

BEATRIZ LEAL MEIRELES

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADE
EM SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA
MEDICAMENTOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamento 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.

Área de concentração: Medicamentos Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Professora Dr^a Djenane Ramalho de Oliveira.

BELO HORIZONTE

2016

M515d Meireles, Beatriz Leal.
Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de conformidade em serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa / Beatriz Leal Meireles. – 2016.
148 f. : il.

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.

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

1. Atenção farmacêutica – Teses. 2. Serviços farmacêuticos – Teses. 3. Farmacêutico e paciente – Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. III. Título.

CDD 362.1042



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

UFMG

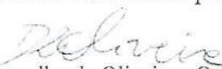
FOLHA DE APROVAÇÃO

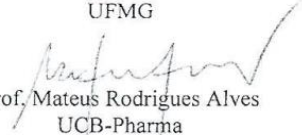
**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO
DE CONFORMIDADE EM SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA
MEDICAMENTOSA**

BEATRIZ LEAL MEIRELES

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 Mestra em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 18 de julho de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Prof. Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora
UFMG


Prof. Mateus Rodrigues Alves
UCB-Pharma


Prof. Mariana Martins Gonzaga do Nascimento
UFMG

Belo Horizonte, 18 de julho de 2016.

AGRADECIMENTOS

Aos principais incentivadores e responsáveis pela minha trajetória minha mãe **Maria Margarida Leal Meireles** e **Gilberto de Sampaio Meireles**. Obrigada pelo apoio incondicional e todo carinho.

Aos meus irmãos **Cristiane** e **João Paulo** por todo carinho e apoio constante em minha jornada. A todos os meus familiares pelo apoio em especialmente a **Tia Neuza** por sempre acompanhou de perto e esteve sempre presente em minha caminhada. Agradeço imensamente **Tia Nicinha** e toda sua família que me acolheram em Belo Horizonte com tanto carinho e que foram fundamentais para que eu pudesse ter a chance de ingressar no programa de pós-graduação.

Agradeço aos amigos que mesmo de longe estavam torcendo e mandando boas energias. Dentre eles agradeço singularmente a **Aline Samara S. Vasconcelos** por se fazer presente na distância e a **Ariana Campos Tortelote** pela presença e estímulo constante, pela paciência, apoio e companheirismo fraterno.

Aos meus companheiros de morada **Roberta de Araújo Lopes** pelo carinho e apoio, **Samuel Rodrigues Almeida** pelo auxílio nas análises estatísticas e discussões sobre o método Delphi e a **Kirla Barbosa Detoni** pelas discussões sobre o trabalho, o mestrado, a profissão e o cuidado e pelo carinho e companhia.

Ao **Tiago Marques Soares** por toda paciência nestes tempos de ansiedade, por sua dedicação incansável nas correções e formatações, por todo carinho nos meus momentos de cansaço e por ser verdadeiramente um parceiro e amigo de todas as horas.

À cada colaborador que participou como juiz na avaliação do instrumento elaborado nesta pesquisa. Por sua disponibilidade e boa vontade, por dedicarem seu tempo para enriquecer ainda mais os conhecimentos fomentados neste trabalho.

Obrigada todos os membros do **Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEAF)** por compartilharem experiência, conhecimento e caminhada.

Agradeço a todos os professores e pós-graduandos do PPGMAF que contribuíram com valiosos conselho e questionamentos durante as disciplinas.

Agradeço ao **Dr. Mateus R. Alves** pela colaboração, participação e contribuição com a pesquisa na fase de qualificação do projeto e defesa da dissertação.

Agradeço a **Dra. Mariana Gonzaga** pela dedicação e colaboração na avaliação deste trabalho.

À **Prof. Dra. Maria Auxiliadora** que contribuiu com esta pesquisa durante sua fase inicial na avaliação de qualificação.

À amiga e parceira **Mestre Simone de Araújo Medina Mendonça** por toda sua colaboração em minha carreira desde o início da faculdade até a conclusão do mestrado. Faltam-me palavras para expressar o carinho e gratidão que sinto. Sua contribuição em minha carreira e vida são inestimáveis. Obrigada por toda paciência e incentivo, você é um grande exemplo de profissional de saúde, pesquisadora e pessoa para mim.

À **Prof. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira** pela competência acadêmica, pela sua dedicação ao desenvolvimento da pesquisa e ensino em benefício do cuidado das pessoas e, em particular, pelas ideias compartilhadas, pelos ensinamentos recebidos por seu entusiasmo estimulante que me fizeram ter um novo olhar sobre o cuidado o cuidador e as relações terapêuticas e humanas. Sinto-me muito honrada por ter tido oportunidade de trabalhar com você e por ter sido sua orientanda.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.

José de Alencar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	JUSTIFICATIVA.....	17
1.2	OBJETIVO GERAL.....	21
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1	EVOLUÇÃO DA DEFINIÇÃO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO GTM.....	22
2.2	CARACTERÍSTICAS ESTRUTURANTES E PADRONIAÇÃO DO SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA.....	27
2.3	ACREDITAÇÃO COMO MODELO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE.....	41
2.4	VALIDADE DE CONTEÚDO E MÉTODO DELPHI.....	49
3	MÉTODOS.....	59
3.1	PRIMEIRA FASE: DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADES EM GTM.....	59
3.1.1	Levantamento Bibliográfico.....	59
3.1.2	Eleição dos Critérios Fundamentais para a Funcionalidade do Serviço de GTM.....	60
3.1.3	Adaptação do Manual Brasileiro de Acreditação da ONA aos Critérios Elegidos.....	60
3.2	SEGUNDA FASE: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO PELA TÉCNICA DELPHI.....	62
3.2.1	Amostragem.....	62
3.2.2	Critérios de Seleção dos Juízes.....	62
3.2.3	Formulário de Avaliação de Concordância.....	63
3.2.4	Primeira Rodada de Delphi.....	64
3.2.5	Segunda Rodada de Delphi.....	66
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	67
3.4	RIGOR DA PESQUISA.....	67
4	RESULTADOS.....	69
4.1	PRIMEIRA FASE: DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADE EM GTM.....	69
4.1.1	Levantamento Bibliográfico.....	69

4.1.2	Adaptação dos Critérios de Qualidade do Serviço de GTM ao MBAH.....	71
4.2	SEGUNDA FASE: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PELA TECNICA DELPHI.....	75
4.2.1	Análise de Perfil dos Especialistas Participantes que Compõe o Grupo de Juízes.....	75
4.2.2	Resultados da Análise da Primeira Rodada de Delphi.....	77
4.2.3	Itens Reformulados Após Primeira Rodada de Delphi.....	78
4.2.4	Resultados da Análise da Segunda Rodada de Delphi.....	84
5	DISCUSSÃO.....	91
5.1	ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE CONFORMIDADES PARA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA	91
5.1.1	Levantamento Bibliográfico.....	91
5.1.2	Critérios Identificados.....	93
5.2	O PERFIL DOS ESPECIALISTAS QUE COMPÕE O GRUPO DE JUÍZES.....	102
5.3	AS AVALIAÇÕES DELPHI.....	106
6	CONCLUSÃO.....	117
7	REFERÊNCIAS.....	119
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	133
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	134
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADES EM GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA.....	136

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	- Itens indispensáveis para a prática de GTM de qualidade.....	29
Quadro 02	- Aspectos operacionais indispensáveis para a prática de GTM.....	30
Quadro 03	- Elementos indispensáveis para a prática de GTM.....	32
Quadro 04	- Comparação entre as demandas de um serviço de GTM através da visão dos pacientes e dos médicos.....	38
Quadro 05	- Escala de <i>Likert</i> de grau de confiança.....	63
Quadro 06	- Documentos selecionados para a construção do instrumento de avaliação de conformidade de serviços de GTM.....	70
Quadro 07	- Critérios de GTM selecionados para a construção do instrumento de avaliação de conformidades.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	- Escala de força de cosenso.....	65
Tabela 02	- Análise de consenso final.....	65
Tabela 03	- Frequência de área de atuação dos juízes.....	75
Tabela 04	- Tempo de experiência em anos dos juízes de acordo com atividade.....	76
Tabela 05	- Atividades desenvolvidas pelos juízes participantes da pesquisa....	77
Tabela 06	- Análise estatística da primeira rodada Delphi da Seção 1.....	79
Tabela 07	- Análise estatística da primeira rodada Delphi da Seção 2.....	80
Tabela 08	- Análise estatística da primeira rodada Delphi da Seção 3.....	82
Tabela 09	- Análise estatística da primeira rodada Delphi da Seção 4.....	82
Tabela 10	- Alterações sugeridas pelos juízes após a primeira rodada Delphi na Seção 1.....	84
Tabela 11	- Alterações sugeridas pelos juízes após a primeira rodada Delphi na Seção 2.....	86
Tabela 12	- Alterações sugeridas pelos juízes após a primeira rodada Delphi na Seção 3.....	88
Tabela 13	- Alterações sugeridas pelos juízes após a primeira rodada Delphi na Seção 4.....	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	- Ilustração adaptada do modelo de organização do instrumento de avaliação de conformidades da ONA.....	61
Figura 02	- Fluxograma da Técnica Delphi.....	68
Figura 03	- Organograma do instrumento proposto pela pesquisa.....	74
Figura 04	- Fluxograma com resumo da elaboração do instrumento de avaliação de conformidades desenvolvido no presente estudo...	78

LISTA DE SIGLAS

ASCP	-	<i>American Society of Consultant Pharmacists</i>
AF	-	Atenção Farmacêutica
AMCP	-	<i>Academy of Managed Care Pharmacy</i>
ASHP	-	<i>American Society of Health-System Pharmacists</i>
APhA	-	American Pharmacists Association
BIREME	-	Biblioteca Regional de Medicina
CAC	-	Colégio Americano de Cirurgiões
CBA	-	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCAH	-	Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais
CQH	-	Controle de Qualidade Hospitalar do Estado de São Paulo
EUA	-	Estados Unidos da América
FBH	-	Federação Brasileira de Hospitais
GTM	-	Gerenciamento da Terapia Medicamentosa
JCAHO	-	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
IA	-	Instituições Acreditoras
IAHCS	-	Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde
IPASS	-	Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde
IRA	-	Inter-rater Agreement
IVC	-	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	-	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MTM	-	<i>Medication Therapy Management</i>
MBAH	-	Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar
NCQA	-	National Committee for Quality Assurance
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONA	-	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
OPSS	-	Organização Prestadora de Serviços de Saúde
PNAF	-	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PPH	-	Programa de Padronização Hospitalar
PRM	-	Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos
PACQS	-	Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde
SciELO	-	Scientific Electronic Library Online
SINITOX	-	Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica
SUS	-	SUS- Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE SÍMBOLOS

- / - Dividido
- = - Igual
- \geq - Maior e Igual que
- \leq - Menor e igual que
- $>$ - Maior que
- $<$ - Menor que
- +
- - Subtração
- Σ - Soma de todos valores
- % - Percentual
- X^2 - Potência de 2

RESUMO

O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é o serviço clínico oferecido aos pacientes no sistema de saúde baseado no referencial teórico e filosófico da Atenção Farmacêutica. Esse serviço tem demonstrado potencial para interferir positivamente na morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos na sociedade. Entretanto, as dificuldades enfrentadas por farmacêuticos e gestores para implantar e manter serviços inovadores como o GTM, seguindo padrões que garantam a qualidade de a oferta, podem impossibilitar a consolidação deste serviço no sistema de saúde. Neste contexto, ferramentas potencialmente úteis são os modelos de acreditação, que vem se firmando como uma estratégia capaz de garantir a qualidade e segurança dos serviços de saúde. No Brasil, a acreditação, por meio da avaliação de conformidade, foi proposta pelo Ministério da Saúde em 2001 e é regulamentada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Indica os critérios aos quais os serviços precisam atender para garantir o mínimo de reprodutibilidade, qualidade e segurança. Este estudo teve como objetivo desenvolver e validar um instrumento de avaliação de conformidade baseado no modelo estipulado pela ONA e adaptado para serviços de GTM. Para alcançar tais objetivos foi realizado um levantamento bibliográfico com intuito de elencar os critérios mínimos que devem compor o serviço de GTM. Em um segundo momento o instrumento proposto foi validado por meio da avaliação de conteúdo por especialistas, denominados juízes, o método de Delphi. Colaboraram como juízes 21 farmacêuticos com experiência mínima de um ano com GTM, pesquisadores e docentes da área de variadas partes do Brasil. Os juízes avaliaram o instrumento em rodadas sequenciais utilizando escala tipo Likert. Também fizeram argumentações sobre o instrumento sugerindo alteração, retirada ou acréscimo de itens. A cada rodada foi realizada análise estatística dos pareceres por meio da Índice de Validade de Conteúdo e *Inter rate-agreement* (IRA) e avaliação qualitativa das argumentações. As rodadas se encerraram quando todos os critérios obtiveram consenso mínimo de 85% e IRA $\geq 61\%$. No decorrer de duas rodadas de avaliações 19 itens foram modificados e 4 novos itens foram incorporados ao instrumento. Após aprovação de todos os itens o instrumento reformulado foi considerado finalizado.

Palavras-chave: Gerenciamento da Terapia Medicamentosa; Padrão de qualidade; Acreditação; Técnica Delphi.

ABSTRACT

The Comprehensive Medication Management (CMM) is a clinical service based on the theoretical and philosophical framework of pharmaceutical care with purpose to optimize the use of drugs. This service has shown the potential to positively affect the damage caused by the use of drugs in society. However, the difficulties faced by pharmacists and managers to deploy and maintain innovative services such as CMM, following standards that ensure the quality of its offer, may not allow for consolidation of service in the health system. In this context, a potentially useful tool is the accreditation models, which has established itself as strategy able to ensure the quality and safety of health services. In Brazil, accreditation, through conformity assessment, was proposed by the Ministry of Health in 2001 and is regulated by the National Accreditation Organization (ONA). Indicates the criteria to which the services must meet to ensure the minimum of reproducibility, quality and safety. This study aimed to develop and validate by experts a compliance assessment tool based on the model ONA and adapted for CMM services. To achieve these objectives a literature review was performed in order to list the minimum criteria which should make the CMM service. The second time the proposed instrument was validated by content evaluation by experts, called judges, using the Delphi technique. Collaborated as 20 pharmaceutical judges with a minimum one-year experience with CMM and researchers in the area of various parts of Brazil. The judges evaluated the instrument in sequential rounds using Likert scale. They also made arguments on the instrument suggesting alteration, removal or addition of items. Each round was carried out statistical analysis of the opinions through the Content Validity Index (CVI) and interrater-agreement (IRA) and qualitative evaluation of arguments. The rounds are closed when all the obtained minimum consensus criteria of 85% and $IRA \geq 61\%$. During two rounds of reviews 19 items have been modified and 4 new items were added to the instrument. After approval of all items the redesigned instrument was considered finalized.

Keywords: Comprehensive Medication Management; Quality standard; Accreditation; Delphi Technique.

1 INTRODUÇÃO

A morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos produz impacto negativo de variadas naturezas para sociedade e, por isso, tem sido alvo de vários estudos globalmente. Nesse contexto, medidas para a gestão clínica eficiente dos medicamentos devem ser adotadas a partir desta perspectiva, a fim de contribuir para redução do impacto social e econômico dos danos ocasionados por medicamentos (HEPLER & STRAND, 1990; SOUZA, 2003).

No Brasil, um levantamento realizado em 2013 pelo Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica (SINITOX) revela que os medicamentos estão em primeiro lugar na lista dos agentes causadores de intoxicação nos seres humanos, além de serem os principais causadores de óbitos por intoxicação (SINITOX, 2013).

De acordo com Ernst e Grizzle (2001) os problemas relacionados a medicamentos continuam sendo um grave problema médico e econômico para sociedade. O resultado do estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) por tais pesquisadores revelou que desde 1995 os custos relacionados a PRM mais que dobraram atingindo um montante de 177,4 bilhões de dólares por ano. Estes custos foram apresentados nas demandas de serviço de emergência, internações hospitalares e novas consultas médicas (ERNEST & GRIZZLE, 2001).

As consequências relacionadas às intoxicações e reações adversas são os tópicos mais explorados dentre os problemas relacionados ao uso de medicamentos. Entretanto outros problemas como a terapia duplicada, interações medicamentosas, falta de adesão, e a falta de efetividade da farmacoterapia também são sérios problemas que impactam de forma direta na vida dos pacientes e no sistema de saúde como um todo (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013).

Estudo sobre os resultados de 10 anos de implantação de serviços de GTM no sistema de saúde Fairview Health Services (EUA) revelou que entre as 7 categorias de Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM) existentes as maiores incidências encontram-se nas categorias de “necessidade de terapia adicional” e “dose baixa” representando 28,1% e 26,1 % respectivamente de todos os PRM identificados (RAMALHO DE OLIVEIRA, BRUMMEL & MILLER, 2010).

Nesse contexto, Atenção Farmacêutica (AF) apresenta-se como uma prática clínica centrada no paciente com a missão de identificar, resolver e prevenir PRM. Por definição é a prática na qual o profissional assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente, e responde por este compromisso. No decurso desta prática, a farmacoterapia responsável é fornecida com o propósito de conseguir resultados positivos paciente. (CIPOLLE, STRAND & MORLEY, 2012).

O processo de cuidado da AF consiste em três etapas: avaliação inicial, plano de cuidado e avaliação de resultados. No entanto, o processo de cuidado ocorre de forma cíclica, sendo que novas avaliações do paciente, elaborações de planos de cuidado e avaliações de resultados são realizados de forma contínua durante todo acompanhamento do uso de medicamentos pelo paciente (FREITAS *et al*, 2006; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011)

Diversos estudos demonstram os impactos positivos resultantes de serviços baseados no arcabouço da atenção farmacêutica em aspectos clínicos, econômicos e humanísticos em escala nacional e mundial. Desse modo, fica evidenciado o potencial que esta prática possui para interferir positivamente nos sistemas de saúde e na vida dos pacientes (GOLÇALVES, 2012; MEIRELES, 2013; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013; SOLUÇÃO, 2005; STRAND *et al*, 2004).

Conforme exposto AF é a prática clínica definida em Minnesota por Cipolle, Strand e Morley (2004). O serviço clínico oferecido aos pacientes no mundo real, que pode ser avaliado e reproduzido, e que reflete todo o arcabouço teórico e ético proposto pela atenção farmacêutica é denominado Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM)(RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

1.1 JUSTIFICATIVA

O início da década de noventa, em detrimento da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), traz consigo uma nova visão de saúde por meio da adoção do conceito definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que propõe: saúde não se trata apenas da ausência de doença, mas de um completo bem-estar físico, mental e social (SANTOS, 2008).

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde através da resolução 338 aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Este documento incorporou a AF como parte das ações que devem ser desempenhadas dentro do ciclo da assistência farmacêutica e a inaugurou no cenário da saúde pública brasileiro. Portanto, a AF foi reconhecida como uma ferramenta com potencial de trazer melhorias a qualidade de vida dos pacientes condizente com as bases ideológicas do sistema de saúde brasileiro (RDC 338, 2004).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no ano de 2007 emitiu documento oficial sobre o uso racional de medicamentos na perspectiva multiprofissional em que definiu a implementação da AF como uma das estratégias que podem impactar positivamente nas consequências do uso de medicamentos no Brasil. No entanto, foi destacado que ainda há insuficiência de ações efetivas para promover a implantação da AF devido ao perfil de profissionais farmacêuticos, além de falta de estrutura e condições de manutenção de acompanhamento farmacoterapêutico, farmacovigilância e erros de medicação (OPAS, 2007).

Analisando o desenvolvimento do modelo assistencial brasileiro em concordância com o conceito de saúde defendido pela OMS, fica evidenciado que a AF é uma prática clínica que se encaixa perfeitamente nos moldes da assistência à saúde adotada pelo Estado brasileiro. Além disto, fica claro seu potencial para atuar na modificação do cenário de saúde e trazer impactos positivos diretos e indiretos para a economia do sistema, os resultados clínicos e principalmente a qualidade de vida do paciente (GONÇALVES, 2012; HEPLER & STRAND, 1990; NAU, 2009; SOLUÇÃO, 2005; STRAND *et al.* 2004).

Entretanto, apesar de ter sido muito debatida em meados de 1990, ainda hoje existem diferentes visões a respeito da AF, e algumas destas visões desconsideram a base proposta pelos idealizadores desta prática. Tais divergências têm dificultado o reconhecimento e delineamento da AF no Brasil e em outros lugares do mundo. Essa situação coloca em risco os resultados e, assim, a própria sobrevivência do serviço (ANGONESI & SEVALHO, 2010; FREITAS *et al.*, 2006; PEREIRA *et al.*, 2009,).

O aumento do investimento no campo da saúde e a necessidade de uma assistência digna já evidenciavam a necessidade de estabelecer padrões de atendimento que

servissem de instrumentos de monitorização e avaliação do atendimento prestado ao paciente (POLIZER & D'INNOCENSO, 2006).

Nesse sentido, antes mesmo da criação da AF, desde a década de 70 a Enfermagem atentou-se para a importância de uniformizar sua prática profissional. Dessa forma, foi iniciado o desenvolvimento dos padrões de prática, com intuito de aumentar efetividade e eficiência de seus atendimentos, de forma a manter a qualidade do serviço e garantir os melhores resultados para o paciente e o cliente (WHEBE & GALVÃO, 2001).

Do mesmo modo, Cipolle, Strand e Morley (200) afirmam que, assim como nas demais profissões de saúde como Enfermagem, Medicina e Odontologia, a prática clínica farmacêutica deve possuir um processo único de cuidado. Os referidos autores apontam os padrões de prática como instrumento responsável por tornar qualquer profissional capaz de oferecer ao paciente um serviço de qualidade, completo e uniforme e em qualquer cenário.

No intuito de uniformizar a prática de AF, Cipolle, Strand e Morley (2004) criaram padrões de desempenho do profissional de AF para avaliar a prática em cada fase do processo: avaliação inicial, plano de cuidado e avaliação de resultados.

