). A medicina moderna tem se tornado profundamente focada na doença, com o aumento considerável da especialização médica (MEZZICH *et al.*, 2010). São inegáveis os avanços na medicina no que diz respeito a tratamentos e tecnologia advindos da especialização, mas a relação médico-paciente também requer avanços.

A relação médico-paciente foi construída de forma autoritária durante muito tempo (HALL, 2005; LITTLE, 2013). Nos últimos tempos, no entanto, vários movimentos surgiram para transformar a medicina em uma profissão com valores mais humanísticos e voltados para o paciente, como medicina humana, cuidado centrado no paciente, medicina baseada na narrativa, cuidado empático e o mais recente, mais profundamente explorado aqui, medicina centrada na pessoa Little (2013).



Podemos relacionar a medicina centrada na pessoa à medicina tradicional oriental, dotada de um olhar holístico sobre o paciente e não apenas sobre a doença e prognóstico clínico (MEZZICH *et al.*, 2015). Está também de acordo com a OMS que define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946).

Nas iniciativas mais avançadas observamos o cuidado da pessoa (considerando a pessoa como um todo), para a pessoa (incluindo as aspirações e projetos dessa pessoa), pela pessoa (através da humanização médica, reconhecendo as falhas que podem ocorrer na profissão) e com a pessoa (trabalhando a relação terapêutica colaborativa) (MEZZICH *et al.*, 2010). Essas iniciativas resultaram em conferências de medicina centrada na pessoa a partir de 2008 e o reconhecimento da OMS, assumindo a condução dessas conferências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

A medicina centrada na pessoa foi largamente estudada e analisada por Stewart *et al.* (2010), através do acompanhamento de consultas médicas e as razões de busca por atendimento. O termo utilizado pelos pesquisadores medicina centrada na pessoa não era abrangente suficiente, pois restringia à profissão médica. Sendo assim o termo foi atualizado para método clínico centrado na pessoa (MCCP) (STEWART *et al.*, 2010). O método traz impactos positivos ao ser comparado com os métodos tradicionais de atendimento, traz maior satisfação para as pessoas atendidas e profissionais que atendem, contribui na redução de sintomas e queixas de ansiedade, auxilia na adesão ao tratamento, dentre outros (STEWART *et al.*, 2010).

O método é subdividido em seis componentes complementares. Esses componentes são ferramentas que o profissional deve usar em momentos oportunos Stewart *et al.* (2010):

1. Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença.

Neste primeiro componente os autores refletem sobre a necessidade do equilíbrio entre objetivo e subjetivo, conectando a doença (corpo) e a experiência da pessoa com a doença (pessoa). Durante a avaliação da experiência com a doença, o clínico deve observar suas quatro esferas: sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas, para alcançar o entendimento pessoal daquela experiência única da pessoa.

Além disso, deve compreender que se trata de um processo transformador para a pessoa e que os estágios da experiência com a doença também devem ser considerados no cuidado. Sendo eles: conscientização, desorganização e reorganização. O primeiro estágio, conscientização, é o momento de ambivalência, a dúvida entre ter a consciência da doença ou negar sua existência.

O segundo é a desorganização, o ponto onde a pessoa se sente mais depressiva emotiva e frágil, perdendo a noção de controle do próprio eu. O último estágio é a reorganização, etapa onde a pessoa transcende o sofrimento agrupando todas as forças presentes para conseguir aceitar e lidar com a doença.

## 2. Entendendo a pessoa como um todo.

O segundo componente aborda o cuidado holístico, onde a pessoa deve ser considerada biopsicossocialmente, incluindo os laços de sentimento com a família e a comunidade. Assim, alguns aspectos como as relações familiares, situação financeira, educação, emprego, lazer e apoio social são consideradas no atendimento, pois impactam diretamente a relação da pessoa com a doença.

## 3. Elaborando um projeto comum de manejo.

Nesse componente é abordada a construção de um plano conjunto, entre o clínico e o paciente. Para que isso ocorra, o problema, as metas e prioridades do tratamento devem estar claros e compartilhados. E por fim, as responsabilidades e papéis do clínico e da pessoa devem ser traçados e discutidos, refletindo a meta definida, em conjunto, previamente.

## 4. Incorporando a prevenção e a promoção da saúde.

O quarto componente alerta para a necessidade da preparação do profissional para a abordagem preventiva. Isto é, trabalhar junto ao paciente, compreendendo o mundo da pessoa, tornando possível que as atitudes de prevenção sejam incorporadas na rotina da pessoa. Esse processo inclui melhorias de saúde, em um melhor controle, na identificação precoce de novas condições clínicas e na precaução da exposição a novos riscos em saúde.

### 5. Fortalecendo a relação médico-pessoa.

No estabelecimento da relação terapêutica clínico-pessoa, alguns aspectos são essenciais, pois se trata de uma entrega de ambos os lados. É a decisão de confiar a sua vida ao outro. Para isso, o clínico deve exercer a compaixão e equilibrar a observação objetiva e a identificação com a pessoa de forma empática.

Neste componente é trabalhado o poder na relação médico-pessoa, buscando atingir um ponto de equilíbrio onde o profissional estimule a autoeficácia da pessoa para que tenham entendimento e confiança mútuos.

### 6. Sendo realista.

Ser realista é ser consciente. No último componente são abordados aspectos de tempo e *timing*. O tempo diz respeito à duração da consulta, que, às vezes, é vista como longa. Porém, na prática, essa informação não foi confirmada. O conceito de *timing* inclui o estabelecimento de prioridades no tratamento e a prontidão do clínico para a resolução das preocupações da pessoa.

Nesse componente também é abordado o trabalho em equipe. O método clínico centrado na pessoa é visto como uma linguagem comum na interação interprofissional. Na interprofissionalidade, escuta e aprendizado são atividades fundamentais, a abordagem é mais colaborativa, sendo flexível na delimitação dos domínios de cada disciplina, conseguindo dessa forma uma maior distribuição de responsabilidade e poder.

## **3.3. Como o Gerenciamento da Terapia Medicamentosa se relaciona com o trabalho em equipe**

O GTM é o serviço clínico que se baseia no arcabouço teórico-metodológico da Atenção Farmacêutica (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011). Na Atenção Farmacêutica, o farmacêutico assume responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente, respondendo por esse compromisso de cuidado assumido (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 1998).

No GTM, o farmacêutico avalia necessidades, previne, identifica e resolve PRM, realizando acompanhamento adequado para avaliação dos resultados alcançados (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2012).

Os PRM são definidos como riscos ou eventos indesejáveis experimentados pelo usuário de medicamentos, que requerem julgamento profissional para identificação e resolução. Eles impedem ou retardam o progresso adequado do tratamento e, conseqüentemente, compromete o alcance dos objetivos terapêuticos traçados (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

O cuidado no GTM utiliza um processo racional de tomada de decisão, permitindo a sistematização da prática (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011). O processo consiste na avaliação de toda a farmacoterapia, julgando os medicamentos em relação à sua indicação, efetividade, segurança e conveniência para a vida do paciente (CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2004).

A decisão final é tomada em conjunto com a equipe de saúde, incluindo o paciente, que é visto como componente central da prática e ativo na tomada de decisão diária sobre o uso, ou não, dos seus medicamentos (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011). Para realização do GTM é imprescindível realizar a documentação completa do atendimento. Ramalho-de-Oliveira (2011) reforça que não é possível fazer GTM sem uma documentação precisa e sistemática do acompanhamento do indivíduo.

Os resultados clínicos positivos da inserção do profissional provedor de GTM indicam um caminho próspero. Um estudo conduzido por Kozminski *et al.* (2011), incluindo médicos da família, farmacêuticos, outros profissionais da saúde e pacientes, apresentou a perspectiva dos participantes sobre a inclusão do farmacêutico provedor de GTM na equipe. Os participantes perceberam que houve melhora da qualidade do atendimento e empoderamento do paciente e passaram a enxergar o farmacêutico como um importante aliado na equipe.

Isetts *et al.* (2008) demonstraram um melhor manejo de pacientes com hipertensão e dislipidemia quando acompanhados pelo serviço de GTM. Do total de pacientes portadores de hipertensão atendidos, 71% atingiram os objetivos terapêuticos, enquanto apenas 59% dos pacientes do grupo controle, que não eram acompanhados pelo serviço

de GTM, conseguiram atingir esses parâmetros. Do total de pacientes portadores de dislipidemia atendidos, 52% atingiram os objetivos terapêuticos, enquanto apenas 30% dos pacientes do grupo controle atingiram esses parâmetros.

Foi observado um melhor perfil de controle em pacientes com diabetes mellitus quando acompanhados pelo farmacêutico trabalhando junto ao médico (grupo intervenção), em relação ao grupo controle, acompanhado apenas por médicos. A hemoglobina glicada (Hb A1c) foi reduzida em média 1,5% no grupo de intervenção e 0,4%, em média, no grupo controle. A redução de HbA1c em até 1,0% também foi maior no grupo intervenção, 67,3% vs 41,2% dos pacientes obtiveram essa redução (JAMESON e BATY, 2010). Isso mostra a melhoria de resultados clínicos em prática compartilhada.

### **3.4. Relações de poder no cuidado, desafios para o trabalho em equipe**

As relações de poder no cuidado não se restringem à relação profissional-paciente. Existem também relações de dominação e subordinação entre diferentes profissionais e a história cultural das profissionais ajuda a compreender a razão dessa construção de hierarquia.

As profissões de saúde mais tradicionalmente estudadas em termos de trabalho conjunto são medicina e enfermagem. A história das culturas profissionais consta de tempos de domínio do conhecimento médico, sendo esse profissional visto como o mais importante e controlador da tomada de decisão (MCCALLIN, 2001).

A medicina é uma profissão de grande estima social, o médico é o profissional que realiza diagnósticos raros, cirurgias complexas, sendo necessário grande conhecimento e preparo para exercê-la (HALL, 2005). Para médicos, ensinados a ter o controle da situação, aprender a compartilhar a liderança em um ambiente de equipe interprofissional é um desafio.

Com o avanço dos conhecimentos, uma transformação no modelo de cuidado foi necessária para contemplar as demandas de complexidade do paciente. Nesse cenário, surge o trabalho em equipe, entendido como o processo, a forma de alcançar o objetivo comum dos profissionais (MCCALLIN, 2001).

Entretanto, na formação dos profissionais para esse novo modelo de cuidado, não se vê grandes avanços. A maioria das universidades limita as interações entre as diferentes profissões, incentivando a especialização e a autonomia dos profissionais.

Essa barreira existente entre cursos impede que o aluno desenvolva habilidades de escuta, convivência, compartilhamento de decisão e humanização do cuidado (DAUPHINÉE e MARTIN, 2000). Dessa forma, ao educar, limita-se a criação de relações entre alunos de diferentes áreas, restringindo assim o conhecimento e respeito pelo papel que o outro exerce (HALL, 2005).

Um estudo conduzido por Leipzig *et al.* (2002) avaliou a postura de residentes de medicina, enfermeiros e mestrados em serviço social em relação a importância e eficiência do trabalho em equipe e o papel do médico na equipe. A maioria dos entrevistados concordou com o benefício do trabalho em equipe para o paciente e na melhoria da produtividade, porém esse número foi menor entre os residentes de medicina. Em relação ao papel do médico, 73% dos residentes, 44% dos mestrados em serviço social e 47% dos enfermeiros concordaram que o propósito da equipe é auxiliar o médico na obtenção dos objetivos terapêuticos para o paciente.

Em relação ao poder do médico de alterar o plano de cuidado desenvolvido sem consultar a equipe, 80% dos residentes concordaram, enquanto apenas 35% dos mestrados em serviço social e 40% dos enfermeiros se mostraram favoráveis.

### **3.5. Construções das relações interprofissionais entre médicos e farmacêuticos**

Alguns fatores podem afetar positiva ou negativamente a relação colaborativa entre médicos e farmacêuticos. Um modelo teórico construído por McDonough e Doucette (2001) e adaptado por Zillich *et al.* (2004), buscou descrever a relação de trabalho colaborativo entre médicos e farmacêuticos. Esse modelo indica que as características individuais, do contexto e de troca impactam o trabalho colaborativo, que requer cooperação para resolução do problema em comum.

As características individuais incluem idade, conhecimento, atitudes, crenças e experiência profissional. As características do contexto estão relacionadas com o

ambiente e incluem instalação física, recursos humanos e estrutura organizacional. E as características de troca incluem três grandes domínios: iniciação da relação, confiabilidade e especificação do papel de cada um (ZILLICH *et al.*, 2004).

Um desses domínios, a capacidade de iniciar a relação de trabalho, impacta fortemente o relacionamento entre médicos e farmacêuticos, pois é nesse ponto que a relação se inicia e é a partir desse momento que o farmacêutico deve demonstrar suas habilidades, buscando alcançar a confiança, e especificar seu papel e sua contribuição no cuidado clínico (ZILLICH *et al.*, 2004; DOUCETTE, NEVINS e MCDONOUGH, 2005).

McDonough e Doucette (2001) analisaram o desenvolvimento da relação de trabalho entre médicos e farmacêuticos em 5 etapas – consciência profissional (estágio 0), reconhecimento profissional (estágio 1), exploração e experimentação (estágio 2), expansão do relacionamento profissional (estágio 3) e compromisso com a relação de trabalho colaborativa (estágio 4) (**Figura 1**).

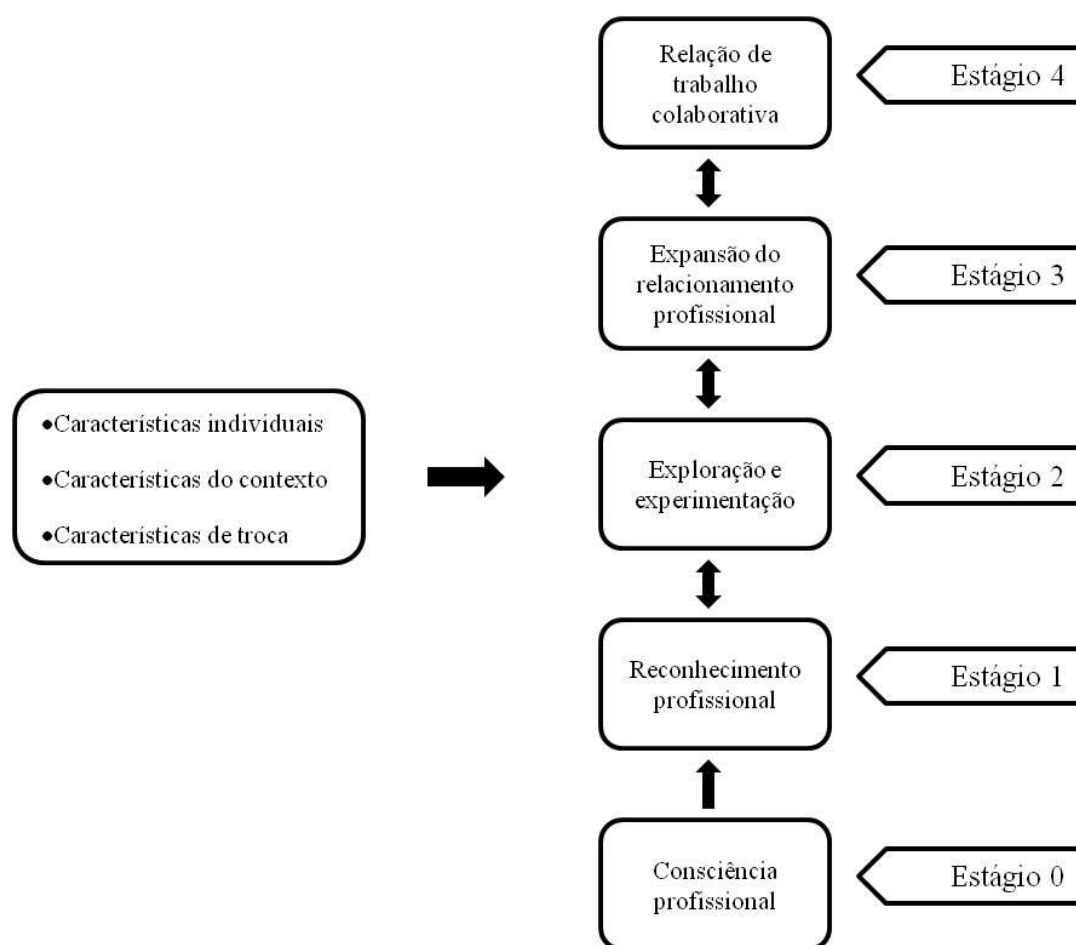


Figura 1 \_ Modelo de relação de trabalho colaborativo. Adaptado de McDonough e Doucette (2001)

No estágio 0, as trocas são mínimas e as interações discretas. Podemos exemplificar esse estágio como uma ligação telefônica de um farmacêutico para um médico alertando para uma possível reação adversa. Nessa fase, as relações são curtas e não se estabelecem estratégias para melhoria do processo de cuidado do paciente (MCDONOUGH e DOUCETTE, 2001).

Durante o estágio 1, os esforços para estabelecer a relação são, na maioria das vezes, unilaterais e o farmacêutico é o instigador primário. Um exemplo seria a solicitação do farmacêutico ao médico para referenciamento de pacientes. Nessa fase, o farmacêutico já enxerga o valor da relação para o sucesso de sua prática, porém o médico não necessariamente enxerga esse valor (MCDONOUGH e DOUCETTE, 2001).

No estágio 2, médicos e farmacêuticos testam sua compatibilidade, avaliam suas expectativas e iniciam o estabelecimento da confiabilidade e compromisso com a relação. Como nessa fase a relação ainda é frágil, é imperativo que os envolvidos lidem diretamente um com o outro, a fim de evitar falhas de comunicação. Como exemplo temos um referenciamento de um paciente para o farmacêutico para ajuste de RNI, ao alcançar o objetivo terapêutico. O médico que havia referenciado o paciente, inicia sua relação com o profissional e sente confiança de encaminhar um segundo paciente (MCDONOUGH e DOUCETTE, 2001).

No estágio 3, a comunicação passa a ser mais bilateral, ambos estão envolvidas na construção da relação. Nessa fase, o médico pode realizar uma avaliação da performance do farmacêutico e com isso definir normas e expectativas com essa relação. Isso é essencial para o estabelecimento da confiança e solidificação da relação. Um exemplo desse estágio seria uma relação de confiança entre esses profissionais onde o médico recorreria àquele farmacêutico para informações e recomendações clínicas, além de manter o referenciamento para esse farmacêutico (MCDONOUGH e DOUCETTE, 2001).

Quando os profissionais atingem o estágio 4, a relação de trabalho colaborativa foi alcançada. Nessa fase, os envolvidos desejam manter essa relação, a comunicação é bilateral e há confiança e respeito estabelecidos (MCDONOUGH e DOUCETTE, 2001).

Como destacado, um importante fator que influencia a relação colaborativa é o conhecimento do papel de cada profissional. Um estudo realizado na cidade de Nova



York com médicos da atenção primária à saúde alertou pra a necessidade de realizar ações informativas e educativas com esses profissionais da saúde a fim de que eles compreendam o GTM e o papel dos farmacêuticos na equipe de saúde (ARYA *et al.*, 2013).

Os médicos entrevistados no estudo demonstraram interesse em participar de um trabalho colaborativo com o farmacêutico após esclarecimentos e mais informações acerca do serviço e do papel do provedor do GTM. O estudo também destacou que os farmacêuticos devem estar dispostos a ouvir, demonstrar competência e habilidade e compreender as percepções do médico em relação ao GTM a fim de promover o cuidado centrado no paciente e avançar no serviço (ARYA *et al.*, 2013).

O serviço de GTM é uma oportunidade de médicos e farmacêuticos trabalharem juntos. A construção de relações colaborativas e de confiança através do trabalho compartilhado é o futuro caminho de cuidado em saúde (ARYA *et al.*, 2013).

### **3.6. Definição de terminologia**

Os termos utilizados para caracterizar os níveis de interação em equipe variam muito na literatura. Prefixos utilizados para caracterização de disciplinaridade e profissionalismo como multi, inter e trans, são utilizados na literatura, mas não necessariamente de forma unânime. A etimologia e significado desses prefixos podem ser acessados em diversos dicionários.

‘Multi’ é um prefixo latino, derivado de *multus*, que significa muitos. É utilizado para designar muito, múltiplo, muitas vezes, mais de um. ‘Inter’ é um prefixo latino, mantido na forma original *inter*, que significa entre, no meio de, mutuamente, juntos. ‘Trans’ é um prefixo latino, derivado de *trāns*, que significa além, através. (DICTIONARY, *online*)

Opie (2000) define as equipes multiprofissionais como conjunto de profissionais trabalhando em paralelo e reforça a ideia de hierarquia presente nesse tipo de interação, com um profissional, geralmente médico, coordenando a equipe. Já a interprofissionalidade é definida como um processo que envolve negociação, realizada com respeito e confiança entre os profissionais da equipe. Nesse nível de interação, a

autora demonstra a importância da comunicação e planejamento compartilhado. A transdisciplinaridade é vista muitas vezes como algo teórico e apresenta a ideia de uma interação entre disciplinas, conhecimentos, através de posições diferentes, de profissionais distintos, sobre o mesmo objeto complexo (OPIE, 2000; STEWART *et al.*, 2010, PEDUZZI *et al.*, 2013).

Para Sorrells-Jones (1997), multiprofissionalidade refere-se a uma equipe com membros de diferentes áreas que cuidam do paciente de forma independente e, após o atendimento, compartilha informação com o outro membro da equipe. Já na interprofissionalidade, o plano de cuidado é feito em conjunto, através da soma do conhecimento dos diferentes profissionais.

Para uniformizar a linguagem utilizada nessa dissertação, equipe multiprofissional será utilizada para caracterizar equipes cujos membros trabalham paralelamente, porém não interativamente. Equipe interprofissional será utilizada para designar equipes com diferentes profissionais que compartilham uma identidade e trabalham conjuntamente, de forma integrada e interdependente para resolver os problemas do paciente. E transdisciplinaridade será usado quando as barreiras profissionais não são delimitadas, ou seja, vários conhecimentos são integrados para cuidado de um mesmo objeto complexo, através de diálogo e cooperação entre as diferentes disciplinas.

Como essa uniformização de termos não é padronizada entre os entrevistados e, além disso, o ambulatório é identificado socialmente como ambulatório multidisciplinar de diabetes, diversas vezes o termo multidisciplinar foi utilizado no sentido de interprofissional nas falas dos entrevistados. Nos momentos de fala em que o termo multidisciplinar estiver sugerindo interprofissionalidade, será sucedido do seguinte termo [*inter*] para permitir uma maior compreensão.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Posicionamento Epistemológico**

Esse estudo foi construído sob um posicionamento epistemológico de subjetivismo, visto que não há afastamento do pesquisador do fenômeno estudado. Pelo contrário, há interação com o meio para compreender e explorar a pergunta de pesquisa e aprender construindo:

Uma coisa é aprender pela imitação, outra pela pesquisa. Pesquisar não é somente produzir conhecimento, é sobretudo aprender em sentido criativo. É possível aprender escutando aulas, tomando nota, mas aprende-se de verdade quando se parte para a elaboração própria, motivando o surgimento do pesquisador, que aprende construindo (FRANCHI, 1988).

Seguindo a cascata epistemológica proposta por Daly (2007), o paradigma adotado será a teoria crítica, partindo do pressuposto que existem relações de poder nas interações multiprofissionais e que essas relações afetam a forma como uma equipe de saúde se constitui e trabalha, além de impactar na construção de um cenário de prática centrado no paciente (OLIVEIRA, MORETTI-PIRES e PARENTE, 2011).

A próxima etapa é a escolha da metodologia adequada para responder à pergunta, pois é a pergunta de pesquisa realizada que determina o tipo de metodologia adequada a ser empregada (FREITAS, 2014). Nesse estudo, a metodologia apropriada é a Etnografia, pois o objetivo é a compreensão das relações e do cenário da prática bem como o entendimento do processo e estrutura presentes.

### **4.2. Etnografia**

A pesquisa qualitativa busca o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores para a descrição e compreensão de fenômenos. (SOUZA e ZIONI, 2003). A etnografia é um processo sistemático de observar, detalhar, descrever,

documentar e analisar o estilo de vida ou padrões específicos de uma cultura, para aprender o seu modo de viver em seu ambiente natural (LEININGER, 1985).