Ramalho de Oliveira (2011) elaborou uma adaptação com detalhamentos deste modelo de avaliação de desempenho, na qual explica cada etapa do processo de cuidado ao paciente e como ela deve ser avaliada de forma clara e objetiva para servir como guia do desenvolvimento da prática de AF em qualquer cenário (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Com o crescente investimento no campo da saúde, fica evidente que não somente nos serviços de GTM assim como em todos os outros serviços de assistência à saúde é necessário mecanismo para assegurar a qualidade dos atendimentos (DONABEDIAN, 2005). Portanto, a gestão da qualidade tem se mostrado essencial nos serviços de saúde, tanto em setores públicos quanto privados (COSTA JUNIOR & TURRIONI, 2003). Nesse contexto o processo de acreditação surge como instrumento importante na avaliação do desempenho de instituições de saúde por ser um procedimento de avaliação periódica, ordenada e racionalizada dos recursos globais da instituição avaliada (SOUZA *et al*, 2013)

Em âmbito nacional, o Ministério da Saúde por meio da portaria nº 1.970/GM, em 25 de outubro de 2001 proclama o Programa de Acreditação Hospitalar Brasileiro como medida contida dentro do Programa de Garantia de Aprimoramento da Qualidade em Saúde como um dos principais recursos cabíveis para aumentar a qualidade e segurança dos atendimentos hospitalares prestados, independentemente de sua complexidade, porte ou vínculo institucional (BRASIL, 2002 b).

O processo de acreditação se dá por meio da avaliação da conformidade que é definido pela portaria 361 de 2011 como:

“Processo sistematizado, com regras pré-estabelecidas, devidamente acompanhado e avaliado, de forma a propiciar adequado grau de confiança de que um produto, processo ou serviço, ou ainda um profissional, atende a requisitos pré-estabelecidos pela base normativa, com o menor custo possível para a sociedade (BRASIL, 2011, p.3)”.

Este se trata de um modelo sistematizado com regras pré-definidas devidamente acompanhado e avaliado de forma a proporcionar adequado grau de confiança de que um produto ou processo ou serviço ou ainda um profissional atende a requisitos pré-estabelecidos em normas, além de ser capaz de cumprir com confiabilidade o objetivo proposto. No Brasil, a acreditação dos serviços de saúde é coordenada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) (BRASIL, 2002 b, 2014).

Como exposto, a falta de uniformidade no desempenho da AF e as divergências em relação a compreensão e execução desta prática podem comprometer sua consolidação, bom desenvolvimento e conseqüentemente os resultados benéficos esperados (FREITAS *et al*, 2006; NAU, 2009; OPAS, 2007; PEREIRA *et al*, 2009).

Nesse tocante, o sistema de acreditação, regido metodologicamente pela avaliação de conformidade, apresenta-se como modelo sistemático capaz de garantir resultados mínimos e desejáveis dos serviços de GTM existentes no cenário atual. Portanto, o presente estudo aponta o modelo de acreditação como uma estratégia útil capaz de colaborar com o desenvolvimento da prática clínica de GTM com intuito de garantir uniformidade e confiabilidade dos mesmos. Fica então evidenciado a necessidade de investigar um modelo de avaliação de conformidade adaptado para o serviço de GTM introduzido na realidade dos serviços de saúdes brasileiros.

Em face disso, levantou-se o questionamento: Quais critérios deve conter um instrumento de avaliação de conformidade de serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM)?

Atentando-se à supracitada questão, o intuito do presente estudo é elaborar um instrumento para avaliação da conformidade em serviços de GTM segundo os critérios da ONA. Assim, espera-se gerar informações capazes de colaborar com a elaboração de estratégias que visem melhorar o desempenho dos serviços de GTM e contribuir com a prática da atenção farmacêutica no cenário nacional.

1.2 OBJETIVO GERAL

Criar um instrumento de avaliação de conformidade do serviço de GTM, com base na metodologia e normativas da ONA e validá-lo por meio da técnica de Delphi.

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Identificar os critérios básicos que devem compor o serviço de GTM;
- b) Propor um modelo de instrumento para inspeção de conformidade em serviços de GTM segundo o modelo da ONA;
- c) Validar o instrumento utilizando a técnica de Delphi.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EVOLUÇÃO DA DEFINIÇÃO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA

A evolução da prática de cuidado farmacêutico se iniciou nos Estados Unidos da América (EUA) e vem se desenvolvendo a mais de 140 anos (HOLLAND & NIMMO, 1999).

Impulsionado por mudanças sociais, tecnológicas e comerciais o perfil do farmacêutico foi se adaptando e trilhando novos rumos. Nesta trajetória o farmacêutico passou pela fabricação, manipulação, distribuição de medicamentos até chegar ao perfil clínico que deu origem a atenção farmacêutica (HOLLAND & NIMMO, 1999; PEREIRA & FREITAS, 2008).

Segundo Holland & Nimmo (1999) as mudanças do perfil profissional farmacêutico foram tão acentuadas que parecem se tratar de profissionais totalmente diferentes, mas, que por coincidência utilizam um nome em comum: “farmacêutico”.

Contudo, o perfil clínico do farmacêutico foi iniciado com o farmacêutico inserido nos hospitais, onde o profissional começou a contribuir com os médicos na tomada de decisão acerca da otimização da farmacoterapia. Deste modo, o farmacêutico atuava como coadjuvante e os méritos dos resultados clínicos relacionado ao uso adequado dos medicamentos era sempre atribuído apenas ao próprio prescritor (HOLLAND & NIMMO, 1999).

Em 1990, Hepler e Strand chamam a atenção para uma inovadora definição de atenção farmacêutica. Nesta nova definição, a palavra responsabilidade atribui nova direção a prática farmacêutica, na qual o profissional passa a assumir um compromisso e um papel autônomo no cuidado com finalidade de alcançar resultados definitivos para melhorar a qualidade de vida do paciente.

A mudança entre farmácia clínica e atenção farmacêutica foi caracterizada como uma mudança de atitude. O farmacêutico sai dos bastidores e em conjunto com o paciente assume uma responsabilidade pelos resultados do uso de medicamentos (HOLLAND & NIMMO, 1999).

Para que se atenda satisfatoriamente à nova atribuição relacionada ao GTM e se incorpore outra perspectiva frente a função do farmacêutico clínico neste íterim, este profissional deve capacitar-se através da aquisição de novos conhecimentos e habilidades (HOLLAND & NIMMO, 1999).

No entanto, a interpretação do campo de atuação e funcionalidade da atenção farmacêutica difere em diversos países. Estudo feito em 1999 por Van Mil mostrou que 30 países até aquele momento compreendiam atenção farmacêutica como a definição original estipula por Hepler nos EUA, 12 países não tinham definição de atenção farmacêutica e outros 12 países possuíam outras definições de AF diferente da estabelecida por Hepler e Strand em 1990. Apesar das divergências, todas as definições da prática tratavam-se de uma atividade farmacêutica com contato direto e individual com paciente.

O primeiro relato de definição de atenção farmacêutica foi em 1975 quando Mikeal e colaboradores iniciaram uma descrição da missão da prática farmacêutica e a descreveram como a atenção que um dado paciente requer e recebe com garantias do uso seguro e racional dos medicamentos. (PEREIRA & FREITAS, 2008; VAN MIL, 1999).

Entretanto, o termo Atenção farmacêutica foi utilizado a primeira vez com seu sentido mais próprio pelo pesquisador Brodie e seus colaboradores no ano de 1980 (BRASIL, 2010; PEREIRA & FREITAS, 2008; VAN MIL, 1999): “A definição das necessidades farmacoterapêuticas de um dado paciente e a provisão não apenas dos medicamentos requeridos, mas também dos serviços necessários (antes, durante e depois) para assegurar uma terapia perfeitamente segura e efetiva”

Nesta ocasião foi inaugurada a ideia de uma prática de cuidado continuado e mais abrangente (BRASIL, 2010; VAN MIL, 1999). Apesar deste avanço, o foco da atividade do profissional ainda não se situava no paciente e sim no medicamento (BRASIL, 2010).

Em 1985 Hepler afirma que a construção de uma filosofia condizente e bem delimitada é um pressuposto básico para o desenvolvimento de uma profissão clínica. Assim, a farmácia deveria realizar um pacto entre farmacêuticos e seus pacientes, e por extensão, entre a profissão farmacêutica e a sociedade (BRASIL, 2010). Já em 1987,

o mesmo autor desenvolveu sua primeira definição de atenção farmacêutica na qual ele afirma que deve haver uma relação conveniente entre farmacêutico e paciente, sendo este profissional responsável pelo controle do uso do medicamento através de habilidades e conhecimento (BRASIL, 2010; PEREIRA & FREITAS, 2008; VAN MIL, 1999).

Já em 1988, Strand e colaboradores criaram o *Pharmacist's Workup of Drug Therapy* (PWDT), um método clínico sistemático para tomada de decisão, para que os farmacêuticos pudessem identificar e atender todas as necessidades do paciente relacionada ao uso de medicamentos. Este foi um passo importante e para documentação e evolução da clínica farmacêutica (BRASIL, 2010).

Posteriormente em 1990, Hepler e Strand reformularam a definição de AF, cujo novo conceito foi definido como: “A provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de obter resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes” (AGONESI & SEVALHO, 2010; BRASIL, 2010; PEREIRA & FREITAS, 2008; VAN MIL, 1999).

Ainda no ano de 1990, Strand e colaboradores formularam a primeira classificação dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), a qual foi dividida em oito categorias. Os autores definiram PRM como situação indesejada relacionada ao medicamento que tem potencial para impactar realmente ou potencialmente de forma negativa nos resultados terapêuticos (BRASIL, 2010).

Atualmente, a classificação de PRM com 7 categorias distribuídas entre problemas relacionados a indicação, efetividade, segurança e conveniência (BRASIL, 2010; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Nesta nova versão, destaca-se o potencial dos PRM de impactar negativamente não somente nos resultados clínicos esperados, mas também de forma mais ampla em dimensões psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas (BRASIL, 2010; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013; STRAND *et al*, 2004).

A definição de AF foi readequada pelos autores dois anos após publicação da classificação de PRM. Definiu-se, então, alteração do foco da prática clínica farmacêutica, a qual passou a ser centrada no paciente: *Prática centrada no paciente na qual o profissional assume a responsabilidade pelas necessidades do paciente em*

relação aos medicamentos e um compromisso a respeito (PEREIRA & FREITAS 2008; VAN MIL, 1999).

Após anos de experiências com a prática de AF no Programa *Minnesota Pharmaceutical Care Project*, um grupo de pesquisadores da Universidade de Minnesota estabeleceu revisão e reformulação de atenção farmacêutica em 1998 como “uma prática na qual o farmacêutico assume a responsabilidade de atender às necessidades do paciente no que concerne a sua farmacoterapia e assume o compromisso de resolvê-las” (BRASIL, 2010).

A OMS definiu em 1993 a AF como: “o conjunto de atitudes, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida da população” (BRASIL, 2010).

Dez anos após o surgimento da AF nos EUA, discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde e OMS resultaram no estabelecimento de uma proposta de consenso brasileiro sobre a definição de atenção farmacêutica. Nesta ocasião, foi adotado e oficializado neste país a seguinte definição: *"um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde"* (BRASIL, 2002 a).

Apesar da definição estabelecida na proposta de consenso brasileiro envolver elementos descritos pelos idealizadores da atenção farmacêutica como a co-responsabilidades e cuidado centrado no paciente, o referido documento ao descrever o seguimento farmacoterapêutico admite que a prática de atenção farmacêutica engloba seis atividades, sendo estas: dispensação, educação em saúde, orientação farmacêutica, atendimento farmacêutico, registro sistemático das atividades,

mensuração e avaliação dos resultados e seguimento farmacoterapêutico (BRASIL, 2002 a; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Desse modo, fica evidente que o modelo adotado pelo Brasil na proposta de consenso não seguiu o referencial teórico de Cipolle, Strand e Morley, pois categorizou o seguimento farmacoterapêutico apenas como mais um dos componentes da atenção farmacêutica (BRASIL, 2002 a). Para os idealizadores originais, a atenção farmacêutica é o próprio seguimento farmacoterapêutico de forma registrada, devidamente acompanhada com objetivos bem definidos, com finalidade de atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde baseado em valores éticos e filosóficos (BRASIL, 2007; CIPOLLE, STRAND & MORLEY 2000; DUPOTÉY, RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; FREITAS *et al*, 2006).

Liderado por Cipolle e Strand no ano de 2003, o governo Norte-Americano implantou a cobertura do seguimento da farmacoterapia para beneficiários elegíveis no programa federal *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003* (BRASIL, 2010). Nesta ocasião, foi inaugurado o termo *Medication Therapy Management* (MTM) que em português foi traduzido como Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010).

Portanto, o GTM nada mais é que o serviço de seguimento farmacoterapêutico ofertado a pacientes no mundo real sustentado nos valores éticos, filosóficos e metodológicos da Atenção Farmacêutica (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Em 2014 o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publicou para consulta pública um documento sobre serviços farmacêuticos onde o referencial adotado para o “cuidado farmacêutico” é o referencial da atenção farmacêutica de Cipolle, Strand e Morley e a aplicação completa deste referencial é representada pelo “acompanhamento farmacoterapêutico”, identificado neste documento como equivalente ao GTM. Entretanto assim como na proposta de consenso o CFF não reconhece como cuidado farmacêutico única exclusivamente o seguimento farmacoterapêutico, mas sim uma série de atividades clínicas farmacêuticas (CFF, 2014).

De acordo com exposto, a definição de Atenção Farmacêutica foi muito debatida em meados de 1990. Entretanto, ainda hoje existem diferentes visões a respeito da mesma, e algumas destas não consideram o referencial filosófico proposto por seus

idealizadores. Tais divergências da prática têm dificultado o reconhecimento e delineamento da Atenção Farmacêutica no Brasil e outros lugares do mundo. Assim, a falta de padronização coloca em risco os resultados esperados e até mesmo a sobrevivência da prática (FREITAS *et al*, 2006; PEREIRA *et al*, 2009).

2.2 CARACTERÍSTICAS ESTRUTURANTES E PADRONIZAÇÃO DO SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA

A qualidade da assistência consiste na capacidade que o serviço possui de gerar impacto positivos para o paciente de modo geral e de reduzir os resultados indesejados. Portanto, pode-se defini-la como a habilidade de alocar recursos e processos de forma eficiente de modo a propiciar ganhos na saúde e qualidade de vida do paciente (SESCAM, 2009).

No intuito de atingir a qualidade da assistência, a padronização dos processos torna-se importante para que o serviço seja executado da forma mais eficiente (SIMENSON & McGIVNEY, 2007).

O reconhecimento do serviço de GTM como estratégia nacional norte-americana para otimizar os resultados da farmacoterapia e redução de eventos adversos foi um marco na evolução dos serviços farmacêuticos (BRASIL, 2010; AMCP,2008).

Desse modo, preocupada com a qualidade dos atendimentos prestados a *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP), em 2003, estabeleceu normas para documentação da prática de GTM que norteassem a consulta de forma eficiente. Segundo a ASHP, é essencial para uma boa avaliação farmacêutica que o profissional registre: o resumo da história medicamentosa do paciente, relatando alergias e suas manifestações; as intervenções realizadas pelo farmacêutico; a lista de medicamentos em uso; os problemas relacionados a medicamentos reais e potenciais que justifiquem vigilância; e achados da monitorização terapêutica de medicamentos.

Os registros dos achados de monitorização devem incluir: Adequação terapêutica, incluindo método de administração; duplicação medicamentosa no regime do paciente; grau de adesão dos pacientes aos medicamentos prescritos; real ou potencial interação medicamento-medicamento, medicamento-alimento, teste de laboratórios e medicamento e interação com doença; toxicidade do medicamento real

e potencial e efeitos adversos esperados; sinais físicos e sintomas clínicos importantes que interferem na farmacoterapia do paciente; educação do paciente relacionado ao uso de medicamento.

Segundo a ASHP as consultas devem ser bem documentadas de forma a propiciar aos outros profissionais do cuidado a possibilidade de resgate e manejo da história medicamentosa (ASHP, 2003).

O documento da ASHP ainda apresenta outros aspectos importantes da documentação como (ASHP, 2003):

- Necessidade de garantir o sigilo e privacidade das informações do paciente.
- O registro de dados do farmacêutico de forma que ele possa ser contatado posteriormente.
- O uso de um padrão para registro da evolução farmacêutica (SOAP por exemplo)
- Registro dos fatos de forma precisa, concisa e objetiva.

Ainda em 2003, Currie e colaboradores também realizaram uma descrição dos pontos necessários para coleta de informações do paciente e registro de informações essenciais na documentação da prática. Apesar de semelhanças com o primeiro detalhamento da ASHP é possível observar itens novos e de forma mais pontual e objetiva. Além disso, o documento elaborado por Currie e colaboradores aborda aspectos relacionados a hábitos e condição de vida dos pacientes que podem interferir no tratamento (CURRIE *et al*, 2003).

Conforme os referidos autores, são pontos essenciais da documentação: o registro da identificação do paciente (nome, data de nascimento, sexo etc.), dados socioeconômicos e informações para contato; histórico de alergias e reações adversas; problemas de saúde atuais e passados; hábitos de vida que interfiram no tratamento; regimes alimentares ou atividades físicas (CURRIE *et al*, 2003).

Em relação à lista de medicamentos, os autores enfatizam que é necessário coletar dados abrangentes. Deve-se relatar não somente os medicamentos, mas também todas as substâncias ativas utilizadas pelos pacientes, medicamentos prescritos, não prescritos, ervas, suplementações e outros (CURRIE *et al*, 2003).

A *Academy of Managed Care Pharmacy (AMCP)* é uma sociedade Norte Americana de profissionais dedicada a prática de GTM. Em 2006, a AMCP elaborou um documento com a pretensão de estabelecer itens indispensáveis para prática de GTM de qualidade, mediante consenso de especialistas. O estudo define que uso seguro, efetivo, apropriado e econômico são os resultados esperados pela aplicação de um serviço de GTM de qualidade, e para tal é necessário que o programa de GTM apresente as seguintes características (AMCP, 2006):

Quadro 1. Itens indispensáveis para a prática de GTM de qualidade conforme *Academy of Managed Care Pharmacy*

CRITÉRIO	DESCRIÇÃO
Cuidado centrado no paciente	Conhecer o histórico socioeconômico, educacional e cultural do paciente fará com que o provedor de GTM seja assertivo em suas intervenções.
Abordagem interdisciplinar, baseada em trabalho em equipe	É indispensável a colaboração de outros profissionais de saúde de modo a obter diferentes pontos vista do problema, avalia-lo de forma multifatorial e o mais completa possível.
Comunicação	Torna-se fundamental a comunicação efetiva entre todos os envolvidos passando pela a prescrição, dispensação, monitoramento e educação em saúde para o sucesso da terapia.
População alvo com atendimento individualizado	O serviço deve ser programado para atender a populações específicas. Entretanto o GTM deve ser desenvolvido de forma individualizada.
Flexibilidade para ampliar as aplicações	O serviço deve ser estruturado e implementado de forma a ser capaz de solucionar problemas das demais populações, sobretudo dos grupos de risco.
Medicina baseada em evidencia	As ações do provedor devem estar embasadas em recursos científicos para trazer maior segurança e efetividade do serviço.
Promoção do GTM	Divulgação do GTM em outros locais e planos de saúde privados (Este critério é importante no contexto em que foi gerado, uma vez que nos EUA o GTM é oferecido pelo sistema público de saúde américa nos programas MEDICAD e MEDCARE).

Fonte: Adaptado do documento de consenso da AMPC (2006).

O documento elaborado pela AMPC também destaca aspectos operacionais indispensáveis para o serviço de GTM (AMCP, 2006):

Quadro 2. Aspectos operacionais indispensáveis para a prática de GTM conforme *Academy of Managed Care Pharmacy*

CRITÉRIO	DESCRIÇÃO
Existir um processo de identificação e captação de pacientes	Com identificação de grupo de riscos para desenvolvimento de RAM, que tem baixo resultado da terapia medicamentosa. O serviço deve realizar uma lista com critérios de elegibilidade (O texto sugere algumas características capazes de ajudar no rastreo destes pacientes).
Serviços para conhecer as necessidades individuais do paciente	Alguns serviços podem ser ofertados pelo programa de GTM, o texto traz uma lista de possíveis atividades que podem ser incorporadas pelo provedor, além de incentivar o trabalho colaborativo com demais profissionais.
Serviços ajustados ao público alvo	Avaliar dados demográficos, características socioeconômicas educacionais e culturais é tarefa importante para que o serviço de GTM seja aplicável a comunidade alvo.
Coordenação de cuidado	Priorizar o cuidado coordenado ao invés de assistência fragmentada. Criar mecanismos para compartilhamento de informações entre o provedor de GTM e demais profissionais de saúde envolvidos.
Documentação adequada e avaliação de resultados	O serviço deve contar com registro das atividades e análise dos documentos assim como outras formas de avaliação dos resultados.
Garantia da qualidade	A garantia da qualidade deve ser incluída na implantação de um programa de GTM. Assim, ao projetar o serviço deve-se incluir maneiras de avaliação longitudinal para averiguação do alcance de metas.
Comunicados do GTM	Comunicação eficiente com os membros do plano e prestadores de serviço. A comunicação deve ser regular e permanente, incluir benefícios e limitações do serviço.
Profissionais que podem coordenar ou fornecer o programa de GTM	Farmacêutico contratado, farmácias, hospitais, outros estabelecimentos de saúde ou provedor autônomo. Educação continuada e treinamentos para os provedores do serviço.
Sistema registro das atividades, faturamento e pagamento do serviço padronizados	No que se refere ao pagamento do serviço este depende de um sistema de registro, e faturamento realizado de forma sistematizada para que gere um pagamento adequado.

Fonte: Adaptado do documento de consenso da AMPC (2006).

Dois anos após a publicação deste *guideline*, AMPC em parceria com a *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) realizou um estudo para verificar se os critérios de qualidade estabelecidos inicialmente pela instituição eram de fato

condizentes com a realidade e capazes de fornecer um serviço de GTM de qualidade (AMPC,2008).

O referido estudo revelou que a versão 1.0 foi bem-sucedida no que se propôs, entretanto foi identificado a necessidade de ser mais específica em suas descrições. O estudo faz uma crítica ao modelo de avaliação estabelecido pelo documento 1.0, alegando que ele não se aplica a todos os ambientes em que podem ser implementados o serviço de GTM, e ainda afirma que a população a ser considerada nos estudos deve ser definida de acordo com o perfil da instituição em que o serviço é ofertado. O documento também crítica o posicionamento do primeiro documento ao inferir que o GTM deve ser estabelecido sobre uma relação face-a-face restritamente (AMPC, 2008).

Em documento elaborado pela *American Society of Consultant Pharmacists (ASCP)* destacam-se características necessárias para um serviço de GTM realizado em hospitais. Apesar de ser direcionado para serviços hospitalares, o material apresenta critérios abrangentes e replicáveis a qualquer cenário de prática (ASCP, 2007).

De acordo com o referencial teórico referido, espera-se do GTM a melhora no entendimento do paciente acerca do tratamento medicamentoso; aumento da adesão à farmacoterapia; identificação de reações adversas e utilização abusiva de medicamentos; otimização dos resultados da farmacoterapia; redução de eventos adversos (ASCP, 2007).

Segundo a ASCP, o serviço deve ser executado por farmacêutico ou pessoa qualificada para tal; deve atuar na detecção de qualquer erro relacionada a farmacoterapia; deve avaliar o estado de melhora dos pacientes em relação sua condição clínica e ser realizado de forma colaborativa e multidisciplinar. Além disso, a ASCP expõe como elementos essenciais para garantia da qualidade a averiguação da satisfação dos clientes internos e externos. Por fim, a ASCP aponta o serviço a longo prazo como mais vantajoso para pacientes, profissional e instituição de saúde de forma geral, pois o farmacêutico que o desempenha adquire melhor experiência clínica, estreita relação com paciente, tem acesso a informações mais abrangentes e completas sendo assim mais capaz de desenvolver um trabalho efetivo e reduzir custos para a instituição (ASCP, 2007).

No ano de 2007, a *American Pharmacists Association* (APhA) também publicou um documento no qual são descritos elementos básicos para o desenvolvimento de um serviço de GTM. Neste material, são descritos elementos de desenvolvimentos, de estrutura, fluxo e agendamento de pacientes, treinamento de profissionais e recursos financeiros (SIMENSON & McGIVNEY, 2007). Em relação ao desenvolvimento da prática são descritos como essenciais os seguintes elementos (SIMENSON & McGIVNEY, 2007):

Quadro 3. Elementos indispensáveis para a prática de GTM conforme *American Pharmacists Association*

CRITÉRIO	DESCRIÇÃO
Revisão da farmacoterapia	Ato que acontece da interação entre o paciente ou seu cuidador e o farmacêutico. A avaliação deve abordar medicamentos prescritos e não prescritos, plantas medicinais, suplementação alimentar dentre outros produtos capazes de interferir na farmacoterapia e condição de saúde. O farmacêutico deve identificar os PRM e resolve-los com o paciente ou em colaboração com o prescritor.
Registro da história pessoal com medicamentos	Ao fim desta etapa é registrado o panorama do uso de medicamentos, ervas medicinais, suplementos e PRM. O paciente deve compreender seu PRM, saber de sua importância e entender a importância de compartilhar estas informações com demais profissionais que auxiliam em seu cuidado em saúde.
Plano de cuidado	O paciente deve receber um plano de cuidado elaborado de forma centrada no paciente. Este plano deve conter informações essenciais para o manejo da condição clínica do paciente e seus cuidados relacionados ao uso de medicamentos. Deve nortear as ações do paciente para que se possa trabalhar de forma colaborativa com farmacêuticos e os demais profissionais de saúde.
Intervenção ou encaminhamento	As intervenções podem ser realizadas diretamente com o paciente ou necessitar da colaboração de outros profissionais envolvidos no cuidado para resolver PRM existentes ou potenciais. As intervenções devem ser condizentes com a realidade e necessidades do sujeito. Portanto, é fundamental que as intervenções sejam estabelecidas em colaboração com paciente ou seu cuidador. O provedor deve estabelecer metas e sempre que necessário deve realizar encaminhamentos a outros profissionais para atendimento de necessidades específicas.
Acompanhamento documentado	Os encontros e achados clínicos devem ser documentados. Ele deve possibilitar a evolução do paciente, a informação de outros profissionais de saúde e também o faturamento das consultas de GTM. O paciente deve ser acompanhado de forma periódica de acordo com suas necessidades e metas.

Fonte: Adaptado do documento da APhA de autoria de Simenson & McGivney (2007).

Em relação à estrutura, a APhA recomenda a existência de um sistema de arquivamento ou armazenamento para os registros dos pacientes. Estes devem ser armazenados de maneira segura e adequada de forma a serem acessíveis e incorruptíveis. Os registros podem ser mantidos impressos ou de forma digital. Além disso, suprimentos necessários para atendimento como materiais educativos ou para realização das consultas devem ser armazenados de forma adequada e acessíveis sempre que necessário (SIMENSON & McGIVNEY, 2007).

No que se refere ao registro da prática, o material destaca necessidade de um sistema abrangente de documentação (SIMENSON & McGIVNEY, 2007). A padronização dos registros das consultas de GTM é um pilar essencial para manter a qualidade do serviço. A documentação da prática torna-se uma fonte segura de informações tanto para pacientes, profissionais de saúde e até mesmo para faturamento dos serviços farmacêuticos. Atua como uma forma de avaliar o acompanhamento terapêutico, além de servir como um respaldo legal as atividades prestadas. Pode ser realizada de forma eletrônica ou impressa. Independente da forma escolhida, para registro, esta deve ser acessível e recuperável facilmente. Os registros devem seguir um padrão independentemente do profissional que está executando o serviço. O registro padronizado garante uma comunicação eficiente com demais profissionais de saúde (SIMENSON & McGIVNEY, 2007).

De acordo com a APhA, o processo de documentação pode acontecer antes mesmo do primeiro encontro com o paciente. O farmacêutico pode enviar formulários com uma carta de boas-vindas antes do primeiro encontro. Este processo pode otimizar a coleta de informações (SIMENSON & McGIVNEY, 2007).

Assim como outros autores destacam, elemento indispensável é a criação de uma ferramenta para melhorar a comunicação com outros profissionais de saúde de forma a otimizar os resultados do GTM (DIVINE *et al*, 2008; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; HORTON *et al*, 2013; SHAH, MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013; SIMENSON & McGIVNEY, 2007).

Aspectos básicos da documentação recomendados pela APhA também são recomendados por outros autores (ASHP, 2003; CURRIE *et al*, 2003). Além dos itens já citados a APhA destaca o registro de dados subjetivos com informações

mencionados pelos pacientes como história pregressa com medicamentos, histórico familiar de saúde e qualquer outra informação não objetiva que impacte no tratamento (SIMENSON & MCGIVNEY, 2007).

Ainda de acordo com a APhA a elaboração e documentação do plano de cuidado é um ponto crucial e indispensável no processo de cuidado. Deve-se elaborar um documento centrado no paciente com estabelecimento de objetivos terapêuticos e ações voltadas para a autogestão dos medicamentos em uso, de forma que o paciente seja capaz de manejar seus medicamentos, saúde e tratamento. Além disso é necessário descrever um plano de transição ou cronograma de acompanhamento do paciente de forma a garantir o cuidado contínuo (SIMENSON & MCGIVNEY, 2007).

A capacitação dos profissionais envolvidos é fundamental para o bom desenvolvimento do serviço (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; AMCP, 2006; SIMENSON & MCGIVNEY, 2007). Dependendo do ambiente em que o serviço está inserido, outros profissionais podem ser treinados para favorecer maior dedicação do farmacêutico ao contato direto com o paciente no serviço de GTM. Por exemplo, um técnico pode compilar dados, gerar gráficos, responsabilizar-se pelo arquivamento de informações e orientar o paciente antes da consulta sobre o que esperar do serviço (SIMENSON & MCGIVNEY, 2007).

Portanto, referente à formação para farmacêuticos e outros funcionários, a APhA recomenda que os outros profissionais devem estar conscientes sobre o que é o GTM e como ele pode beneficiar os pacientes para colaborar como sucesso do serviço (SIMENSON & MCGIVNEY, 2007).

Todos os farmacêuticos devem receber treinamentos para que saibam documentar de forma adequada. Além disto devem ser treinados sobre a habilidade de comunicação específica para cada tipo de paciente, estratégias centradas no paciente, que deve levar em considerações fatores sociais, psicológicos, de crenças e preferências. Estes profissionais também devem ser capacitados a realizarem exames físicos necessários (SIMENSON & MCGIVNEY, 2007).

Todos os funcionários devem ser conscientizados sobre o marketing do serviço, em como explicar de forma padronizada sobre o que se trata o serviço, a fim de garantir repasse único de informação confiável e eficaz (SIMENSON & MCGIVNEY, 2007).

Neste mesmo ano, McGIVNEY e colaboradores (2007) publicaram um documento com objetivo de delinear o serviço de GTM e diferenciá-lo dos demais serviços farmacêuticos oferecidos, favorecendo a padronização de termos e conceitos (McGIVNEY *et al*, 2007).

Para os autores, uma das maiores diferenças entre o GTM e demais serviços farmacêuticos é que nesta prática o farmacêutico embasado na filosofia da AF se responsabiliza pelo cuidado do paciente e em trazer resultados positivos em saúde com gestão da farmacoterapia. Esta responsabilização não é vista em nenhum outro serviço farmacêutico o que é, portanto, ponto chave no bom desenvolvimento do serviço (McGIVNEY *et al*, 2007).

Segundo o autor o serviço apresenta como padrões o aconselhamento, entrevista motivacional, educação em saúde, avaliação, documentação e acompanhamento e colaboração multiprofissional (McGINEY *et al*, 2007). Em concordância com diversos pesquisadores da área, McGINEY e colaboradores apontam como primordial o cuidado centrado no paciente (HORTON *et al*, 2013; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; McGINEY *et al*, 2007; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; SIMENSON & McGIVNEY, 2007).

O trabalho de McGINEY e colaboradores descrevem os mesmos elementos do GTM reconhecidos pela APhA, sendo estes: revisão da terapia da terapia medicamentosa, registro dos medicamentos em uso, plano de cuidado, intervenções ou referenciamento, documentação e acompanhamento (McGINEY,2007).

Portanto, de acordo com McGINEY e colaboradores, o GTM se difere do aconselhamento farmacêutico e da gestão de doenças. Sendo que o primeiro trata-se de uma orientação em relação a produtos farmacêuticos para que possam ser utilizados de maneira adequada e o segundo uma orientação em relação à condução do tratamento focado em uma doença específica. Ambos sem processo definido ou filosofia de atuação (McGINEY *et al*,2007).

Divine e colaboradores (2008), assim como outros autores, concordam com pontos fundamentais para desenvolvimento de GTM de qualidade e apontam a comunicação e colaboração efetiva com demais provedores de cuidado como essencial para o bom funcionamento do GTM (AMCP, 2006; HORTON *et al*, 2013; LAUFFENBURGER *et*

al, 2012; SHAH, MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013; SIMENSON & McGIVNEY *et al*, 2007). Os pesquisadores apontam a documentação como ferramenta crucial para desenvolvimento e continuidade do serviço (AMCP, 2006; ASHP, 2003; CURRIE *et al*, 2003; SIMENSON & McGIVNEY *et al*, 2007). Além disso, os autores também citam como parte importante: existência de um local adequado para atendimento; necessidade de um apoio administrativo para gerenciamento das atividades e recursos; existência de um sistema de pagamento; existência de um canal de comunicação e referenciamento (DIVINE *et al*, 2008).

Millonig (2009) afirma que a documentação deve servir para atender aos interesses do paciente, e não somente para atender as necessidades dos empregadores. O autor aponta a necessidade da padronização da documentação como ponto importante para garantia da continuidade e qualidade do atendimento (MILLONIG, 2009). Ademais, há ênfase na necessidade de padronizar a definição do serviço ofertado e suas expectativas; a identificação do paciente e encaminhamento; o faturamento para pagamento dos atendimentos e acordos de colaboração entre farmacêuticos e demais provedores do cuidado (MILLONIG, 2009).

Em revisão realizada por Holtorf e colaboradores (2009), avaliaram padrões de avaliação de qualidade dos serviços de GTM. Em conclusão, a pesquisa destaca a necessidade de os serviços possuírem um sistema de avaliação de qualidade da assistência prestada. Além disso, os autores apontam que é importante medir desfechos clínicos e satisfação do paciente como parâmetro de qualidade. Outro ponto importante é avaliação dos custos relacionados aos resultados. Para os autores este é um ponto essencial para obtenção e melhoria contínua da qualidade dos serviços (HOLTORF *et al*, 2009).

Em 2010, Schneider discorreu sobre a evolução da prática de GTM nos EUA. Nesta ocasião, o autor descreveu elementos centrais do GTM em concordância com outras instituições (AMPC, 2006; ASCP, 2007; SIMENSON & McGIVNEY, 2007): revisão da farmacoterapia, registro da medicação pessoal; plano de cuidado; intervenção ou referenciamento; documentação e acompanhamento (SCHNEIDER, 2010).

Na Índia, trabalho realizado por Tumkur e colaboradores (2012) abordou sobre o panorama da saúde no país e a necessidade da implantação dos serviços de GTM.

Nesta ocasião, os autores elencaram nove passos para o desenvolvimento de um serviço de GTM autêntico (TUMKUR *et al*, 2012). Entre os passos descritos encontramos elementos centrais do GTM já presentes na literatura como essenciais para um bom atendimento (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; AMPC, 2006; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; SIMENSON & McGIVNEY, 2007). A descrição realizada por Tumkur e colaboradores (2012) aborda aspectos objetivos como a coleta sistemática de dados, classificação e priorização de PRM e subjetivos como o estabelecimento da relação terapêutica, o que é tão fundamental quanto qualquer outro procedimento.

Estudo qualitativo realizado na Carolina do Norte (EUA) investigou a existência de padrões de qualidade de um serviço de GTM na opinião de idosos atendidos pela equipe de GTM e de médicos parceiros do serviço. Os participantes foram entrevistados em grupos focais e relataram suas percepções sobre o serviço de GTM local, além de pontos que reconheciam como características de qualidades (LAUFFENBURGER *et al*, 2012).

Os idosos ressaltaram temas em relação aos profissionais do GTM e a personalidade dos profissionais do serviço, além de destacarem a relação profissional diferenciada e as habilidades dos farmacêuticos. Assim, houve destaque na contribuição para melhoria da relação entre paciente e medicamentos, visto que obtiveram muitas informações relacionadas aos benefícios, modo de uso, efeitos colaterais dentre outras características importantes do uso de medicamentos. Além disso, a facilidade de acesso aos farmacêuticos foi essencial ao estabelecimento de um relacionamento natural e de confiança. Outros aspectos destacados foram os conhecimentos do farmacêutico, ressaltando que os mesmos possuem um conhecimento abrangente decisivo no sucesso do tratamento. Por fim, informaram que enxergam o acompanhamento farmacêutico como algo complementar ao do médico, pois possuem um olhar diferenciado, apontando o farmacêutico também como uma ponte entre médicos e pacientes (LAUFFENBURGER *et al*, 2012).

Quando questionados sobre os pontos importantes para desenvolvimento de serviço de GTM eficaz, os pacientes ressaltaram temas como equipe de apoio, cuidado personalizado e atendimento abrangente. Por sua vez, os médicos observaram o papel único e diferenciado do farmacêutico do GTM com conhecimento especializado

direcionado ao uso de medicamentos, com ênfase no relacionamento terapêutico apropriado e personalizado (LAUFFENBURGER *et al*, 2012).

Quadro 4. Comparação entre aspectos de qualidade de um serviço de GTM através da visão dos pacientes e dos médicos

PACIENTES	MÉDICOS
Trabalho em equipe e confiança: Pacientes relataram a importância de médico e farmacêutico trabalharem de forma colaborativa em que cada profissional tem cumpre papel importante para a evolução do tratamento.	Desenvolvimento de relacionamento mútuo e de confiança entre médico e farmacêutico para colaboração efetiva
Desenvolvimento de relação pessoal com o farmacêutico.	Comunicação direta, clara e eficaz entre médico e farmacêutico para maximizar os resultados da colaboração
Cuidado personalizado: Ter acesso a um farmacêutico que conheça seu histórico e seja capaz de contribuir com a otimização dos resultados da farmacoterapia, além de melhorar a relação dos pacientes com seus medicamentos.	Prover cuidado centrado no paciente é essencial para o cuidado adequado, o farmacêutico deve compreender as nuances relacionadas as características socioeconômicas e culturais do paciente.
Revisão da farmacoterapia e efetividade: Revisão de todos os medicamentos em uso e verificação da real efetividade e segurança dos medicamentos utilizados pelo paciente.	Agregar valor ao serviço, ajudar os médicos a entenderem mais sobre os tratamentos medicamentosos e características dos medicamentos para que possam melhorar suas práticas e aplicar nos demais pacientes
Renovação de prescrição: o farmacêutico agiliza a renovação de prescrições quando necessário.	Desenvolver familiaridade com a história do paciente, realizando não apenas revisão de farmacoterapia, mas fornecendo atendimento abrangente.
Elaboração de planos de cuidado: intervenções nos tratamentos por meio dos planos de cuidado.	Ter como alvo uma população específica, como pessoas de baixa renda, com múltiplas morbidades e que estão em tratamentos complexos.

Fonte: Adaptado do estudo de Lauffenburger *et al* (2012).

Ainda no que se refere a avaliação da qualidade na percepção de beneficiários do serviço, foi realizado em 2013 uma pesquisa com 195 profissionais de saúde funcionários do *The University of Illinois Outpatient Care Center*, em Chicago (EUA). Dentre os profissionais entrevistados estavam médicos, enfermeiras e farmacêuticos.

O estudo teve como objetivo avaliar as percepções dos entrevistados sobre o serviço de GTM local (SHAH; MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013).

Nesta oportunidade os profissionais levantaram como pontos fortes do GTM a educação e orientação sobre os medicamentos utilizados, acompanhamento de perto, comunicação com os provedores de cuidado, e reconciliação medicamentosa (SHAH; MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013).

Como pontos a serem melhorados, foram destacados pelos funcionários: aumentar a propaganda e sensibilização ao serviço de GTM, criar acordos colaborativos de prática mais efetivos, e certificar de que os registros médicos sejam concisos (SHAH; MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013).

Ainda no ano de 2013, nos EUA, estudo revelou que pacientes beneficiários do *Medicare Part D* consideram como pontos positivos que impactam na decisão de receber ou não o serviço de GTM: ter um farmacêutico que ele já está habituado; saber o quanto extra será cobrado pelo serviço; ter um apoio do médico para discutir alterações de prescrição (médico parceiro); e revisão abrangente de todas as substâncias em uso (além de medicamentos, como ervas e suplementos) (DOUCETTE *et al*, 2013).

Tendo em vista que a educação dos estudantes de farmácia impacta diretamente na formação de profissionais capazes de reproduzir um serviço de qualidade, Horton e colaboradores (2013) realizaram um estudo focado na formação profissional dos profissionais de GTM. Esta pesquisa relata uma série de capacidades que o profissional deve possuir para ter condições de oferecer GTM de qualidade aos pacientes.

É enfatizada a necessidade de desenvolvimento da habilidade de comunicação entre os estudantes e provedores de GTM como fator primordial para condução de um GTM efetivo. Além disso, o artigo considera como essencial o registro de dados nos prontuários e cuidado centrado no paciente. O Estudo descreve detalhadamente habilidades de comunicação que o estudante deve possuir (HORTON *et al*, 2013).

No Brasil, em 2013, foi realizada uma pesquisa sobre avaliação dos indicadores de qualidade da implantação de um serviço de GTM em farmácias do programa federal

“Farmácia Popular”. Neste trabalho, os autores Aguiar, Rocha e Lyra Junior (pag. 402, 2013) relataram como domínios necessários para desenvolvimento do serviço de GTM:

(a) documentação; (b) avaliação do paciente; (c) objetivos terapêuticos e planos de acompanhamento; (d) análise do prontuário do paciente; (e) orientação e instrução ao paciente; (f) verificação do entendimento do paciente; (g) referência a outros profissionais de saúde; (h) local de atendimento farmacêutico; (i) uso de suporte de informações apropriado; (j) avaliação da satisfação do paciente; (l) melhoria da competência; (m) desempenho profissional; (n) provisão de informações sobre saúde para o paciente e (o) relação terapêutica.

Em 2015, Rose e colaboradores abordaram um serviço de GTM com caráter multiprofissional, e demonstraram a inserção do farmacêutico em equipe como um critério que aumenta a qualidade do serviço de GTM (ROSE *et al*, 2015).

Os padrões de prática do serviço e a descrição das características estruturantes dos serviços de GTM vem evoluindo desde o início dos anos dois mil (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; AMPC, 2006; ASHP, 2003; SIMENSON & McGIVNEY *et al*, 2007).

Apesar de possuírem conteúdos variados, as características do serviço de GTM se assemelham entre si. Em destaque, encontram-se como elementos fundamentais para garantia de qualidade: rigor da documentação da prática, revisão ampla da farmacoterapia, inserção do serviço em um contexto multidisciplinar; comunicação efetiva entre o farmacêutico e demais provedores de cuidado; estabelecimento de relação terapêutica; educação do paciente em relação ao uso de medicamentos e sua condição de saúde; atendimento contínuo; tomada de decisão baseada em evidências, e, principalmente, o cuidado centrado na pessoa (AMPC, 2006; 2009; ASHP, 2003; DIVINE *et al*, 2008; MCGINEY *et al*, 2007; SIMENSON & MCGIVNEY, 2007).

Tão importante quanto a avaliação de qualidade realizada pelos cientistas é a qualidade avaliada pelos beneficiários do produto, em serviços de saúde, (SESCAM, 2009). Alguns estudos buscaram avaliar a percepção de qualidade na visão de atores envolvidos com serviços de GTM, como profissionais praticantes, colaboradores do serviço e os próprios usuários (DOUCETTE *et al*, 2013; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; SHAH, MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013).

De modo geral, a investigação da qualidade nos serviços de GTM e dos padrões de prática na literatura ainda é escassa. Holtorf e colaboradores (2009) alertaram que são escassos os estudos de qualidades sobre os serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa e reforça ideia de que se deve investir mais em investigações neste campo para aprimoramento dos serviços existentes.

2.3 ACREDITAÇÃO COMO MODELO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE

A dinâmica de trabalho nos serviços de saúde se mostra cada vez mais complexa, visto que é submetido à constante atualização e mudanças na sociedade e evolução do conhecimento. Isso pode dificultar a gestão dos sistemas de saúde (SOUZA *et al*, 2013).

Nesse sentido, a gestão da qualidade tem se mostrado essencial nos serviços de saúde, tanto em setores públicos quanto privados de modo determinante na obtenção de resultados satisfatórios e até mesmo na sobrevivência da instituição (COSTA JUNIOR & TURRIONI, 2003).