Em sua construção clássica, a etnografia inclui a observação do campo, sobre a rotina diária do grupo estudado, por um período longo e suficiente para observar o que se passa, ouvir o que se é dito, compreender as nuances das relações. É uma metodologia antiga e tradicional que busca se aproximar e traduzir a rotina do objeto de análise (HAMMERSLEY e ATKINSON, 1995).

O objetivo de uma etnografia, que exige a presença do pesquisador no cenário de prática, deve ser descrever o que se passa em campo, como as pessoas se enxergam e enxergam as outras, buscando compreender as interações cotidianas (HAMMERSLEY e ATKINSON, 1995). O foco não é apenas descrever a prática, é aprofundar e construir conhecimento com base na experiência do pesquisador e dos pesquisados.

Compreender as relações interprofissionais não pode ser entendido como uma simples relação causal ou interações governadas apenas pelas forças da natureza. As atitudes tipicamente humanas influenciam o contexto e a forma em que se constrói a relação, carregada de significado social, intenção, motivação, valores e regras (HAMMERSLEY e ATKINSON, 1995).

Hammersley e Atkinson (1995) fazem uma analogia interessante ao dizer que o pesquisador etnográfico fotografa as pessoas enquanto constroem o mundo social. É o retrato da vida-cotidiana. Por se tratar de uma pesquisa social, o curso da etnografia não pode ser predeterminado e os resultados encontrados não são confirmações de hipótese, pois não há hipótese (HAMMERSLEY e ATKINSON, 1995).

Ao abordar questões relativas as relações de poder existente no trabalho em equipe e no cuidado ao paciente, a metodologia assume uma lente de questionamento, sendo comumente chamada de etnografia crítica. Etnografia crítica engloba o estudo da cultura, do conhecimento e da ação (THOMAS 1993).

A ideia primordial da etnografia crítica é a transformação através da emancipação resultante da pesquisa. Analisa os dados não apenas para apresentar o conhecimento,

mas para gerar uma transformação, uma busca de ideais de liberdade e equidade (KINCHELOE e MCLAREN, 1994; HAMMERSLEY e ATKINSON, 1995).

O etnógrafo crítico, portanto, descreve, analisa e traz para a literatura o debate, almejando fomentar a representatividade, incentivar a reflexão e transformar a realidade. Dessa forma, o objetivo não é apenas ser crítico, é analisar os dados com um propósito político (THOMAS, 1993).

Uma limitação apontada para a etnografia é o estudo ser focal, muitas vezes de um único cenário, o que poderia diminuir sua representatividade. Porém, geralmente, os etnógrafos estão interessados nesses casos singulares e a representatividade não é objeto do estudo (HAMMERSLEY e ATKINSON, 1995).

### **4.3. Local da Pesquisa**

O trabalho foi realizado com a equipe multiprofissional da Liga Acadêmica de Diabetes do Hospital das Clínicas da UFMG. A escolha de uma pergunta de pesquisa frequentemente parte da experiência prévia e do local de trabalho do pesquisador (HAMMERSLEY e ATKINSON, 1995). A experiência anterior me permitiu, como pesquisadora e provedora do serviço de GTM, a priorização dos problemas do cenário com intenção de transformar ou problematizar o local de prática.

As consultas de medicina e atendimentos de GTM são realizadas individualmente em horários previamente agendadas, concomitantemente. Após os atendimentos, os casos são discutidos com os preceptores e, algumas vezes, junto à equipe. Os casos de pacientes atendidos pela medicina e pela farmácia sempre são discutidos em equipe.

Durante os atendimentos da LAD, após as consultas individuais, é realizado o Mapa de Conversação, uma ferramenta para promoção de educação em saúde, em uma sala de reunião do próprio ambulatório. Esse espaço permite o diálogo profissional-paciente e paciente-paciente, visando o aprendizado coletivo através da troca de experiências e vivências.

O Mapa de Conversação é uma iniciativa de promoção da autoeficácia dos pacientes, ao permitir que eles se apoderem de ferramentas e conhecimentos fundamentais para o manejo da doença. Permite que familiares, acompanhantes e pacientes se inteirem dos direitos dos portadores de diabetes, da conduta adequada em casos de urgência hiperglicêmica ou hipoglicêmica, dos cuidados adequados com os medicamentos e insumos e a forma correta de utilizá-los.

Diversos outros temas são debatidos em forma de roda de conversa, com utilização de ferramentas lúdicas e materiais informativos. A discussão é facilitada pelos estudantes e/ou profissionais da equipe. Frequentemente são convidados palestrantes para enriquecer o aprendizado. O Mapa de Conversação é realizado semanalmente, com duração de uma hora e é aberto a todos os pacientes da LAD, que foram atendidos no dia ou não.

#### **4.4. Amostragem**

Em pesquisa qualitativa a amostragem não é escolhida aleatoriamente, pelo contrário, ela é intencional (MARSHALL, 1996). Diferente da pesquisa quantitativa, que busca a generalização das populações, a pesquisa qualitativa pretende compreender o fenômeno de interesse em profundidade e de forma contextualizada. E assim, o pesquisador escolhe os indivíduos que podem fornecer as melhores informações e os contextos, locais de busca, onde conseguirá colher as melhores informações. (BOCCHI, JULIANI e SPIRI, 2008)

Essa decisão de quem entrevistar, o que observar, é feita à medida que o pesquisador percebe a relevância daquele participante para a pesquisa (HAMMERSLEY e ATKINSON, 1995). Dessa forma não é possível delimitar o número de entrevistados e entrevistas antes do início da coleta de dados, já que o objetivo é atingir a saturação dos dados.

Os participantes convidados a participar da pesquisa incluíram dois preceptores médicos, três residentes em medicina e quatro estudantes de medicina; um preceptor de nutrição e duas nutricionistas; e uma farmacêutica e um estudante de farmácia. A escolha dos entrevistados foi baseada no papel que cada profissional exerce na LAD, de forma que

todos os diferentes profissionais, com diferentes níveis de especialização foram contemplados. Quando existiam muitas opções de entrevistados, como no caso dos residentes e acadêmicos de medicina, foram priorizados os participantes que tinham um maior tempo de experiência com o serviço de GTM.

O fechamento amostral foi feito por saturação dos dados, que é operacionalmente definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição (DENZIN e LINCOLN, 2011).

#### **4.5. Coleta de Dados**

Em busca da compreensão das relações interprofissionais na equipe, os métodos incluídos foram escolhidos para alcançar profundidade e ampliar o conhecimento do fenômeno estudado. A etnografia não é uma metodologia fechada, ela permite o emprego de múltiplos métodos (WOLCOTT, 2005).

A primeira etapa, que constitui o primeiro método adotado, foi a observação de equipe. Essa observação, registrada em notas de diário de campo, forneceu informações relevantes para a compreensão das relações interprofissionais. As questões que emergiram durante a fase de observação foram aplicadas, em forma de entrevista semiestruturada, aos sujeitos selecionados. A fase de observação ocorreu entre agosto de 2014 e novembro de 2015 (15 meses). As entrevistas foram realizadas entre setembro de 2015 e janeiro de 2016.

##### ***4.5.1. Observação de Campo***

Em etnografia, a observação é fundamental para alcançar os objetivos propostos. A observação de campo é a imersão do pesquisador no cenário estudado. No caso desse trabalho, a pesquisadora é parte da equipe e, portanto, já estava inserida no campo. Ir a campo e imergir no cenário escolhido é também relativizar o seu espaço social, e requer o exercício de empatia durante o processo (MINAYO, 2014)

A observação de campo, realizada nos quinze meses da coleta de dados, foi registrada em diários de campo. Os diários de campo são notas descritivas e não analíticas (WOLCOTT, 2005). Entretanto, ao registrar em diário de campo é interessante realizar reflexões sobre as notas e deixar claro os pressupostos do pesquisador (WOLCOTT, 2005).

#### **4.5.2. Entrevistas informais**

Entrevista informal é um método de coleta de dados utilizado paralelamente à observação. Se, durante uma experiência vivenciada pelo pesquisador, nos momentos de observação, lhe causasse estranhamento, era possível indagar o participante sobre o ocorrido e a avaliação da situação passava a ser incorporada nas notas de diário de campo. Isso permitiu uma diminuição da influência interpretativa do pesquisador em situações críticas. Essa fonte de informação também forneceu subsídio para a construção do tópico guia utilizado durante as entrevistas formais.

#### **4.5.3. Entrevistas formais**

A última fonte de dados foi as entrevistas formais com os participantes selecionados, sendo eles um preceptor de nutrição, dois preceptores de medicina, três residentes de medicina, duas nutricionistas, uma farmacêutica, quatro acadêmicos de medicina e um de farmácia, todos envolvidos no ambulatório multiprofissional.

As entrevistas realizadas foram do tipo semiestruturadas. Entrevista semiestruturada é baseada em uma lista de perguntas que devem ser abordados durante a entrevista, o tópico-guia (Apêndice A), que pode ser modificado, alterado e adaptado conforme o andamento da entrevista e a necessidade do pesquisador (DALY, 2007). Essa forma de condução permite o entrevistador ter um foco nas questões relacionadas aos objetivos propostos, mas permite uma flexibilidade adequada que torna a entrevista leve e não engessada (DALY, 2007).



A coleta de dados para a construção do tópico-guia ocorreu nos dias de atendimento, porém as entrevistas foram realizadas em dias e horários conforme a disponibilidade dos participantes e do pesquisador. Todos os participantes convidados aceitaram participar da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

O número total de entrevistas foi quatorze, obtendo com esse número a saturação dos dados. As entrevistas foram realizadas, preferencialmente, de forma presencial. Porém, devido a impossibilidade eventual do entrevistado, três entrevistas foram realizadas por Hangouts®. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

#### **4.6. Rigor**

Alguns aspectos essenciais para garantia da qualidade da pesquisa qualitativa são a credibilidade, confirmabilidade, confiabilidade, capacidade de transferência, e triangulação de métodos (LINCOLN e GUBA, 1985).

Credibilidade diz respeito a representação autêntica do que realmente aconteceu. Confirmabilidade prevê a descrição das reflexões pessoais e inclui o processo de avaliação da análise por pares. O critério de confiabilidade é útil para mostrar que as argumentações não são tendenciosas.

A transferibilidade permite que o relato da experiência seja compreensível e útil ao leitor (CRANG e COOK, 2007), conseguindo aplicar as reflexões desse trabalho na sua realidade. Para assegurar esses critérios, todo o processo de coleta de dados foi registrado em diários de campo, bem como o processo de avaliação e as reflexões realizadas no período.

A triangulação de métodos é outra forma de assegurar o rigor da pesquisa. A triangulação pode combinar métodos e fontes de coleta de dados. Neste estudo foram realizadas observação participante, registros em diário de campo e entrevistas informais e semiestruturadas. A triangulação contribui não apenas para a análise do fenômeno sob o olhar de múltiplas perspectivas, mas também para enriquecer a nossa compreensão, permitindo emergir novas ou mais profundas dimensões (AZEVEDO *et al.*, 2013).

O período de observação, tempo em campo, e a documentação de todo o processo também são ferramentas úteis para assegurar o rigor necessário. A documentação de todo o processo garante a rastreabilidade, permitindo a reprodução da pesquisa. Durante todo o processo, a pesquisadora registrou seu posicionamento e reflexões do impacto dessa posição frente às circunstâncias vivenciadas.

Durante o processo de coleta e análise de dados, foi mantida uma rotina de documentação das reflexões do pesquisador e de análise colaborativa, com auxílio de outro pesquisador para confirmabilidade das impressões registradas.

#### **4.7. Análise de Dados**

Existe consenso entre pesquisadores etnográficos de que a coleta e a análise de dados devem ocorrer simultaneamente (GUALDA e HOGA, 1997). Para a análise de dados foi utilizado o software NVIVO (versão 11).

Todas as entrevistas e diários de campo foram transcritos e indexados nesse software. O software permite inserir os dados, organizá-los a sua escolha e analisar o conteúdo de todo o material inserido.

Durante a etapa de inserção do material transcrito, que era realizada concomitantemente à coleta, os dados foram ouvidos e lidos diversas vezes. Essa etapa é fundamental para que o pesquisador ganhe intimidade com as informações ali contidas, a fim de alcançar um nível de domínio dos dados tal que permita a categorização e codificação desses dados em níveis cada vez maiores de abstração.

A etapa seguinte foi a leitura linha a linha de todo o material e a codificação de trechos em 'nós'. Essa categorização permitiu compilar várias falas e memorandos em um único nó. Assim, após a codificação de todo o material, os nós foram revistos e reorganizados de forma que a apresentação dos dados fosse clara e os resultados representativos.

À medida que se reorganizava e filtrava os nós, os dados apresentados de forma mais abstrata e fluida, possibilitando ao leitor a identificação com o tema e transferibilidade do conteúdo para sua própria experiência.

A análise de dados foi realizada pelo pesquisador, em colaboração com pesquisadores e colaboradores do CEAf que forneceram suporte e orientação, a fim de extrair o máximo dos dados coletados.

#### **4.8. Aspectos Éticos**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP aprovou, no dia 28 de maio de 2014, o projeto de pesquisa intitulado "Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais envolvidos (CAAE-25780314.4.0000.5149). Trata-se de um projeto guarda-chuva que engloba as diferentes linhas de pesquisa do CEAf, incluindo a pesquisa apresentada nessa dissertação.

Além disso, foi aprovada pelo Departamento de Clínica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Todos os participantes, nutricionistas, médicos, farmacêuticos, residentes e acadêmicos, eram maiores de 18 anos e aceitaram participar da pesquisa após convite da pesquisadora. Os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma via com a pesquisadora e outra com o participante (Anexo A).

Todos os entrevistados tiveram sua identificação preservada e os resultados serão expostos de maneira a manter a confidencialidade, apresentando os sujeitos da pesquisa com nomes fictícios. As gravações e anotações foram utilizadas apenas como material para a realização dessa dissertação.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1. Construindo a história, apresentando os personagens

Em pesquisa qualitativa, é comum dar nomes fictícios para seus sujeitos, de forma a preservar a identidade dos participantes.

Etnografias são, muitas vezes, apresentadas como histórias. O lúdico é adicionado ao pragmático, tornando o resultado mais acessível e cativante. Durante a análise de dados, refleti sobre qual lente usaria para contar a história da minha pesquisa. Não gostaria apenas de renomear os participantes aleatoriamente. Isso não ampliaria a discussão para outros campos.

Fui então a minha história que sempre esteve intimamente relacionada à música. E a partir daí fui tecendo uma analogia entre meus resultados e a música. A música pode ser definida sob várias perspectivas. De forma geral, está intimamente relacionada às emoções e é resultado da composição e execução por um ou mais artistas, e também requer um ou mais ouvintes. Não há música sem ouvinte. Assim como não há cuidado em saúde sem sentimento, sem compartilhamento e sem a participação ativa do paciente.

Cuidar também é uma arte. Assim, escolhi montar um conjunto. Foram tantos os artistas nessa jornada que montei uma orquestra. Aqui, cada participante é um instrumentista, com suas responsabilidades e desafios para transmitir o melhor som. E o cuidado é a música mais bela tocada por essa orquestra.

Ao longo da apresentação dos resultados apresentarei falas de quinze instrumentistas, minhas notas de diário de campo e trechos das quatorze entrevistas. Violinista, violista, violoncelista, contrabaixista, harpista, percussionista, trompista, trompetista, trombonista, tubista, saxofonista, flautista, clarinetista, fagotista e oboísta se apresentam juntos na orquestra do cuidado.

A escolha do nome de cada um dos participantes foi baseada na teoria dos afetos, teoria desenvolvida no período barroco e que explica a relação da música com os sentimentos (FONTERRADA, 2005).

Os participantes incluídos foram dois preceptores médicos, três residentes em medicina e quatro estudantes de medicina; um preceptor de nutrição e duas nutricionistas; e uma farmacêutica e um estudante de farmácia.

Dos 14 entrevistados, 10 eram mulheres e 4, homens. Em relação ao tempo de trabalho conjunto até o momento da entrevista, 9 tinham mais de um ano e 5 menos de seis meses.

Os resultados foram organizados em quatro categorias e nove subcategorias e discutidos ao longo dessa seção:

1. “Compreendendo as relações interprofissionais”
  - 1.1. *“Uma coisa são vários profissionais trabalhando juntos, outra coisa são vários profissionais trabalhando conjuntamente”*: **facilitadores para a construção das relações interprofissionais.**
  - 1.2. *“A medida que as pessoas trabalham juntas e que a gente vai desenvolvendo atividades, cada um também começa a atuar um pouco na interface do outro”*: **papéis e limite profissional.**
  - 1.3. *“É muito mais fácil escrever sobre o multiprofissional [inter], do que viver o multiprofissional [inter]”*: **interprofissionalidade alcançada.**
2. “Compartilhando o cuidado”
3. “Desvelando os desafios no caminho do cuidado compartilhado”
  - 3.1. *“Acaba que a gente tem ideia, tem potencial e não tem recurso”*: **limitações encontradas.**
  - 3.2. *“É difícil você receber o referenciamento e ver que você não pode contribuir com nada”*: **a complexidade da demanda do paciente.**
  - 3.3. *“A gente tem que pensar que é um processo de mudança para uma coisa melhor”*: **mudanças para superação dos desafios.**
  - 3.4. *“Eu que decido e acabou”*: **insegurança e resistência no cuidado compartilhado.**
4. “Desenhando um caminho para o cuidado centrado no paciente”
  - 4.1. *“Anteriormente o profissional queria SER médico (ou farmacêutico, enfermeiro...), depois passou a TER aquela profissão, como dono do conhecimento, e agora*

*estão escolhendo as profissões para APARECER*”: **cuidado centrado no profissional.**

**4.2.** *“O excesso de poder é o principal aspecto que impede o trabalho multiprofissional [inter]”*: **trabalho em equipe como recurso para o cuidado centrado no paciente.**

## **5.2. Descrevendo o cenário e a cultura do local**

O contexto deve preceder o texto. Como dito anteriormente, a LAD é um projeto de extensão criado em 2006. E a forma de trabalho no ambulatório reflete a maneira como o projeto foi edificado. A ideia de construção da LAD veio de discentes de graduação de medicina que decidiram se unir para o atendimento do paciente portador de diabetes com a visão da demanda social existente.

“Quem nos procurou foram os alunos que criaram a liga [...]. Foram alunos procurando alunos e, lógico, o professor veio junto, porque eles precisavam de um preceptor. Eles precisavam do professor que orientasse os alunos, mas o trabalho, isso é o legal nas ligas, ele é estruturado por alunos e os **alunos tem menos esse empoderamento**, essa questão da **dificuldade da conversa** com o outro, né? Porque eles estão formando, e **à medida que eles estão em processo de formação, tudo que é novo pra eles, é interessante**. Então, ouvir o outro, saber como a nutrição atende, como a enfermagem atende, é de interesse, é de extremo interesse. E um grupo de alunos que topa montar uma liga, são alunos super interessados, engajados nas questões das políticas sociais de atenção a saúde, das questões prioritárias para a saúde pública, inclusive. São pessoas com uma energia, digamos, além do normal no sentido de buscar mais, né? E com esse buscar mais, aprender mais, **eles são como esponjas, tudo que você fala pra eles de novidade, eles querem saber**, eles querem, estão entusiasmados, empolgados.” Trompetista

Após 10 anos de existência da LAD, o protagonismo dos acadêmicos se mantém, o que transforma o ambulatório em um cenário de ensino-serviço, onde o atendimento à população e o ensino dos profissionais em formação são os pilares que sustentam o projeto.

Para compreender melhor o cenário de estudo, ele será descrito com base na observação do cenário de prática e notas registradas em diário de campo da pesquisadora:

“O ambulatório está localizado em um anexo do hospital, talvez um dos prédios mais bonitos, uma construção tombada pelo patrimônio. Mas nesse local há um grande contraste: de um lado o prédio com toda sua inércia e impossibilidade de transformação, do outro, todas aquelas pessoas movimentando, lutando pela vida...” “Por ele ser tombado, não se pode fazer nenhuma modificação na estrutura local. Isso significa que se temos apenas 4 salas disponíveis, dificilmente esse número irá aumentar, para isso seria necessário ir para outro local e na universidade não é fácil conquistar espaço.” “As salas são muito amplas, até maiores que o necessário. Mas, ainda assim, são abafadas e sem ventilação adequada. O mesmo vale para os corredores, local de espera dos pacientes. Há bancos, mas não são confortáveis; as janelas não são suficientes para tornar a temperatura agradável. Em dias abafados, é realmente desconfortável permanecer no corredor aguardando atendimento.”

“A liga não é o único ambulatório que funciona às quartas-feiras a tarde. Há também o ambulatório de obesidade. Isso resulta em mais pacientes, menos espaço, mais calor, mais barulho... Enfim, é compreensível que o paciente se sinta desconfortável e incomodado com as falhas no sistema, porém esse atendimento ‘desumano’ já é a realidade da maioria deles. Pra falar a verdade, acredito que a maioria deles considera o atendimento e infraestrutura do local muito acima da média.” “...fico imaginando como o paciente se sente ao ser atendido na Liga. O Hospital das Clínicas é referência no atendimento da rede pública, mas para alguns o atendimento no ambulatório é a alternativa que existe, talvez não é nem mesmo sua preferência.”

“Para ser atendido na LAD, o paciente pode passar por diferentes caminhos. Pode ser encaminhado pela atenção primária, referenciado pelo serviço de endocrinologia pediátrica do hospital, ser encaminhado de outros ambulatórios quando se busca um atendimento mais amplo, devido ao caráter interprofissional...” “quando o paciente chega na liga, alguns dos acadêmicos ou preceptores passam para o paciente as regras do ambulatório e, caso o paciente aceite, ele passa a fazer parte do ambulatório após frequentar alguns mapas de conversação para demonstrar assiduidade e empenho no seu autocuidado.”

“São muitas regras, muito comprometimento necessário. Mas nem todos os pacientes estão empenhados, prontos para assumir o seu próprio tratamento. São esses os pacientes que costumam faltar, que não querem frequentar as reuniões... Como devemos lidar com essa situação?”

Para evoluir nessa questão e saber lidar com o paciente nas diversas fases de aceitação que ele apresenta, é importante compreender as relações interprofissionais existentes no local, já que o cuidado prestado é reflexo direto dessas relações. “Quando entramos na liga, foi bastante intimidador. Todos já se conheciam, já trabalhavam juntos e chegamos lá um pouco deslocadas. Foi fundamental a presença da preceptora de farmácia, afinal a insegurança típica de alunos de graduação transbordava.”

“A medida que íamos trabalhando juntos, foi ficando mais fácil. Algo que sempre ajudou foi a confiança que o preceptor de medicina e líder da equipe depositava no serviço de GTM. Acredito que isso facilitou a aceitação pelos acadêmicos e residentes de medicina. Com a nutrição sempre foi tranquilo. Desde o início houve uma abertura, um convite ao diálogo, à decisão compartilhada.” “Discutíamos os casos e nossas observações, ainda que mínimas, sempre eram solicitadas. Isso nos impulsionava a opinar mais.”

“Com o passar do tempo e as trocas de acadêmicos e residentes, pude observar um padrão na receptividade. Inicialmente, há um estranhamento com o serviço de GTM, a medida que a convivência está mais estabelecida, o serviço é mais solicitado e valorizado.” “...enquanto o serviço não for bem conhecido, isso vai acontecer. Mas não vejo isso como problema, é uma oportunidade de difundir o trabalho, de mostrar o papel através do próprio serviço e não apenas na teoria.”

“Nos últimos tempos, consigo perceber melhor a integração dos profissionais e serviços, é mais fluido, há mais diálogo e ele acontece de forma natural.” “Sem dúvida a convivência constante com o serviço e o comprometimento dos profissionais envolvidos contribuíram para a utilização e valorização do serviço dentro do ambulatório.”

### **5.3. Compreendendo as relações interprofissionais**



Iniciaremos a discussão pela categoria mais ampla, a construção e manutenção das relações interprofissionais. Para compreender como ocorre a edificação da prática colaborativa, temos que entender e discutir os elementos essenciais apontados pela equipe nesse processo construtivo.

Esses elementos constituem a primeira subcategoria “*Uma coisa são vários profissionais trabalhando juntos, outra coisa são vários profissionais trabalhando conjuntamente*”: **facilitadores para a construção das relações interprofissionais.**

A segunda subcategoria “*A medida que as pessoas trabalham juntas e que a gente vai desenvolvendo atividades, cada um também começa a atuar um pouco na interface do outro*”: **papéis e limite profissional**, aborda a importância do conhecimento dos papéis e responsabilidades de cada profissional presente na construção dessas relações.