Atualmente, a qualidade de um serviço de saúde é baseada em sete componentes, reconhecidos como pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990; COSTA JUNIOR & TURRIONI, 2003; MILAK, 1998; POLIZER & D'INNOCENSO, 2006).

Portanto, a avaliação da qualidade é uma ferramenta essencial para gestão do serviço e garantia de qualidade, uma vez que os resultados obtidos nas avaliações norteiam ações de otimização. Em serviços de saúde, esta avaliação é realizada por meio de indicadores elaborados para garantia da visão da estrutura, do processo e dos resultados (DONABEDIAN, 2005; 1988).

O processo de acreditação surge como instrumento importante na avaliação dos modos de uma instituição de saúde por ser um procedimento de avaliação periódica, ordenada e racionalizada dos recursos globais da instituição avaliada (SOUZA *et al*, 2013). Além disso, a acreditação contém elementos que colaboram e impulsionam a implantação de um processo de melhoria contínua (DUARTE & SILVINO, 2010).

A história da Avaliação da Qualidade nos serviços de saúde foi iniciada no século XX com a surgimento do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), que deu início ao Programa de Padronização Hospitalar (PPH) (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; LIMA & ERDMANN, 2006; SOUZA *et al*, 2013).

Nesta ocasião, o PPH estipulou uma série de padrões mínimos necessários para uma prestação de assistência de qualidade. Entretanto tais recomendações se limitavam ao atendimento médico e processos de trabalho não alcançando todas as dimensões que impactam no cuidado ao paciente (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; SOUZA *et al*, 2013).

Em 1949, foi elaborado um manual mais amplo para servir de guia para os hospitais norte-americanos, mas o CAC por diversos motivos estava apresentando dificuldade em manter esta atividade (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; SOUZA *et al*, 2013).

Baseado nisso, no ano de 1951, o CAC uniu força com outras entidades que se preocupavam com a qualidade da assistência prestada aos pacientes como a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para formar a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH). E finalmente em 1952 a CCAH oficialmente delegou a acreditação a empresa privada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, a qual é atuante até os dias de hoje (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; LIMA & ERDMANN, 2006).

No ano de 1987, além de apresentar uma nova denominação, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) tornou o monitoramento das atividades mais clínico e com maior enfoque no desempenho da organização e nas questões relacionadas a assistência médica. E no ano seguinte, a JCAHO passa a avaliar também a assistência domiciliar, e atualmente toda a rede de serviço de saúde (LIMA & ERDMANN, 2006).

Em território brasileiro, em 1935 foi criado por Odair Pedroso a Ficha de Inquérito Hospitalar para a Comissão De Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde. Este foi o primeiro estudo brasileiro direcionado para qualidade na organização dos hospitais nacionais documentados (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005).

Nota-se que os esforços para organização da assistência hospitalar e o aumento da qualidade dos serviços prestados na saúde no Brasil sempre foram conduzidos pelo setor público (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005). Em 1970, o Ministério da Saúde iniciou o processo de criação de portarias e normas para regulamentar a prestação de serviços de saúde (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; SCHIESARI & KISIL, 2003).

Já em 1990, o Ministério da Saúde associou-se à OPAS e Federação Latino Americana de Hospitais para elaborar o primeiro Manual de Padrões de Acreditação para América Latina (ANVISA, 2004; FELDMAN, GATTO, CUNHA & 2005; SCHIESARI & KISIL, 2003; SOUZA *et al*, 2013). A partir deste momento, movimentos hospitalares em diversos estados brasileiros começaram a se organizar para implantação e discussão dos programas de qualidade (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; LIMA & ERDMANN, 2006; SCHIESARI & KISIL, 2003).

Aponta-se, em destaque, organizações estaduais relacionadas ao desenvolvimento da qualidade da assistência à saúde na época: Projeto de Acreditação e Certificação da Qualidade em Saúde – PACQS – Rio de Janeiro; Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS) – Rio Grande do Sul; Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde (IPASS); Programa de Controle de Qualidade Hospitalar do Estado de São Paulo (CQH) (SCHIESARI & KISIL, 2003; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005)

Pesquisa realizada no Brasil entre os anos de 1991 e 1992 sobre a experiência nacional em garantia de qualidade em saúde verificou a necessidade de se introduzir com urgência um sistema independente de acreditação hospitalar (SCHIESARI & KISIL, 2003).

Assim, em 1992 o Brasil iniciou as discussões sobre um sistema próprio de acreditação. Nesta ocasião, em Brasília, foram discutidos aspectos relacionados ao processo de avaliação, instrumentos de acreditação e aplicabilidade do instrumento americano ao contexto nacional (SCHIESARI & KISIL, 2003).

Em 1997, PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), o qual neste mesmo ano associou-se à *Joint Comission* para criação de um modelo nacional de acreditação (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; SCHIESARI & KISIL, 2003).

Finalmente, em 1998, foi lançado oficialmente o Programa Brasileiro de Acreditação com elaboração de normas, código de ética, treinamento de avaliadores e demais recursos necessários para implantação de um sistema de acreditação nacional (ANVISA, 2004; BRASIL, 2002 b; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; LIMA & ERDMANN, 2006; SOUZA *et al*, 2013).

Conseqüentemente, em 1999, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Trata-se de um órgão privado sem fins lucrativos que atua como credenciador das Instituições Acreditadoras (IA) (BRASIL, 2014; ANVISA, 2004; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; SCHIESARI & KISIL, 2003; SOUZA *et al*, 2013).

É de responsabilidade da ONA o desenvolvimento de padrões de qualidade da assistência à saúde exigidos nacionalmente para instituições acreditadas e o desenvolvimento das normas que regulamentam o processo de acreditação, além da supervisão do trabalho das IA (BRASIL, 2014; SCHIESARI & KISIL, 2003).

Por sua vez, as IA são empresas privadas credenciadas pela ONA e autorizadas e responsabilizadas por executar a avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde nacionalmente de acordo com as normas da ONA (BRASIL, 2014; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; LIMA & ERDMANN, 2006; SCHIESARI & KISIL, 2003).

Por meio da portaria nº 1.970/GM, em 25 de outubro de 2001 o Ministério da Saúde proclama o Programa de Acreditação Hospitalar Brasileiro como um dos principais recursos cabíveis para aumentar a qualidade e segurança dos atendimentos hospitalares prestados, independentemente de sua complexidade, porte ou vínculo institucional (BRASIL, 2002 b; LIMA & ERDMANN, 2006).

Desse modo, a viabilização do processo de acreditação no Brasil é sustentada por meio do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) e da ONA (LIMA & ERDMANN, 2006; SOUZA *et al*, 2013).

A acreditação é definida como um modelo sistematizado com regras pré-determinadas adequadamente acompanhado e avaliado de forma a proporcionar apropriado grau de confiança de que um produto ou processo ou serviço ou ainda um profissional

atende a requisitos pré-estabelecidos em normas ou regulamentos e é capaz de cumprir com confiabilidade ao objetivo proposto (BRASIL, 2002 b, 2003, 2014).

Ressalta-se que a acreditação é um processo de caráter educativo e voluntário. Logo, não deve ser visto ou tomado como exigência governamental de cunho licenciatório ou outro qualquer procedimento de fiscalização do Estado (BRASIL, 2014; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; BRASIL, 2014).

Em revisão realizada em 2005 sobre a evolução da avaliação hospitalar e acreditação, os pesquisadores Feldman, Gatto e Cunha definem acreditação da seguinte maneira (p. 215):

A Acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação como complementam (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005 p.215).

O processo de acreditação é realizado por meio da avaliação da conformidade. Assim, configura-se como modelo sistematizado com regras pré-definidas devidamente acompanhado e avaliado de forma a proporcionar adequado grau de confiança de que um produto ou processo ou serviço ou ainda um profissional atende a requisitos pré-estabelecidos em normas ou regulamentos e que é capaz de cumprir com confiabilidade o objetivo proposto (BRASIL, 2002 b, 2014; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005).

Avaliação de conformidade é transversal e *in loco*. Portanto, propicia uma análise do processo de trabalho e a relação do mesmo com o resultado (BRASIL, 2002 b, 2014).

O sistema de acreditação em serviço de saúde contempla análise de estrutura, processo e resultado de forma integrada pois compreende os serviços de saúde como sistemas complexos, no qual esses três pilares interagem entre si formando o resultado final da assistência prestada (BRASIL, 2002 b, 2014, DONABEDIAN, 1988; LIMA & ERDMANN, 2006; SOUZA *et al*, 2013).

O instrumento de avaliação utilizado pela ONA é composto por seções e subseções e cada subseção possui um padrão próprio que deve ser atendido integralmente.

Entretanto, para cada padrão existem três níveis de complexidade com princípios específicos. O nível 1 segue o princípio segurança, nível 2 o princípio gestão integrada e o nível 3 o princípio da excelência em gestão (BRASIL, 2002 b, 2014; LIMA & ERDMANN, 2006; SOUZA *et al*, 2013).

O nível 1 contém requisitos mínimos para garantia da qualidade da assistência ofertada ao cliente. Engloba as especialidades e serviços hospitalares, envolvendo os recursos humanos adequados com a complexidade do serviço, qualificação adequada dos profissionais disponíveis e responsáveis técnicos correspondentes a cada área de atuação (ANVISA, 2004; LIMA & ERDMANN, 2006; SOUZA *et al*, 2013).

Dentro do nível 2, encontram-se evidências de que a instituição implementa medidas de planejamento na organização da assistência hospitalar, se refere a documentação, corpo funcional, treinamentos, estatísticas básicas para tomada de decisão tanto nas atividades clínicas quanto gerenciais e programas de auditoria interna para garantia de qualidade (ANVISA, 2004; LIMA & ERDMANN, 2006; SOUZA *et al*, 2013).

O nível 3 de exigências conta com evidências que apontem a existência de políticas institucionais de melhoria contínua, tecnologias novas, atualização técnico-profissional, medidas assistenciais, procedimentos médico-sanitários, aplicação de tecnologia da informação, disseminação de rotinas padronizadas por toda a instituição e avaliações com foco na procura pela excelência (ANVISA, 2004; LIMA & ERDMANN, 2006; SOUZA *et al*, 2013).

Essas novas exigências fizeram com que, a partir de então, as instituições de saúde brasileiras buscassem se enquadrar dentro dos padrões e alcançar a acreditação, já que o status de “acreditado” pressupõe confiança e atrai clientes (SOUZA *et al*, 2013).

Cada nível possui requisitos próprios com intuito de esclarecer o padrão e facilitar o processo de verificação da conformidade (BRASIL, 2002 b; LIMA & ERDMANN, 2006). Para que a organização seja acreditada, os padrões exigidos devem ser atendidos de forma integral, seguindo o princípio de “tudo ou nada” (BRASIL, 2014).

Os itens de verificação, ou critérios, apontam ao avaliador as fontes onde ele deve investigar o cumprimento do padrão, ou o que o hospital pode apresentar para provar

que cumpre os requisitos necessários daquele nível (BRASIL, 2002 b; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005).

As fontes para averiguação da conformidade podem ser documentos do hospital, entrevistas com as chefias de serviço, funcionários, clientes e familiares, prontuários, registros dos pacientes e outros (BRASIL, 2002 b; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005). Dados obtidos em entrevistas devem ser confirmados em outra fonte de dados sempre que possível (BRASIL, 2002 b).

O processo de acreditação tem início quando a Organização Prestadora de Serviços de Saúde (OPSS) entra em contato com uma IA demonstrando interesse em ser avaliada. Neste momento, a IA coleta informações necessárias para formular uma proposta a OPSS, a qual avalia a proposta podendo ou não firmar um contrato com a IA (BRASIL, 2002 b). Caso o contrato seja estabelecido, este é encaminhado a ONA pela IA contratada (BRASIL, 2002 b).

Antes da visita oficial à OPSS, ocorre a pré-visita. Neste momento, a instituição se prepara para o processo de acreditação com procedimentos internos destinados a informação e treinamento dos seus funcionários para facilitar e viabilizar o processo de avaliação de conformidade (BRASIL, 2002 b; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005;).

A visita propriamente dita acontece após a solicitação formal voluntária do hospital, à IA. O tempo da visita dos avaliadores não é fixa, este prazo varia em função do porte e complexidade da OPSS. No plano de visita, todos os setores e unidades da OPSS são contemplados dentro de um roteiro previamente definido junto com a coordenação da instituição (BRASIL, 2002 b; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005;).

Ao fim da visita, a IA deverá elaborar e enviar à OPSS um relatório formulado pelos avaliadores em consenso constando o parecer final e a situação classificatória em que a OPSS se encontra. O Certificado é emitido pela Instituição Acreditora com o parecer “Acreditado” e “Acreditado pleno” e “Acreditado com Excelência”. A certificação é válida por um tempo determinado e ao fim deste prazo, a instituição deve submeter-se a novo processo de avaliação (BRASIL, 2002 b, 2014; FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005).

Em sua 7ª edição o Manual de acreditação a ONA afirma que a metodologia de Acreditação utilizado nacionalmente é aplicável a organizações de qualquer porte, perfil ou características justamente por não ser de caráter prescritivo (BRASIL, 2014).

Segundo a ONA (2014), ao aderir ao programa de acreditação, a OPSS demonstra responsabilidade e comprometimento com a segurança, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade que presta a comunidade. Além disso, é uma forma de sinalizar aos clientes externos, internos e comunidade em geral a qualificação da instituição e sua distinção garantida pela certificação do órgão acreditador.

Outra notória vantagem do sistema de acreditação é a oportunidade de o sistema estar em constante melhoria e reflexão de suas práticas. A acreditação vem se mostrando como importante instrumento de gestão ao possibilitar que a organização desenvolva uma política de segurança ao paciente, entender requisitos para melhoria da assistência, medir e identificar pontos de melhoria, promover a cooperação interna entre processos e pessoas da equipe (BRASIL, 2014).

Souza e colaboradores (2013) ressaltam como vantagens do processo de acreditação:

Incorporação à missão da instituição do princípio da renovação das ideias, paradigmas e conceitos, que gradativamente permeiam a mudança em uma prática assistencial que, agora, se voltam para o zelo da qualidade, da responsabilidade e do compromisso com o usuário (SOUZA *et al*, 2013, p.350).

O sistema nacional de acreditação tem buscado evoluir seus processos continuamente para alcançar seus objetivos de forma plena. A acreditação tem sido uma oportunidade das OPSS melhorarem continuamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes e comunidade (DUARTE & SILVINO, 2010).

Autores afirmam que não existe ainda uma visão única sobre o processo de acreditação. O sucesso está diretamente relacionado aos objetivos traçados ao considerar os ideais daqueles que estipularam a metodologia de credenciamento. Explica-se, através disso, o fato de diversos países estarem em estágios diferentes em relação à metodologia de acreditação (SOUZA *et al*, 2013).

O programa de acreditação brasileiro, as IA e as próprias instituições de saúde ainda estão adquirindo experiência e se aprimorando no que diz respeito a garantia da qualidade (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005; SCHIESARI & KISIL, 2003).

Apesar da necessidade de evolução, a certificação da qualidade hospitalar pela acreditação evidencia um direcionamento positivo para a melhoria da assistência prestada aos usuários, assim como possibilita a classificação crescente de qualidade (FELDMAN, GATTO & CUNHA, 2005).

2.4 VALIDADE DE CONTEÚDO E MÉTODO DELPHI

A validade de um instrumento está na capacidade que o instrumento possui para medir com confiabilidade aquilo que se propõe. Um dos meios de se verificar esta validade é por meio da validade de conteúdo, a qual verifica o quanto os critérios que compõem o instrumento em questão demonstram com representatividade e relevância o universo de todas as questões passíveis de serem feitas sobre o assunto investigado, ou, quando as questões que compõe um instrumento são significativamente representativas e relevantes dentre todas as questões que poderiam ser indagadas sobre o tema (FELDMAN, CUNHA & D'INNOCENZO, 2013; WENDISCH, 2010).

Corroborando com a descrição anterior, Bellucci Junior e Matsuda (2012) e Alexandre e Coluci (2011) afirmam que a validade de conteúdo é um meio de validar se itens que compõe um instrumento são representativos do tema ao qual o instrumento busca avaliar ou explorar.

Quando se trata de desenvolvimento ou adaptação de instrumentos de medida, o estudo de validade de conteúdo é uma ferramenta fundamental para verificar a qualidade do instrumento final (ALEXANDRE & COLUCI, 2011).

A validade de conteúdo trata-se de um processo de julgamento composta por duas etapas. A primeira fase é o desenvolvimento do instrumento seguido pelo julgamento de especialistas. Recomenda-se que neste processo seja utilizado procedimentos quantitativos e qualitativos (ALEXANDRE & COLUCI, 2011).

Conforme exposto, a validação de conteúdo se dá por meio da avaliação de especialistas. Além disso, é altamente recomendável que seja utilizado procedimentos

qualitativos e quantitativos. Assim, o método Delphi é uma técnica amplamente utilizada para avaliação de conteúdo (ALEXRANDRE & COLUCI, 2011; WENDISCH, 2010; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

Segundo Cardoso e colaboradores (2005), o método ou técnica Delphi tem sido um dos instrumentos mais utilizados na realização de estudos prospectivos. Seu nome, Delphi, foi originado de um oráculo que existia na cidade de Delfos, na antiga Grécia, em que se previa o futuro, daí explica sua relação com a prospecção (CARDOSO *et al*, 2005; SCARPARO *et al*, 2012). A utilização da técnica de Delphi como método de previsão foi iniciada na década de 1950 por pesquisadores de uma empresa norte americana, a Rand Corporation (WENDISCH, 2010).

Com o passar do tempo, a técnica Delphi passou a ser aplicada em diversos outros campos além do empresarial, como nos estudos sociológicos, na área da saúde e na implantação de novas tecnologias (SCARPARO, 2012; WENDISCH, 2010). Atualmente as áreas que mais utilizam o método Delphi como ferramenta são educação, saúde e administração, sendo aplicada para avaliação de consenso e validação de ideias, instrumentos e conceitos (COUTINHO *et al*, 2013; WENDISCH, 2010; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

Destaca-se que sua aplicabilidade está relacionada em situações onde ocorra inexistência de dados, carência de dados históricos, necessidade de abordagem interdisciplinar ou para estimular a criação de novas ideias (MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013; SCARPARO, 2012).

Na área da saúde especificamente, o uso de Delphi tem se destinado principalmente para criação de indicadores, modificação de instrumentos para realidade local, avaliação de tendências no sistema de saúde, identificação de competências profissionais e na validação do conteúdo de instrumentos de avaliação e coleta de dados (WENDISCH, 2010).

A utilização da técnica Delphi permite a interação entre participantes com vasta experiência com o tema de interesse, possibilitando o compartilhamento de informações e opiniões entre estes participantes e pesquisador gerando assim um conteúdo de informações altamente especializadas (SCARPARO *et al*, 2012).

A técnica de Delphi se dá por meio de questionários aplicados sucessivamente a especialistas no tema de interesse, denominados juízes, com intuito de chegar a um consenso sobre determinado objeto de estudo (COUTINHO *et al*, 2013; WENDISCH, 2010; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

Scarpato e colaboradores (p. 244, 2012) definiram a técnica de Delphi como “método sistematizado de julgamento de informações, utilizado para obter consenso de especialistas sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases ou ciclos”.

Pressupõe-se que o julgamento coletivo por especialistas, quando organizado de modo adequado, é mais preciso do que a opinião individual (WENDISCH, 2010).

Em relação a definição epistemológica da técnica há controvérsia. Alguns autores a definem como método qualitativo de comunicação colegiada para alcance de consenso (WENDISCH, 2010), enquanto outros autores a definem como método quantitativo (CARDOSO *et al*, 2005). Isso pode ser explicado pelo fato do método utilizar como medida de consenso cálculos estatísticos, e ao mesmo tempo levar em consideração para análise de consenso argumentações dissertativas dos colaboradores (ALEXANRE & COLUCI, 2011; COUTINHO *et al*, 2013; SOUZA & TURRINI, 2012; SCARPARO *et al*, 2012).

O método Delphi é caracterizado por três pilares: anonimato dos juízes, distribuição estatísticas dos pareceres, e das percepções para reavaliação nas próximas rodadas (CARDOSO *et al*, 2005; MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013; WENDISCH, 2010; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000)

O anonimato dos juízes é necessário para que se evite a influência relacionado a posição dos participantes, conflito de interesses ou constrangimento dos participantes que interfiram na veracidade das respostas (CARDOSO *et al*, 2005; COUTINHO *et al*, 2013; MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013)

Retornar as respostas (*feedback*), é indispensável para que os especialistas possam, conhecendo as opiniões do grupo, reavaliar e aprofundar seus julgamentos. Esta etapa reforça o consenso real e válido (CARDOSO *et al*, 2005; COUTINHO *et al*, 2013; MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013).

O tratamento estatístico das respostas, é necessário para que cada especialista e também a própria equipe coordenadora da pesquisa possam verificar a evolução da tendência de consenso (CARDOSO *et al* 2005; COUTINHO *et al*, 2013; MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013).

Além dos pilares mencionados, Scarparo e colaboradores (2012) e Wrigth e Giovinazzo (2000) também salientam como características fundamentais qualificação dos participantes e a realização mínima de duas rodadas.

A operacionalização do método é realizada por fases cíclicas com sucessivas rodadas avaliativas por especialista, sendo as referidas fases: elaboração de questionário para avaliação do conteúdo testado; primeira rodada de avaliação; processamento estatísticos de consenso e de indicadores; seguido de novas rodada de avaliações até que se chegue ao consenso (WENDISCH, 2010).

O primeiro passo para dar início à técnica é a elaboração do questionário de avaliações. Esta é uma etapa crucial. Existem diferentes forma de se elaborar as questões o que pode variar de acordo com objetivo do estudo (SCARPARO, 2012; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000). A elaboração das questões é realizada baseada na literatura relacionada ao tema e troca de informações com técnicos da área (WENDISCH, 2010).

As questões utilizadas podem ser estruturadas, abertas e como recurso muito utilizado na área da saúde questões também podem ser avaliadas por uma escala de valores (ALEXANDRE & COLUCI, 2011; SCARPARO *et al*, 2012).

Um tipo de escala amplamente utilizado nas avaliações Delphi é a escala *Likert*, a qual pode ter uma variação de valores maior ou menor dependendo dos objetivos do pesquisador (COUTINHO *et al*, 2013; SCARPARO, 2012). Os intervalos das escalas podem variar entre quatro e dez opções semânticas (COUTINHO *et al*, 2013)

Neste tipo de escala, cada valor corresponde a um grau de concordância em relação ao item avaliado, no qual o menor número significa discordância total e o maior número tende a concordância plena (COUTINHO *et al*, 2013; BELLUCCI JÚNIOR & MATSUDA, 2012; SCARPARO, 2012; SOUZA *et al*, 2005; SOUSA & TURRINI, 2012)

Não existem regras rígidas de como elaborar o questionário de avaliações. Contudo, recomenda-se que a equipe coordenadora evite eventos compostos, colocações ambíguas e ordenamento de proposições e questionários extensos. Além disso, deve-se utilizar de uma linguagem simples, clara e objetiva que permita a complementação. (SCARPARO *et al*, 2012; WENDISCH, 2010). É extremamente importante que os participantes compreendam as questões de uma mesma forma sem margem de dúvidas (WENDISCH, 2010).

Um ponto fundamental e que caracteriza a técnica Delphi, é a utilização de espaços para que os especialistas possam redigir sugestões e questionamentos para melhorar o item ou argumentar contra a existência dele (ALEXANRE & COLUCI, 2011; COUTINHO *et al*, 2013; SCARPARO *et al*, 2012; SOUZA & TURRINI, 2012).

De forma geral, é imprescindível que os especialistas recebam instruções explícitas e específicas sobre como avaliar cada item, o instrumento como um todo e como preencher o questionário. Nesta ocasião, é importante que o colaborador compreenda o objetivo da pesquisa e o que se espera desta avaliação (ALEXANDRE & COLUCI, 2011; WENDISCH, 2010)

Na primeira rodada de avaliações, o questionário é enviado aos especialistas que concordaram em colaborar com a pesquisa. A partir do retorno dos questionários, a equipe coordenadora contabiliza e analisa quantitativamente e qualitativamente as respostas enviadas pelos especialistas. Os itens avaliados que não obtiveram o consenso, considerando-se o parâmetro de consenso estipulado pelos pesquisadores, são reformulados e reenviados para outra avaliação em nova rodada (MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013; OLIVEIRA, WILLE & MARCHIORE, 2008; SCARPARO *et al*, 2012; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

Com base nos resultados estatísticos e a síntese das argumentações qualitativas dos juízes, é elaborado um novo questionário e então dá-se início à segunda rodada Delphi. Neste segundo momento, os juízes reavaliam os itens que não obtiveram consenso com base nos resultados estatísticos de tendências e dados qualitativos. Este processo se repetirá até que se atinja o consenso (MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013; OLIVEIRA, WILLE & MARCHIORE, 2008; SCARPARO *et al*, 2012; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

O prazo para retorno dos questionários deve ser estabelecido previamente pelos pesquisadores. Este tempo pode variar de acordo com características de cada estudo e do perfil dos especialistas. Alguns estudos relatam que o período de duas semanas é tempo suficiente para responder ao questionário (COUTINHO *et al*, 2013; SCARPARO *et al*, 2012).

Como mencionado, após cada rodada de avaliações é dado início a fase de análise dos dados. O tipo de análise estatística que a ser utilizado em um estudo Delphi dependerá da estrutura de questão utilizada no questionário de coleta de dados (SCARPARO *et al*, 2012; WENDISCH, 2010).

A análise quantitativa do consenso pode ser realizada utilizando diferentes ferramentas estatísticas (COUTINHO 2013; SCARPARO *et al*, 2012; WENDISCH, 2010). Segundo Wendisch (2010), as medidas mais utilizadas são moda, média aritmética, mediana e amplitude inter-quartil. Pode-se utilizar recursos estatísticos simples até mesmo como a distribuição de frequência, o importante é que os participantes tenham a oportunidade de avaliar as tendências de consenso ou dissenso (ALEXANDRE E COLUCI, 2011; CARDOSO *et al*, 2005; WENDISCH, 2010; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

A análise deve ser realizada de forma a associar a avaliação dos dados estatísticos aos principais argumentos realizados pelos especialistas às diferentes tendências de resposta (SCARPARO *et al*, 2012).

O valor definido como consenso é definido pelo pesquisador, sendo que não existe uma regra que estipule o ponto de corte. Este valor deve ser estabelecido antes do início da pesquisa (COUTINHO *et al*, 2013; SCARPARO *et al*, 2012). De acordo com Scarparo e colaboradores, este valor pode variar entre 50 a 80%. Revisão realizada por Coutinho e colaboradores (2013) afirma que o valor mínimo para consenso gira em torno de 75%.

Outra forma de se avaliar o consenso é por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o que segundo Alexandre e Coluci (2011) é uma ferramenta estatística muito utilizado em estudos na área da saúde. O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. É calculado pela soma dos valores positivos de concordância dividido pelo

número total de participantes (ALEXANRE & COLUCI, 2011; BELLUCCI JÚNIOR & MATSUDA 2012). Quando se trata da avaliação de novos instrumentos na literatura, recomenda-se que o IVC possua um valor mínimo aceitável de 0,80 (ALEXANDRE E COLUCI, 2011).

Para avaliar se a legitimidade da concordância estabelecida pela primeira análise estatística, pode-se optar pelo *Inter-rater Agreement* (IRA). Este escore também é conhecido como avaliação entre avaliadores ou teste de fidedignidade e leva em consideração a variância entre as respostas dos juízes, tamanho da amostra e possibilidade de resposta (ALTMAN, 1990; JAMES; DEMAREE; WOLF, 1993; BELLUCCI JÚNIOR & MATSUDA, 2012).

A relação de força de consenso baseado na utilização do IRA pode ser classificada como pobre; fraco, moderado bom e muito bom (JAMES; DEMAREE; WOLF, 1993). O referencial teórico admite como aceitáveis itens que obtenham valores de IRA classificados como bom, o que significa um valor superior a 0,61 pontos (ALTMAN, 1990; JAMES; DEMAREE; WOLF, 1993; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012.)

Para realização de todas as etapas, o tempo descrito em literatura varia de um a dez meses de duração. Aspectos como número de rodadas, perfil dos especialistas, extensão do questionário forma de envio e retorno dos questionários podem ter impacto direto no tempo necessário para condução da pesquisa (COUTINHO *et al*, 2013).

Com a evolução dos tempos o uso de correios eletrônicos, houve favorecimento na interação entre colaboradores em pontos distintos, o que atua como facilitador deste processo através da redução do tempo necessário para recebimento e retorno das avaliações (SCARPARO *et al*, 2012).

O número de rodadas aplicadas aos especialistas pode variar em decorrência da natureza do grupo participantes, complexidade do assunto e heterogeneidade da amostra. Normalmente, as pesquisas apresentam duas a três rodadas (SCARPARO *et al*, 2012; WENDISCH, 2010). De acordo com Wright & Giovinazzo (2000), são incomuns estudos com mais de três rodadas.

Em relação aos participantes do estudo, o tipo de amostragem é não aleatório e intencional, no qual o objetivo é selecionar pessoas com expertise no tema investigado (SCARPARO *et al*, 2012). Nesse sentido, o objetivo é selecionar indivíduos com experiência e alto nível de qualificação relacionado ao objeto de estudo para que se consiga obter um consenso de ideias especializadas (ALEXANDRE & COLUCI, 2011; SCARPARO, 2012).

Encontra-se na literatura a recomendação da inclusão de um questionário para uma breve caracterização desses especialistas e avaliação da qualificação dos participantes (ALEXANDRE & COLUCI, 2011). Os critérios de inclusão estipulados devem ser descritos detalhadamente no estudo para que não haja deturpação dos objetivos e do alcance da pesquisa (SCARPARO *et al*, 2012).

Normalmente, os participantes são selecionados por meio da indicação de informantes-chaves. Além disso, os próprios convidados podem também sugerir a participação de outros especialistas, o que é conhecido como *snow balls* (COUTINHO, 2013; WENDISCH, 2010).

Não existe um número de Juizes determinado para o desenvolvimento da técnica. O número de especialistas pode variar entre um pequeno e grande número, a depender de características relacionadas ao tema investigado (WENDISCH, 2010; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000). Apesar disso, revisão de literatura realizada em 2013 sobre a utilização da técnica Delphi na área da saúde aponta que é recomendável um mínimo de sete especialistas (COUTINHO *et al*, 2013).

Outro fator importante no momento de definir o número de especialistas convidados é que se deve levar em consideração a possível não participação de alguns deles. Estipula-se que 30-50% dos convidados não retornem ao convite de colaboração (COUTINHO *et al*, 2013; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000). A falta de tempo e a sobrecarga de atribuições são apontadas como os principais motivos de não colaboração dos especialistas (SCARPARO *et al*, 2012).

Portanto, o número de participantes da primeira rodada não necessariamente será o mesmo nas rodadas seguintes. Esse fato não impacta a validade e qualidade dos resultados da pesquisa pois o painel de especialistas é composto por especialistas no

assunto, o que descarta a necessidade de representatividade estatística. (SCARPARO *et al*, 2012).

Como estratégia para aumentar a qualidade da amostra, é interessante que haja heterogeneidade entre os especialistas convidados a julgar o projeto. A visão mais ampla do produto em questão trará maior qualidade ao resultado final (WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

Wendisch (2010) aponta que é interessante equilibrar a participação de especialista de diferentes áreas da sociedade, como acadêmicos, pesquisadores e profissionais da área. Entretanto, Wrigth e Giovinazzo (2000) garantem que a heterogeneidade não é fundamental pois a qualidade das avaliações está diretamente relacionada ao grau de experiência dos especialistas com o objeto de estudo.

São descritos como vantagens do método Dephi: reflexão individual e coletiva sem a necessidade de reuniões presenciais que minimiza dificuldade de organização de local e horário, além de minimizar o predomínio da opinião de alguns indivíduos (CARDOSO *et al*, 2005; COUTINHO *et al*, 2013; MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013).

Além disso, o método sem interação presencial evita o desvio de foco com deturpação da discussão (MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013) e permite a interação entre pessoas de localidade distantes e redução dos custos necessários (COUTINHO *et al*, 2013; SCARPARO *et al*, 2012).

Com acesso a análise estatística e às opiniões redigidas pelos colegas, o colaborador é capaz de refletir e mudar de ideia ou se contrapor de forma mais clara (CARDOSO *et al*, 2005; COUTINHO *et al*, 2013; MUNARETTO, CORREA & CUNHA, 2013). A utilização de participantes especialistas traz confiabilidade as informações geradas (MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013; SCARPARO *et al*, 2012).

A interação entre participantes e pesquisador agrega conhecimento não somente pela resposta, mas assim como pela reflexão dos próprios participantes, visto que ele feito de forma que os participantes possam refletir sobre o posicionamento dos demais juízes (CARDOSO *et al*, 2005; MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013; SCARPARO *et al*, 2012).

Como desvantagens, são listados a dificuldade de encontrar e contatar indivíduos com a experiência necessária para avaliação na pesquisa e o retorno das pessoas convidadas a participar. É estimado que em torno de 50% dos participantes abandonam a pesquisa (CARDOSO *et al*, 2005; SCARPARO *et al*, 2012).

3 MÉTODOS

Estudo quantitativo exploratório. A pesquisa exploratória é utilizada quando um tema de interesse ainda não foi explorado de forma satisfatória ou quando não possui dados quantitativos adequados. Portanto, empenha-se em levantar hipóteses, ideias ou padrões ao invés de confirmá-las (MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013).

O presente estudo foi dividido em duas fases: elaboração do instrumento de avaliação de conformidade para serviços de GTM e validação de conteúdo por profissionais de GTM por meio da técnica de Delphi.

3.1 PRIMEIRA FASE: DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADES EM GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA

3.1.1 Levantamento Bibliográfico

Para levantamento dos critérios necessários para o serviço de GTM foi realizada uma revisão bibliográfica não sistemática baseada em pesquisa na BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) - Centro Latino Americano e do Caribe em Informação em Ciências à Saúde. As bases de dados utilizadas foram: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Cochrane (Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane) e SciELO (ScientificElectronic Library Online).

Para a pesquisa foram adotadas as versões em língua inglesa dos seguintes descritores e respectivos qualificadores (apresentados pelo site <https://decs.bvs.br>): “*Medication Therapy Management and Standards*”, “*Medication Therapy Management and Quality*”; “*Pharmaceutical Care and Standards*” e “*Pharmaceutical Care and Quality*”.

Os critérios de seleção dos artigos foram: Trabalhos que descreviam critérios/elementos da prática de AF de acordo com Cipolle, Strand e Morley (2012) e serviço de GTM.

Critérios de exclusão: publicações indisponíveis na íntegra; trabalhos que não descrevem elementos de interesse ou que não deixam claro a metodologia de AF utilizada; trabalhos que abordavam apenas um grupo específico de pacientes.

Língua portuguesa, inglesa e espanhola, e a presença de pelo menos um dos descritores utilizados no título ou resumo do trabalho.

Além da revisão dos critérios do serviço, também foi realizada a revisão das edições disponíveis do Manual Brasileiro de Acreditação da ONA desde 2002 a 2014 avaliando seu conteúdo e estrutura. Foram consideradas nesta revisão publicações e documentos de 1990 a 2015.

3.1.2 Eleição dos Critérios Fundamentais para Funcionalidade do Serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa

Todos os artigos selecionados durante a busca foram lidos em sua apresentação completa exceto aqueles que não puderam ser acessados.

Dos artigos acessados foram destacadas e listadas características-chaves relacionadas à qualidade do serviço de GTM que perpassam desenvolvimento da prática, estrutura e gestão. Ademais, foram levados em consideração artigos quantitativos e qualitativos.

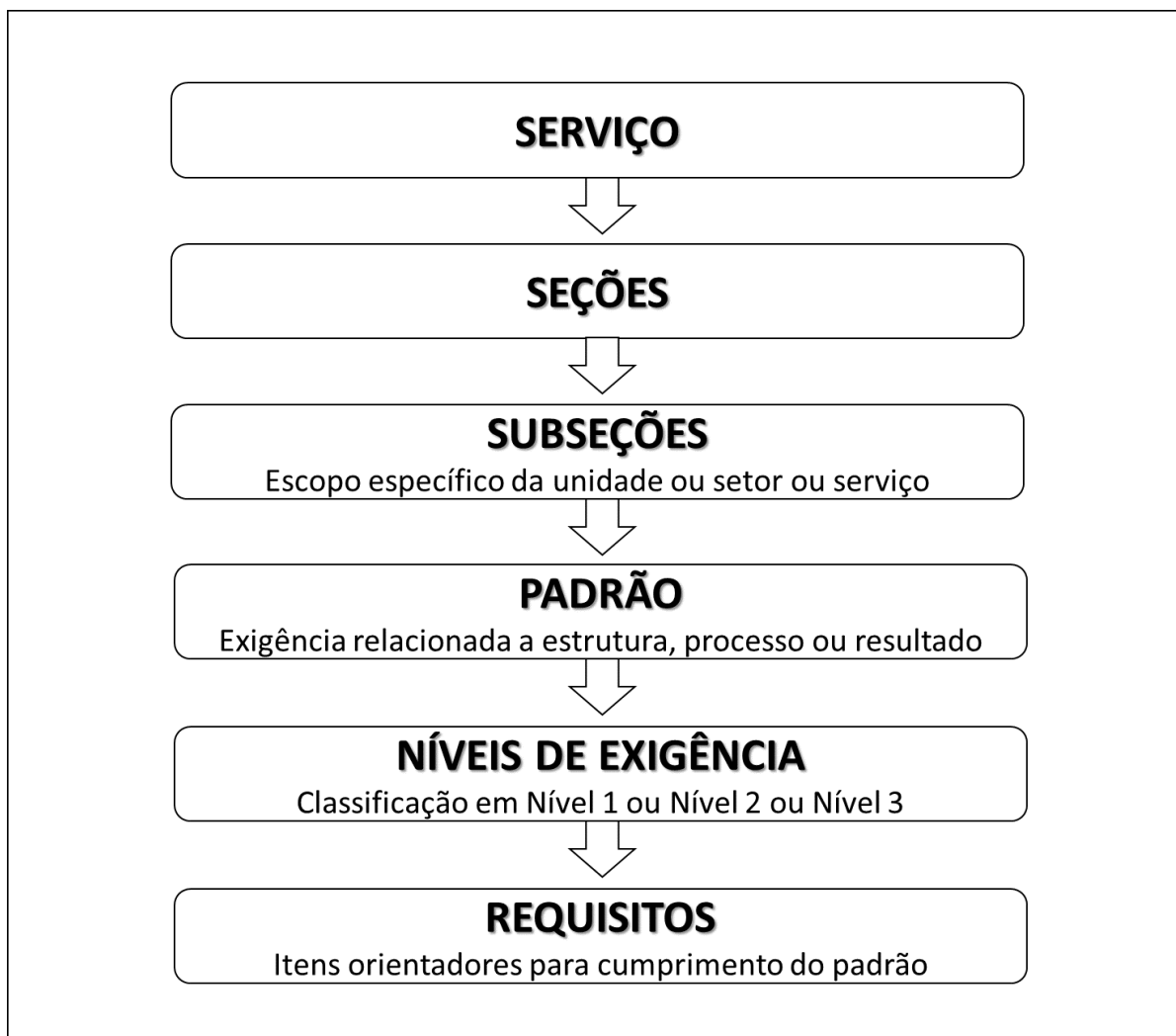
3.1.3 Adaptação do Manual Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação aos Critérios elegidas

O conteúdo extraído da revisão literária foi adaptado e incorporado à estrutura do instrumento utilizado pela ONA nas avaliações de acreditação hospitalar. Vale ressaltar que parte do conteúdo dos manuais brasileiros de acreditação hospitalar da ONA foi mantido por se tratar de características básicas aplicáveis a qualquer serviço de saúde, incluindo o GTM. Por outro lado, itens relativos a componentes específicos não relacionados ao serviço de GTM foram excluídos do instrumento.

Desse modo, todo instrumento foi dividido em seções, sendo cada seção composta por subseções, as quais apresentam o escopo específico da unidade ou setor ou serviço. Por sua vez, cada subseção apresenta três níveis de padrão de conformidade com graus de exigências crescentes. Dentro de cada nível existem critérios que são

características que o serviço deve possuir para cumprir o padrão. A estrutura hierárquica apresentada no instrumento da ONA (Figura 1).

Figura 1. Ilustração adaptada do modelo de Organização do instrumento de avaliação de conformidade da Organização Nacional de Acreditação



Fonte: Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2014).

Sempre que possível foi reproduzida a nomenclatura original utilizada nos manuais revisados. Em casos necessários algumas nomenclaturas e expressões foram adaptadas.

Além disso, para atender critérios essenciais destacados no levantamento bibliográfico foi necessária a criação de uma subseção não existente no material original da ONA. Pelo mesmo motivo, a estrutura do instrumento também foi alterada com a criação de subitens denominados neste estudo de “tópicos”.

3.2 SEGUNDA FASE: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

3.2.1 Amostragem

Para garantir heterogeneidade no grupo de avaliadores o presente estudo buscou envolver na análise participantes experientes em GTM de variadas partes do Brasil, que atuam em diferentes cenários incluindo especialistas em cenário público, privado, pesquisadores, docentes e profissionais de GTM.

Levando em consideração a taxa de não participação descrita na literatura (30-50%) e na tentativa de alcançar o mínimo de juízes recomendável (sete juízes), o estudo estabeleceu um mínimo de 15 juízes. A priori não foi estipulado um número máximo de participantes. Foi enviado convite de participação para 32 potenciais juízes por meio de e-mail e novos participantes foram incluídos por indicação de informantes chave.

3.2.2 Critérios de seleção dos juízes

Foram convidados a participar do estudo farmacêuticos com mínimo de um ano de experiência com GTM, pesquisadores e docentes envolvidos nesta área.

Os potenciais participantes foram contatados por meio de e-mail. Nesta ocasião foi explicado aos convidados o objetivo da pesquisa e como ela se desenvolveria. Anexo ao e-mail foi enviado um pequeno questionário sobre os critérios de inclusão para que os participantes relatassem sua experiência com GTM (APÊNDICE A).

Os participantes receberam um prazo de 25 dias para responderem ao convite e o questionário dos critérios de inclusão. Ao fim do prazo, os questionários dos participantes que aceitaram colaborar foram avaliados e os farmacêuticos que atenderam as exigências do estudo foram selecionados para colaborar com esta pesquisa.

O estudo ocorreu de setembro de 2015 ao início de março de 2016 desde o envio do convite de colaboração até o encerramento da última rodada de avaliações.

3.2.3 Formulário de Avaliação de Concordância

Para que os participantes pudessem avaliar o instrumento criou-se um formulário online de respostas que foi disponibilizado aos colaboradores por e-mail por meio de um link de acesso.

Este formulário foi composto por cinco páginas. A primeira página continha campos de identificação do avaliador que deveriam ser preenchidos com nome completo do juiz e seu respectivo endereço de e-mail. Ainda na primeira página foi apresentado um manual completo com instruções para avaliação e preenchimento do formulário.

As cinco páginas seguintes continham todos os itens que compuseram o instrumento desenvolvido inicialmente e os campos de avaliação.

Cada item apresentado para julgamento era acompanhado por uma escala numérica que deveria ser assinalada pelo avaliador de acordo com seu grau de concordância. A escala utilizada foi do tipo *Likert* com cinco opções a serem assinaladas: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo parcialmente; 3. Indiferente; 4. Concordo parcialmente e 5 Concordo totalmente (quadro 5) (SOUSA & TURRINI, 2012).

Quadro 5. Escala de *Likert* de Grau de Confiança

ESCALA DE LIKERT DE GRAU DE CONFIANÇA GRADUAL (SOUSA & TURRINI, 2012)				
DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO PARCIALMENTE	INDIFERENTE	CONCORDO PARCIALMENTE	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5

Além disto foram disponibilizados espaços para que os participantes pudessem manifestar opiniões explícitas por extenso sobre todo e qualquer item que compôs o instrumento, sugerir alterações, retiradas ou acréscimos de critérios.

Todos os campos de preenchimento, com exceção dos campos de argumentação, foram considerados de caráter obrigatório. Portanto, para conseguir finalizar a avaliação do instrumento, o participante teve que avaliar todas as questões contidas no formulário.