Por fim, a terceira categoria “*É muito mais fácil escrever sobre o multiprofissional [inter], do que viver o multiprofissional [inter]*”: **interprofissionalidade alcançada** aborda a relação já estabelecida e a manutenção do trabalho em equipe.

### **5.3.1. “Uma coisa são vários profissionais trabalhando juntos, outra coisa são vários profissionais trabalhando conjuntamente”: facilitadores para a construção das relações interprofissionais**

Conforme apresentado na revisão da literatura, o desenvolvimento da relação interprofissional é uma busca para conhecer o outro, o novo. E nessa busca, são necessárias habilidades especiais. Norsen, Opladen e Quinn (1995) enumeram as habilidades cooperação, assertividade, responsabilidade, comunicação, autonomia e coordenação.

As habilidades apontadas pela equipe da LAD incluem acessibilidade, comunicação, confiança, harmonia, respeito e tempo de experiência. A primeira delas, acessibilidade, não é, frequentemente, citada na literatura revisada, porém reflete bem a realidade da profissão farmacêutica que, comumente, trabalha de forma mais isolada e enfrenta os desafios de acesso ao demais profissionais. Conforme enfatizado por um entrevistado

médico, a importância da atuação está atrelada a presença do profissional no cenário de prática:

“Acho que tem um fluxo. Às vezes, na correria, talvez a gente não consiga pensar sempre, mas a **presença da equipe** lá faz a gente lembrar disso, mesmo que seja depois. Na hora que a gente vê a receita, vê alguma coisa e consegue encaminhar. **Só de ter vocês [farmácia] ali lembra a importância da atuação de vocês.**” Violinista

Com o grande volume de trabalho e responsabilidades dos profissionais de saúde na atualidade, é compreensível que a presença de diferentes profissionais, no mesmo espaço geográfico favoreça a cooperação interdisciplinar. A proximidade favorece também a interação informal, a medida que um pode testar a colaboração do colega de trabalho, seja pedindo contribuição técnica em algum caso, seja tirando alguma dúvida na área de *expertise* do outro. Essa importância da presença física é apontada como um diferencial, comparada às experiências prévias dos entrevistados:

“O facilitador maior que a liga tem é a **disponibilidade de ter no mesmo cenário os médicos e as farmacêuticas. Isso facilita certamente o contato da equipe**, pois a gente sabe que em outros cenários não tem essa facilidade. O que já possibilita que o paciente já saia com uma conduta estabelecida, justamente por ter essa equipe de fácil acesso.” Fagotista

“Acho que **atrapalha muito não ter o contato presencial**. [...] trabalhar em equipe à distância, não é bom, em qualquer equipe, porque **você não consegue, às vezes, explicar com uma carta ou com um relatório todo o aspecto que você tá vendo.**” Percussionista

Maracle, Ramalho-de-Oliveira e Brummel (2012) observaram percepção semelhante dos prescritores com relação aos provedores de GTM. Os médicos, nesse estudo, associavam a presença física à facilidade na comunicação e, conseqüentemente, na construção da relação colaborativa.

Um dos desafios encontrados pelos profissionais que trabalham isoladamente é justamente a falha na comunicação, pois, conforme apontado pelo Percussionista, não se pode garantir a compreensão de uma demanda sem discutí-la. Apresentar as considerações em carta ou relatório pode ser a alternativa disponível no cuidado compartilhado, mas a presença é, sem dúvida, um facilitador da prática e torna possível a construção em conjunto da decisão terapêutica.

A segunda habilidade citada é a comunicação, extensamente apontada em outros trabalhos como essencial no trabalho em equipe (MCCALLIN, 2001; GARDNER, 2005; HALL, 2005; LOMAX e WHITE, 2015). Lomax e White (2015) discutem as habilidades no cuidado interprofissional, apresentando a comunicação eficiente como peça chave para a colaboração no cuidado, reforçando a importância do contato presencial, que ajuda a criar conexões e familiaridade uns com os outros.

A equipe evolui ao longo do tempo e passa a perceber as falhas existentes e a necessidade da habilidade de comunicação que, se ausente, compromete o cuidado:

“O paciente falava uma coisa, a gente tinha escrito outra e se a gente ia perguntar pro outro profissional tinha falado outra coisa, era mais **problemas de comunicação, falhas na comunicação.**” Trompista

O Trompista reproduz em sua fala uma dificuldade existente no cuidado. Muitas vezes o paciente é abordado por diversos profissionais e apresenta para cada um deles um recorte do seu problema, ou queixa. A ausência da comunicação faz com que o quebra-cabeça do cuidar fique incompleto, o que pode comprometer a atuação profissional. Assim, ao perceber essas falhas de comunicação, pela motivação de avançar no cuidado colaborativo, a própria equipe propõe soluções:

“**O jeito é sentar, conversar** assim: ‘olha, conversei com o paciente ali, eu vi isso, isso, isso de diferente, acho que tem como mudar.’ **A pessoa tem que esperar a receptividade da outra pessoa.**” Violinista

“[...] **paciência pra escutar todo mundo da equipe**, entender o que cada um quer passar. Tem que ter a comunicação mais rápida possível [...] comunicação imediata, tem que ter a discussão do caso, não só soltar a informação ou dizer o

que tá ou não tá fazendo, **tem que discutir pra avaliar quais são as melhores opções.**” Contrabaixista

Confiança, harmonia e respeito também foram levantadas como habilidades necessárias para a construção positiva da relação interprofissional. Elas podem ser agrupadas na cooperação citada por Norsen, Opladen e Quinn (1995), domínio que compreende o reconhecimento e respeito das diferentes opiniões e pontos de vista, permitindo a reflexão sobre sua prática e opiniões.

“[Todas] as oportunidades que eu tive de participar da discussão do caso, pós-atendimento do paciente, **sempre fui bem recebido** e eu tive facilidade pra participar disso. **Se eu quisesse colocar minha opinião, ou a minha visão, tinha esse espaço disponível.**” Fagotista

“Acho que **cada profissional tem o seu limite**. Aprendeu coisas diferentes e eu acho que é assim que tem que ser, não tem mal algum nisso, eu creio que são coisas complementares, **as pessoas tem que tentar dar seu ponto de vista não pra desmoralizar outros profissionais, mas na tentativa de melhorar aquele paciente.**” Tubista

“A gente [médicos] já pode contar com isso, sabe, vamos deixar ele [paciente] conversar com o pessoal da farmácia que eles vão descobrir alguma coisa. **Eu acho que acabo trabalhando de uma forma diferente porque eu já sei que vocês estão ali e vão conversar com o paciente depois, aí eu foco em outras coisas e deixo aquilo pra vocês.**” Harpista

Conforme apresentado, trabalhar em conjunto é também um exercício de humildade. Os membros da equipe não estão competindo entre si, tentando mostrar qual profissional é mais importante ou habilidoso, estão construindo, juntos, a melhor alternativa para o paciente.

Respeitar o companheiro de trabalho é primordial desde o primeiro contato. Isso é especialmente relevante se tratando de um serviço novo, como é o GTM. Esse contato inicial deve ser realizado de forma tolerante, estando o profissional bem embasado e

pronto para exercer seu papel, porém respeitando a experiência e opinião do profissional abordado:

**“É o jeito de apresentar, óbvio, jeito de falar.** Chegar falando isso não tá certo, não gostei, vai desagradar qualquer um. Agora, sentar, igual fizeram comigo, mostrando o que tinha visto de diferente, o que poderia ser alterado, melhorado, acho que qualquer pessoa com bom senso vai aceitar.” Violinista

Esse respeito é fundamental para avançar na relação interprofissional. Após essas primeiras impressões, passamos para uma nova etapa na construção das relações, o tempo de experiência em equipe. Esse período adaptativo, que não é limitado e dependerá da abertura dos profissionais envolvidos, é um período de construção e solidificação da confiança, permitindo o compartilhamento de responsabilidades:

**“Como boa parte da equipe já trabalha junto há algum tempo, ela está mais unida e colaborativa, discutindo mais abertamente, envolvendo todo mundo nas decisões.”** Flautista

A experiência também é colocada como fundamental pelo fato do GTM ser um serviço novo, ainda pouco conhecido e reconhecido pela sociedade e comunidade profissional. Esse profissional, cujo papel não é bem entendido, deve buscar, naquele espaço, se desenvolver e criar conexões interprofissionais:

**“Realmente, não basta apenas apresentar o serviço,** talvez seja algo tão fora da compreensão do profissional de medicina, que ele **precisa estar diariamente convivendo com esse serviço para ele compreender a sua aplicação e a sua contribuição.** As residentes, que eu percebi uma maior abertura com o serviço de farmácia, foram justamente as duas mais antigas na liga de diabetes, talvez por isso elas tiveram tempo de observar as intervenções da farmácia.” Fagotista

Ao vivenciar essa experiência de convívio com o GTM, diferentes formas de ver e usar o serviço são apresentadas pela equipe. A primeira fala descrita abaixo reflete o

posicionamento de um acadêmico de medicina sobre o profissional habilitado a realizar o GTM. Essa fala está de acordo com grandes agências norte-americanas que defendem a provisão do serviço de GTM por profissionais qualificados para tal (farmacêuticos, médicos, enfermeiros e outros profissionais clínicos), não exclusivamente farmacêuticos (VISWANATHAN *et al.*, 2014).

**“Eu ainda acho que ele [GTM] poderia ser realizado pelos médicos, talvez até pelos enfermeiros,** mas a gente nem tem enfermeiro na equipe e os médicos, muitas vezes, estão muito mais preocupados com as condições clínicas do paciente e esquecem os detalhes do uso das medicações, de como as medicações estão interferindo na vida do paciente. Porque eu sei que a gente [médicos] deveria preocupar com isso, eu sei que a gente tem um pouco de conhecimento farmacológico, mas o conhecimento de vocês [farmacêuticos] é muito maior. A partir do momento que a gente tinha o suporte de vocês, inclusive, a gente parou de fazer completamente, porque não servia pra mais nada.”

Contraibaxista

Desde 2010, com a sanção da lei federal *Affordable Care Act* (ACA), comumente chamada de "*Obamacare*", os farmacêuticos e outros profissionais qualificados para a provisão de GTM têm a oportunidade de realizar o serviço nos ambulatórios, hospitais e centros de provisão de serviços de saúde incluídos nos sistemas de seguros de saúde norte-americanos *Medicare* e *Medicaid*. Apesar de legalmente respaldados, os demais profissionais de saúde representam menos de 1% dos provedores de GTM. Farmacêuticos permanecem como os principais responsáveis pela provisão de GTM, totalizando 99,5% do total de provedores (SCHOMMER, 2013).

No Brasil, não são conhecidos outros profissionais, além dos farmacêuticos, que exerçam o serviço. Esse serviço, também chamado de acompanhamento farmacoterapêutico, é respaldado legalmente por resolução do Conselho Federal de Farmácia (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013).

Além disso, apesar da capacidade técnica de outros profissionais, existem outros fatores que podem favorecer ou impossibilitar o exercício do GTM. Falta de tempo e excesso de responsabilidades dos demais profissionais podem ser considerados fatores dificultadores do exercício. O que se sabe é que os problemas relacionados ao uso de medicamentos

são reais e frequentes, e algum profissional deve assumir essa responsabilidade. Dessa forma, uma resposta paternalista, de centralização de responsabilidades em um único profissional vai à contramão do cuidado, gera sobrecarga de trabalho para uma única categoria profissional e impede a construção conjunta, a abordagem complementar sob diferentes pontos de vista.

**5.3.2. “A medida que as pessoas trabalham juntas e que a gente vai desenvolvendo atividades, cada um também começa a atuar um pouco na interface do outro”: papéis e limite profissional**

Um dos domínios dentro das competências essenciais para a prática colaborativa interprofissional é o de papéis e responsabilidades (SCHMITT *et al.*, 2011). A colaboração dentro de uma equipe é facilitada quando os profissionais conhecem a capacidade e atuação uns dos outros (SCHMITT *et al.*, 2011):

**“A partir do momento que eu sei que a pessoa faz, eu posso começar a entender, a perceber que ele atende uma demanda diferente da minha.”**

Clarinetista

**“Na prática compartilhada, é importante os profissionais compreenderem a contribuição de cada um dentro dessa prática. Quando você não tem uma compreensão adequada da possível contribuição, fica difícil você entender qual pode ser a participação de cada um dentro dessa prática. Então, se o serviço da farmácia fosse melhor compreendido pelo serviço de medicina, certamente eles saberiam as situações mais adequadas para poder acionar a farmácia.”**

Fagotista

A contribuição do papel de cada profissional é importante para prevenir conflitos internos que podem ocorrer quando os profissionais não estão alinhados. Esse alinhamento compreende o conhecimento da função de cada um, evitando a crença de que o outro profissional está assumindo um papel diferente do seu escopo de atuação e realizando atividades exclusivas de alguma outra profissão. Questionados sobre os diferentes papéis

dentro da equipe, os entrevistados se mostraram bastante heterogêneos, especialmente em relação ao serviço mais recente, o GTM.

“Com uma equipe multidisciplinar a gente acaba dividindo o paciente em áreas, ne? Por exemplo, **a medicina fica com a parte da prescrição, do exame, do diagnóstico; a farmácia com auxílio nas medicações, na adesão do paciente ao tratamento; a nutrição pra dieta, atividade física...** A gente consegue **compartimentalizar, mas atuar no paciente como um todo.**” Violinista

“Eu acho que a **medicina deveria prescrever qual o tipo de remédio e qual a dose deve ser utilizada e vocês [farmacêuticos] deveriam trabalhar a questão da farmacocinética e farmacodinâmica pra adequar o uso pra cada paciente.**”  
Contrabaixista

“**Medicina [...] fica mais preocupada com o diagnóstico, obviamente com o tratamento também,** mas aí pra fazer as coisas do jeito que vocês [farmacêuticos] fazem, demandaria um tempo muito maior do que o tempo de consulta, que já tem que fazer todas as outras coisas.” Violoncelista

“**O papel do médico é orientar e auxiliar o paciente no controle da doença dele, aqui no caso, o diabetes, e tentar trazer o tratamento para o contexto dele, de uma forma que ele lide com mais facilidade.** E o papel da farmácia eu acredito que seja... Bom, os pacientes têm muitas dúvidas, em questão de armazenamento, modo de aplicação, onde aplicar, como aplicar, então eu acho que é na parte de **orientar o manuseio dos medicamentos.**” Saxofonista

As falas refletem a diversidade do conhecimento da equipe e ajudam a compreender como essa opinião sobre o papel do outro evolui à medida que se trabalha coletivamente. Nas falas acima, o Saxofonista é o participante mais recente na equipe, com apenas um dia de atendimento no momento da entrevista. Isso ajuda a explicar a insegurança em relação ao papel do farmacêutico. Os outros entrevistados possuíam, na data da entrevista, mais de um ano de experiência de trabalho conjunto.

Ainda assim, é possível perceber que há quem acredite que o serviço de GTM poderia ser realizado pelo médico, como mostra a fala do Violoncelista, caso o profissional dispusesse de mais tempo. E há também quem veja a atuação em conjunto como uma série de etapas no cuidado, como apresentado pelo Violinista e pelo Contrabaixista, que



veem a compartimentalização do cuidado na equipe como uma maneira de atuar de forma holística.

O GTM, serviço realizado pelo farmacêutico na LAD, compreende a revisão de toda a farmacoterapia do paciente a fim de identificar, resolver e prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos. Essa definição não foi dada por nenhum entrevistado externo à equipe de farmácia, em concordância com estudo anterior semelhante (MARACLE, RAMALHO-DE-OLIVEIRA e BRUMMEL, 2012). Mas ao descrever um caso, o entrevistado, médico, consegue uma aproximação do conceito:

“Eu já vi casos lá de paciente não saber o que tá tomando, não tá controlando a pressão e ter aquela dúvida... A cada consulta o médico percebe e prescreve um remédio a mais. E isso vai aumentando até que chega a conclusão que o paciente não tá pegando aquele determinado medicamento no posto, que não tá comprando o outro. Percebe que aquela polifarmácia, na verdade, o médico tá prescrevendo, mas não tá vendo porque ele não tá usando, por isso que a pressão não está controlada. E aí, **a atuação da farmácia foi interessante porque descobriu isso, e conseguiu reajustar o que tava sendo usado.** Outras comorbidades, dislipidemia, que acaba com o uso de sinvastatina, tem doenças tireoidianas, uso do Puran T4® em jejum, tem interação medicamentosa com outras coisas, que vocês também ajudam a deixar bem claro horário certo de usar, explicando a necessidade desses cuidados, acho que é isso.” Violinista

Essa fala mostra, com clareza, problemas relacionados ao uso de medicamentos e como a atuação do farmacêutico pode contribuir na identificação e resolução desses problemas. É possível, ainda, observar a filosofia de prática do GTM na seguinte fala:

“**A farmácia ajudava a gente a organizar o dia-a-dia do paciente, não só com remédio, mas com tudo.** Não só em termos de horário de medicação, mas nos horários de todas as rotinas que ele tinha a cumprir. [...] porque faltava alguém no grupo pra fazer, **dar liga a liga**, talvez é isso.” Trompetista

Essa fala reflete o holismo da prática, a percepção ampla sobre as necessidades em saúde do paciente. Outro ponto observado pela equipe, em relação ao papel da farmácia,

é a tradução do regime farmacoterapêutico para o mundo da vida do paciente, envolvendo-o, como protagonista, no cuidado:

“Acho que é colocar cada coisa em seu lugar. Deixar uma coisa que é muito complicada, **deixar pra eles [pacientes] assim, mais fluido**. Não é um bicho de sete cabeças. Acho que vocês [farmácia] tinham esse papel assim. **De destrinçar o quebra-cabeça**, sabe?” Trompista

Considerando todas essas percepções em relação ao trabalho da farmácia e pensando na atuação interprofissional, onde uma equipe com diferentes profissionais compartilham uma identidade e trabalham conjuntamente, de forma integrada e interdependente para resolver os problemas do paciente, temos que considerar um importante conceito, o limite profissional. Limite nos dá a ideia de recorte. É o intervalo entre as fronteiras do início e fim. Limite profissional é aqui discutido como o recorte de atuação de cada profissional.

“Como a liga tem uma proposta de um trabalho multidisciplinar [*inter*], ao mesmo tempo em que **cada uma das profissões tem a sua especificidade**, à medida que as pessoas trabalham juntas, e que a gente vai desenvolvendo atividades, cada um também começa a **atuar um pouco na interface do outro**.” Trompetista

A fala do Trompetista revela a nuance da atuação interprofissional ao contrapor a especificidade de cada profissão e a atuação na interface do outro. Cada profissão tem sua contribuição filosófica única e a união de diferentes pontos de vista, ancorados em diferentes arsenais filosóficos, é vista positivamente quando considerada a complexidade exigida no cuidado (SUTER *et al.*, 2009)

Essa complexidade, traduzida na demanda múltipla do paciente, incentiva a inovação no cuidado em saúde, aumentando a oferta de práticas interprofissionais, nas quais os limites profissionais são menos estabelecidos quando comparados à profissionais que atuam sozinhos (KING *et al.*, 2015).

“Não é só proximidade, proximidade muitos ambulatorios tem, mas é **tranquilidade de ver o outro falando sua área, sem você achar que está invadindo a sua área**. Muito pelo contrário, achar que ele está de ajudando a

orientar o indivíduo, ajudando naquelas condutas que, naquelas prescrições ou naquelas orientações, são fundamentais pra vida, pra qualidade de vida, pra prevenção, pra cura...” Trompetista

“Na realidade, a gente quer delimitar o que é da medicina, o que é da farmácia, o que é da nutrição e muitas vezes **a saúde é uma coisa muito complexa, que não tem como você delimitar**, entendeu?” Tubista

Essa ausência de barreiras no cuidado é bem documentada e discutida no âmbito da transdisciplinaridade, com a ideia do ir através, da ausência de fronteiras, onde não há delimitação de papéis definidos (OPIE, 2000; STEWART *et al.*, 2010). A interseção de papéis é vista como contribuinte para o entendimento do paciente, à medida que permite que ele seja apresentado a mesma informação de maneiras diferentes:

**“Ele [paciente] ouvir o outro [profissional] falar do mesmo tema, mas de outra forma, às vezes melhora o entendimento, a compreensão, sensibiliza mais pra importância disso”** Trompetista

Assim, é possível compreender, que para o Trompetista, a interface de atuação não significa repetição da mesma abordagem. Indica que pode haver contribuições diferentes que irão colaborar para a compreensão e sensibilização do paciente abordado naquela área comum.

Contrapondo a ideia de interseção no conjunto do cuidado, como discutido por Mccallin (2001), a cultura profissional médica tem uma história de liderança e domínio do conhecimento. Esse histórico de domínio do conhecimento influencia a visão dos demais profissionais de saúde, que enxergam como possivelmente conflituosa a atuação em área afim, a farmacoterapia, dos médicos e farmacêuticos:

“A gente [nutrição] não mexia muito com medicamento, a gente mexia mais a partir da prescrição médica, aí a gente atuava e tudo mais. Então, era impossível a gente bater com medicina na parte de medicação. Já vocês [farmácia] não, entendeu? Então, era uma coisa impossível não bater. Porque assim **vocês**

**mexiam na mesma área e isso lógico que ia dar divergência, às vezes.”**

Trombonista

Essa fala reflete um ponto importante na inter-relação profissional, o confronto. Para Trombonista, o fato do serviço de GTM ter sua atuação em medicamentos, que também é escopo de atuação da medicina, favorece o confronto pelo fato de haver divergências de postura e opinião. Além disso, o limite melhor estabelecido, nutrição atuar ‘a partir da prescrição’, é visto como facilitador na relação, por reduzir as chances de desacordos dentro do cuidado.

Outro ponto observado pela equipe sobre as relações entre médicos e demais profissionais de saúde é o prestígio social do primeiro, como classe, em relação aos demais. Esse privilégio pode ser prejudicial quando um médico utiliza da sua posição e repassa informações inadequadas ao paciente, especialmente aquelas informações que são de maior domínio técnico de algum outro profissional de saúde:

**“E toda orientação dada pelo médico, é muito difícil, porque quando ela está incorreta, a desconstrução dessa orientação é muito complexa.** Paciente ainda tem mais confiança, credibilidade, crê mais na orientação dos médicos do que de outros profissionais. Então, desconstruir uma informação dessas, é muito complexo com o paciente.” Trompetista

Essa observação é uma consideração cultural, relacionada ao prestígio social que esse profissional possui. A resposta para essas questões críticas, identificadas pela equipe, vem do próprio grupo, que discute a importância do contato interprofissional e o alinhamento do objetivo comum: o paciente.

**“O grande problema quando você não é ensinado a trabalhar em equipe, não tem esse contato, você acaba esbarrando em até onde eu vou, até onde o meu colega vai, o que a gente pode trabalhar junto.** Sentar e pensar o melhor para o paciente, pra gente.” Violinista

**“O fato de a gente enxergar o paciente como um todo, faz com que a gente necessite de outras áreas,** porque a gente vai perceber que não vai atender todas as demandas dele [paciente].” Clarinetista

**“Porque não existe o diagnóstico e o tratamento, é só diagnosticar e tratar a doença? Não, não é só isso. Então você não precisa só do médico, né?”**  
Violista

O limite profissional é colocado como desafio na prática compartilhada e a formação para trabalho em equipe, como forma de contornar esse desafio. As falas demonstram que atuar pensando o paciente como protagonista do cuidado, com suas demandas e particularidades, implica na atuação de múltiplos profissionais. É reconhecer que em cada momento a demanda do paciente vai ser diferente, que compreender a pessoa como um todo, reconhecendo o ser biopsicossocial presente, requer o uso de ferramentas múltiplas no atendimento:

**“É ensinar o paciente o autocuidado, ele ser responsável pela doença dele e a gente dar uma direção,** um suporte técnico ou psicológico, **o que tiver ao nosso alcance, mas ajudá-lo a se tornar melhor dentro das condições dele.”**  
Oboísta

### **5.3.3. “É muito mais fácil escrever sobre o multiprofissional [inter], do que viver o multiprofissional [inter]”: interprofissionalidade alcançada**

Quando buscamos a compreensão da construção da relação interprofissional, é interessante buscar na literatura modelos teóricos que ilustram as etapas e desafios que envolvem esse processo (D'AMOUR *et al.*, 2005).

Ao longo da análise dos dados, algumas características descritas pelos entrevistados se assemelharam com os apontamentos do modelo de McDonough e Doucette (2001), sobre a construção da relação médico-farmacêutico. Assim, optamos por utilizá-lo para discutir nossos resultados, comparando-os com os componentes do modelo.

O modelo engloba três domínios: características individuais, do contexto e de troca (MCDONOUGH e DOUCETTE, 2001; ZILLICH et al., 2005). Muitos dos componentes de cada domínio foram expostos pelos entrevistados. Em relação às características individuais, foram debatidos o conhecimento e a experiência profissional dos diferentes membros da equipe. Em relação às características de contexto, organização e infraestrutura foram citadas e debatidas. Por fim, nas características de troca, todos os componentes foram lembrados pelos entrevistados: confiança, especificações sobre os papéis de cada profissional e o início da relação.

O início da relação, geralmente, parte do profissional mais novo. Na LAD, com a entrada do GTM, era bem evidente que esse movimento introdutório deveria partir dos profissionais da farmácia, conforme fala a seguir de entrevistada farmacêutica ao ser questionada sobre como era a abertura para discussões de caso.

**“Vejo partindo de mim.** A gente vai ficando mais seguro da prática, mais seguro das informações que a gente leva.” Clarinetista

A partir dessa iniciativa para o início da relação, podemos comparar as etapas de desenvolvimento da relação de trabalho, especificamente médico-farmacêutico, com a entrada do serviço de GTM na LAD (MCDONOUGH e DOUCETTE, 2001). Essa entrada já ocorreu no estágio 1, de reconhecimento profissional, já que desde o início o contato era presencial e a interação existente (o que não ocorre no estágio 0).

Após as investidas iniciais, os serviços começaram a vivenciar o estágio 2, de experimentação e exploração:

“As discussões que a gente fazia de caso, as discussões que a gente fazia de artigo, isso tudo fazia com que a gente passasse a **conhecer melhor a prática do outro, a atuação do outro, a forma de pensar do outro**, porque não é só a prática, o conhecimento específico, mas quais são os princípios.” Trompetista

Nessa fase de exploração, é fundamental conhecer os princípios do outro. Além disso, cada contato é importante para apurar sua expectativa de troca. Essa expectativa é fluida

e será positiva, quando o profissional que deseja ser reconhecido, nesse caso o farmacêutico, conseguir atingir ou superar as expectativas do médico. É importante frisar que nas etapas iniciais, devido a fragilidade da relação, as expectativas podem rapidamente mudar, de positivas para negativas. Nessa fase também é reforçada a importância do feedback, a comunicação sobre o progresso de um paciente entre os profissionais.

Com o tempo e interação melhor alcançada, atinge-se o estágio 3, onde ocorre a expansão do relacionamento profissional. Nessa fase, há uma maior solidificação da confiança, e o médico passa a recorrer ao farmacêutico:

“Depois eu comecei a gostar, porque sempre fiquei com essa preocupação no consultório de ver se tá tudo certinho, **mas ter uma retaguarda de alguém, que vai conseguir olhar isso pra você, é bom. Dividir um pouco essa responsabilidade e tentar fazer o melhor mesmo.** Sempre a medicina acaba atendendo primeiro e a farmácia depois, e vem com as sugestões. Acho que isso aí gera uma discussão, o que é melhor ou pior, o que vai manter ou não. [...] Então, pelo menos pra mim, **a relação interpessoal é muito boa e a gente consegue ter um bom diálogo.**” Violinista

Nesse estágio, as características de troca: comunicação, estabelecimento de regras, feedback do desempenho e resolução de conflitos devem ser priorizadas. E finalmente, o estágio 4, a relação de trabalho colaborativa alcançada. Nessa etapa, médicos podem contar com as habilidades dos farmacêuticos para gerenciar a terapia medicamentosa dos pacientes. No entanto, conforme apresentado, esse modelo é fluido e as relações podem avançar ou retroceder ao longo dos estágios. É fundamental manter a comunicação bilateral e o respeito entre os diferentes profissionais envolvidos para evitar o retrocesso na relação estabelecida.

“**Quando eu falo compartilhar, é mais no sentido de somar, um somar ao trabalho do outro,** porque [...] a equipe faz a diferença porque tá trabalhando conjuntamente, compartilhando informações semelhantes.” Trompetista

Conforme é estabelecida a parceria, é possível perceber os resultados da equipe que excedem os resultados individuais. Na LAD, após 2 anos de trabalho em parceria, foi possível observar uma relação mais bem estabelecida entre as clínicas:

“Como boa parte da equipe já trabalha junto há algum tempo, **ela está mais unida e colaborativa, discutindo mais abertamente, envolvendo todo mundo nas decisões.**” Flautista

A fala do Flautista reforça algumas habilidades essenciais trabalhadas durante o estabelecimento da relação colaborativa de trabalho, como discussões em equipe, abertura, comunicação e compartilhamento de responsabilidades. A cooperação alcançada parece superar o desafio da rotatividade profissional, como observa o entrevistado Fagotista:

“De um modo geral me surpreendeu a aceitação, quando eu entrei, achei que seria um pouco mais complicado a aceitação da farmácia pela medicina. Mas me pareceu assim uma **comunicação bem estabelecida**. Claro que entram residentes diferentes, acadêmicos diferentes, que não conhecem o serviço ainda e **há um estranhamento inicial, que eu acho que é normal, um desconhecimento pelo nosso serviço**. Mas mesmo nessas pessoas que eu pude acompanhar no início, **eu percebi uma evolução na compreensão do que a gente fazia e na aceitação do nosso serviço.**” Fagotista

Essa observação indica que mesmo com a entrada de novos profissionais, uma vez que é alcançada a relação colaborativa e o serviço novo já é incorporado à equipe, é mais fácil se fazer ser compreendido e estabelecer parceria com esses novos profissionais.

Questionados sobre os benefícios da atuação em equipe, a partir da experiência na LAD, os entrevistados se posicionaram também sobre as diferenças entre a atuação isolada e em conjunto:

“**Apesar de acontecer de discordar uma coisa aqui outra ali, mas as pessoas [equipe] te escutavam, queriam saber, sabe? Queriam sua ajuda, a gente se sentia incluído.**” Trombonista



“Mas você estar sozinha, você ser a sua equipe, dá muita insegurança. Porque **se você tiver uma dúvida, você não tem nem a quem recorrer, assim, e também te dá uma sensação de impotência.**” Clarinetista

“**Estar sozinho num lugar te faz crescer muito mais devagar**, você muda muito mais lentamente, do que se tiver uma outra pessoa fazendo o que você faz, te dando feedback, e te ouvindo, e opinando. Acho até que transforma o crescimento e acelera.” Flautista

A atuação conjunta traz consigo novos desafios, como as discordâncias e a necessidade de tempo para as discussões. Todavia, traz também o apoio, a segurança de ter a quem recorrer numa situação de insegurança ou dúvida. Traz ainda crescimento e aprendizado, uma vez que permite a construção do conhecimento em equipe. Aprender a superar o desafio com o outro, sob um novo olhar.

#### **5.4. Compartilhando o cuidado**

Em um cenário de atuação em equipe, o compartilhamento do cuidado é uma realidade inquestionável. Muitas vezes, a decisão de compartilhar começa com o encaminhamento do paciente para o profissional parceiro. Durante o encaminhamento, existe uma expectativa do profissional que deseja a contribuição do outro. Essa expectativa se reflete no estabelecimento dos critérios para encaminhamento.

Quando esses critérios de encaminhamento estão de acordo com o escopo de atuação do profissional encaminhado, percebemos uma aproximação maior entre os profissionais e uma intenção genuína de compartilhar o cuidado:

“Quando eu vejo alguma **dificuldade de entendimento da nossa prescrição** [prescrição médica], **quando tem muitas medicações**, quando tem risco essa polifarmácia, **o paciente tá confundindo o que ele está usando.** [...] Acho que **tudo que tem a ver com medicação dele**, uma forma de melhorar a adesão ao tratamento, acho que isso é o principal assim, que consegue ajudar e fazer o paciente entender o que ele tá tomando, usando.” Violinista

**“Toda vez que eu vejo que o paciente está com mal controle, que ele também não está entendendo, não está aplicando [insulina] direito, não entende como é feito, pra que serve... Porque a gente explica... E eu noto que em boa parte das vezes, eles se sentem assim mais assistidos.”** Violista

Os critérios de encaminhamento utilizados pela equipe da LAD se relacionam muito bem com o papel do GTM de identificar, prevenir e resolver PRM. Pacientes que não entendem o tratamento, que utilizam muitos medicamentos e que não estão conseguindo o controle de suas condições clínicas são fortes candidatos a possuírem PRM. Isso mostra a compreensão, pelos médicos, do potencial de contribuição da farmácia para o paciente encaminhado.

Os critérios de encaminhamento foram sendo adaptados ao longo do tempo, conforme fala do Contraabaixista:

**“No início era mais a questão da polifarmácia, o primeiro argumento que a gente usava era esse. Se o paciente usava muitos medicamentos que era difícil até a gente acompanhar, era uma indicação clara que precisava de um acompanhamento com o farmacêutico. Pacientes que a gente observava que também tinham dificuldade com a prescrição ou de entender o que estava prescrito ou de utilizar o medicamento em casa sozinho, também tinha indicação clara de ter uma colaboração do farmacêutico. Então começaram a usar depois quando tinham a sensação de que o paciente podia melhorar, não só que o paciente não tava entendendo, mas que às vezes tinha algum detalhe que não estava explicado, algum motivo para o tratamento não está sendo muito efetivo.”** Contraabaixista

Com essa fala é possível notar uma ampliação na confiança em relação ao farmacêutico ao longo do tempo. Inicialmente, os encaminhamentos seguiam critérios mais definidos, posteriormente, foram feitos encaminhamentos quando o tratamento não estava sendo efetivo, com a expectativa que o farmacêutico contribuísse na identificação da causalidade daquele PRM e contribuísse na formulação de um plano terapêutico para aquele paciente.

Em um cenário de compartilhamento de cuidado, existe também o compartilhamento de responsabilidade:

**“Dividir um pouco essa responsabilidade e tentar fazer o melhor mesmo.** Então hoje eu acho ‘super bem-vindo’, adoro quando alguém percebe alguma coisa que eu não vejo, porque não dá realmente pra dominar tudo.” Violinista

A visão que o profissional tem sobre o paciente influencia no compartilhamento de responsabilidades. Enxergá-lo como paciente “da equipe” permite um maior compartilhamento e maior dedicação na colaboração com os demais profissionais da equipe. Quando o profissional enxerga-o como “seu paciente” reduz a chance de colaboração e divisão de responsabilidades, por se sentir desconfortável e sem confiança no trabalho dos demais profissionais (MACNAUGHTON, CHREIM e BOURGEAULT, 2013).

**“Diminui minha responsabilidade bastante vocês estarem ali,** nessa questão de uso de medicação: como está usando, se tá fazendo jejum, se num tá. Eu pergunto, mas eu deixo as nuances, as miudezas, tudo pra vocês. Falo assim, farmácia vai conversar, então eu vou pular essa parte. Mais ou menos assim. É... Eu acho que o que mais me ajuda é isso. **Eu sinto que essa parte aqui eu, sabe, entrego.** Então, às vezes eu checo algumas coisas, mas deixo mesmo. E me atenho às outras coisas que eu sei que eu não vou ter ajuda.” Harpista

Como apresentado pelo Harpista, a confiança depositada nos membros farmacêuticos da equipe permite que esse compartilhamento aconteça de forma alinhada e confortável. Algumas situações observadas na prática são traduzidas na fala do Flautista:

“Após a consulta de GTM, a farmacêutica discutiu o caso com a residente, que já havia escrito a receita. Ela estava incompatível com a orientação da farmácia. Ela [residente] questionou se a farmacêutica gostaria que ela refizesse a receita e montasse uma nova receita adequando-a em relação a orientação dada pela farmacêutica. Ela [farmacêutica] respondeu positivamente e a médica prontamente refez a receita, confiando no julgamento da farmacêutica.” Flautista

Somado aos critérios de encaminhamento e o compartilhamento de responsabilidades, devemos discutir também a abordagem complementar. Abordar o paciente de forma complementar é cuidar em equipe e essa forma de cuidado implica em transformações em quem a executa:

**“O que mudou pra mim [ao trabalhar em equipe], foi a visão da doença, a visão do paciente.** Porque acaba que você sempre tem alguma coisa para acrescentar, acaba que você faz a consulta e vem uma pessoa da farmácia e fala que conversou com fulano e relatou isso e aquilo e que tem um detalhe que você fala: ‘olha, não vi’, ‘olha, nossa! Interessante, isso aqui ele não falou pra mim...’ então assim, **eu acho que muda é no resultado final.**” Violista

A fala do Violista reforça essa transformação, na maneira de enxergar a doença, o paciente e retoma a ideia do resultado final diferente quando se trabalha complementarmente. O Violinista explica essa atuação complementar como uma divisão dos pacientes em áreas, considerando a *expertise* de cada profissional:

**“Com uma equipe multidisciplinar [inter] a gente acaba dividindo o paciente em áreas, né? [...]** E isso acabou melhorando muito a nossa relação com o paciente e com o controle dele também, fazendo eles entenderem mais sobre aquilo que estão usando.” Violinista

Essa divisão em áreas é uma forma de enxergar a abordagem holística, compreendendo as diferentes atuações como peças de um quebra-cabeça do cuidado, como explica o Percussionista:

**“A história de trabalhar em conjunto [...] é partilhar as informações que, às vezes, cada um tem um jeito de obter e com isso conseguir fazer uma visão melhor daquele paciente,** uma visão mais global dele e conseguir ajudar mais.” Percussionista

Essa visão de ampliação do escopo de atuação, quando se trabalha em equipe, é especialmente levada em consideração ao abordar o Diabetes:

**“Diabetes, como é uma doença multifatorial e que afeta toda a vida do paciente, ela precisa de uma abordagem completa,** abordagem usando o paciente tanto na forma de educação e na forma de tratamento farmacológico. E isso a gente consegue usando um maior número de profissionais diferentes, de áreas diferentes, agindo de forma integrada.” Contrabaixista

Percebemos nessa fala um reforço na tendência de abordagem de doenças crônicas de forma interprofissional. Há também o apontamento em relação ao número de profissionais. A ideia de uma equipe variada e integrada é compartilhada por outros membros da equipe, como o Harpista:

“Eu sempre preciso pedir ajuda de enfermeiro, nutricionista, encaminhar pra alguém, pedir uma avaliação de educador em diabetes pra poder explicar coisas sobre aplicação de insulina. [...] Eu queria ter uma equipe mais assim, sabe? Psicólogo... **Se tivesse uma equipe assim mais completa, ia ser bom, né? São várias visões. Olha só que bacana a equipe: médico, enfermeiro, farmácia, psicologia e nutrição, num ia ser uma equipe de força?** E com os pacientes organizados como tutores, olha que coisa linda.” Harpista

Com essa organização de múltiplos profissionais, estratégias devem ser feitas para que a equipe trabalhe alinhada, sem perder a autonomia de cada profissional. Uma das estratégias adotadas pela equipe é a definição de metas. Essas metas são traçadas pela equipe junto ao paciente e permite um alinhamento das condutas dos diferentes profissionais que acompanham o paciente:

**“Tentar traçar uma meta pra aquele paciente, e a equipe toda abordar de uma maneira igual aquele paciente.** Porque a gente já viu várias vezes, eu tenho uma visão, o meu residente tem outra visão, o acadêmico tem outra visão, vocês tem outra visão, e às vezes são muito diferentes as visões. Por diversos motivos, por diversos momentos que cada um está abordando o paciente, e a maneira com que o paciente nos aborda, nos trata.” Percussionista

A construção e deliberação de metas terapêuticas individuais permanecem como desafio constante na LAD. Para superar esse desafio, é fundamental que os profissionais falem a mesma língua, isto é, compartilhem o mesmo vocabulário, conheçam e sustentem os princípios de cada profissão. A forma de repassar a informação para o paciente deve ser concisa e uniforme entre os profissionais em uma mesma equipe.

Além da linguagem uniforme, podemos compartilhar nossas *expertises* focando mais nas necessidades do paciente e menos na área de atuação de cada um:

“Quando eu falo de prática compartilhada é no sentido de que se eu sou nutricionista e conheço muita coisa sobre nutrição, e eu preciso desse conhecimento para orientar, por exemplo, a dieta, a alimentação ou o dia alimentar de um indivíduo com diabetes, **se o meu colega médico, o meu colega outro profissional, o farmacêutico, enfermeiro, fisioterapeuta, reproduzir, conhecer parte da minha fala, da minha prática, da minha orientação e me ajudar nesse aspecto.** Não é ajudar... É difícil falar, é mais fácil fazer pra mim. **Se esses outros profissionais conhecerem um pouco dos aspectos básicos, os princípios básicos da nutrição que a gente perpassa numa consulta ou numa atividade de grupo, fica mais fácil pro discurso dele vir somando.** Então na realidade não é só o conhecimento teórico, científico. Mas como a gente perpassa esse conhecimento, quais são os seus grandes objetivos com o nosso paciente. Quando os outros profissionais passam a reconhecer isso é mais fácil de trabalhar em conjunto.” Trompetista

A formação de um vocabulário uniforme é discutido na literatura como um importante recurso para compreender os limites profissionais e um desafio na coordenação da equipe, que luta com a falta de coesão de seus membros (BACA, 2011; LÉGARÉ, STACEY e BRIÈRE, 2013). A prática compartilhada requer vocabulário uniforme, estabelecimento de objetivo (meta) comum, compartilhamento de responsabilidades, definição de critérios de encaminhamento e, ainda, discussões em equipe:

“Eu atendo meu paciente, tenho minha experiência ali dentro, a farmácia também atendeu. A gente senta e realmente compartilhar aquilo ali que viu com o paciente, na prática. Não o que tá escrito em livro nem nada, esse paciente tem esse e esse problema, usa essas medicações, tem essa demanda. E às vezes a demanda pra mim e pra farmácia é diferente, a gente coloca em discussão. **A minha conduta,**

**depende da opinião da farmácia e a da farmácia também depende da minha. Eu acho que é um compartilhamento de responsabilidades aí no que o paciente vai sair daquele ambulatório levando pra casa.”** Violonista

As discussões permitem uma interação maior entre os profissionais, permite construção de conhecimento baseado na experiência clínica compartilhada, não apenas no campo teórico:

“Talvez o residente que procura a farmácia tem uma visão mais centrada no paciente e consiga compreender mais a importância da equipe, a equipe multidisciplinar [*inter*]. Não se vê apenas como a chave central ali no cuidado do paciente, mas **ele sabe que é parte integrante de uma equipe e que tem conhecimentos que ele já detém, mas outros conhecimentos são construídos em conjunto com outras profissões assim.**” Fagotista

A colaboração interprofissional permite a provisão de cuidado de maior qualidade, mais efetivo e seguro para os pacientes (ORCHARD, CURRAN e KABENE, 2005; REEVES *et al.*, 2014). É permitir que diferentes profissionais trabalhem juntos, com autonomia e colaboração, respeito e diálogo (ORCHARD, CURRAN e KABENE, 2005; MACNAUGHTON, CHREIM e BOURGEAULT, 2013).

### **5.5. Desvelando os desafios no caminho do cuidado compartilhado**

Já discutimos as relações interprofissionais e a construção do cuidado compartilhado. Para um maior crescimento da equipe e da prática, é necessário conhecer os desafios existentes na construção do cuidado compartilhado, discutir se os achados da pesquisa já foram vistos em outros estudos e perceber o que pode ser aprendido com essa percepção e discussão.

Assim, essa categoria foi dividida em dificuldades encontradas, como elas foram contornadas e quais são as contribuições da equipe para seu enfrentamento e superação.

A primeira subcategoria “*Acaba que a gente tem ideia, tem potencial e não tem recurso*”: **limitações encontradas** aborda os problemas de infraestrutura presentes no cenário, que, como em diversos outros cenários públicos, possui limitações estruturais e competição pelos recursos limitados.

A segunda subcategoria “*É difícil você receber o referenciamento e ver que você não pode contribuir com nada*”: **a complexidade da demanda do paciente** descreve a visão da equipe sobre o paciente acompanhado e as ferramentas para tentar suprir as demandas desses indivíduos.

A terceira subcategoria “*A gente tem que pensar que é um processo de mudança pra uma coisa melhor*”: **mudanças para superação dos desafios** aborda as transformações realizadas ao longo do período de estudo na tentativa de superar os desafios previamente identificados.

A quarta e última subcategoria “*Eu que decido e acabou*”: **insegurança e resistência no cuidado compartilhado** apresenta os desafios da formação dos profissionais para o trabalho em equipe.

#### **5.5.1. “Acaba que a gente tem ideia, tem potencial e não tem recurso”: limitações encontradas.**

A LAD se insere no sistema de saúde como um ambulatório de atenção especializada, nível secundário de atenção, conforme organização do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é uma política pública de estado concebida em 1990, através da Lei nº 8.080 (SANTOS, 2013).

Após 25 anos de sua execução, são perceptíveis os avanços na prestação da saúde, direito de todo cidadão, conforme constituição vigente no nosso país. Entretanto, alguns desafios ainda estão presentes, dentre eles, cabe destacar o subfinanciamento. Dizer que o SUS é subfinanciado é afirmar que os recursos destinados à política são aquém das necessidades (SANTOS, 2007).



Uma das consequências do subfinanciamento e das limitações organizacionais do SUS é a oferta de espaço físico inadequado ou insuficiente para a prestação dos serviços. Essa limitação já foi descrita em diversos estudos, incluindo cenários de atenção primária e atenção secundária, mostrando que o problema não está restrito a apenas um nível de complexidade (COLOME e LIMA, 2006; PEDROSA, CORRÊA e MANDÚ, 2011; ERDMANN *et al.*, 2013).

Colomé e Lima (2006) descrevem a realidade do enfermeiro, desafios e facilitadores, no trabalho em equipe na atenção básica. Os autores apresentam que as limitações de espaço físico podem interferir na disposição para trabalhar e que muitas vezes a capacidade de atendimento está restrita ao espaço físico e não à disponibilidade profissional.

Esses desafios também foram apontados pela equipe da LAD, como mostram as falas a seguir:

“Aqui, acaba que a gente **tem ideia, tem potencial e não tem recurso.**” Violista

“E **não era porque não tinha alguém pra atender, porque a gente tava lá**, mas não tinha espaço pra atender.” Trombonista

“**Tempo e sala são problemas sérios e atrapalham o funcionamento da LAD e nossa atuação.** Além disso, a sala de espera, corredor, é muito quente, faz muito calor, não tem ventiladores, é bem complicado...” Flautista

“Eu acho que **investimento é fundamental**, o profissional tem que se sentir a vontade em trabalhar, tem que ter estímulo, não só financeiro, mas também de **qualidade de trabalho, um estímulo de infraestrutura no local do trabalho.**”  
Tubista

Os desafios observados na LAD corroboram com os achados de Colomé e Lima (2006), apontando a disponibilidade de profissionais para o atendimento, porém com restrição de espaço físico para realizá-lo. Os desafios estruturais se estendem para a área de espera, que no caso da LAD, é um corredor com algumas cadeiras e bancos, que não proporciona um tempo confortável durante a espera pelo atendimento.

A frustração está presente na fala do Tubista que afirma que investimento é fundamental e vai além do estímulo financeiro, compreende também boas condições de trabalho, para realização do cuidado de forma digna.

A percepção da equipe sobre a limitação estruturante permitiu uma série de reuniões intraequipe que culminou numa reestruturação dos atendimentos. Essa reestruturação inclui diminuição do número de atendimentos por dia, a fim de possibilitar que os diferentes membros da equipe tivessem sala para realização dos atendimentos, e agendamento por horário, permitindo que o paciente tivesse um tempo de espera menor para os atendimentos. Após essas mudanças, observamos uma redução no número de faltas dos pacientes, o que pode indicar uma maior satisfação com o novo modelo de organização.

Outro desafio apontado pelos entrevistados foi a rotatividade profissional. Medeiros *et al.* (2010) alertou para a alta rotatividade profissional existente entre profissionais médicos e enfermeiros atuantes na atenção primária. As causas apontadas no estudo incluem o vínculo de trabalho incerto, a formação deficiente, a falta de vínculo com a comunidade e más condições de trabalho. Outros estudos também citam a rotatividade profissional como desafio (CAMPOS e MALIK, 2008; STANCATO e ZILLI, 2010).