3.2.4 Primeira Rodada de Delphi

Os participantes receberam um e-mail dando início a primeira rodada Delphi no dia 20/10/2015. O e-mail continha uma explicação sobre o desenvolvimento da primeira rodada, o prazo para avaliação do instrumento, um link de acesso ao formulário avaliativo e em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que deveria ser assinado e encaminhado ao pesquisador por e-mail.

O prazo inicial para avaliação informado aos participantes foi de 25 dias para responder ao formulário. Entretanto, este prazo foi prorrogado a pedido de alguns avaliadores. Desta forma, o prazo final foi estendido por mais 16 dias e os participantes puderam enviar suas respostas. Participantes que não enviaram suas respostas até o fim deste prazo foram excluídos do estudo (WENDISCH, 2010).

Com intuito de ampliar o número de colaboradores os participantes receberam e-mails com lembretes sobre o fim do prazo para avaliação do instrumento. Aqueles que não responderam ao questionário até o prazo inicial, receberam novo e-mail avisando da extensão do prazo final.

Ao fim da primeira rodada de avaliações, os dados do formulário foram tabulados e analisados estatisticamente por meio do IVC e do IRA para verificação de consenso (ALTMAN, 1990; JAMES; DEMAREE; WOLF, 1993; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

O IVC foi aplicado como objetivo avaliar a taxa de juízes que concordam com o item que está sendo julgado. Ele foi calculado através da soma dos valores que representam concordância (neste caso 5 e 4) dividido pelo número total de avaliadores. Critérios que obtiveram IVC maior ou igual a 85% foram considerados consenso. O IVC foi calculado de acordo com a fórmula abaixo:

$$IVC = \frac{\sum 5 + \sum 4}{n}$$

Após análise de IVC, foi realizado o cálculo de IRA, também conhecido como relação entre avaliadores ou análise de fidedignidade. Este cálculo é utilizado para avaliar se consenso obtido é significativo e fiel a realidade. Assim, o IRA foi calculado levando-se em consideração a variação entre as respostas dos juízes, o tamanho da amostra

e o número de possibilidades (ALTMAN, 1990; JAMES; DEMAREE; WOLF, 1993; BELLUCCI JÚNIOR & MATSUDA, 2012).

$$r_{wg} = (\sigma E^2 - Sx^2) / \sigma E^2 = 1 - (Sx^2 / \sigma E^2)$$

Onde Sx^2 é valor da variância entre respostas e σE^2 é o valor representativo da quantidade de possibilidades. Utilizando uma escala Likert de 5 pontos o valor de σE^2 tabelado é igual a 2. Portanto, utilizando a formula simplificada o cálculo é realizado da seguinte maneira (JAMES; DEMAREE; WOLF, 1993):

$$r_{wg} = (2 - Sx^2) / 2$$

Foram considerados aceitos itens com IRA maior ou igual a 61%. Segue abaixo a classificação de força de consenso segundo avaliação do IRA (tabela 1):

Tabela 1. Escala de força de consenso

PONTUAÇÃO (IRA)	CLASSIFICAÇÃO
0,00 A 0,20	POBRE
0,21 A 0,40	FRACO
0,41 A 0,60	MODERADO
0,61 A 0,80	BOM
0,81 A 1,00	MUITO BOM

Portanto, valores de IVC que obtiveram valores iguais ou maiores a 85% (0,85) e valores de IRA maior ou igual a 61% (0,61) foram considerados aprovados estatisticamente. Os Itens com valores abaixo do estipulado foram reformulados e enviados para nova avaliação na segunda rodada Delphi.

Tabela 2. Análise de consenso final

RESULTADO DO IVC	RESULTADO DO IRA	CONSENSO FINAL
> 0,85 (OU 85%)	VALOR \geq 0,61	ACEITO
> 0,85 (OU 85%)	VALOR < 0,61	REAVALIAR
< 0,85 (OU 85%)	VALOR \geq 0,61	REAVALIAR
< 0,85 (OU 85%)	VALOR < 0,61	REAVALIAR
> 0,85 (OU 85%)	VALOR \geq 0,61	ACEITO

Após avaliação quantitativa, foi realizado a avaliação qualitativa das argumentações dos juízes. Foi elaborado um compilado das argumentações de cada item e estas foram organizadas e expostas em relatório que foi disponibilizado na segunda rodada. Para muitas argumentações foi emitida resposta pelo pesquisador que foi anexada ao relatório mencionado. Alguns itens que obtiveram resultado estatístico satisfatório ($IVC \geq 0,85$ e $IRA \geq 0,61$) foram reformulados para envio na segunda etapa para a reavaliação devido as sugestões e questionamentos realizados pelos juízes.

3.2.5 Segunda Rodada de Delphi

A segunda rodada foi iniciada no dia 29/01 de 2016. Os participantes receberam prazo de 38 dias para responderem ao questionário. Após reformulação do instrumento, foi elaborado uma segunda versão do formulário online que deveria ser avaliada pelos aos participantes nesta etapa. (WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

Junto com o novo questionário de avaliação foi enviado aos participantes em anexo o resultado da análise da quantitativa e qualitativa da primeira rodada. Desse modo, os juízes puderam tomar decisões com base na argumentação dos demais colaboradores e na tendência de concordância do grupo de especialistas. Vale ressaltar que nenhum participante teve o nome vinculado às respostas (COUTINHO, 2013; WENDISCH, 2010; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

Assim como o primeiro formulário avaliativo, o link de acesso foi disponibilizado aos juízes por e-mail. O novo formulário continha apenas os itens que demandaram novo julgamento ou novos itens incluídos. Para cada item foi exposto sua descrição do conforme proposta original, as considerações dos juízes realizadas na primeira etapa, em alguns casos também foi exposta a resposta do pesquisador para esclarecimento de pontos críticos, o parecer para aquele item baseado no resultado da análise estatística (aprovado ou reprovado) e, por fim, o item reformulado ou formulado (no caso de novos itens). Além disso, para cada item anexou-se escala numérica com valores de 1 a 5 representando o grau de concordância de acordo com escala *Likert*.

Após recebimento das avaliações de segunda rodada foi realizada tabulação dos dados e nova análise estatística dos resultados. Por ausência de itens com IVC menor que 85% e IRA menor que 61% as rodadas Delphi foram encerradas (ALTMAN, 1990;

JAMES; DEMAREE; WOLF, 1993; BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). A partir de então o instrumento foi reformulado em sua versão final e enviado aos juízes em conjunto com novo relatório de análise estatística. (FELDMAN, CUNHA & D'INNOCENZO, 2013; WENDISCH, 2010; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

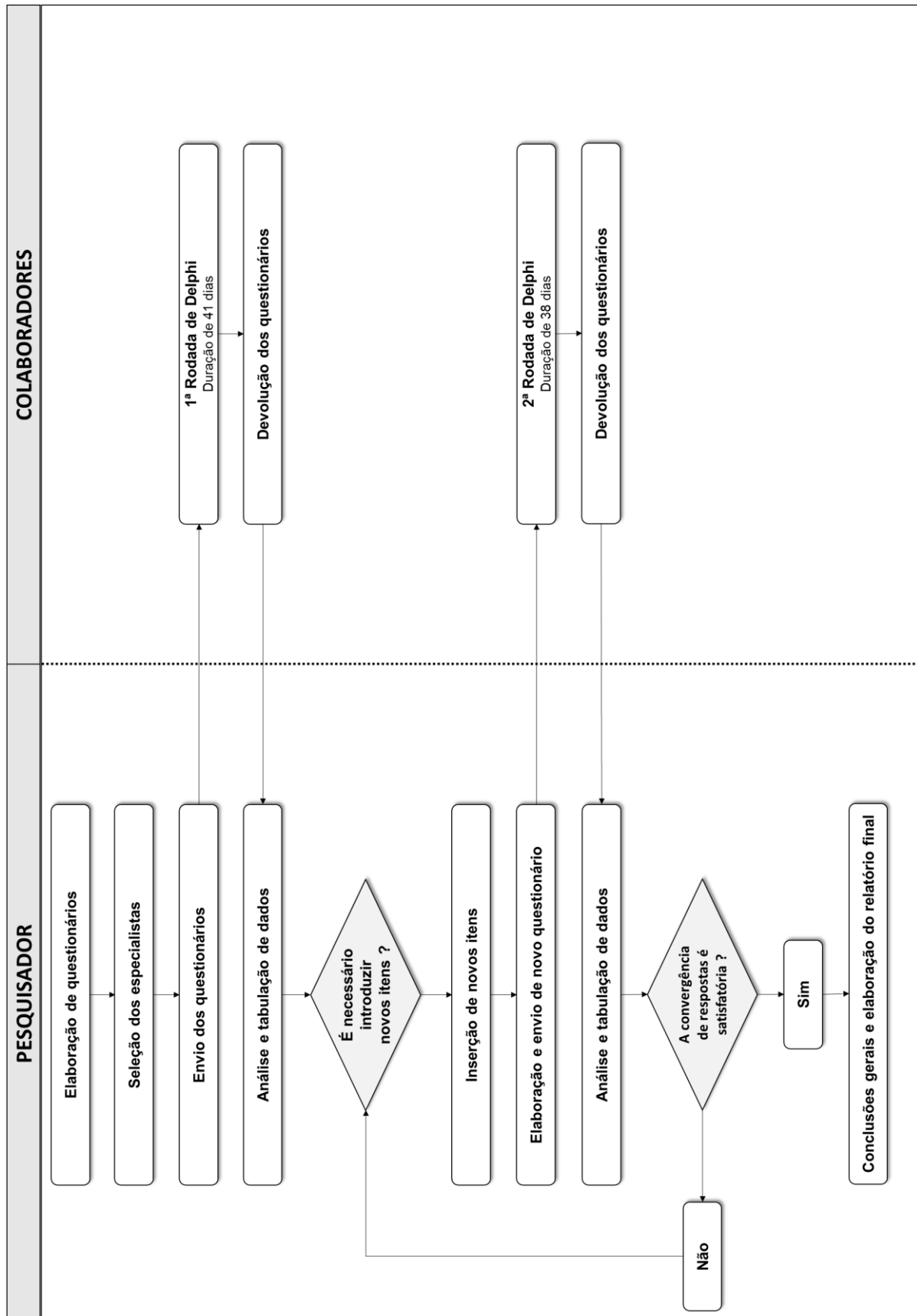
O projeto que sustenta a presente investigação, denominado “Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no sistema único de saúde” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG) e possui número de registro CAAE 25780314.4.0000.0149.

Todas as informações dos participantes, as respostas e as sugestões enviadas foram tratadas e analisadas de forma confidencial. Apenas foram incluídos dados de participantes que tiverem assinado o TCLE (APÊNDICE B).

3.4 RIGOR DA PESQUISA

O anonimato dos participantes evitou o viés de influência ou conflitos de interesse. Foram convidados a participar da pesquisa sujeitos de diferentes características. A heterogeneidade dos participantes visou minimizar viés de opiniões específicas de grupos regionais. Com a finalidade de assegurar a concordância legítima entre o grupo de juízes, foi aplicado o teste estatístico de fidedignidade (IRA).

Figura 2. Fluxograma da técnica de *Delphi*



Legenda: Fluxograma da aplicação da técnica de Delphi no presente estudo. Adaptado de WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000.

4 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho serão apresentados em duas etapas: Desenvolvimento do instrumento de avaliação de conformidade, no qual consta o levantamento bibliográfico e a adaptação dos critérios de qualidade do serviço GTM ao MBAH; Validação do instrumento pela técnica de Delphi, sendo que este aborda a análise do perfil dos juízes e da concordância entre as rodadas de avaliações Delphi.

4.1 PRIMEIRA FASE: DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADES EM GTM

4.1.1 Levantamento Bibliográfico

Encontrou-se na busca um total de 1040 artigos. Após avaliar o título e a adequação do conteúdo presente nos resumos, selecionou-se para leitura completa, 108 publicações.

Após análise na íntegra, passaram a integrar o levantamento bibliográfico 17 publicações (Quadro 6). Dentre as publicações utilizadas, se encontram estudos científicos quantitativos e qualitativos, além de documentos normativos ou educativos de instituições relacionadas ao desenvolvimento de serviços de GTM. Além disso, 15 publicações são originadas dos EUA, 1 da Índia e 1 do Brasil.

Alguns fatores dificultaram a busca literária, sendo os principais: Termo “*quality*” relacionando-se a qualidade de vida; impossibilidade de acesso a publicações completas; artigos relacionados a práticas que contemplam apenas um grupo específico de pacientes; artigos relacionados a outros serviços farmacêuticos que não o GTM e associação de *Pharmaceutical Care* a outros serviços ou seguimentos farmacêuticos.

Quadro 6. Documentos selecionados para a construção do instrumento de avaliação de conformidades de serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa

AUTOR	TÍTULO	PAÍS	ANO	FONTE DEDADOS
Aguiar <i>et al.</i>	Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto.	BRA	2013	Revista de Ciência Farmacêutica Básica Aplicada
AMCP	Sound Medication Therapy Management Programs. Consensus Document.	EUA	2006	Academy of Managed Care Pharmacy
ASCP	Guidelines for medication therapy management services in long-term care facilities.	EUA	2006	The Consultant Pharmacist®
ASHP	Medication Therapy and Patient Care: Organization and Delivery of Services-Guidelines.	EUA	2003	American Journal of Health-Syst Pharmacy
Currie	Identification of essential elements in the documentation of pharmacist-provided care.	EUA	2003	Journal of the American Pharmacists Association
Divine <i>et al.</i>	Pharmacist CARE: Description of a pharmacist care service and lessons learned along the way.	EUA	2008	Journal of the American Pharmacists Association
Doucette <i>et al.</i>	Factors affecting Medicare Part D beneficiaries decision to receive comprehensive medication reviews	EUA	2013	Journal of the American Pharmacists Association
Holtorf <i>et al.</i>	Systematic review on quality control for drug management programs: is quality reported in the literature?	EUA	2009	BMC Health Services Research
Horton <i>et al.</i>	Standardized Patient Counseling Rubric for a Pharmaceutical Care and Communications Course.	EUA	2013	American Journal Pharmaceutical Education
Lauffenburger <i>et al.</i>	Design of a medication management program for Medicare beneficiaries: Qualitative findings from patients and physicians.	EUA	2012	American Journal of Geriatric Pharmacotherapy
McGivney <i>et al.</i>	Medication therapy management: its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care.	EUA	2007	Journal of the American Pharmacists Association
Millonig	Mapping the route to medication therapy management documentation and billing standardization and interoperability within the health care system: meeting proceedings.	EUA	2009	Journal of the American Pharmacists Association
Rose <i>et al.</i>	Effect evaluation of an interprofessional medication therapy management approach for multimorbid patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial in community care (WestGem study protocol).	EUA	2015	BMC Family Practice
Schneider	Medication Therapy Management: An Evolution of Change.	EUA	2010	America's Pharmacist
Shah & Markel & Wilken	Medication therapy management clinic: perception of healthcare professionals in a University medical center setting.	EUA	2013	Pharmacy Practice
Simenson & McGivney	Medication Therapy Management Services: Creating a Patient Care Process for MTM in Your Practice.	EUA	2007	The Consultant Pharmacist®
Tumkur <i>et al.</i>	Pharmaceutical care: need of the hour in India.	IND	2012	Journal of Young Pharmacists

4.1.2 Adaptação dos Critérios de Qualidade do Serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa ao Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar

O instrumento foi elaborado seguindo a estrutura utilizada pela ONA (BRASIL, 2002 b).

Após revisão das versões disponíveis do MBAH, o conteúdo aplicável ao serviço de GTM foi selecionado para compor o instrumento original proposto por este estudo. Conteúdos que se dirigiam apenas a serviços hospitalares ou de unidades de atendimento específicas, como enfermagem e laboratórios de análises clínicas dentre outros foram excluídos por não se referirem ao escopo desta pesquisa.

Os critérios de qualidade específicos do serviço de GTM identificados no levantamento bibliográfico foram adaptados ao instrumento utilizado como base MAHB. O quadro 7 apresenta os critérios identificados na literatura consultada como essenciais.

Ao fim desse processo, a primeira versão do instrumento apresentou-se com quatro seções, sete subseções; sendo que cada subseção apresentava três níveis de padrão com seus respectivos critérios de conformidade assim como no referencial teórico utilizado. É válido ressaltar que a primeira versão do instrumento contou com 130 itens de avaliação do serviço.

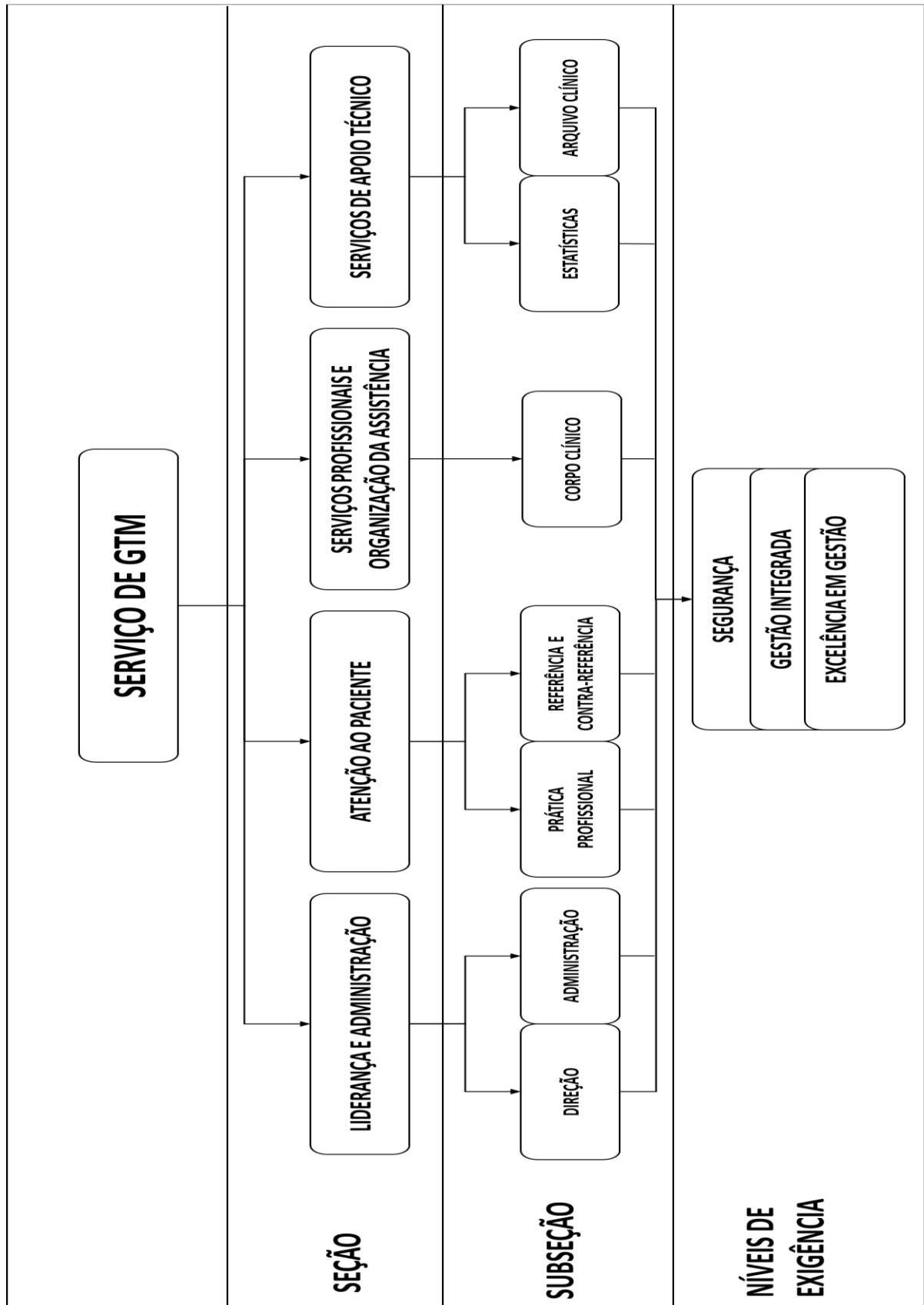
Além das subseções adaptadas do material da ONA foi criada nova subseção denominada “Prática profissional” e dentro desta subseção também foi adicionada de uma nova subcategoria denominada “Tópico”. A adição destas estruturas foi necessária para se adequar às exigências específicas do serviço de GTM, favorecendo, assim, o processo de avaliação.

O instrumento foi organizado em forma de quadro. Para cada item que deveria ser atendido pelo serviço em processo de acreditação, existe um campo para que avaliador assinale comum “X” caso este esteja ou não em conformidade com o padrão desejável.

Quadro 7. Critérios de Gerenciamento de Terapia Medicamentosa selecionados para a construção do instrumento de avaliação de conformidades(continua)

NÚMERO	CRITÉRIOS DE GTM SELECIONADOS PARA A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADES	Aguar (2013)	AMCP (2006)	ASCP (2006)	ASHT (2003)	Currie (2003)	Divine (2008)	Doucette (2013)	Hofort (2009)	Horton (2013)	Lauffenbueger (2012)	McGivney (2007)	Millonig (2009)	Rose (2015)	Schneider (2010)	Shah (2013)	Simenson (2007)	Tumkur (2012)	
01	Instituir cuidado em saúde centrado no paciente.	N	S	N	N	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	N	S	N	N
02	Estabelecer prática inserida em um contexto multiprofissional.	N	S	S	N	N	S	N	N	N	S	N	S	S	N	S	S	N	N
03	Realizar prática clínica baseada em evidências.	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
04	Garantir existência de sistema de informação integrada.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	S	N	N
05	Implementar cuidado continuado.	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	S	N	N
06	Realizar revisão sistemática da farmacoterapia.	N	N	N	N	N	N	S	N	N	S	S	N	N	S	S	S	N	N
07	Assegurar incorporação do paciente como parte do processo.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
08	Intervir para resolver e prevenir PRM.	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N	S	N	S	S	N
09	Realizar educação em saúde.	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	S	N	N
10	Determinar execução do GTM por farmacêutico ou pessoa qualificada para tal função.	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
11	Avaliar estado de melhora dos pacientes em relação a sua condição clínica.	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S
12	Aferir a satisfação dos pacientes e familiares com o serviço.	S	N	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
13	Aferir a satisfação dos profissionais relacionados com o desempenho do serviço.	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
14	Estipular estratégias necessárias para melhoria contínua de qualidade.	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
15	Assegurar a existência de canal de comunicação efetiva entre cuidadores.	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	S	S	N	N

Figura 3. Organograma do instrumento proposto pela pesquisa



4.2 SEGUNDA FASE: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADES PELA TÉCNICA DELPHI

4.2.1 Análise do Perfil dos Especialistas que Compõe o Grupo de Juízes

Foram enviados convites de participação para 32 farmacêuticos. Destes, 22 responderam confirmando disponibilidade e interesse em colaborar com este estudo. Ao fim da primeira rodada Delphi, vinte juízes responderam o questionário, gerando uma taxa de retorno de 90,9%.