A LAD, além do caráter de prestação de serviços, tem caráter educativo e, portanto, é esperado e desejável essa rotatividade profissional. Frequentemente, os alunos são renovados e o mesmo ocorre com os residentes que atuam no ambulatório durante os períodos de formação especialista. No entanto, essa rotatividade é sentida no serviço, como mostram os entrevistados:

“A rotatividade do pessoal da medicina era muito grande e, nem sempre, os profissionais chegavam lá com essa **ideia do multiprofissional** [*inter*] **de fato** na sua concepção mais profunda.” Trompetista

“Eles [pacientes] têm esse costume, que **a cada atendimento, talvez, é um residente.**” Clarinetista

Conforme apresentado pelo Clarinetista, os pacientes estavam acostumados à transição de profissionais no atendimento. A cada retorno, ele pode ser acompanhado por algum

clínico, não obrigatoriamente o que o atendeu na última consulta. A transição de cuidado, resultante da rotatividade profissional, é um efeito sentido pelos pacientes e pela equipe, como ressaltado pelo Flautista:

**“Responsabilizar-se por um paciente que estava construindo uma relação terapêutica com outro profissional, é um pouco mais difícil.** No meio do atendimento... Porque ele já tava acostumando com um ritmo e você vem com outro ritmo. Então assim, é começar do zero, aliás, é começar abaixo do zero, entendeu? Porque não é desconstruir o que o outro fez, mas ele vai ter que acostumar com você, sendo que ele tinha outra imagem. Chegar no zero e depois começar a relação terapêutica. Então, acho que é mais difícil do que começar com o paciente desde a avaliação inicial.” Flautista

A relação terapêutica, estabelecida entre o profissional e o paciente, é algo mais amplo que a confiança bidirecional. Exige do profissional abertura para escuta atenta e compreensão holística, considerando os aspectos biopsicossociais de cada paciente (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011). Portanto, a mudança do profissional que acompanha o paciente é também uma ruptura de laços, que pode impactar o controle.

Essa necessidade de transição do cuidado é uma realidade do serviço público, ainda que possa ter impacto no controle do paciente. Dessa forma, estratégias devem ser pensadas para o engajamento rápido dos novos membros à equipe, como apontado por um entrevistado ao ser indagado sobre a forma de captação de pacientes para o GTM, junto aos novos residentes:

“A farmácia, toda vez que chegar alguém [...], toda consulta, acho que é um pouquinho trabalhoso, mas toda consulta chegar e perguntar: ‘e aí, e esse paciente, você acha que tem alguma coisa, a gente pode conversar com ele? Você acha que vale a pena a gente olhar?’ E tentar sempre uma **captação ativa**, exatamente ser mais ativo, já que a pessoa não tá ali o tempo todo, não conhece, não sei se entende o que vocês fazem ou não.” Violinista

O Violinista sugere que novos pacientes sejam acompanhados pela farmácia, a partir da estratégia de captação ativa. Recomenda que a cada atendimento, seja feita uma reunião

com o médico e se discuta o benefício do encaminhamento ao serviço de GTM. Essa seria uma forma de contornar a alta variabilidade de recursos humanos local.

A falta de vínculo institucional foi apontada como mais um fator dificultador da prática. Na LAD, somente os médicos são institucionalizados e é um risco para o serviço não ter o profissional seguramente disponível para os pacientes:

“É questão de estrutura e questão de ter alguém lá semestre que vem. [...] **a não institucionalização faz com que o serviço tenha um caráter amador.**”

Clarinetista

O Clarinetista reforça a importância da institucionalização, ao afirmar que ela traz um caráter mais profissional ao serviço. A formalização do vínculo também é apontada como um fator de impedimento para a expansão dos serviços dentro do ambulatório:

“**Não posso criar uma demanda e depois não poder suprir**” Percussionista

O Percussionista alerta para o risco de iniciar um serviço no ambulatório, criar a demanda dentro dos pacientes assistidos e depois não conseguir manter esse profissional na equipe pela falta de vínculo institucional. Esse desafio já foi observado em outros cenários (GUEDES E FERREIRA JUNIOR, 2010). Guedes e Ferreira Júnior (2010) avaliaram as relações entre profissionais de saúde a partir do estudo de caso de um centro de promoção da saúde e prevenção de doenças. Os resultados da pesquisa indicaram a falta de vínculo direto como um dificultador no compartilhamento de conhecimento e tomada de decisão, um obstáculo na definição dos objetivos e na integração adequada da equipe.

#### **5.5.2. “É difícil você receber o encaminhamento e ver que você não pode contribuir com nada”: a complexidade da demanda do paciente.**

A LAD é um ambulatório da atenção secundária. Conforme organização estrutural do SUS, os pacientes atendidos nesse nível de complexidade possuem demandas mais

específicas e não estão atingindo os objetivos terapêuticos com o tratamento na atenção primária, necessitando de uma avaliação com especialista a fim de atingir o controle.

O paciente da LAD possui muitas demandas, de saúde ou não, conforme um membro da equipe descreve:

“Nossos pacientes são muito complexos lá, né? **Não tem só diabetes, eles têm uma quantidade imensa de comorbidades.** E não só comorbidades, são pacientes de **baixo nível socioeconômico**, com baixa capacidade financeira, **dificuldades de estrutura familiar, dificuldades cognitivas.** Então, é muito difícil você atender um indivíduo com diabetes não olhando todo esse resto.”

Trompetista

Tratar um paciente sem considerar o contexto em que ele está inserido é negar que o meio no qual ele vive influencia a condição clínica que ele apresenta. No entanto, permanece desafiador lidar com todas as demandas de uma pessoa em tratamento, demandas sociais, econômicas, culturais, clínicas e humanas. A frustração da equipe diante da impossibilidade de contribuir para a melhoria do paciente é inegável:

“**É difícil você receber o encaminhamento e ver que você não pode contribuir com nada.**” Violinista

Essa frustração aflige todos os profissionais, que se sentem incapazes diante da impossibilidade de contribuir com o paciente. Isso é ainda mais forte quando a limitação da atuação é imposta pela indisponibilidade de recursos no sistema de saúde. No entanto, essa sensação de impotência é uma realidade frequente, já que o paciente é resultado de diversos determinantes sociais de saúde, cuja definição, segundo a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009):

Determinantes sociais de saúde são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham e vivem e tudo aquilo que molda as condições de vida diária, incluindo políticas econômicas, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos.

Os fatores sociais, culturais, econômicos, emocionais e comportamentais irão influenciar na saúde e na percepção de saúde de cada indivíduo. Dessa forma, é possível entender as limitações profissionais que são enfrentadas na prática perante situações de extrema complexidade.

O profissional precisa, então, assumir uma postura interessada e criativa a fim de cumprir com o preceito do SUS de integralidade, atendendo as necessidades em saúde do paciente, da melhor forma possível naquele momento:

“Que é... **onde ele mora, com quem ele interage**, quem ele tem menos interação, com o que ele tem mais. Isso foi uma proposta pra ser aplicada na atenção primária e **isso poderia ser usado até pra melhorar a adesão do paciente**. Descobrir se tem algum outro diagnóstico por trás daquilo, ou até ver como terapêutica. Às vezes, por exemplo, paciente está deprimido e sabe que ele tem uma forte interação com a igreja, então incentivar isso. Ver se tem uma academia perto dele e **incentivá-lo a participar**.” Violoncelista

O profissional deve usar todos os recursos e, junto ao paciente, compreender qual a necessidade em saúde, quais as formas de atendê-la, como fazer isso, quem pode contribuir e qual o papel do profissional e do paciente nessa tarefa.

### **5.5.3. “A gente tem que pensar que é um processo de mudança para uma coisa melhor”: mudanças para superação dos desafios.**

Em 2013, quando o serviço de GTM foi incorporado à LAD, os atendimentos eram realizados após o mapa de conversação, gerando longa espera por atendimento pelos pacientes. A equipe já tinha uma percepção da necessidade de mudança dessa realidade:

“**Os pacientes acabam reclamando muito da espera**. Alguns pacientes chegam muito cedo e só são atendidos no fim da tarde.” Flautista

Os efeitos desse tempo de espera eram sentidos pelos pacientes e pelos profissionais, o que impactava diretamente na qualidade do serviço prestado:

“[...] agarrava mais porque o paciente ficava lá mais tempo, mas às vezes isso **podia cansar o paciente e ele chegar na consulta já querendo ir embora e não aceitando o que você falava**. Se fosse um espaço maior e que o paciente pudesse ser atendido mais rápido...” Trombonista

“Tivemos momentos em que **o número de pacientes para atender era muito grande, então, de fato, isso exauria demais a equipe** também. Eu acho que a exaustão da equipe dificulta o trabalho multiprofissional [inter].” Trompetista

A humanização e dignidade do atendimento devem ser uma busca incessante de todo serviço prestado à população. Se existe uma solução para o tempo de espera, ela deve ser implantada. Além disso, o profissional deve estar motivado ao trabalho, especialmente na saúde, já que a performance exige muito dele, física e psicologicamente.

Ademais, a atuação em equipe exige do profissional habilidades extras se comparado à atuação isolada. Deste modo, é desejável que ele esteja motivado para realizar os atendimentos, interagindo de forma positiva com a equipe. Com todas essas considerações, a partir de 2015, o modelo de atendimento sofreu alterações e os pacientes passaram a ser atendidos com horário marcado. Além dos atendimentos, eles aguardam ainda o mapa de conversação, que se inicia às 16 horas, e são liberados às 17 horas.

O novo modelo de organização exigiu uma redução no volume de atendimentos, mas de forma geral teve um impacto positivo. Dentre as críticas levantadas por membros da equipe, merecem destaque as relacionadas à redução da produtividade e ao tempo de permanência dos pacientes, mais curto que o anterior, porém não ideal:

“Eu acho que **um desafio é a celeridade**, né? É óbvio que, se você atende mais, você tem maior desgaste, mas assim, a questão cai muito na estrutura do local...”  
Tubista

**“Eu acho que pra eles [pacientes] ter duas consultas é cansativo. Mas estar lá é cansativo, ter o mapa às 16 horas é cansativo... Ter diabetes é cansativo...”**

Clarinetista

Como o próprio entrevistado Clarinetista apontou em sua fala, o trabalho interprofissional ambulatorial envolve atendimentos múltiplos e isso faz com que o paciente permaneça por muito tempo nas dependências da LAD. Uma proposta para contornar esses desafios é tornar o tempo de espera mais produtivo e o período de consultas mais leve e dinâmico, permitindo que o paciente e o profissional troquem as informações necessárias, sem sobrecarregá-los.

Outro desafio recorrente na fala dos entrevistados é o processo de documentação. Considerada um aforismo na área de saúde, “se não está documentado, não foi feito”, mostra a importância da documentação (RAMSDELL e ANNIS, 1996). O prontuário é um direito de todo paciente e as informações completas e de qualidade são essenciais para a provisão do cuidado integral.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução nº 1.638/2002 em seu Art 1º, define prontuário como:

[...] documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p. 1).

Documentação é um desafio importante observado pelos profissionais da LAD. Os membros da equipe reconhecem as discussões de caso, mas ressaltam a importância do registro:

**“Não adianta não ter isso registrado em algum lugar de que foi feita alguma coisa de forma integrada.”** ContraBaixista



“Um prontuário multidisciplinar, acho que ficaria melhor, porque apesar de a gente se comunicar conversando, **é uma coisa que você vê no papel.**” Violoncelista

“A gente tinha essa deficiência. A gente ia, discutia, não anotava, e fim. E ficava uma intervenção... **O paciente tinha aqueles resultados, mas ficava aquela intervenção no ar, aquele resultado que não era documentado.**” Clarinetista

Para contornar essa deficiência, esforços foram realizados para implantação de um prontuário eletrônico, facilitando a evolução e a disponibilidade das informações para os diferentes profissionais da equipe.

**“A gente tem que pensar que é um processo de mudança pra uma coisa melhor. Ser otimista sempre!”** Violinista

A transição de prontuário físico para prontuário eletrônico é um processo lento, que envolve digitação de atendimentos prévios, treinamento da equipe para utilização do novo sistema, adaptação à nova realidade e enfrentamento de novos problemas logísticos, como indisponibilidade de computador, ausência de impressora, dentre outros. Dessa forma, é importante que a equipe entenda que apesar de desafiador, essa mudança é para alcançar algo maior.

Por fim, os entrevistados apontaram a necessidade de discussões clínicas como um importante desafio para a prática compartilhada. As discussões na LAD já existem, o desafio é a continuidade desse processo, que muitas vezes, por diversas razões, é colocado em segundo plano. Todos os entrevistados reconheceram, em algum momento, a importância das discussões clínicas em equipe, como ilustrado nas seguintes falas.

**“Tem que ter comunicação imediata, tem que ter a discussão do caso, não só soltar a informação ou dizer o que tá ou não tá fazendo. Tem que discutir pra avaliar quais são as melhores opções.”** Contrabaixista

**“É discutir esse tratamento, que muitas vezes não é tão fácil, muitas vezes não se tem uma conduta certa ou uma conduta errada. Mas acho que é a discussão, é saber o porquê das coisas, e é ouvir pontos de vista diferentes pra tratar melhor o paciente.”** Tubista

Criar e manter a rotina de discussões é priorizar o paciente, é permitir que as opções de intervenção sejam apresentadas, que se discuta aquele caso individualmente e que a melhor decisão terapêutica seja tomada. Além de nortear a decisão terapêutica, as discussões em equipe são espaços de aprendizado e permitem um crescimento conjunto no compartilhamento de conhecimentos:

“A gente passava a **conhecer melhor a prática do outro, a atuação do outro, a forma de pensar do outro**, porque não é só a prática, o conhecimento específico, mas quais são os princípios...” Trompetista

“A gente consegue **construir um conhecimento em conjunto, com diferentes visões e abordagens, em prol da melhoria do paciente**. Em muitos cenários, isso não ocorre...” Fagotista

#### **5.5.4. “Eu que decido e acabou”: insegurança e resistência no cuidado compartilhado.**

A dominação da profissão médica sobre as demais profissões de saúde é um assunto bastante explorado na literatura. A autonomia da medicina é percebida pela influência do profissional sobre as decisões clínicas e administrativas e também pelo papel de liderança nos grupos de trabalho em saúde (KENNY e ADAMSON, 1992).

Eliot Freidson foi um sociólogo estudioso das profissões de saúde, particularmente a organização da prática médica. Em seu livro intitulado *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Freidson leva o leitor à reflexão ao abordar o prestígio da profissão médica em relação as demais, reforçando a simbologia de cura agregada à profissão (FREIDSON, 1970).

Freidson conceitua a dominação médica em quatro dimensões. Primeiro, o conhecimento em saúde que é, muitas vezes, gerado através de pesquisas feitas por médicos e deve ser validada por médicos. Segundo, a participação obrigatória no diagnóstico e tratamento. Terceiro, a dependência dos outros profissionais de saúde em relação ao médico, que geralmente é o responsável por encaminhar o paciente aos outros

profissionais. E, por último, o próprio prestígio social, que não é igual entre as profissões de saúde (FREIDSON, 1970; KENNY e ADAMSON, 1992).

Utilizando essas dimensões da dominação médica, Kenny e Adamson (1992) registraram a percepção de diferentes profissionais de saúde (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) em quatro temas inter-relacionados com as dimensões da dominação médica:

1. Trabalho e conhecimento
2. Grau de autonomia no diagnóstico e tratamento
3. Quanto o profissional é solicitado pelos médicos
4. Percepção de igualdade no *status* profissional comparado à profissão médica

Nesse estudo foram realizadas 90 entrevistas. Desse total, 27% concordaram que os médicos têm um conhecimento adequado e compreendem seus papéis. 73% dos entrevistados não se consideraram igualmente reconhecidos comparados aos médicos. Apenas 40% dos profissionais avaliaram a relação com os médicos como satisfatória. Porém, a maioria dos entrevistados (74%) afirmou ser suficientemente autônomos e capazes de discutir e instruir os médicos em suas determinadas áreas de especialização.

Os membros da LAD entrevistados abordaram questões de resistência médica a diferentes profissões de saúde e quais as razões para essa resistência. O Trompetista problematiza a falta de abertura de muitos médicos quando chegam à equipe:

“Têm o discurso do trabalho multidisciplinar [*inter*], mas não conseguem ter a prática, porque **não abre mão desse poder, desse conhecimento**. Eles detêm esse conhecimento pra eles e não acham que deve ser compartilhado”  
Trompetista

Entrevistados médicos com tempo de experiência na equipe de trabalho da LAD apresentam algumas explicações para essa resistência:

“A maior limitação de trabalhar em equipe, é **não saber aceitar a opinião alheia**, se você tem algum **problema em aceitar o outro mesmo**. Aí fica mais difícil, e como a gente [médico] não tem essa obrigação de aprender a aceitar,

principalmente na medicina, convenhamos. [...] em outros lugares a decisão final acaba sendo do médico. Mas **ele sozinho não consegue resolver tudo**. Então, eu sou uma pessoa extremamente a favor de trabalhos em equipes.” Violinista

“Tem pessoas que são assim, nem porque é outro profissional que não o médico, às vezes até outro médico. Tipo assim, só confia no que ele fez. O que outro colega médico fez, ou nutricionista, **o que o outro faz, ele não confia, o que é muito arrogante**.” Violoncelista

A autossuficiência é um desafio presente na atuação clínica, com destaque para a atuação médica. Existem iniciativas de mudança na educação desses profissionais para que sejam formados para trabalhar em equipe e extrair desse modo de atuação resultados efetivos. A falta de confiança no trabalho do outro é maior no início dessa construção colaborativa. Um ponto crítico, levantado nas entrevistas, foi o início da relação interprofissional, a inexperiência com o serviço e como isso pode ser intimidador e levar à resistência:

“Às vezes traz certa intimidação, traz certa intolerância, **'não, eu que decido e acabou, é porque eu quero, né?'**. Já senti esse tipo de preconceito com médicos mais antigos, do medo da concorrência pelo paciente e não entendimento que **não existe essa história de concorrência e sim existe um objetivo em comum, né?**” Percussionista

Essa inexperiência com outras profissões é bastante comum na saúde. A maior parte dos entrevistados afirmou não ter tido nenhuma ou quase nenhuma experiência com outro profissional de saúde durante o currículo formal, a menos que buscasse estágios e projetos de extensão como formação complementar.

“**Eu acho que nós [acadêmicos] temos pouquíssimo isso dentro da faculdade, e pra gente é uma experiência super enriquecedora**, que eu acho que deveria fazer parte sempre”. Oboísta

Essa realidade não é diferente em relação à farmácia. A maioria dos entrevistados afirmou não ter tido experiência anterior com farmacêuticos. Perguntados sobre o papel do farmacêutico na sociedade, eles responderam de forma ampla, incluindo várias das possíveis áreas de atuação do profissional farmacêutico, reconhecendo, no entanto, a distinção do serviço proposto para a LAD:

“Hoje você pensa num farmacêutico, infelizmente, você pensa, eu pelo menos assim, antigamente pensava, em uma pessoa que mexe com desenvolvimento de droga, ou mexe com a parte gerencial da farmácia mesmo ou vai trabalhar com uma parte quase que bibliotecária da farmácia, **não a parte interativa, do além da farmacodinâmica, farmacocinética**, etc. e tal.” Percussionista

Como já havia uma visão anterior do papel social do farmacêutico, é natural que os participantes tivessem uma expectativa em relação ao GTM, quando esse serviço foi apresentado para a equipe:

“Quando falaram que vinha alguém da farmácia, eu achei que vocês iam ensinar sobre insulina, que era o que a gente mais usava lá e **discutir se as prescrições que a gente fazia estavam certas ou não, fiquei até com um pouco de medo disso.**” Contra baixista

“Principalmente por se tratar de paciente diabético, que a gente tem vários **problemas de aderência à medicação, de uso errado da medicação, em compreender como é que deve ser feito o uso da medicação...** Os **pacientes diabéticos também usam muitos medicamentos...** Então eu já tinha expectativas!” Harpista

As expectativas prévias são resultado de algumas atividades exercidas pelo farmacêutico, como análise de prescrição, promoção da adesão ao tratamento, dentro outras. Após a chegada do serviço no cenário de prática, vieram as primeiras impressões com o GTM. Cada profissional reage de um jeito ao começar a trabalhar com um serviço novo, que propõe uma parceria na atuação clínica. Essas reações são ilustradas nas opiniões de três médicos distintos em relação ao primeiro contato com o GTM:

“Foi alguma coisa que eu tinha prescrito, que estavam sugerindo outra coisa, de acordo com o que vocês conversaram. Inicialmente: **‘nossa, fiz alguma coisa errada?’** Foi a primeira coisa que passou na cabeça. Depois pensei: **‘que legal, dá pra mudar, dá pra melhorar’**. Eu já vi coisas que eles [farmacêuticos] perceberam conversando com o paciente e eu não. [...] a primeira vez, eu tomei um susto mesmo, eu tava achando que tava fazendo alguma coisa errada.”

Violinista

“O que ficou pra mim, do início, é uma **sensação de desconhecimento**, que eu não sabia que existia esse tipo de abordagem e eu me senti um pouco mal. Achei super legal e me senti um pouco mal por não saber que isso funcionava assim.”

Violista

“Eles [médicos] **ficam com medo sim. Existe essa pressão também**. E eu acho que a única maneira de resolver isso é talvez continuar, a gente ser mais explícito na hora de explicar a função de cada um ali, o que cada um tá fazendo. Qual é o objetivo de todos ali... que é o paciente. E que isso é uma forma de todo mundo crescer e vivenciar o processo, não tem jeito.” Percussionista

Conforme citado, existem profissionais que se surpreendem, que se assustam, que têm medo, que se decepcionam por desconhecerem o serviço, mas, de forma geral, há um estranhamento nesse primeiro contato, devido à desconstrução da hegemonia médica na decisão da terapêutica medicamentosa.

Um estudo qualitativo realizado com médicos na Pensilvânia, sobre as percepções da provisão de GTM, indicou a falta de confiança no profissional farmacêutico, justificada pelo conhecimento insuficiente do paciente e falta de treinamento clínico adequado desse profissional (MCGRATH *et al.*, 2010). Porém, os médicos reafirmaram as necessidades dos pacientes em relação ao uso de medicamentos, como adesão, efeitos adversos, interações, capacidade de aquisição do medicamento e falta de conhecimento, e viram no serviço de GTM o benefício de resolução dessas necessidades (MCGRATH *et al.*, 2010).

O reconhecimento de um serviço por outra categoria profissional é uma jornada longa, de paciência e perseverança. O caminho para esse reconhecimento e envolvimento pode ser o paciente, que é o objetivo comum no cuidado. Se o paciente compreender a

necessidade do serviço, o profissional pode enxergar melhor aquele colaborador no cuidado:

“O paciente não entende, 'espera aí, eu tenho médico, ele sabe tudo (entre aspas, aquela visão do médico), sabe tudo sobre remédio, ele já tá me passando os remédios, **porque eu vou ter que procurar um profissional que vai me ajudar a tomar melhor os meus remédios?** Que vai me ajudar a ter menos efeito colateral? O médico já não sabe todos os efeitos colaterais? O médico já não sabe todas as interações? [...] porque alguém vai me ajudar a me organizar pra tomar melhor? Por que eu vou precisar?’ [...] **ele tem que entender que existe essa opção. [...] Uma vez que você já conhece esse processo, que você não tem o desconhecimento do processo, você aceita ele com muito mais facilidade.**”

Percussionista

Culturalmente, o médico é reconhecido como “dono do saber” por grande parte da população. Isso coloca a categoria em uma posição difícil, a de não poder errar. É surreal acreditar que um único profissional pode dar conta de todas as demandas do paciente e deter todo o conhecimento. Ainda mais no mundo atual em que, cada vez mais, se busca a especialização, o conhecimento aprofundado *in loco*.

Essa visão cultural impacta toda a sociedade. O médico, que é colocado em uma posição sobre-humana e exigido como tal, é sobrecarregado. Os demais profissionais de saúde, vistos como aquém do médico, podem se sentir diminuídos e acuados para a atuação conjunta e estabelecimento do diálogo com o médico. E a sociedade, que não explora toda a possibilidade de assistência e conhecimento que os múltiplos profissionais da área da saúde detêm.

A alternativa é a criação de uma contracultura, através do reconhecimento dos resultados que o multiprofissionalismo pode oferecer e a divulgação desses benefícios entre os pacientes e profissionais da área de saúde.