Dezessete juízes avaliaram o instrumento na segunda rodada. Portanto a taxa de retorno obtida foi de 77,3% em relação ao número de juízes que concordaram em participar da pesquisa e de 85,0% em relação aos participantes que de fato colaboraram com a primeira rodada de avaliações.

Os juízes foram questionados sobre qual a relação que eles possuíam com o serviço de GTM. Os participantes declararam já terem atuado até o momento como pesquisadores, docentes, e profissionais de GTM. Alguns participantes afirmaram possuir experiência em mais de uma das áreas de atuação. O percentual de participantes que já atuaram nas atribuições referidas encontra-se na tabela 3 a seguir:

Tabela 3. Frequência de área de atuação dos juízes

PESQUISADOR	DOCENTE	CLÍNICO	Nº TOTAL
90,40%	38,10%	80,95%	20

Todos os participantes declararam possuir mais de um ano de experiência com Atenção Farmacêutica/GTM.

Em relação a quantidade de tempo de experiência que tiveram com as atividades de ensino, pesquisa e clínica, 64,70% dos participantes declararam ter tido algum tipo de envolvimento com atividades de ensino de GTM. Dentre eles o máximo de tempo declarado foi 13 anos de atividades de ensino e o mínimo foi 1 ano.

Vale ressaltar que todos participantes declararam possuir algum tempo de experiência como pesquisador na área de GTM, cujo o máximo de tempo declarado foi 13 anos e o mínimo foi 1 ano.

Além disso, 94,1% declararam já terem exercido atividade clínica de GTM, sendo o maior tempo de experiência com a prática clínica 15 anos e o mínimo 2 meses.

Portanto, notou-se que o grau de experiência com as áreas de atuação relacionadas ao GTM foi bastante variado (Tabela 4).

Tabela 4. Tempo de experiência em anos dos juízes de acordo com a atividade

TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM ANOS CONFORME ATIVIDADE			
ESPECIALISTA	ENSINO	PESQUISA	CLÍNICA
JUIZ 01	0	1	1
JUIZ 02	0	1	1,5
JUIZ 03	1	5	5
JUIZ 04	0	1	1,5
JUIZ 05	0	4	4
JUIZ 06	3	7	4
JUIZ 07	1	1	2
JUIZ 08	3	3	5
JUIZ 09	8	6	15
JUIZ 10	5	6	11
JUIZ 11	0	1,25	0
JUIZ 12	0	2	0,83
JUIZ 13	2,5	4	6,5
JUIZ 14	1	2,5	3
JUIZ 15	2	2	4
JUIZ 16	1	3	1
JUIZ 17	3	2	5
JUIZ 18	9	9	10
JUIZ 19	13	13	15
JUIZ 20	4	8	8
MÉDIA DOS JUÍZES	2,83	4,09	5,17

Da primeira para segunda rodada houve aumento de 3,7 % na proporção de participantes que declaram ter experiência como docente, queda de 8,7% como pesquisador e aumento de 1,4 % como clínico de GTM (Tabela 5).

Tabela 5. Atividades desenvolvidas pelos juízes participantes na primeira e segunda rodada

ATIVIDADES RELACIONADAS AO GTM REALIZADAS PELOS JUÍZES		
ATIVIDADE	1ª RODADA (%)	2ª RODADA (%)
PESQUISADOR	90,48	94,12
DOCENTE	38,10	29,41
CLÍNICO	80,95	82,35

4.2.2 Resultados da Análise da Primeira Rodada de Delphi

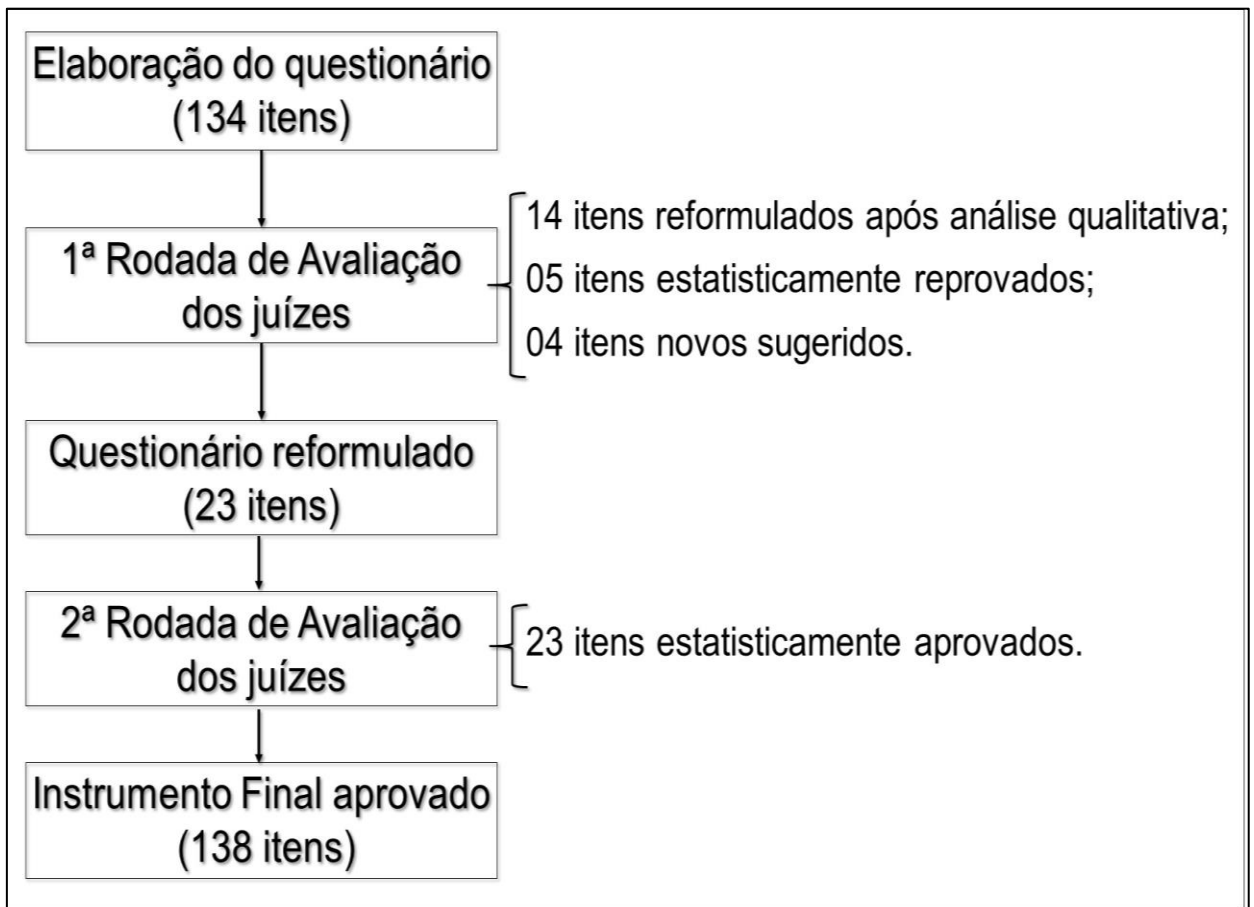
O instrumento desenvolvido foi composto por 3 tipos de itens que deveriam ser julgados pelos juízes. Sendo estes: Descrição do conteúdo da seção; Descrição do padrão para cada nível ou tópico e Critério de conformidade.

Na primeira rodada os juízes julgaram quantitativamente e qualitativamente todos os itens contidos no instrumento proposto.

Itens que foram reprovados ou aprovados estatisticamente, mas que tiveram sugestões de modificação pelos juízes foram reformulados e reenviados para segunda rodada Delphi. Itens aprovados estatisticamente e que não tiveram sugestões de modificação foram considerados em consenso total, ou seja, aprovados completamente e não participaram da segunda rodada de avaliações.

O instrumento original avaliado na primeira rodada Delphi contemplava 134 itens. Dentre eles, 115 obtiveram o consenso total, 14 foram aprovados estatisticamente, mas reformulados por sugestão dos juízes e 5 itens foram reprovados estatisticamente (Figura 4).

Figura 4. Fluxograma com resumo da elaboração do instrumento de conformidades



Ao fim da primeira rodada, foram adicionados 4 novos itens sugeridos pelos juízes para análise na segunda rodada de Delphi. Assim, foram enviados para segunda rodada de Delphi o total de 23 itens. O instrumento reformulado após segunda fase contou com um total de 138 itens (APÊNDICE C).

4.2.3 Itens Reformulados Após Primeira Rodada de Delphi

A seguir serão apresentados os 23 itens que foram enviados para a próxima fase de avaliação. Os itens serão apresentados por seção e por subseção seguindo a ordem estrutural do instrumento elaborado neste estudo. No texto, cada item será apresentado em sua forma original por extenso em itálico e a sua frente em negrito o código que foi atribuído a este item para facilitar sua exposição na apresentação dos resultados.

A seção “Liderança e administração” (Seção 1) apresentou um total de 5 itens reformulados e enviados para nova análise, sendo que apenas 1 item obteve valor estatisticamente insatisfatório e 4 itens foram reformulados mediante as considerações dos juízes (Tabela 6).

Tabela 6. Análise estatística da primeira rodada de Delphi da Seção 1

ITEM AVALIADO	IVC	IRA	ACEITE
ITEM 1	0,90	0,86	Sim
ITEM 2	0,86	0,66	Sim
ITEM 3	0,90	0,71	Sim
ITEM 4	0,90	0,57	<u>Não</u>
ITEM 5	0,85	0,67	Sim

Legenda: Índice de Validade de Conteúdo (IVC); Inter-rater Agreement (IRA).

Item (I.1) → “*Esta seção apresenta as subseções relacionadas ao sistema de governo da organização. Nela estão presentes subseções ligadas aos aspectos de liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o cliente/usuário/paciente*”.

- A descrição do conteúdo desta seção foi aprovada estatisticamente, mas foi reformulada mediante sugestão dos juízes. Os juízes tiveram dúvida quanto a clareza do item e pediram maiores explicações sobre termo “sistema de governo da organização” utilizado.

Item (I.2) → “*Profissional responsável capacitado pela direção do serviço*”.

- Foi aprovado estatisticamente, entretanto os juízes questionaram o sentido da frase sugerindo a reformulação da frase para clarear o objetivo do item.

Item (I.3) → “*Permanência de um dos membros da Diretoria, por, no mínimo, seis horas na Instituição em dias úteis, na coordenação das atividades do serviço de GTM*”

- Também foi aprovado estatisticamente, mas enviado para segunda rodada mediante sugestão dos juízes que questionaram a aplicabilidade do item em diferentes cenários de prática.

Item (I.4) → “*Apresenta registros que evidenciem a memória dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão da organização (atas de diretoria, registros de reuniões ou outros procedimentos de documentação)*”.

- Foi reprovado estatisticamente. Este critério atingiu um valor abaixo do aceitável na avaliação de fidedignidade do consenso (IRA). Juízes sugeriram a correção do erro ortográfico da palavra “ organização”.

Item (I.5) → “Sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos”

- Foi aprovado estatisticamente, mas questionou-se a definição de clientes internos e clientes externos.

Na seção “Atenção ao paciente” (Seção 2) foram reformulados 7 itens, dentre eles 2 foram reprovados estatisticamente na primeira rodada. Além disso, foram adicionados 4 novos itens sugeridos pelos juízes (Tabela 7).

Tabela 7. Análise estatística da primeira rodada de Delphi da Seção 2

ITEM AVALIADO	IVC	IRA	ACEITE
ITEM 6	0,95	0,92	Sim
ITEM 7	0,86	0,52	<u>Não</u>
ITEM 8	-	-	<u>Novo Item</u>
ITEM 9	-	-	<u>Novo Item</u>
ITEM 10	-	-	<u>Novo Item</u>
ITEM 11	-	-	<u>Novo Item</u>
ITEM 12	0,95	0,95	Sim
ITEM 13	0,95	0,93	Sim
ITEM 14	0,90	0,76	Sim
ITEM 15	0,76	0,66	<u>Não</u>
ITEM 16	0,85	0,69	Sim

Legenda: Índice de Validade de Conteúdo (IVC); Inter-rater Agreement (IRA).

Item (I.6) → “*Esta seção agrupa as unidades e serviços tipicamente “assistenciais”, ou seja, todos aqueles em que existe o contato direto com o usuário, um processo ou serviço clínico assistencial desenvolvido, uma equipe clínica e multiprofissional envolvida*”.

- A descrição do conteúdo desta seção obteve valores estatísticos satisfatórios, entretanto os juízes consideraram o termo “contato direto com usuário” improprio para o serviço de GTM.

Item (I.7) → “Sonda o entendimento do paciente sobre sua farmacoterapia”

- Foi reprovado estatisticamente pela análise de fidedignidade. Os juízes *consideraram o conteúdo do referido critério muito semelhante ao do conteúdo de outro critério do instrumento.*

Os juízes sugeriram adição de novos itens (I.8, I.9, I.10, I.11) para esta subseção:

Item (I.8) → *“Todos os itens relevantes são devidamente documentados”.*

Item (I.9) → *“Previne e identifica PRM”.*

Item (I.10) → *“O profissional checa indicação, efetividade e segurança de todos os medicamentos, e a conveniência/adesão do paciente à farmacoterapia ”.*

Item (I.11) → *“Registra o estado clínico do paciente”.*

Item (I.12) → *“Coleta evidências clínica e/ou laboratoriais para verificar os resultados e confrontá-los aos objetivos terapêuticos. Coleta evidências clínicas e/ou laboratoriais para determinar a segurança dos medicamentos. Registra o estado clínico do paciente e quaisquer alterações na farmacoterapia que sejam necessárias. Avalia o paciente para identificação de novos problemas. Marca uma nova data para avaliação”.*

- A descrição deste padrão foi aprovada estatisticamente, entretanto juízes recomendaram a substituição do termo “clínico do paciente” por “Registra a situação clínico farmacoterapêutica do paciente e quaisquer alterações na farmacoterapia que sejam necessárias”.

Item (I.13) → *“Determina o estado do paciente de acordo com avaliação inicial”.*

- Foi aprovado estatisticamente. Entretanto os juízes solicitaram adequação do critério de forma que fique claro que avaliação do estado de saúde não se refere apenas a avaliação inicial.

Item (I. 14) → *“A efetividade, segurança e adesão do paciente são revisados”.*

- Aprovado estatisticamente, juízes solicitaram alteração na frase.

Item (I.15) → *“Utiliza as informações de todas as partes interessadas no ciclo de melhorias”.*

- Item reprovado na análise de fidedignidade de consenso. Juízes solicitaram explicações sobre o termo técnico “ ciclo de melhorias”.

Item (I.16) → *“Possui relação de serviços e/ou centros de referência em especialidades, para os quais devem ser encaminhados os casos que extrapolem o potencial resolutivo da instituição”.*

- A descrição do padrão foi aprovada estatisticamente. Os juízes aconselharam a troca do termo “encaminhados” para “referenciados” para que se crie maior harmonia com o conteúdo da subseção.

Apenas um item da seção “Serviços Profissionais e Organização de Assistência” (Seção 3) foi reformulado para segunda rodada (Tabela 8).

Tabela 8. Análise estatística da primeira rodada de Delphi da Seção 3

ITEM AVALIADO	IVC	IRA	ACEITE
ITEM 17	0,95	0,98	Sim

Legenda: Índice de Validade de Conteúdo (IVC); Inter-rater Agreement (IRA).

Item (I.17) → *“Corpo clínico, legalmente habilitado, que atua no acompanhamento contínuo dos pacientes durante todo horário previsto de funcionamento do serviço, de acordo com as normas definidas no Regimento Interno”.*

- Aprovado estatisticamente. Os juízes ressaltaram as limitações do critério.

A seção “Serviços de Apoio Técnico” (Seção 4) contou com 6 itens reformulados, dentre eles apenas 2 itens foram reprovados estatisticamente (Tabela 9).

Tabela 9. Análise estatística da primeira rodada de Delphi da Seção 4

ITEM AVALIADO	IVC	IRA	ACEITE
ITEM 18	0,90	0,72	Sim
ITEM 19	0,90	0,56	<u>Não</u>
ITEM 20	0,95	0,93	Sim
ITEM 21	0,90	0,85	Sim
ITEM 22	0,81	0,50	<u>Não</u>
ITEM 23	0,90	0,88	Sim

Legenda: Índice de Validade de Conteúdo (IVC); Inter-rater Agreement (IRA).

Item (I.18) → *“A presente seção denominada Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento, visa a agrupar todos aqueles serviços que envolvem uma ação técnica especializada, mas que também se caracterizam por envolver processos de abastecimento, fornecimento, estocagem, produção e/ou serviços técnicos*

especializados de apoio e ação assistencial e as equipes profissionais que realizam a terapêutica”.

- O conteúdo da seção foi aprovado estatisticamente. Entretanto, os juízes solicitaram esclarecimento da descrição do conteúdo.

Item (I.19) → *“Organização dispõe de local específico e adequado para o arquivamento e manutenção do prontuário clínico dos clientes/pacientes assistidos pelos serviços; o prontuário é legível, em perfeito estado, sem rasuras, assinado pelo profissional responsável e segue uma ordem lógica e contínua com: registro da avaliação inicial, história clínica, evolução, plano de cuidado, avaliação de resultados e informações complementares pertinentes (exames, pareceres, etc.) ”.*

- Item reprovado na análise de fidedignidade de consenso. Os juízes ressaltaram que parte da descrição não contempla serviços que possuem registros eletrônicos.

Item (I.20) → *“Sistema de organização dos arquivos clínicos, impressos e métodos utilizados para a composição do prontuário”.*

- Aprovado estatisticamente. Foi ressaltado pelos avaliadores que “impressos” não contempla serviços com registros eletrônicos.

Item (I.21) → *“Prontuários completos, legíveis datados e assinados com a respectiva identificação do profissional responsável”.*

- Item aprovado estatisticamente, entretanto os juízes sugeriram adequação do critério para atender a serviços que realizam registros eletrônicos.

Item (I.22) → *“Sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos)”.*

- Item reprovado no teste de fidedignidade de consenso. Os juízes solicitaram detalhamento sobre clientes internos e externos.

Item (I.23) → *“Sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos)”.*

- Reprovado na análise de fidedignidade”. Avaliadores solicitaram esclarecimento de clientes internos e externos.

4.2.4 Resultados da Análise de Concordância da Segunda Rodada de Delphi

Todos os vinte três itens enviados para avaliação nesta rodada obtiveram valores de IVC e IRA acima do estipulado por este estudo. Portanto, todos os itens foram aprovados na segunda rodada e a versão final permaneceu com um total de 138 itens.

Abaixo segue uma tabela com os itens que necessitaram de nova avaliação na segunda rodada fazendo uma comparação de seus resultados estatísticos entre primeira e segunda rodada.

Tabela 10. Alterações sugeridas pelos juízes após a Primeira rodada de Delphi na Seção 1

SEÇÃO 1 - LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO				
ITEM	ITEM ORIGINAL	IVC	IRA	Δ
	ITEM MODIFICADO			
I.01	Esta seção apresenta as subseções relacionadas <u>ao sistema de governo da organização</u> . Nela estão presentes subseções ligadas aos aspectos de liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o cliente/usuário/paciente.	1,00	0,97	0,059
	Esta seção apresenta as subseções relacionadas <u>a estruturação e gestão do serviço</u> . Nela estão presentes subseções ligadas aos aspectos de liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o cliente/usuário/paciente.			
I.02	Profissional responsável capacitado <u>pela direção do serviço</u> .	1,00	0,94	0,110
	<u>Existe na instituição</u> um profissional capacitado <u>responsável por dirigir o serviço</u> .			

Tabela 10. Alterações sugeridas pelos juízes após a Primeira rodada de Delphi na Seção 1 (Continuação)

SEÇÃO 1 - LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO				
ITEM	ITEM ORIGINAL	IVC	IRA	Δ
	ITEM MODIFICADO			
I.03	Permanência de um dos membros da Diretoria, por, no mínimo, seis horas na Instituição em dias úteis, na coordenação das atividades do serviço de GTM.	1,00	0,94	0,110
	Permanência de um dos membros da Diretoria, por, no mínimo, seis horas na Instituição em dias úteis, na coordenação das atividades institucionais <u>ou de um profissional capacitado para exercício das funções de coordenação tendo acesso fácil aos diretores para resolução de casos que extrapolem as capacidades do funcionário responsável.</u>			
I.04	Apresenta registros que evidenciem a memória dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão da <u>organização</u> (atas de diretoria, registros de reuniões ou outros procedimentos de documentação).	0,94	0,86	0,270
	Apresenta registros que evidenciem a memória dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão da <u>organização</u> (atas de diretoria, registros de reuniões ou outros procedimentos de documentação).			
I.05	Sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos.	1,00	1,00	0,000
	Sistema de aferição da satisfação dos clientes internos (<u>pacientes/ familiares/comunidade</u>) e clientes internos (<u>funcionários/ gestores da organização</u>).			