Em uma relação interprofissional, o ganho de poder social e reconhecimento de um profissional não implicam que um colega de outra área irá perder esses atributos (MESLER, 1991; WEIS e SUTTON, 2009). Ou seja, se um farmacêutico for melhor reconhecido socialmente e adquirir autonomia na sua atuação, poder social, isso não

significa que o médico deixará de ser reconhecido e perderá seu poder social. Conforme relatado por Mesler (1991) em uma equipe de saúde, ao contrário das equipes esportivas, quando um novo membro entra na equipe, não significa que alguém deve deixá-la.

## 5.6. Desenhando um caminho para o cuidado centrado no paciente

Segundo Laidler (1994), 'profissionais de saúde foram treinados para ser solistas e não membros da orquestra'. Com essa frase iniciamos o último capítulo desse trabalho. Ao longo da apresentação de resultados e discussão, percebemos uma carência na formação para o trabalho interprofissional. Pretendemos, portanto, desenhar um caminho para o cuidado centrado no paciente, concebendo o trabalho em equipe como um importante recurso para essa nova forma de cuidado.

A LAD foi estruturada com a intenção de prover cuidado centrado no paciente. Portanto, é importante conhecer a visão dos profissionais inseridos na equipe em relação a esse conceito:

**“A prática é centrada no paciente quando você coloca os desejos, as necessidades do paciente na frente até dos nossos mesmo, como profissional.** Quando isso é feito, você percebe que as necessidades do paciente vão muito além da terapia, de um simples ajuste de dose pra medicamento, que **você tem que olhar ele como um todo.** E isso, conseqüentemente, vai facilitar o controle do paciente, né? Você vai ter uma visão mais ampla, você tem maiores chances de alcançar seu objetivo. Não apenas focar nos parâmetros clínicos. [...] **há uma tentativa de que essa prática seja mais voltada pro paciente e que dê mais autonomia pro paciente.** Pra ele compreender seu autocuidado, a importância desse autocuidado e não ficar apenas como um receptor de informações, que vai lá pra receber uma consulta e sai com a prescrição. Mas que ele compreenda melhor sua doença e entenda que ele é parte fundamental e a principal, a chave principal pro cuidado.” Fagotista

A fala do Fagotista reforça a importância do cuidado holístico e do empoderamento do paciente. Ao considerar a experiência do paciente, seus desejos e necessidades, na



tomada de decisão, o profissional de saúde passa a compreender melhor o cuidado, percebendo a complexidade da demanda.

Essa compreensão holística é um dos componentes do modelo clínico centrado na pessoa proposto por Stewart *et al.* (2010). Ao entender a pessoa como um todo, é importante considerar os aspectos biopsicossociais que impactam a pessoa:

“Eu acho que a abordagem do paciente ajuda. Um problema psicológico, uma rejeição do marido, faz com que ela coma biscoito de polvilho pra engordar rápido pra poder ir pra rua com ele, entendeu? Então assim, tem tudo a ver...” Violista

Essa passagem reflete bem a complexidade da demanda e a necessidade da visão holística para o manejo clínico do paciente. A paciente em questão tem um problema psicossocial, a rejeição pelo marido. Ela relaciona seu baixo peso à rejeição. Dessa forma, a solução encontrada para alcançar seu objetivo, ganho de peso, foi comer biscoito polvilho para engordar rápido e voltar a sair com seu esposo. Porém, a decisão de comer biscoito polvilho, para essa paciente, significou um descontrole glicêmico. Se a decisão do profissional, nesse momento, for inteiramente focada nos medicamentos e na doença, ele não conseguirá atingir a raiz do problema e tão pouco solucioná-lo.

Esse é um bom exemplo para compreender o desafio clínico da priorização de intervenções. Em grande parte dos atendimentos de pacientes com doença crônica, as queixas e necessidades serão variadas, caberá ao profissional conduzir e manejar, junto ao paciente, todas essas demandas, individualizando a intervenção:

“Nossa conduta não era aquilo pré-estabelecido pelo protocolo tal e pela orientação tal. Porque ele não se encaixava naquele perfil, **a gente sempre frisou tratar individualmente os pacientes.**” Violoncelista

A Violoncelista traz para a discussão o uso de protocolos clínicos. Com o avançar da medicina baseada em evidências, surgiram os protocolos clínicos. Os protocolos são ferramentas no manejo clínico do paciente e trazem as principais informações científicas disponíveis na literatura. Eles servem para guiar o profissional na sua decisão terapêutica.

No entanto, seguir estritamente os protocolos pode ser visto como automatização da clínica e objetificação do cuidado:

“Pra ser uma prática centrada no paciente, a escuta tem que ser muito refinada e cuidadosa, a observação e, às vezes, o protocolizar demais... Eles são necessários, os protocolos. É óbvio que eles são necessários para a organização do serviço, uma estruturação do serviço. Mas, **às vezes, com o excesso de protocolos, você perde a escuta, você perde a observação, o detalhe, a capacidade de olhar pro seu paciente como único, naquele contexto, né?** E aí você deixa de fazer uma atenção centrada no paciente.” Trompetista

Devemos, por conseguinte, buscar o equilíbrio entre o objetivo e o subjetivo para realizar o cuidado centrado no paciente e atender ao primeiro componente do MCCP, compreensão da doença e da experiência da pessoa com a doença:

“Nosso enfoque é mais no paciente do que no tratamento, em si. **A gente tenta jogar pro paciente que a responsabilidade é realmente dele.** Então não fica só preocupado em chegar e vamos mudar tal medicação, não! A gente quer ensinar pro paciente sobre o tratamento e sobre a doença, pra que ele possa ter autonomia no que ele está fazendo. Então, eu acho que tem muita coisa pra melhorar, óbvio, né? Mas que a gente trata cada paciente como sendo diferente, não é uma receita de bolo. Cada um tem uma abordagem individual, e acho que o caminho é por aí.” Violonista

A afirmação do Violonista de que tratar um paciente não é uma receita de bolo reforça a cautela necessária no cuidado para que ele não se torne automatizado e ignore toda a esfera subjetiva. Ao considerar a subjetividade, o clínico aprende também a respeitar o tempo do paciente:

“O paciente tem um tempo pra compreender todas aquelas informações, não é só compreender, é assimilar, colocar isso no dia a dia. E medicação é diferente de dieta. Comer não é tomar remédio, e por mais que você queira, os médicos esquecem às vezes disso, por que eles acham que café da manhã você vai comer isso, isso e aquilo, lanche isso, isso e aquilo. Assim, no papel funciona muito bem, mas na prática não é assim. Então, as vezes, na questão na alimentação, a

intervenção médica, no sentido de não respeitar esse tempo do paciente acontece, porque eles estão acostumados..., os médicos, são muito prescritivos. Em diversos momentos eu fiz prescrições muito mais... eu não fui rigorosa em relação a alterações de dietas e, as vezes, os alunos assustavam, principalmente no começo, como assim você vai liberar ele comer isso? Porque não era o momento de fazer essa mudança. Porque é informação demais, por mais que a gente tenha esse cuidado, tenha cautela em dar informações demais, não tem jeito, em muitos momentos é demais. Pra alguns pacientes é muito e pra outros não é! **Porque eles têm uma capacidade de compreensão diferente, porque eles estão em momentos diferentes, porque eles são pessoas diferentes.**"

Trompetista

A Trompetista traz a visão da atuação da nutrição e a importância de se respeitar esse período de aceitação e readaptação da rotina alimentar, que é ainda mais desafiador, para alguns pacientes, que a introdução de medicamentos. Ela alerta para o costume que alguns médicos têm de serem prescritivos. Isso é reflexo da formação voltada para questões agudas. Porém, tratar doença crônica é saber que existe o momento de fazer a mudança.

A formação acadêmica em saúde é bastante voltada ao conteúdo científico e pouco ou quase nada às questões humanas. Nos Estados Unidos, já existem iniciativas para aproximação desses saberes como a *Scholarship of Integration*, que busca realizar conexões entre diferentes disciplinas, ampliando a visão do contexto no qual os profissionais em formação irão se inserir (DAUPHINÉE e MARTIN, 2000). No entanto, as lacunas do conhecimento sobre as questões humanas refletem no modo de atendimento oferecido, tornando-o paternalista e afastado da proposta do MCCP:

"Nós não somos formados pra isso, a gente pensa muito, mas no quanto eu tenho pra contribuir pra ele e não o contrário." Trompetista

Como apresentado na fala da Trompetista, a formação em saúde atual dá muito mais valor ao que eu, como profissional de saúde, tenho a oferecer, que o contrário. Essa postura silencia o conhecimento do paciente e impõe o conhecimento científico, reduzindo

o paciente ao modelo biomédico, em que é visto apenas como o doente (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

**“Uma pessoa que está em formação, às vezes ela não entende que o paciente tem o seu tempo, que o médico dá esse tempo pra ele, e uma pessoa mais nova, recém-formada, também, às vezes não entende. Ela acha que todo conhecimento que ela tem, ela tem que quase que vomitar sobre o paciente, no sentido assim que ele vai ser competente. Ele acha que competência é isso. Ser competente na sua formação, na sua área é dar o máximo de orientações possíveis, é fazer tudo que ele aprendeu na teoria, colocar aquilo na prática. De forma até mais rapidamente possível, e na doença crônica não tem disso.”** Trompetista

Entendemos que todo o conhecimento do mundo pode não ser suficiente se não estivermos abertos para o paciente, se não exercitamos a escuta. Esse é o exercício que Ramalho-de-Oliveira (2011) propõe para a prática do GTM, o equilíbrio entre a Atitude Natural (onde o cuidado é automatizado e o profissional não reflete sobre sua prática) e o cuidado centrado na pessoa promovendo a abertura do profissional de saúde para o paciente.

Essa abertura leva ao fortalecimento da relação terapêutica profissional-pessoa, outro componente do MCCP. Nesse componente é estimulado que o profissional incentive a autoeficácia, garantindo a devida importância ao conhecimento do paciente (STEWART *et al.*, 2010).

Outro componente do MCCP intimamente ligado a essa maior abertura profissional é a elaboração de um projeto comum de manejo clínico. Esse componente prevê a construção do plano pelo clínico e pelo paciente, de forma conjunta:

**“Aí o paciente se sente responsabilizado. Ele se sente como um protagonista.** Nós [profissionais de saúde] apenas somos meros expectadores ativos, que estamos ali juntos pra tentar auxiliar o paciente, pra tentar fazer com que ele consiga chegar a seus objetivos... porque a gente informa, mas se ele não quiser fazer, ele não faz.” Tubista

Como ressaltado pelo Tubista, a decisão é sempre do paciente. Compartilhamos responsabilidade, mas a decisão tomada diariamente, em relação a todo seu tratamento, é do paciente. Envolver o paciente nas decisões sobre sua terapia é uma estratégia para a obtenção de melhores desfechos clínicos e de aproximar o profissional do paciente.

Outro princípio do MCCP é a incorporação da prevenção e promoção da saúde no tratamento proposto. Entendemos que esse princípio pode ser alcançado através da educação em saúde, entendida como ferramenta para o cuidado centrado na pessoa. Na LAD, temos o mapa de conversação como ferramenta para educação em saúde. Os entrevistados veem o mapa como essencial no cuidado prestado:

**“O momento do mapa, que é um momento de interação entre os pacientes, certamente é um momento muito enriquecedor, porque é uma troca de experiência entre eles** e, às vezes, a dúvida que um paciente tem, o outro pode esclarecer.” Fagotista

“Eu acredito que o MAPA é a ferramenta mais importante que a gente tem no ambulatório para educação, porque permite que os pacientes conversem com outros pacientes e eles casem, **eles começam a levantar os problemas em relação ao tratamento deles, eles começam a buscar as soluções pros tratamentos deles. Isso é decisivo para que ele seja a figura central no tratamento dele, a gente fica como coadjuvante para auxiliar nesse processo dele.**” Contrabaixista

Essa interação entre pacientes é vista de forma positiva para a promoção da saúde. Nesse espaço é possível propor reflexões e discussões sobre a doença, sobre fatores agravantes, consequências, reforçar a necessidade de mudança de hábitos para uma vida mais saudável, dentre outros temas relevantes para a melhoria da compreensão dos pacientes a cerca da doença e do tratamento.

Trabalhos em grupos com pacientes são estratégias de sucesso em várias áreas, como controle do tabagismo, pressão arterial e diabetes (TORRES *et al.*, 2009; MENEZES e AVELINO, 2016). O sucesso de mapa de discussão faz com que os participantes pleteiem outras atividades em saúde.

“Então eu acho que poderiam ter outras atividades que colocassem o paciente numa posição mais de protagonista da história mesmo. A gente tem o momento dos mapas, que é importante também, que é um momento de discussão em conjunto, em que os pacientes trocam informações, mas eu acho que deveria ter atividades além dessa, assim, dentro do possível.” Fagotista

Além da abordagem coletiva, há também a abordagem individualizada envolvendo educação em saúde, como explica o Percussionista:

“Quase que a mesma coisa que eu falo pros meus acadêmicos, eu falo pros meus residentes e falo pros meus pacientes. Quer dizer, quando eu vou explicar sobre hipotireoidismo, que não tem a ver com Diabetes. Eu explico o que é um micrograma, o porquê comer junto atrapalha na absorção... Então assim, essa parte de colocar na responsabilidade do paciente, preocupar-se com a medicação, e tomar da maneira certa, e fazer os exames periódicos, eu quase que faço a mesma coisa que eu faço com aluno, faço com o residente e faço com o paciente, lógico com um vocabulário um pouquinho diferente, mas é a minha visão de tratamento crônico.” Percussionista

É possível perceber que o entrevistado vê o empoderamento do paciente, com maior acesso à informação, como uma forma de cuidar e tratar doença crônica. Um paciente consciente é uma pessoa muito mais preparada para tomar as decisões diárias em relação à sua doença e tratamento.

O último componente do M CCP, também citado pelos entrevistados é a visão realista. Nesse componente são abordados o *timing* e o trabalho em equipe. É apontado, ainda que não confirmado, que as consultas que utilizam o M CCP são mais longas. Esse é uma observação dos entrevistados em relação à LAD:

“Não há tanta pressão, talvez deva existir em outros serviços, por tempo de atendimento, que a gente tem um tempo relativamente grande... **o número de pacientes possibilita ter uma atenção maior pro caso, que eu sei que em outros cenários não é possível, precisa ter uma agilidade muito grande no processo, o que dificulta a comunicação, a prática compartilhada.**” Fagotista

É importante ressaltar que a LAD é também um espaço de ensino e que, durante a aprendizagem, é normal que as consultas sejam maiores e demoradas:

**“É, o fato de ser acadêmico, você sabe que eu acho que às vezes demora mais o atendimento também, mas também é uma coisa boa? Que aí eles estão com o coração mais aberto assim pro atendimento...”** Harpista

O trabalho em equipe, incentivado e incorporado no MCCP, é também uma realidade da LAD. O desafio apontado é para a formação para o trabalho em equipe que muitas vezes é nula durante a formação acadêmica, exemplificado na formação médica:

“Eu acho que se na formação médica eles aprendessem que trabalho em equipe... **quando a gente trabalha em equipe a gente trabalha muito melhor**, eu acho que eles formariam melhores médicos. Tem muita gente que vai aprender isso aos trancos e barrancos, sabe. **Os alunos, eles entendem que melhor formação é só saber mais conhecimento duro**, né? Então eu acho que assim, **eles têm dificuldade de pensar na formação deles como equipe, entender papel diferenciado...** E eu vejo depois o jovem na hora que vai entrar no mercado de trabalho e fazer reuniões com médicos na atenção primária, que dificuldade que eles têm no início de poder conduzir a equipe, porque eles não sabem trabalhar em equipe.” Harpista

O Harpista problematiza a formação médica, alertando para as dificuldades enfrentadas por esse profissional recém-formado no momento de entrada no mercado de trabalho. Esse problema não é uma exclusividade médica. Sabemos que as profissões ainda são ensinadas de forma muito isolada e as iniciativas de formação integrada são incipientes (AZEVEDO *et al.*, 2016).

A incorporação do MCCP envolve transformações educacionais, profissionais e culturais e levará tempo. É, porém, o tempo o responsável pela solidificação das mudanças.

**“Na prática, o grande desafio é você ter uma vivência maior, é o tempo que faz isso.** Por que... A demonstração simplesmente disso, simplesmente eu falar o

importante é o paciente, todo mundo responde sim, mas na hora do vamos ver, existem lacunas de conhecimento.” Percussionista

**5.6.1. “Anteriormente o profissional queria SER médico (ou farmacêutico, enfermeiro...), depois passou a TER aquela profissão, como dono do conhecimento, e agora estão escolhendo as profissões para APARECER”:**  
**cuidado centrado no profissional**

Já discutimos o domínio do conhecimento médico e os desafios de insegurança e resistência no compartilhamento de cuidado entre profissionais médicos e demais profissionais de saúde. Falaremos agora da formação voltada para o profissional e as consequências dessa educação médico-centrada para o cuidado.

A escola de medicina é tradicionalmente conhecida por ensinar os estudantes a se tornarem líderes do cuidado. O trabalho em equipe não é oposto à liderança, porém essa liderança não pode ser inquestionável, já que trabalho integrado requer interdependência. Quando o profissional é direcionado para a LAD, ele é apresentado à visão do ambulatório do caráter interprofissional no cuidado. Entretanto, como apontado pelo Trompetista, ter a ideia de cuidado compartilhado é diferente de saber compartilhar:

“Ainda que eles venham com a ideia do multiprofissional [*inter*], eles não são acostumados a serem questionados. **Eles são formados numa escola de medicina, que ainda forma o médico, como se ele fosse o profissional mais importante da equipe.** Nós vamos levar muitos anos pra mudar isso. [...] ele [médico] realmente se sentia numa saia justa por que eu percebia que ele ficava incomodado com o meu questionamento, mas ao mesmo tempo, como a nossa proposta era multiprofissional [*inter*], era discutir, era ter essa liberdade um com o outro, ele não tinha como reagir agressivamente ou reagir de uma forma negativa em relação a minha colocação.” Trompetista

O caráter interprofissional do ambulatório de diabetes está definido desde sua criação. Portanto, o profissional deve se adequar ao formato de trabalho já estipulado. Percebemos, todavia, que essa é uma tarefa desafiadora, que envolve desconstrução da



forma de se relacionar com os demais profissionais e pacientes. Pois, em um cenário de provisão de cuidado interprofissional centrado no paciente não pode haver espaço para dominação. Alguns momentos foram marcantes no convívio entre a equipe. O Trompetista relembra um momento de impasse entre ela e um residente de medicina:

“Teve um dia que uma residente falou assim: 'ah, eu não aguento esses pacientes, que a gente fala as coisas pra eles fazerem e eles não fazem!' Aí eu olhei pra ela, era uma mulher, eu olhei pra ela e falei assim: 'Então você não pode fazer residência em endocrinologia. **Porque trabalhar com doença crônica, significa que você vai trabalhar com processos, uma coisa a cada dia, eles não vão entender tudo que eles tem que fazer, de um dia pro outro**'. Aí a aluna levou um susto porque ela tava fazendo residência em endócrino! Falei: 'você tá no lugar errado, trabalhando com as pessoas erradas. Você escolheu a residência errada.' Eles **[médicos] tem uma formação prescritiva, de que eu prescrevo, você faz; eu prescrevo, você faz; eu prescrevo, você faz**. Essa é a relação de alguns médicos, não de todos, obviamente. Mas, quando você trabalha com doença crônica, essa lógica de que eu prescrevo e o paciente segue minha prescrição, e se ele não seguir a prescrição, o errado é ele... Porque a lógica é essa e a gente tem que tentar quebrar isso.” Trompetista

Infelizmente, ainda existem profissionais que acreditam na obediência à prescrição, num cenário onde o paciente não tem voz. Acreditar que a recomendação do profissional de saúde deve ser seguida pelo paciente de forma inquestionável é negar o direito da pessoa, é impedir que ela também assuma responsabilidades pelo seu tratamento. Negar o direito à fala ao paciente impede o profissional de trabalhar a escuta e exercitar a empatia. Isso é o oposto do cuidado centrado no paciente:

“Estar centrado na paciente significa reconhecê-la como ela é e estar aberto ao outro em toda sua complexidade. É tentar colocar-se no lugar da paciente, fazendo esforço para sentir o que ela está sentindo”. (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011, p.237)

Atualmente, com a diversidade de informações em saúde disponíveis e a facilidade de acesso a elas, faz com que o paciente assuma uma posição mais ativa e questionadora. O

profissional que não se adapta a essa nova realidade, afasta o paciente e impede a construção da relação terapêutica. Distanciando o paciente, o profissional negligencia o cuidado. O impedimento do diálogo pode perpetuar uma opinião equivocada do paciente, que pode comprometer a sua saúde.

**“Já cansei de paciente reclamar isso do médico, falar assim: ‘quantos anos você estudou medicina? Então não discute comigo não, faça o que eu mando’.” Percussionista**

O Percussionista apresenta uma situação corriqueira de exercício do domínio que causa o afastamento do paciente. Um bom profissional é reconhecido socialmente através de suas habilidades de escuta e diálogo. Estudo conduzido por Caprara e Rodrigues (2004) buscou problematizar a relação assimétrica médico-paciente e demonstrou que a postura dos médicos é bastante paternalista, de modo que o prescritor não confia na capacidade e autonomia do paciente em relação à sua condição clínica e, portanto, não incentiva o envolvimento ativo do paciente na sua terapia.

Alguns professores da faculdade de medicina da UFMG, motivados pela visão de que os alunos se interessavam mais pelo caso do que pelo paciente, realizaram um estudo para avaliação da atitude individual na relação médico-paciente. Foi aplicada a escala *patient-practitioner orientation scale*, que avalia a atitude individual na relação médico-paciente, em 738 alunos de diferentes períodos da graduação de medicina. O escore geral obtido mostrou um resultado intermediário, isto é, entre centrado no médico e doença, e centrado no paciente. Esse escore geral é composto de duas subescalas, cuidado e poder. O escore isolado da subescala poder foi menor, sugerindo uma maior dificuldade de compartilhar decisões com o paciente (RIBEIRO e AMARAL, 2008).

Essa ausência de confiança no paciente pode ser reflexo da própria insegurança do médico. O médico deve ser competente e ter bom domínio do arcabouço teórico-clínico para que se sinta seguro em compartilhar decisões com os pacientes, pois desse modo ele conseguirá esclarecer devidamente as dúvidas que surgirem e discutir as melhores opções terapêuticas para cada paciente, individualmente.

“Só que assim, as coisas são muito enraizadas, principalmente na universidade federal, antiga assim, tradicional... **Então assim, é preciso mudar aos poucos, porque você não consegue chegar e em um dia mudar a mentalidade das pessoas, mas assim, você já tem a liga que funciona...**” Trompetista

Para que se faça uma revolução profissional é extremamente importante que se conheça as particularidades e desafios enfrentados por cada profissão. O que não pode haver é estagnação. Ainda que seja desafiador, devemos buscar a mudança, uma vez que esse novo modelo de cuidado traz benefícios para o paciente, como maior satisfação, para o médico, com uma redução nos erros de processo e, de forma geral, uma redução nos custos para o sistema de saúde (STEWART *et al.*, 2000; ORCHARD, CURRAN e KABENE, 2005).

**5.6.2. “O excesso de poder é o principal aspecto que impede o trabalho multiprofissional [inter]”: trabalho em equipe como recurso para o cuidado centrado no paciente**

Falamos sobre os desafios no compartilhamento da decisão com o paciente. Porém, como ressaltado pelo trabalho de Stewart *et al.* (2010), um dos pressupostos para a prática centrada no paciente é levar em conta a viabilidade da prática de forma realista. Considerando o modelo de assistência à saúde adotado no Brasil, é possível imaginar o potencial da atuação em equipe. Permanece ainda o desafio de execução do trabalho compartilhado e um dos dificultadores é o excesso de poder:

“O excesso de poder que cada profissional acha que tem. **Eu acho que os profissionais se vestem de um empoderamento como se coubesse a ele, ou só ele pudesse abordar determinada questão dentro do cuidado ou da prevenção de saúde. Acho que o excesso de poder é o principal aspecto que impede o trabalho multiprofissional. Os profissionais se sentem muito poderosos com o domínio do conhecimento e não querem dividir esse conhecimento.**” Trompetista

O domínio do conhecimento confere poder e status ao profissional, que não se vê impelido à divisão de tarefas. Isso faz com que o profissional assuma uma postura de autosuficiência que traz consequências para si e para o paciente:

**“Ninguém vive, ninguém trabalha, ninguém sobrevive sem outra pessoa, isso daí não adianta, uma hora esse profissional vai precisar de uma nutricionista, uma hora ele vai precisar de um farmacêutico, uma hora ele vai precisar de um psicólogo, uma hora ele vai precisar de uma indicação, vai ter que ligar pra você e falar: ‘Olha, você já tá sabendo dessa medicação que falaram aqui e eu não conheço?’.** Ninguém é autossuficiente, na minha opinião. Ele pode até conseguir sucesso na área dele, na abordagem única dele, mas assim, sempre ele vai lidar com alterações de coisas que ele não aborda.” Violista

Essa autossuficiência é reflexo do alto grau de cobrança e exigência do profissional de saúde, especialmente o médico. Dessa forma, o profissional tem medo de contar com o outro e se frustrar, de dividir a responsabilidade e colocar o paciente em risco. Isso reforça a utilidade dos modelos de construção de relação colaborativa, em que cada etapa é vivenciada em conjunto e torna mais natural a confiança e, por conseguinte, o compartilhamento de responsabilidade.

Permane, porém, uma preocupação com a formação dos profissionais. Tomando como exemplo a formação médica, temos uma visão de angústia dos educadores com a redução da sensibilidade e humanidade dos alunos ao longo do curso, como mostra a fala da Harpista:

**“Infelizmente, ao longo do curso, eles vão só endurecendo. É a formação médica e a vida acadêmica vai fazendo isso. Você tem que saber, tem que saber guideline, você tem que saber todas as condutas, tem que saber isso, tem que saber... E a formação às vezes em outro sentido, ela vai sendo esquecida.** Muitos professores reclamam disso durante o curso todo. Nossa! Na hora que chega lá pra formar, os meninos estão piores do que estavam no início. Uma formação humanística pior sabe? Essa questão de trabalho em equipe. É um erro, né, do currículo. Eu acho que agora, com a mudança do currículo, tende a melhorar.” Harpista

Como apresentado pelo Harpista, existe um movimento para reformulação curricular em saúde. A formação, segundo as alterações propostas, deve priorizar o sistema único de saúde, conforme objeto e objetivo das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014):

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Conforme explorado nos termos de objeto e objetivos das diretrizes, a formação deve permitir ao aluno o exercício da profissão com autonomia, através de competências e habilidades trabalhadas ao longo do curso, incluindo a humanização do atendimento. As DCN, publicadas a partir de 2001, apresentam visões semelhantes dos profissionais de saúde: formação generalista, humanista, com preparo para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001; 2002)

O curso de medicina foi ainda contemplado com uma nova DCN em 2014 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014). Nesse documento é proposto uma reformulação na atenção à saúde, incluindo o cuidado centrado na pessoa, prevalecendo o trabalho interprofissional, em equipe. A publicação dessa normativa mostra a valorização desse modelo de cuidado e traz certo otimismo em relação aos profissionais futuramente formados.

Dessa forma, o caminho para cuidado centrado no paciente deve envolver a descentralização da formação no profissional e no conhecimento que ele detêm para incluir a pessoa cuidada, com todas as suas particularidades, de forma humanizada. Além

da valorização da pessoa/paciente, deve ser incentivado o trabalho colaborativo em equipe buscando melhores resultados no cuidado.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como propósito a compreensão sobre as relações interprofissionais, através do entendimento sobre os desafios e facilitadores para a implantação do serviço de GTM junto à equipe, além de problematizar as relações de poder existentes no cenário de compartilhamento do cuidado. A condução do trabalho envolveu uma imersão na literatura para o entendimento mais ampliado do tema proposto. E a partir dessa imersão, percebemos um grande número de publicações sobre o trabalho em equipe, porém um número reduzido que abordasse a equipe que incluísse provedores de GTM.

Consideramos que esse estudo conseguiu avançar a discussão em três aspectos. Em primeiro lugar, a partir da escolha da metodologia qualitativa e, mais especificamente a etnografia crítica, percebemos em campo os desafios e facilitadores para a prática integrada. Os dados encontrados conversam com a literatura, mas mostram a realidade local que possui particularidades que muitos dos estudos não encontraram, como a limitação de espaço físico e a falta de vínculo institucional. Esse achado reflete a realidade de saúde do país e pode contribuir para priorização dos investimentos futuros.

Ainda considerando os desafios e facilitadores, observamos a relevância da definição dos papéis e as implicações para a prática quando esse assunto não é bem resolvido na equipe. Isso indica uma insegurança dos profissionais e o medo de perder espaço de trabalho. Por outro lado, discutimos a tendência de desconstrução dos limites profissionais e introduzimos a abordagem transdisciplinar. Esses achados contribuem para uma reflexão sobre a formação de novos profissionais, que devem estar mais preparados para a complexidade da demanda da população e, portanto, deve construir pontes e não muros entre as profissões.

Em segundo lugar, essa etnografia é uma janela de observação de como ocorrem as relações entre médicos e farmacêuticos provedores de GTM. A atenção farmacêutica é muito discutida e debatida em termos teóricos no país e essa é uma oportunidade de “ver” como ocorre a prática e entender as particularidades dessa relação interprofissional consideravelmente nova na saúde. Acreditamos que os trabalhos etnográficos nos tornam mais preparados para a replicação do serviço, pois fornece detalhes que só a presença em campo pode trazer.

Considerando essa relação particular, utilizamos a ótica da etnografia crítica para analisar as relações de poder que existem na equipe de saúde. O poder e domínio do conhecimento médico são extensamente debatidos na literatura. Essa etnografia mostrou que o poder não está explicitamente consciente nos participantes, mas, de certa forma, é culturalmente impregnado no meio. A tradição existente influencia a postura que alguns profissionais assumem ao lidar com o médico e pode trazer consequências para o trabalho compartilhado, como a falta de confiança e o não compartilhamento de responsabilidades.

Esse dado conversa com a terceira contribuição do estudo, a compreensão da necessidade de uma melhor formação para a prática interprofissional. Observamos uma ausência de experiências interprofissionais ao longo da graduação. Isso ficou evidente nas falas dos entrevistados que reconhecem a importância da Liga Acadêmica de Diabetes para os acadêmicos, devido a importante abertura para o cuidado compartilhado existente naquele cenário. No entanto, ressalta a escassez desses cenários e aponta para a necessidade de mais iniciativas de prática conjunta para a desconstrução da formação individualizadora atualmente existente nos cursos da área de saúde.

Concluimos que numa equipe, assim como em uma orquestra, há tempo de sobressair e há tempo de dar sustentação. Isso significa que o instrumentista terá momentos de solo, assim como o profissional de saúde terá sua atuação priorizada em determinada situação clínica. Porém, também terão momentos de servir como base, tão importante quando o protagonismo.

Nos dias de hoje, ainda observamos o profissional de saúde atuando como maestro da orquestra, conduzindo a equipe para a provisão do cuidado. Contudo, devemos olhar para o futuro e perceber que o cuidado centrado na pessoa envolve o protagonismo do paciente e, dessa forma, ele deve estar posicionado como maestro da sua própria saúde.





## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARYA, V. *et al.* Understanding awareness of pharmacist-led medication therapy management among primary care physicians in New York City using qualitative methods: part I. **The Journal of Medical Practice Management**, v. 29, n. 2, p. 84–88, 2013.
- AZEVEDO, C. E. F. *et al.* A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4., 2013, Brasília. **Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**. Brasília: ANPAD, 2013.
- AZEVEDO, G. D. *et al.* Interprofessional education in Brazil: Building synergic networks of educational and healthcare processes. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 2, p. 135-137, 2016.
- BACA, M. Professional Boundaries and Dual Relationships in Clinical Practice. **Journal for Nurse Practitioners**, v. 7, n. 3, p. 195–200, 2011.
- BOCCHI, S. C. M.; JULIANI, C. M. C. M.; SPIRI, W. C. Métodos qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão. **Métodos Qualitativos de Pesquisa**, p. 1–33, 2008.
- BRUMMEL, A. R. *et al.* Optimal diabetes care outcomes following face-to-face medication therapy management services. **Population health management**, v. 16, n. 1, p. 28–34, 2013.
- CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v.42, n. 2, p. 347–368, 2008.
- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. A National Interprofessional Competence Framework. Vancouver: CIHC, 2010. Disponível em: [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb2010.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb2010.pdf).
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139–146, 2004.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice**. New York: McGraw-Hill, 1998. 359 p.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice: the clinician's guide**. 2 ed. New York: McGraw-Hill, 2004. 394 p.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.; MORLEY, P. **Pharmaceutical Care Practice: the patient-centered approach to medication management**. 3 ed. New York: McGraw Hill, 2012. 697 p.
- COLOME, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras

que atuam no PSF. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 548–556, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução n. 585**, de 29 de ago. de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília, 2013. 11 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1638, de 9 de ago. de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002.

CRANG, M.; COOK, I. **Doing Ethnographies**. London: Sage, 2007. 244 p.

D'AMOUR, D. *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of interprofessional care**, v. 19, n. 1, p. 116–131, 2005.

DALY, K. J. **Qualitative Methods for Family Studies and Human Development**. Los Angeles: Sage, 2007. 312 p.

DAUPHINÉE, D.; MARTIN, J. B. Breaking down the walls: thoughts on the scholarship of integration. **Academic Medicine**, v. 75, n. 9, p. 881–886, 2000.

DAVISON, W. C. Medical and psychological team work in the care of chronically ill children. **Pediatrics**, v. 16, n. 2, p. 270–271, 1955.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The SAGE Handbook of Qualitative Research**. 4 ed. California: Sage, 2011. 784 p.

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

DUNER, A. Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: a study of interprofessional collaboration and professional boundaries. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 3, p. 246–53, 2013.

ERDMANN, A. L. *et al.* Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131–139, 2013.

FONTEERRADA, M. T. O. **De tramas e fios: um ensaio sobre música e educação**. São Paulo: UNESP, 2005. 345 p.

FOPPA, A. A. Medication Therapy Management Service for Patients with Parkinson's Disease: A Before-and-After Study. **Neurology and therapy**, 2016

FRANCHI, E. P. **Pedagogia da Alfabetização da Oralidade e Escrita**. São Paulo: Cortez, 1988.

FREIDSON, E. **Professional Dominance: the social structure of medical care**. New York: Atherton Press, 1970. 242 p.

FREITAS, E. L. **Why Do I Think the Way I Do ? Troubling the Concept of Critical Thinking in Pharmacy Classrooms**, 2014. 217 p. (PhD thesis). University of Minnesota. Minneapolis

GARDNER, D. B. Ten lessons in collaboration. **Online Journal of Issues in Nursing**, v. 10, p. 2, 2005.

GARRETT, J. F. Social psychology of teamwork. **Texas reports on biology and medicine**, v. 12, n. 3, p. 634–637, 1954.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 3, p. 410–422, 1997.

GUEDES, L. E.; FERREIRA JUNIOR, M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 260–272, 2010.

HALL, P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. 1, p. 188–196, 2005.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Ethnography: Principles in Practice**. 2 ed. New York: Routledge, 1995.

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

INTER. In: Dictionary.com. Disponível em: <<http://www.dictionary.com>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

ISETTS, B. J. *et al.* Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 48, n. 2, p. 203–211, 2008.

JAMESON, J. P.; BATY, P. J. Pharmacist collaborative management of poorly controlled diabetes mellitus: a randomized controlled trial. **The American Journal of Managed Care**, v. 16, n. 4, p. 250–255, 2010.

KENNY, D.; ADAMSON, B. Medicine and the health professions: issues of dominance, autonomy and authority. **Australian Health Review**, v. 15, n. 3, p. 319–334, 1992.

KINCHELOE, J. L.; MCLAREN, P. L. Rethinking critical theory and qualitative research. In DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994. p. 138-157.

KING, O. *et al.* Contested professional role boundaries in health care: a systematic review of the literature. **Journal of Foot and Ankle Research**, v. 8, n. 1, p. 2, 2015.

KOZMINSKI, M. *et al.* Pharmacist integration into the medical home: qualitative analysis. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 51, n. 2, p. 173–83, 2011.

- LAILER, P. **Stroke Rehabilitation: Structure and Strategy**. [S.l.] Springer US, 1994. 296 p.
- LÉGARÉ, F.; STACEY, D.; BRIÈRE, N.; et al. Healthcare providers' intentions to engage in an interprofessional approach to shared decision-making in home care programs: a mixed methods study. **Journal of interprofessional care**, v. 27, n. 3, p. 214–22, 2013.
- LEININGER, M. M. **Qualitative Research Methods in Nursing**. Orlando: Grune & Stratton, 1985.
- LEIPZIG, R. M. *et al.* Attitudes toward working on interdisciplinary healthcare teams: a comparison by discipline. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 50, n. 6, p. 1141–1148, 2002.
- LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. **Naturalistic Inquiry**. Newbury Park: Sage, 1985.
- LITTLE, M. A Better Grounding for Person-Centered Medicine? **American Journal of Bioethics Primary Research**, v. 13, n. 8, p. 40–42, 2013.
- LOMAX, S. W.; WHITE, D. Interprofessional Collaborative Care Skills for the Frontline Nurse. **Nursing Clinics of North America**, v. 50, n. 1, p. 59–73, 2015.
- LOSINSKI, V. **Educating for action: understanding the development of pharmaceutical care practitioners.**, 2011. 247 p. (PhD thesis). University of Minnesota. Minneapolis.
- MACNAUGHTON, K.; CHREIM, S.; BOURGEAULT, I. Role Construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. **BioMed Central Health Services Research**, v. 13, p. 486, 2013.
- MARACLE, H. L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. Primary Care Provider's experiences with Pharmaceutical Care-based Medication Therapy Management Services. **Innovations in pharmacy**, v. 3, n.1, 2012.
- MARSHALL, M. N. Sampling for qualitative research. **Family Practice**, v. 13, n. 6, p. 522–525, 1996.
- MCCALLIN, A. Interdisciplinary practice -a matter of teamwork: an integrated literature review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 10, n. 4, p. 419–428, 2001.
- MCDONOUGH, R. P.; DOUCETTE, W. R. Dynamics of Pharmaceutical Care : Developing Collaborative Working Relationships Between Pharmacists and Physicians. **Journal of the American Pharmaceutical Association**, v. 41, n. 5, p. 682–92, 2001.
- MCGRATH, S. H. *et al.* Physician perceptions of pharmacist-provided medication therapy management: qualitative analysis. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 50, n. 1, p. 67–71, 2010.
- MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p.

1521–1531, 2010.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Caderno de Saúde Coletiva**, v.24, n.1, p. 124-130, 2016.

MESLER, M. A. Boundary encroachment and task delegation: clinical pharmacists on the medical team. **Sociology of Health & Illness**, v. 13, n. 3, p. 310–331, 1991.

MEZZICH, J. *et al.* Toward person-centered medicine: from disease to patient to person. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 77, n. 3, p. 304–306, 2010.

MEZZICH, J. E. *et al.* Primary Health Care and Person Centered Medicine Milestones in Primary Health Care Primary Care Developments in Person Centered Medicine. **The International Journal of Person Centered Medicine**, v. 5, n. 2, p. 45–50, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer CNE/CES nº 1.133/2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3out. 2011. Seção 1E, p. 131

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Parecer CNE/CES nº 2/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 9.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Parecer CNE/CES nº 116/2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 dez. 2014. Seção 1, p. 17.

MOSSER, G.; BEGUN, J. W. **Compreendendo o trabalho em equipe na saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 328 p.

MULTI. In: Dictionary.com. Disponível em: <<http://www.dictionary.com>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

NORSEN, L.; OPLADEN, J.; QUINN, J. Practice model: collaborative practice. **Critical care nursing clinics of North America**, v. 7, n. 1, p. 43–52, 1995.

OLIVEIRA, H. M. DE; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 539–550, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS; 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Sexagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde; 18-22 de maio de 2009; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2009.

OPIE, A. **Thinking Teams, Thinking Clients: Knowledge-based Teamwork**. Columbia: University Press, 2000. 297 p.

ORCHARD, C. A.; CURRAN, V.; KABENE, S. Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. **Medical Education Online**, v. 10, n. 0, p. 1–13, 2005.

PEDROSA, I. DE C. F.; CORRÊA, Á. C. DE P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência & Cuidado em Saúde**, v. 10, n. 1, p. 58–65, 2011.

PEDUZZI, M. et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n.4, p. 977-983, 2013

PFISTER, J. A. **Managing Organizational Culture for Effective Internal Control: from practice to theory**. Lancaster: Springer, 2009. 245 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. 185–95, 2010.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica: da Filosofia ao Gerenciamento da Terapia Medicamentosa**. São Paulo: RCN Editora, 2011. 327 p.

RAMSDELL, R.; ANNIS, C. Patient education: a continuing process. **American Nephrology Nurse's Association Journal**. p. 217, 1996.

REEVES, S. *et al.* **Interprofessional Teamwork for Health and Social Care**. [S.l.] John Wiley & Sons, 2011. 208 p.

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**, v. 1820, p. 1–8, 2014.

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

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 429–435, 2007.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273–280, 2013.

SCHMITT, M. *et al.* Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice. **Academic Medicine**, v. 86, p. 1351, 2011.

SCHOMMER, J.C. *et al.* Medication Therapy Management Digest, Pharmacists Emerging as Interdisciplinary Health Care Team Members. **American Pharmacists Association**, 2013.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, esp. 2, p. 16-24, 2015.

SMITH, M. *et al.* Why pharmacists belong in the medical home. **Health affairs**, v. 29, n. 5, p. 906–13, 2010.

SORRELLS-JONES, J. The challenge of making it real: interdisciplinary practice in a “seamless” organization. **Nursing administration quarterly**, v. 21, n. 2, p. 20–30, 1997.

SOUZA, D. V.; ZIONI, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das Representações Sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. **Saúde & Sociedade**, v. 12, n. 2, p. 76–85, 2003.

STANCATO, K.; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde : uma revisão de literatura. **Revista de Administração em Saúde**, v. 12, p. 87–99, 2010.

STEWART, M. *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. **The Journal of Family Practice**, v. 49, n. 9, p. 796–804, 2000.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 376 p.

SUTER, E. *et al.* Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. **Journal of interprofessional care**, v. 23, n. 1, p. 41–51, 2009.

THOMAS, J. **Doing Critical Ethnography**. Newbury Park: Sage, 1993.

TORRES, H. C. *et al.* Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 291-298, 2009.

TRANS. In: Dictionary.com. Disponível em: <<http://www.dictionary.com>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

VISWANATHAN, M. *et al.* Medication Therapy Management Interventions in Outpatient Settings. **Journal of American Medical Association Internal Medicine**, v. 175, n. 138, p. 76–87, 2014.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.

WOLCOTT, H. F. **The Art of Fieldwork**. [S.l.] Rowman Altamira, 2005. 292 p.

ZILLICH, A. J. *et al.* Influential characteristics of physician/pharmacist collaborative

relationships. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 38, n. 5, p. 764–70, 2004.

ZILLICH, A. J. *et al.* Development and initial validation of an instrument to measure physician-pharmacist collaboration from the physician perspective. **Value in Health**, v. 8, n. 1, p. 59–66, 2005.



## APÊNDICE A - TÓPICO-GUIA

Tópico-guia para entrevista com os profissionais da equipe multiprofissional.

Condutas antes de iniciar a entrevista:

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

### PONTOS ABORDADOS

- **Compreensão do sujeito sobre o serviço de GTM**
  - Papéis da nutrição e medicina
- **Como os serviços na LAD se relacionam**
  - Desafios, lacunas, comunicação
  - Como melhorar essa integração de serviços

**Discutir ser centrado no paciente e colaboração dentro desse tópico relacionando as respostas do pesquisado com esses pontos.**

**Qual o papel desse serviço na liga, o que o GTM contribui para o total.**

### QUESTÕES NORTEADORAS

Como você entende o serviço ofertado pela farmácia na LAD?

Você acha que esse serviço já é realizado por outro profissional da saúde?

Como você vê os diferentes papéis dos profissionais nesse serviço?

Me fala sobre a LAD.

Os serviços da LAD são compartilhados e colaborativos?

O que você entende por uma prática compartilhada e colaborativa?

Como equipe, nós somos centrados no paciente?

O que é ser centrado no paciente?

Quais os desafios e facilitadores para uma prática compartilhada e colaborativa na liga?

### **Tópico-guia extra para Medicina**

Quais os critérios que você utiliza para encaminhar um paciente para farmácia?

Porque esses pacientes, com esse perfil, podem se beneficiar do serviço?

Como diferenciar o papel do médico e do farmacêutico nesse serviço?

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

## APÊNDICE B – ARTIGO SUBMETIDO

### **Understanding the interprofessional relationships in the provision of Comprehensive Medication Management Services**

**Georgiane de Castro Oliveira, Clarice Chemello, Djenane Ramalho de Oliveira**

#### **ABSTRACT**

Comprehensive Medication Management Services (CMM) is a clinical service grounded in the theoretical framework of pharmaceutical care practice. To achieve best clinical, humanistic and economic results, CMM should be integrated into the healthcare team through a shared practice. There are some core competencies for effective team working and interprofessional relationship models that may be shadowed. The aim of this research was to understand the interprofessional relationships and challenges in the provision of a CMM service by pharmacists practitioners being integrated into the health team through shared practice. This study was carried out using the critical ethnography methodology. Data collection included individual semi-structured interviews with fourteen team members and participant observation with field notes for 17 months. "Understanding interprofessional relationships" is the main category of research and covers the stages of building interprofessional relationships and all the challenges inherent to this process. The following themes emerged from this category: "Roles and professional boundaries" and "Building physician-pharmacist interprofessional relationships." This ethnographic description can contribute to professional training and promote reflection by health professionals about the challenges encountered in teamwork.

**Keywords: interprofessional relationship, teamwork, comprehensive medication management services, critical ethnography**

#### **INTRODUCTION**

Comprehensive Medication Management Services (CMM) is a clinical service grounded in the theoretical framework of pharmaceutical care practice (Cipolle, Strand, & Morley, 1998; 2012). The service encompasses an assessment of all medications taken by the patient to

identify, resolve and prevent drug-related problems (Ramalho-de-Oliveira, 2011). Patients receiving CMM services in different practice settings have shown improvement in outcomes including better attainment of the desired goals of therapy (Brummel, Soliman, Carlson, & Ramalho-de-Oliveira, 2013; Butler *et al.*, 2016; Foppa, Chemello, Vargas-Peláez, & Farias, 2016; Isetts *et al.*, 2008; Ramalho-de-Oliveira, Brummel, & Miller, 2010).

CMM services, when integrated into the health team through collaborative practice, has shown better clinical, humanistic and economic outcomes (Kozminski *et al.*, 2011; Smith, Bates, Bodenheimer, & Cleary, 2010). In the team, recommendations and responsibilities are complementary and interventions and prescriptions are made by different practitioners for each patient. A number of core competencies for effective team working have been reported in the literature, such as shared responsibility for attaining the objective, clear roles and responsibilities, interdependency among members and integration of working practices (Mosser & Begun, 2015; Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2011). The competencies outlined serve as tools to train health professionals for more successful interprofessional practice and to promote reflection by practitioners on the challenges of teamwork (Suter *et al.*, 2009).

Several theoretical models of interprofessional relationship building have been proposed to help understand the stages of integration in teamwork. McDonough and Doucette (2001) developed a model for building pharmacist-physician interprofessional relationships. This model considers the participant characteristics, the context characteristics and the exchange characteristics which impact collaborative working.

CMM services represent an opportunity for physicians and pharmacists to work collaboratively. However, in order to consolidate the collaborative practice, the interprofessional relationships and challenges during the provision of shared care must be understood. The way the services interact and are perceived by team members influences working practice. In addition, the understanding of these perceptions can help train future professionals that are better prepared for shared care. Therefore, the objective of the present study was to understand the interprofessional relationships and challenges in the provision of an CMM services by pharmacists in the health team, through the sharing of care among different professionals.

## METHODOLOGY

Critical ethnography, according to the steps defined by Thomas (1993), was performed to address the study question. Ethnographies are carried out to describe what takes place in the field, how people perceive themselves and others, in an effort to understand routine daily interactions (Hammersley & Atkinson, 1995). Critical ethnography is used to promote transformation by promoting freedom of the research participants. The approach seeks to analyze data not only to present knowledge but to bring about transformation, a search for ideas of freedom and equity (Hammersley & Atkinson, 1995; Kincheloe & McLaren, 2005). This methodology is also used as a means of mapping problems of power relations and political and social conflicts inherent to professional relationships, such as in the healthcare area (Beck, 2013).

An ethnographic study of the interprofessional relationships in an interprofessional diabetes outpatient service involving practitioners of medicine, nutrition and pharmacy of a public university teaching hospital located in a large metropolis in Brazil was conducted.

### **Study setting**

The outpatient clinic is a teaching-service practice providing ambulatory care to patients with Diabetes Mellitus Type 1 and 2. The CMM services were integrated into the outpatient clinic in October 2013. Up until 2013, the clinic had only physicians, including residents and medical students, and nutritionists. Since 2013, the team comprised of physicians, pharmacists, residents of medicine, and academics of medicine and pharmacy. The services provided by the clinic include physician's and CMM consultations. Besides the consultations, weekly meetings are held for health education activities.

### **Data collection**

Data collection took place between August 2014 and January 2016. Participant observation was employed throughout the study period with the use of field journal notes. Individual semi-structured interviews were also conducted with 14 participants from the multiprofessional team, based on the interview guide developed by the researcher (Table 1). All interviews were audio-recorded with the consent of interviewees. The recordings were transcribed *verbatim*.

Table 1. Sample of interviewees by professional category

<b>Professional Category</b>	<b>Number of interviewees</b>
Medical Preceptor	2
Medical Resident	3
Medical Student	4
Nutrition Preceptor	1
Nutritionist	2
Pharmacist	1
Pharmacy Student	1

During the initial interviews, open questions were asked seeking a general understanding of the setting, for example: “How do you see the service provided by pharmacists within the clinic?” and “Are the services provided at the clinic shared and collaborative? What do you understand by shared or collaborative practice?” During the course of the study, the questions were personalized to focus on the most critical points for understanding the interprofessional relationships.

### **Data analysis**

The data collected from the interviews and field journals were inserted and analyzed using the NVivo11 software application. The data was condensed, grouped and categorized. The categories analyzed produced major themes, subsequently tied in with the literature and illustrated by citations from the data collected. The analysis was carried out by the first author and validated together with the co-authors and other researchers experienced in the methodological design.

### **Ethics considerations**

The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais (UFMG) in May 2014 (process CAAE-25780314.4.0000.5149) and by the Department of Internal Medicine of the Clinicas Hospital of the UFMG. All of the study participants signed the Informed Consent Form.

## RESULTS

Our findings represent the views and experiences of team members of different professions and backgrounds, and who were at different phases of team working. From the results, we sought to show the core competencies identified and challenges faced by the team in building the collaborative interprofessional relationship. The findings are presented under the main category: “Understanding interprofessional relationships” which encompasses the stages of construction and all challenges arising during the process. The themes “Roles and professional boundaries” and “Building physician-pharmacist interprofessional relationships” emerged from this main category.

### Understanding interprofessional relationships

To understand how the interprofessional relationship is built, it is necessary to understand the essential elements highlighted by the team in this construction process. In this study, accessibility, communication, trust, harmony, respect and time of experience emerged as core competencies for shared practice. The first of these, accessibility, closely reflects the reality of the pharmacy profession, which often operates in an isolated manner-often secluded within a pharmacy- and faces the inherent challenges of accessing other practitioners. As illustrated in a quote by one of the physicians interviewed, understanding the importance of a professional’s role is linked to his presence in the practice setting:

“I think there is a flow. Sometimes when it’s busy, perhaps we don’t always take account of it, but the presence of the team member there reminds us of this, even if that happens later. When we see the prescription, spot something and can pass this on. Just having you [pharmacist] there reminds of the importance of your role.” Interviewee 01

With the high work load and responsibilities of health professionals today, it stands to reason that the presence of different practitioners in the same physical space favors interprofessional cooperation. This close proximity also favors informal interaction, whereby the collaboration of a work colleague can be tested, albeit by asking for technical input on a case or resolving a problem in the other practitioner’s area of expertise.

The second skill found was communication. During the period working together, we noticed the importance of this competence, evidenced by the impact that lack of communication can have on care:

“The patient said one thing, we had written something else and if we asked another professional they would say something else, it was more communication problems, breakdowns in communication.” Interviewee 04

The patient is often seen by a number of different professionals and gives each a snippet of their problem or complaint. Lack of communication renders the puzzle of care incomplete, a situation that can compromise professional performance.

When these breakdowns in communication were identified, in order to make strides in collaborative care, solutions were put forward:

“[...] patience to listen to everyone in the team, understand what each member wants to put across. Communication needs to be as fast as possible [...] immediate communication, you need to have a discussion of the case, not just blurting out information or saying what you are or are not doing, you have to discuss in order to assess which are the best options.” Interviewee 05

Other skills cited by the participants were trust, harmony and respect. For many, working together was an exercise of humility. In the shared practice, you cannot have competition between professionals, where one professional is held as more important or skilled than another. There should be cooperation toward a common goal:

“I think each professional has their limits. I learned different things and I think that’s the way it should be, there’s no harm in this, I believe they are complementary things, people have to try to give their point of view, not to demoralize other professionals, but in an effort to improve that patient’s situation.” Interviewee 06



Respect is paramount from the first contact. We note that this is especially relevant when a new service like CMM services is being incorporated in an institution. This first encounter must be done with tolerance, where the professional is well prepared and ready to perform their role, while respecting the experience and opinion of the professional approached:

“It’s the way of presenting oneself, clearly, the way of conversing. Starting out by saying this is not right, or I didn’t like it, is going to put anyone off. Whereas, sitting down, like they [CMM pharmacists] did with me, showing what they had spotted, what could be changed, improved, I think that anyone with common sense will accept.” Interviewee 01

Lastly, we highlight the need for a period of time to gain experience with another professional, or a new professional’s role. This period of adaptation, which is not pre-determined, depends on the openness of the professionals involved. It is a period of building and consolidating trust, seeking to achieve sharing of responsibilities.

“As most of the team has been working together for a while, it is more close-knit and collaborative, discussing more openly, involving everyone in decisions.” Interviewee 08

In this study, the importance of experience was emphasized by the fact the CMM services was relatively unknown to society and the professional community. Initiative and development of connections were strategies used by the professional pharmacists to overcome the challenge of inexperience:

“Indeed, it’s not enough to just present the service, perhaps it’s something well beyond the comprehension of medical practitioners, that they need to directly experience in order to appreciate its application and contribution. The residents, who displayed greater openness with the pharmacy service, were indeed the two who had been in the diabetes group the longest, maybe because they had more time to observe the interventions of the pharmacists.” Interviewee 02

The experience of being directly involved with the CMM services allows greater understanding about the potential contribution of this practitioner. It also gives an overview of the service and the skills needed to provide it. The narrative of Interviewee 05 reflects the perspective of an academic of medicine regarding what type of professional is qualified to provide CMM.

“I also think that it [CMM] could be done by the physicians, may be even done by the nurses, but we don’t have any nurses on the team and the physicians are often more concerned about the clinical conditions of the patients and to overlook details on the use of medications, on how the medications interfere in the patient’s life. Because I know that we [physicians] should be concerned about this, I know that we hold some pharmacological knowledge, but your [pharmacists] knowledge is far greater. From the moment we had your support, actually, we stopped doing it altogether, because there was someone else meeting that need.” Interviewee 05

The point raised in the excerpt above promotes reflection on which professional should take on this task. Drug-related problems are real and prevalent, and a professional has to be put in charge of preventing and resolving them. A paternalistic response, of centralizing responsibilities to a single professional is counterproductive for care, leads to work overload of a single professional category, and prevents the development of shared care.

### **Roles and professional boundaries**

Our analysis revealed that, unanimously, all interviewees regarded understanding on roles and responsibilities in the team as fundamental.

“As soon as I know what the person does, I can begin to understand, to realize that he caters to a different demand than me.” Interviewee 09

“In shared practice, it’s important for practitioners to understand the contribution of each professional within this practice. When you don’t have a proper understanding of the possible contribution, it becomes hard for you to

understand what is the role of each within this practice. So, if the pharmacy service was better understood by the medical service, they would definitely know the right situations to call on the pharmacists.” Interviewee 02

Understanding the role of each professional is important to prevent conflicts that can occur when professionals are not aligned. This alignment includes knowing the function of each professional, avoiding the belief that the other is taking on a role outside their scope of practice or performing activities that are limited to another professional. Asked about the different roles in the team, the responses of interviewees proved highly heterogeneous, especially with regard to the most recent service in the clinic, the CMM services.

“With a multi-disciplinary team, we end up dividing the patient in areas, right? For instance, medicine has the prescription, exam, diagnosis part; the pharmacy has assistance with medications, adherence of patient to treatments; nutrition has diet, physical activity... We are able to compartmentalize, but work on the patient as a whole.” Interviewee 01

“Medicine [...] is more concerned with the diagnosis, obviously with treatment too, but then to do the things the way you [pharmacists] do, would require much longer than the consultation time, which already has to include everything else.” Interviewee 10

“The role of the physician is to guide and assist the patient in controlling their diseases, in the case of here, diabetes, and try to place the treatment in their context, in a way he can understand more easily. The role of the pharmacy I believe is... Well, patients have many doubts, regarding storage, mode of administration, where to apply, how to apply, so I think that it's in the part of guiding the handling of the medications.” Interviewee 11

The above excerpts illustrate the diversity of knowledge of the team and help us to understand how the opinion on the role of others evolves as they continue to work collectively. In the quotes above, Interviewee 11 is the most recent participant in the team, with only one day on the job at the time of the interview. This helps explain the limited

understanding of the role of the pharmacist in the clinic. The other interviewees, at the time of interview, had more than one year of experience working together with the pharmacy team.

We also noted that some interviewees, as illustrated in narrative of Interviewee 10, believe that physicians could provide the CMM services if these professionals had more time available. CMM services, a service provided by the pharmacist at the clinic, includes review of all the patient's pharmacotherapy in an effort to detect, resolve and prevent drug-related problems. This definition was not given by any of the interviewees outside the team of pharmacists. However, understanding of the concept can be grasped in the description of one case given by a physician interviewed:

"I've seen cases there of patients not knowing what they are taking, with the blood pressure out of control and having that doubt. At each consultation the physician realizes the lack of control and prescribes yet another medication. And this goes on until reaching the conclusion that the patient is not picking up that particular medication at the dispensary, or that they are not buying the other one. He realizes that the polypharmacy the physician is prescribing, but is not seeing the results is because he is not using it, therefore the blood pressure is not controlled. And then the role of the pharmacist was interesting because he discovered this, and managed to readjust what was being used. Other comorbidities, such as dyslipidemia, which is resolved with the use of simvastatin. There are thyroid diseases, for which the use of puran T4 has to be during fasting. There are drug-drug interactions, and you also help clarify the right time to take it, explaining the need for these precautions. I think that's it." Interviewee 01

Considering all these perceptions about the work of the pharmacy team and the integrated and interdependent interprofessional role to resolve patients' problems, an important concept that must be embraced is that of professional boundaries. Boundary conveys the notion of limits. It is the limit between the boundaries marking the start and the end of professional duty. Professional boundaries are discussed here as the role limits of each professional.

“Since the group has the goal of multidisciplinary working, while each of the professions has their specificity, as people start working together, and we starting performing activities, each beginning to work a little at the interface of the other.” Interviewee 12

This work at the interface of others was not considered entirely satisfactory by all interviewees. We noted that the closer this comes to the area of practice, the greater the likelihood of disparity and consequently, the better defined the relationship needs to be.

“We [nutrition] did not deal with medications much, we dealt more with medical prescription, so we played our role and everything. Then, there was no chance of clashing with medicine in the medication part. Whereas you [pharmacists] don’t, you see? So, it was impossible not to clash. Because like them you were involved in the same area and, of course, this would sometimes result in differences.” Interviewee 13

The solution for these critical points came from the team itself, discussing the importance of interprofessional contact and alignment with the common goal: the patient.

“The major problem when you’re not taught team working, you don’t have this contact, you end up meeting at the boundary between my limit and my colleague’s limit, which we can negotiate together. Sit down and think about what’s best for the patient, for us.” Interviewee 01

“The fact that we regard the patient as a whole means we need other areas, because we realize we’re not able to meet all their [patients] needs.” Interviewee 09

The excerpts above show the importance of this contact for the team members, which places the patient as central to care, with all their needs and particularities. The experiences of the professionals suggest they recognize that patients’ needs will always differ and that understanding the person as a whole, recognizing the biopsychosocial entity, calls for the use of multiple tools in practice:

“It’s teaching the patient self-care, them being responsible for their disease and providing guidance, technical or psychological support, whatever is at our disposal, but helping them to improve within their limits.” Interviewee 14

### **Building the Physician-Pharmacist interprofessional relationship**

When seeking to understand the building of interprofessional relationships, it is important to draw on theoretical models from the literature that illustrate the stages and challenges involved in this process (D’Amour, Ferrada-Videla, Rodriguez, & Beaulieu, 2005).

During the data analysis, some features described by interviewees resembled the points outlined in the model proposed by McDonough and Doucette (2001), building the physician-pharmacist model. Therefore, this model was utilized to discuss our results, comparing these against components of the model.

The model covers three domains: participant characteristics, context characteristics and exchange characteristics (McDonough & Doucette, 2001; Zillich, Doucette, Barry, & Kreiter, 2005). We identified many of the components of each of these domains in our study. Participant characteristics, professional knowledge and experience of the different members of the team emerged, whereas the participants of this study did not address issues involving age and beliefs. The context and exchange characteristics were fully addressed. In the former, organization and infrastructure were discussed. In the latter, specifications for the roles of each professional and the beginning of the relationship were mentioned.

The model comprises of five phases, from stage 0 to stage 4, where stage 0 is professional awareness or first professional contact and stage 4 is the collaborative working relationship established.

The start of the relationship is generally initiated by the newest professional. In the outpatient clinic with the introduction of CMM, it was clear that this introductory phase should be initiated by the pharmacist, as outlined in the excerpt below by the pharmacist interviewed upon being asked about how case discussions came about.

“I see it was on my part. [To start building the relationship] we become more confident of the practice, more confident about the information we provide.”

Interviewee 09

The entry of pharmacists' practitioners to the clinic occurred at stage 1, professional recognition, because the contact was in person and the interaction face-to-face from the outset. After the initial efforts, the working relationship moved onto stage 2, exploration and trial:

“The case discussions we had, the discussion we had about articles, all this led to us getting to know the other's practice better, their role, the way of regarding the other, because it's not just the practice, the specific knowledge, but what the principles are.” Interviewee 12

With time and deeper interaction, we reached stage 3, professional relationship expansion. In this stage trust becomes more solidified, and the physician began to call on the pharmacist:

“Later on I got to like it, because I would always have that concern in the office of checking whether it was all correct, but having someone as backup, who'll check it out for you, it is good. Sharing this responsibility a little and try to really do the best thing. Medicine always ends up attending first and pharmacy later, giving rise to suggestions. I think this leads to discussion: which is better or worse, what's going to be kept or not. [...] So, at least for me, the interpersonal relationship is really good and we manage to have good dialogue.” Interviewee 01

And finally, we got to stage 4, the commitment to the collaborative working relationship. This model, however, is fluid and relationships can ebb and flow during the different stages. The important thing is to maintain full communication and respect among the different professionals involved.

“When I say share, it’s more in the sense of adding, one augments the work of the other, because [...] the team makes the difference because it is working together, sharing similar information.” Interviewee 12

Thus, all stages took place and the building of professional interaction was possible via this stage-by-stage development. Solidifying the relationship remains a daily challenge of working as part of a team to ensure respectful relationships and shared responsibilities.

## **DISCUSSION**

Previous studies highlight the competencies required for team working, which were corroborated by the results of the present study. Norsen, Opladen and Quinn (1995) cite the competencies of cooperation, assertiveness, responsibility, communication, autonomy and coordination as necessary in interprofessional relationships. In the present study, accessibility, communication, trust, harmony, respect and experience time emerged as key skills in building interprofessional relationships.

Communication is the most cited skill in the literature (Gardner, 2005; Hall, 2005; Lomax & White, 2015; McCallin, 2001). According to Lomax and White (2015), effective communication is the cornerstone for collaborative care, emphasizing the importance of contact in person, which helps create ties and familiarity with each other. In this study, communication was also cited by interviewees and associated with the facilitator of accessibility, construed in the literature as contact in person.

An important challenge among the core competencies for interprofessional collaborative practice is defining the roles and responsibilities of team members (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011). According to an interprofessional education collaborative expert panel (2011), collaboration is facilitated when professionals are aware of the abilities and roles of others, a point emphasized by the interviewees in the present study.

Each profession makes its unique philosophical contribution to patient care and the pooling of different points of view, underpinned by different philosophical arsenals, is



deemed positive in the context of complex care (Suter *et al.*, 2009). This complexity, characterized by the multiple requirements of patients, encourages innovation in health care, increasing the provision of interprofessional practices in which professional boundaries are less well defined than for practitioners working alone (King, Nancarrow, Borthwick, & Grace, 2015). This was corroborated by the practices observed in the clinic. Identifying the complex needs of patients reiterates the need for an interprofessional team practicing in this setting, where professional boundaries become ill-defined and less important.

Also, with regard to the importance of defining roles, we should consider that, as discussed by McCallin (2001), the culture of the medical profession has a history of leadership and mastery of knowledge. The results showed, according to the perceptions of some interviewees, that CMM services could be provided by the physician. This view is in line with the major North-American agencies, that advocate the provision of the CMM service by duly qualified professionals (pharmacists, physicians, nurses and other medical practitioners) and not solely by pharmacists (Viswanathan *et al.*, 2014).

Since 2010 in the USA, following enactment of the Federal Law *Affordable Care Act* (ACA), also known as "*Obamacare*", pharmacists and other professionals qualified to provide CMM have had an opportunity to deliver the service at clinics, hospitals and healthcare service providers included in the *Medicare* and *Medicaid* North-American health insurance systems. Despite the supporting legislature, other health professionals (non-pharmacists) account for under 1% of CMM providers. Pharmacists remain the main group responsible for providing CMM, representing 99.5% of all providers (American Pharmacists Association, 2013).

No other professionals except pharmacists provide CMM services in Brazil. The service, also referred to as pharmacotherapy follow-up, is legally defined by the resolution of the Federal Board of Pharmacy (Conselho Federal de Farmácia, 2013).

Furthermore, besides the technical skills of other professionals, certain factors may favor or prevent them to offer CMM. Lack of time and excessive burden of responsibilities of other professionals constitute factors hampering provision of this service. It is clear that

drug-related problems are real and prevalent, and a professional should be responsible for tackling this issue. Thus, a paternalistic response of centralizing responsibilities to a single professional is counterproductive for care, leading to work overload of a single professional category and precluding the collaborative construction of a complementary approach based on different perspectives.

### FINAL COMMENTS

The literature available highlights the importance of interprofessional practice for optimal patient care. This article outlines a possible approach for building interprofessional relationships with an emphasis on the particularities of inserting CMM practitioners as part of the healthcare team. CMM is a new service in the healthcare system and it is expected that there is a learning curve for other professionals to be able to understand the role the service can play in patient care. Over time members of the team recognize that CMM practitioners add knowledge and value to a more holistic care leading to better drug-therapy outcomes. Understanding the stages in building interprofessional relationships is valuable for new collaborative working initiatives.

### CONFLICT OF INTEREST DECLARATION

The authors report no conflicts of interest and declare that they were responsible for the content and writing of this article.

### REFERENCES

- American Pharmacists Association. (2013). Medication therapy management digest: Pharmacists emerging as interdisciplinary health care team members. Washington, DC: American Pharmacists Association.
- Beck, C. T. (2013). *International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York: Routledge.
- Brummel, A. R., Soliman, A. M., Carlson, A. M., & Ramalho-de-Oliveira, D. (2013). Optimal diabetes care outcomes following face-to-face medication therapy management services. *Population health management*, 16(1), 28–34.
- Cipolle, R. J., Strand, L. M. & Morley, P. C. (1998). *Pharmaceutical Care Practice*. New

York: McGraw-Hill, Health Professions Division.

Cipolle, R. J., Strand, L. M. & Morley, P. C. (2012). *Pharmaceutical Care Practice: the patient-centered approach to medication management*. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division.

Conselho Federal de Farmácia. (2013). Resolução nº 585, de 29 de Agosto de 2013: Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. S. M., & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(1), 116–131.

Foppa, A. A., Chemello, C., Vargas-Peláez, C. M., & Farias, M. R. (2016). Medication Therapy Management Service for Patients with Parkinson's Disease: A Before-and-After Study. *Neurology and therapy*. (doi: 10.1007/s40120-016-0046-4)

Gardner, D. B. (2005). Ten lessons in collaboration. *Online journal of issues in nursing*, 10(1). (doi: 10.3912/OJIN.Vol10No01Man01)

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 188–196.

Hammersley, M. & Atkinson, P. (1995). *Ethnography: Principles in Practice* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York: Routledge.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.

Isetts, B. J., Schondelmeyer, S. W., Artz, M. B., Lenarz, L.A., Heaton, A. H., Wadd, W. B., ... Cipolle, R. J. (2008). Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. *Journal of the American Pharmacists Association*, 48(2), 203–221. (doi: 10.1331/JAPhA.2008.07108)

Kincheloe, J. L., & McLaren, P. (2005). Rethinking critical theory and qualitative research. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.). *The sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 303-342). California: Sage Publications

King, O., Nancarrow, S. A., Borthwick, A. M., & Grace, S. (2015). Contested professional role boundaries in health care: a systematic review of the literature. *Journal of foot and ankle research*, 8(1), 2. (doi: 10.1186/s13047-015-0061-1)

Kozminski, M., Busby, R., McGivney, M. S., Klatt, P. M., Hackett, S. R., & Merenstein, J. H. (2011). Pharmacist integration into the medical home: qualitative analysis. *Journal of the American Pharmacists Association*. 51(2), 173–183. (doi: 10.1331/JAPhA.2011.10188)

Lomax, S. W., & White, D. (2015). Interprofessional Collaborative Care Skills for the Frontline Nurse. *Nursing Clinics of North America*, 50(1), 59–73. (doi:10.1016/j.cnur.2014.10.005)

McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice: a matter of teamwork: an integrated

literature review. *Journal of clinical nursing*, 10(4), 419–428.

McDonough, R. P., & Doucette, W. R. (2001) Dynamics of pharmaceutical care : Developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 41(5), 682–692.

Mosser, G., & Begun, J. W. (2015). *Compreendendo o trabalho em equipe na saúde*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.

Norsen, L., Opladen, J., & Quinn, J. (1995). Practice model: collaborative practice. *Critical care nursing clinics of North America*, 7(1), 43–52.

Ramalho-de-Oliveira, D., Brummel, A. R., & Miller, D. B. (2010). Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *Journal of managed care pharmacy*, 16(3), 185–195.

Ramalho-de-Oliveira, D. (2011). *Atenção Farmacêutica: da Filosofia ao Gerenciamento da Terapia Medicamentosa*. São Paulo: RCN Editora.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2011). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Smith, M., Bates, D. W., Bodenheimer, T., & Cleary, P. D. (2010). Why pharmacists belong in the medical home. *Health affairs (Project Hope)*, 29(5), 906–913.

Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 23(1), 41–51.

Thomas, J. (1993). *Doing Critical Ethnography*. Newbury Park: Sage.

Viswanathan, M., Kahwati, L. C., Golin, C. E., Blalock, S., Coker-Schwimmer, E., Posey, R., & Lohr, K. N. (2014). Medication Therapy Management Interventions in Outpatient Settings. Comparative Effectiveness Review No. 138. (Prepared by the RTI International–University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012- 00008-I.) AHRQ Publication No. 14(15)-EHC037-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Zillich, A. J., Doucette, W. R., Barry, L. C., & Kreiter, C. D. (2005). Development and initial validation of an instrument to measure physician-pharmacist collaboration from the physician perspective. *Value in health*, 8(1), 59–66.

## **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Estudantes, docentes e profissionais de saúde (pesquisa qualitativa)**

#### **Pesquisa:**

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

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

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

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

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

Os benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa serão a compreensão de aspectos relevantes do processo de implantação, sistematização e formação no serviço de GTM, de forma a contribuir para melhorias contínuas e para novas experiências com o mesmo escopo. Não haverá incentivos financeiros ou outros bônus para sua participação na pesquisa.

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

---

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

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

Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura:.....

### **Pesquisador responsável**

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

Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura:.....

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

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

### **Contatos:**

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

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

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