Tabela 11. Alterações sugeridas pelos juízes após a Primeira rodada de Delphi na Seção 2

SEÇÃO 2 – ATENÇÃO AO PACIENTE				
ITEM	ITEM ORIGINAL	IVC	IRA	Δ
	ITEM MODIFICADO			
I.06	Esta seção agrupa as unidades e serviços tipicamente “ assistenciais ”, ou seja, todos aqueles em que existe o contato direto com o usuário, um processo ou serviço clínico assistencial desenvolvido, uma equipe clínica e multiprofissional envolvida.	1,00	0,92	0,15
	Esta seção agrupa as unidades e serviços clínicos de cuidado ao paciente onde existe o contato direto com o usuário, com uma equipe clínica e multiprofissional envolvida (local ou referenciada).			
I.07	Sonda o entendimento do paciente sobre sua farmacoterapia.	0,94	0,68	0,63
	Sonda a compreensão do paciente em relação as características e efeitos dos medicamentos que utiliza.			
I.08	Item adicionado após 1ª rodada: Todos os itens relevantes são devidamente documentados.	0,94	0,83	0,345
I.09	Item adicionado após 1ª rodada: Previne e identifica PRM.	0,94	0,68	0,639
I.10	Item adicionado após 1ª rodada: O profissional checka indicação, efetividade e segurança de todos os medicamentos, e a conveniência/adesão do paciente à farmacoterapia ”	1,00	0,97	0,058
I.11	Item adicionado após 1ª rodada: Registra o estado clínico do paciente.	1,00	0,94	0,110

Tabela 11. Alterações sugeridas pelos juízes após a Primeira rodada de Delphi na Seção 2 (Continuação)

SEÇÃO 2 – ATENÇÃO AO PACIENTE				
ITEM	ITEM ORIGINAL	IVC	IRA	Δ
	ITEM MODIFICADO			
I.12	Coleta evidências clínica e/ou laboratoriais para verificar os resultados e confrontá-los aos objetivos terapêuticos. Coleta evidências clínicas e/ou laboratoriais para determinar a segurança dos medicamentos. Registra o <u>estado clínico do paciente</u> e quaisquer alterações na farmacoterapia que sejam necessárias. Avalia o paciente para identificação de novos problemas. Marca uma nova data para avaliação.	0,94	0,69	0,617
	Coleta evidências clínica e/ou laboratoriais para verificar os resultados e confrontá-los aos objetivos terapêuticos. Coleta evidências clínicas e/ou laboratoriais para determinar a segurança dos medicamentos. Registra <u>o estado clínico-farmacoterapêutico</u> do paciente e quaisquer alterações na farmacoterapia que sejam necessárias. Avalia o paciente para identificação de novos problemas. Marca uma nova data para avaliação.			
I.13	Determina o estado do paciente de acordo <u>com avaliação inicial.</u>	0,94	0,70	0,595
	Determina o estado do paciente de acordo <u>com dados coletados e avaliados comparados aos achados registrados nos atendimentos precedentes.</u>			
I.14	A efetividade, segurança e adesão do paciente são revisados.	1,00	0,97	0,058
	A efetividade, segurança <u>do medicamento</u> e adesão <u>do paciente são revisados.</u>			

Tabela 11. Alterações sugeridas pelos juízes após a Primeira rodada de Delphi na Seção 2 (Continuação)

SEÇÃO 2 – ATENÇÃO AO PACIENTE				
ITEM	ITEM ORIGINAL	IVC	IRA	Δ
	ITEM MODIFICADO			
I.15	Utiliza as informações de todas as partes interessadas no ciclo de melhorias.	0,94	0,86	0,279
	Utiliza as informações de todas as partes interessadas no ciclo de melhorias. (<u>Não houve modificação</u>)			
I.16	Possui relação de serviços e/ou centros de referência em especialidades, para os quais devem ser <u>encaminhados</u> os casos que extrapolem o potencial resolutivo da instituição.	1,00	0,94	0,110
	Possui relação de serviços e/ou centros de referência em especialidades, para os quais devem ser <u>referenciados</u> os casos que extrapolem o potencial resolutivo da instituição.			

Tabela 12. Alterações sugeridas pelos juízes após a Primeira rodada de Delphi na Seção 3

SEÇÃO 3 – SERVIÇOS PROFISSIONAIS E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA				
ITEM	ITEM ORIGINAL	IVC	IRA	Δ
	ITEM MODIFICADO			
I.17	Corpo clínico, legalmente habilitado, que atua no <u>acompanhamento contínuo dos pacientes</u> durante todo horário previsto de funcionamento do serviço, de acordo com as normas definidas no Regimento Interno.	0,94	0,86	0,274
	Corpo clínico, legalmente habilitado, <u>que realiza atendimentos aos pacientes durante todo horário previsto de funcionamento do serviço</u> , de acordo com as normas definidas no Regimento Interno.			

Tabela 13. Alterações sugeridas pelos juízes após a Primeira rodada de Delphi na Seção 4

SEÇÃO 4 – SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO				
ITEM	ITEM ORIGINAL	IVC	IRA	Δ
	ITEM MODIFICADO			
I.18	A presente seção denominada Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento, visa a agrupar todos aqueles serviços que envolvem uma ação técnica especializada, <u>mas que também se caracterizam por envolver processos de abastecimento, fornecimento, estocagem, produção e/ou serviços técnicos especializados de apoio e ação assistencial e as equipes profissionais que realizam a terapêutica.</u>	0,88	0,76	0,471
	A presente seção denominada Serviços de Apoio Técnico, <u>visa agrupar serviços que envolvem ação técnica especializadas de apoio fundamentais para o bom desenvolvimento do serviço.</u>			
I.19	Organização dispõe de local específico e adequado para o arquivamento e manutenção do prontuário clínico dos clientes/pacientes assistidos pelos serviços; o prontuário é legível, em perfeito estado, sem rasuras, assinado pelo profissional responsável e segue uma ordem lógica e contínua com: registro da avaliação inicial, história clínica, evolução, plano de cuidado, avaliação de resultados e informações complementares pertinentes (exames, pareceres, etc.).	0,95	0,84	0,581
	Organização dispõe de local específico e adequado para o arquivamento e manutenção do prontuário clínico dos clientes/pacientes assistidos pelos serviços. <u>Quando feito manualmente o prontuário é legível, em perfeito estado, sem rasuras, assinado pelo profissional responsável. Quando feito de forma eletrônica o prontuário é arquivado de forma segura, evitando perda de dados ou acesso de pessoas não autorizadas, apresenta a devida identificação do profissional responsável pelo seu preenchimento.</u> Os prontuários seguem uma ordem lógica e contínua com: registro da avaliação inicial, história clínica, evolução, plano de cuidado, avaliação de resultados e informações complementares pertinentes (exames, pareceres, etc.).			

Tabela 13. Alterações sugeridas pelos juízes após a Primeira rodada de Delphi na Seção 4 (Continuação)

SEÇÃO 4 – SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO				
ITEM	ITEM ORIGINAL	IVC	IRA	Δ
	ITEM MODIFICADO			
I.20	Sistema de organização dos arquivos clínicos, impressos e métodos utilizados para a composição do prontuário.	1,00	0,94	0,110
	Possui um sistema de organização dos arquivos clínicos. <u>Apresenta um modelo padrão de prontuário disponível e acessível impresso ou em arquivo eletrônico,</u> e métodos para composição do prontuário.			
I.21	Prontuários completos, legíveis datados e assinados com a respectiva identificação do profissional responsável.	1,00	1,00	0,000
	Prontuários completos, legíveis datados com a respectiva identificação do profissional responsável. <u>Assinados manualmente ou de forma digital acompanhados do número de registro do profissional responsável em seu respectivo conselho.</u>			
I.22	Sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos).	1,00	0,97	0,058
	Sistema de aferição da satisfação dos clientes internos <u>(funcionários e gestores da organização).</u>			
I.23	Sistema de aferição da satisfação dos clientes.	1,00	0,92	0,154
	Sistema de aferição da satisfação dos clientes <u>internos (funcionários e gestores da organização).</u>			

5 DISCUSSÃO

5.1 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE CONFORMIDADES PARA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA

5.1.1 Levantamento Bibliográfico

Andrade *et al* (2013) fez uma comparação entre as publicações brasileiras, hispânicas e norte-americanas com o objetivo de avaliar qualidade e quantidade de publicações relacionadas a atenção farmacêutica. Os americanos apresentaram maior qualidade de publicações enquanto os espanhóis quantidade. Por sua vez, o Brasil mostrou-se tímido em relação a quantidade de publicações e pouco eficiente no que se refere a qualidade do material publicado. Apesar do estudo mencionado ter sido realizado com publicações entre 1990 e 2009, os dados em relação ao Brasil refletem os achados desta pesquisa, visto que dentre os artigos utilizados apenas um foi de origem nacional.

Em revisão realizada por Funchal-Witzel *et al* (2011), foi reforçado o fato de que o Brasil ainda é pouco expressivo no que se diz respeito as publicações relacionadas a atenção farmacêutica. Isto evidencia a necessidade dos pesquisadores da área se empenharem para ampliar o conhecimento da prática de GTM no contexto brasileiro.

Apesar da busca ter retornado número considerável de publicações em relação aos descritores e qualificadores utilizados neste estudo, muitos deles foram descartados por não se enquadrarem nos objetivos deste estudo.

A utilização do qualificador “*quality*” trouxe muitos resultados que se relacionavam apenas a qualidade de vida em decorrência de serviços farmacêuticos, mas que não expuseram características importantes que levaram o serviço a um patamar de qualidade capaz de interferir na qualidade de vida dos seus pacientes (HOHMANN *et al*, 2009; SILVA *et al*, 2012; SRIRAM *et al*, 2011).

Alguns estudos abordavam características de qualidade de serviço de GTM, entretanto com uma descrição de critérios relacionados a pacientes com condições de saúde específicas como depressão ou distúrbios cardiovasculares. Desse modo,

não foram adequados aos objetivos desta pesquisa (ERAH & CHUKS-EBOKA, 2008; LIEKENS, 2012)

Outras publicações apresentavam apenas resultados quantitativos de serviços clínicos farmacêuticos, com resultados clínicos, econômicos ou de adesão (SKOWRON, POLAK & BRANDYS, 2011)

O termo “*Pharmaceutical Care*” muitas vezes foi encontrado como sinônimo de assistência farmacêutica e, portanto, não se referia ao serviço clínico pesquisado (VIEIRA; LORANDI & BOUSQUAT, 2008).

Muitos artigos estavam relacionados apenas a serviços de revisão de prescrição, reconciliação medicamentosa ou de práticas direcionadas a promoção da adesão ao uso de medicamentos. Isto pode ser explicado pela falta de uniformidade da utilização do termo “*pharmaceutical care*” ou atenção farmacêutica. A literatura descreve que não existe um consenso em relação aos referidos termos e que, portanto, este pode ser utilizado para denominação de vários serviços farmacêuticos (AGONESI & SEVALHO, 2010; FREITAS *et al*, 2006; PEREIRA *et al*, 2009; VAN MIL, 1999). A própria proposta de consenso brasileiro admite como parte do serviço de atenção farmacêutica seis atividades distintas (BRASIL, 2002 a).

Apesar de utilizarem o termo “*pharmaceutical care*”, alguns artigos não descreveram o serviço prestado e por este motivo não foi possível confirmar se o referido serviço era mesmo GTM (WIERENGA, *et al*, 2011; McINNIS & CAPPS, 2016). Levando em consideração as variadas interpretações do referido termo tais publicações foram excluídas (ANGONESI & SEVALHO, 2010; BRASIL, 2002a).

A literatura carece de estudos voltados à investigação e ao desenvolvimento da gestão de qualidade em serviços de GTM. Como evidenciado neste estudo, a descrição da qualidade dos serviços ainda é incipiente. Verificou-se um número pequeno de publicações relacionadas diretamente a qualidade de forma geral (HOLTORF *et al*, 2009).

Poucas publicações tratavam especificamente da relação de características ou itens do serviço e do impacto na qualidade do mesmo. Dentre as publicações encontradas com este perfil, a maior parte foram documentos normativos ou educativos de

instituições relacionadas às práticas farmacêuticas (AMCP, 2006; 2008; ASHP, 2003; ASCP 2007; SIMENSON & McGIVNEY, 2007).

Por esse motivo, na tentativa de ampliar a coleta de informações que poderiam contribuir com a qualidade do serviço de GTM, o presente estudo admitiu artigos que abordaram isoladamente critérios de qualidade como a interdisciplinaridade e documentação (CURRIE *et al*, 2003; ROSE *et al*, 2015; SIMENSON & McGIVNEY, 2007).

5.1.2 Critérios Identificados

Os critérios que deveriam compor o instrumento de avaliação de conformidade de serviços de GTM foram selecionados por sua relevância na obtenção de resultados de qualidade, expressividade literária e concordância com modelo brasileiro de acreditação em saúde.

A mudança de foco da clínica farmacêutica do medicamento para o cuidado ao paciente foi um marco na definição e desenvolvimento da atenção farmacêutica (PEREIRA & FREITAS, 2008). A literatura enfatiza que é essencial que o provedor de GTM leve em conta as necessidades, expectativas, satisfação, crenças, cultura e ambiente socioeconômico em que o paciente está inserido (AMCP, 2006; HORTON *et al*, 2013; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; McGIVNEY, 2007; SIMENSON & McGIVNEY, 2007). A inserção deste elemento torna-se fundamental para que as intervenções farmacêuticas sejam condizentes com a realidade do paciente e por consequência sejam eficientes (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). O cuidado centrado na pessoa é um elemento inegociável da prática de atenção farmacêutica (CIPOLLE, STRAND & MORLEY, 2004). Fundamentando-se nessa exposição, “Instituir cuidado em saúde centrado no paciente” foi introduzido no instrumento de conformidade como elemento de caráter obrigatório. Assim, este critério foi distribuído em todo instrumento em itens que abordam a necessidade de investigar o contexto no qual o paciente esteja inserido, suas experiências subjetivas e, além disso, aponta a obrigatoriedade do clínico de compartilhar decisões, intervenções, metas e saberes com o paciente.

A corresponsabilização é mais um dos aspectos filosóficos indispensáveis do GTM (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2004). A participação ativa do paciente no processo

de cuidado relaciona-se diretamente com empoderamento do paciente e o cuidado centrado na pessoa (FREITAS *et al*, 2006; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Este processo deve ser realizado por meio da transmissão da informação de forma adequada e continua através da troca de saberes de forma tal que o profissional seja capaz de propiciar ao paciente a participação consciente no processo de cuidado (LAUFFENBURGER *et al*, 2012). Portanto, considerou-se o critério “Incorporar o paciente como parte do processo” como exigência mínima cabível a todo e qualquer serviço de GTM.

Para que o paciente seja capaz de contribuir de forma mais significativa na evolução de seu cuidado é necessário que ele adquira conhecimentos relacionados a seu tratamento e condição de saúde. Logo, aumentar a autonomia do paciente para torná-lo sujeito ativo no cuidado está intimamente conectado as atividades de educação em saúde (EIZERIK, COSTA & MANFROI, 2008). Segundo Shoemaker e colaboradores (2011), além de desenvolver a autonomia do paciente, as atividades educativas do farmacêutico são importantes na resolução e prevenção de PRM. Nesse tocante, o critério “realizar educação em saúde” foi considerado como atividade fundamental para o desenvolvimento da prática de GTM.

O desenvolvimento do GTM ocorre de modo cíclico sustentado por três etapas estruturantes e se inicia pela avaliação, seguida por elaboração de um plano de cuidado e é finalizada com avaliação de resultados. Este ciclo se repete indefinidamente com intuito de resolver problemas identificados e otimizar os resultados do tratamento medicamentoso (CIPOLLE, STRANDE & MORLEY, 2004). Na prática de GTM, o farmacêutico assume um compromisso com as necessidades farmacoterapêuticas do paciente e com o alcance dos resultados da farmacoterapia. Assim, não é possível realizar GTM sem que se realize um cuidado contínuo (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Mediante o exposto, o critério “Implementação de cuidado continuado” foi selecionado para compor o instrumento de conformidade, uma vez que o desenvolvimento do serviço sem a presença de tal elemento é inexecutável (AMCP, 2006; MCGINEY, 2007; SHAH; MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013; SIMENSON & MCGIVNEY, 2007).

A avaliação inicial é ponto de partida no qual o farmacêutico deve coletar toda as informações relevantes para desenvolvimento da prática (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Neste momento, o profissional deve tentar acessar além de dados clínicos

objetivos outros aspectos da vida do paciente que se relacionam ao cuidado. Para que isto seja possível, o critério “Comunicação adequada e efetiva com paciente” foi mencionado na literatura como conduta elementar no cumprimento desta atividade. Segundo o referencial teórico, para ser resolutivo e estabelecer vínculo com o paciente é necessário que o farmacêutico utilize técnicas de entrevistas pertinentes adaptadas as necessidades de cada paciente (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; HORTON *et al*, 2013; LAUFFENBURGER *et al*, 2012). Horton e colaboradores (2013) são enfáticos quanto a necessidade de desenvolvimento da habilidade de comunicação entre os estudantes e provedores de GTM como fator primordial para condução de um GTM efetivo. Do mesmo modo, APhA (SIMENSON, S.T. & MCGIVNEY, M.S, 2007) também afirma que para um cuidado eficiente o farmacêutico deve desenvolver habilidade de se comunicar de forma individualizada com cada paciente. De acordo com Ramalho de Oliveira, o diálogo é uma ferramenta para conhecer o mundo do paciente, ou seja, a realidade em que ele se encontra. Só assim o farmacêutico será capaz de prestar um atendimento verdadeiramente centrado no paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Para dar início aos atendimentos, o farmacêutico deve procurar conhecer seu paciente e o contexto em que ele está inserido. Por isso, o critério “Coleta de dados sociodemográficos e identificação do paciente” se faz muito importante, sendo considerado item indispensável na caracterização e identificação do paciente (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; APhA,2007; CURRIE *et al*, 2003; MILLONIG,2009). Nesse contexto, ressalta-se que os dados de identificação são extremamente importantes por permitirem contatar o paciente sempre que for necessário. Além disso, os dados sociodemográficos são essenciais para que se conheça um pouco mais sobre o contexto em que o paciente vive. As coletas dos referidos dados são fundamentais pois espera-se que de posse destas informações o farmacêutico esteja apto a realizar intervenções mais condizentes e, portanto, mais assertivas (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Assim como os dados sociodemográficos, investigar e coletar dados subjetivos são atividades extremamente relevantes para a prática de GTM (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009). Segundo a APhA, são considerados dados subjetivos a história progressiva com medicamentos, o histórico familiar de saúde dentre outras experiências subjetivas que se relacionam ao tratamento e cuidado em saúde (SIMENSON &

McGIVNEY, 2007). Dentre as experiências subjetivas destacam-se a experiência com doença e a experiência subjetiva com medicamentos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). A experiência subjetiva é única para cada indivíduo. Ao interagir com um fenômeno o indivíduo confere a ele um significado e a partir de então se reorganiza de acordo com a sua interpretação do fenômeno (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009). Então, é muito importante que o farmacêutico investigue e compreenda as experiências subjetivas do paciente com a doença e o tratamento, uma vez que as interpretações do paciente devem nortear as intervenções farmacêuticas (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009). Ao constatar o impacto que as experiências subjetivas podem ter sobre a conduta do paciente, o critério “Registro de dados subjetivos mencionados pelos pacientes” foi considerado essencial e, assim, foi incorporado ao instrumento de avaliação de conformidade como critério obrigatório.

De forma similar, o critério “Registro de dados objetivos clínicos e laboratoriais” foi selecionado para compor o instrumento pois é indiscutivelmente essencial. Considera-se como dados objetivos informações, por exemplo: alergias conhecidas, doenças, exames laboratoriais, resultado de exames físicos, revisão de sistemas, sinais vitais e diagnósticos de doenças (SIMENSON & McGIVNEY, 2007). A coleta e registro de dados objetivos é indispensável para avaliação da situação clínica e terapêutica do paciente, além de subsidiar a análise da evolução do paciente e a tomada de decisão do farmacêutico perante a PRM e outros problemas (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE, STRAND & MORLEY, 2004).

Um elemento chave da avaliação inicial é a análise de todos os medicamentos em uso pelo paciente (CIPOLLE, STRAND & MORLEY, 2004). É impraticável a avaliação e identificação das necessidades farmacoterapêuticas do paciente sem a execução do critério “Realizar revisão sistemática da farmacoterapia” (APhA, 2007; DOUCETTE *et al*, 2013; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; McGIVNEY, 2007; SCHNEIDER, 2010; SHAH; MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013). Nesse contexto, fica evidente que a revisão da farmacoterapia de forma sistemática é um critério obrigatório na execução do GTM e por isso foi inserida no instrumento elaborado pelo presente estudo. A literatura reforça que a revisão deve ser realizada de forma abrangente incluindo a investigação e registro de todas as substâncias em uso como medicamentos prescritos e não prescritos, além de ervas, suplementos ou demais substâncias que

possuam potencial de interferir no tratamento para identificação de PRM (CURRIE *et al*, 2003; DOUCETTE *et al*, 2013; SIMENSON & MCGIVNEY, 2007).

Realizada a coleta e registro de todos os dados relevantes o farmacêutico deve então realizar seu diagnóstico através da identificação e classificação de PRM (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). A devida classificação dos PRM faz-se necessária uma vez que é essencial no direcionamento da conduta farmacêutica necessária para a resolução do problema. Paralelo a isso, o registro do diagnóstico de PRM é fundamental para avaliação de resultados e continuidade dos atendimentos (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2004, RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Em vista disso, o critério “Registro e classificação de PRM” que se refere especificamente ao foco das intervenções farmacêuticas, os PRM, foi inserido como artigo de obrigatoriedade mínima independente do cenário de prática (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; SIMENSON, S.T. & MCGIVNEY, M.S, 2007; TUMKUR *et al*, 2012).

Seguindo fluxo dos atendimentos, após a avaliação e diagnóstico farmacêutico, o profissional deve seguir para elaboração do plano de cuidado (CIPOLLE, STRAND & MORLEY, 2004). Nesse sentido, o critério “Descrição do Plano de cuidado específico” segue como o próximo passo essencial para o desenvolvimento da prática (APhA,2007; ASHP, 2003; TUMKUR *et al*, 2012). O plano de cuidado tem como objetivo definir de forma colaborativa com o paciente a melhor forma de atingir os objetivos terapêuticos para cada problema de saúde (CIPOLLE, STRAND & MORLEY, 2004). O registro do plano de cuidado deve envolver todo o trabalho discutido com o paciente para o alcance das metas. O devido registro do plano de cuidados é essencial para a avaliação dos resultados e evolução do tratamento (RAMALHO DE OLIVEIRA; 2011). Conforme a APhA (2007), o registro do plano de cuidado é importante para nortear as ações do paciente e para que se possa trabalhar de forma colaborativa com farmacêuticos e demais profissionais de saúde. Apresentada sua relevância, o critério foi considerado como minimamente obrigatório para qualquer serviço de GTM.

Além disso, no plano de cuidado, farmacêutico e paciente decidem juntos quais medidas devem ser adotadas para resolução de problemas e otimização dos resultados da farmacoterapia (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Entretanto, esta atividade não deve ser realizada de modo empírico. Assim, para garantir a segurança do paciente e qualidade dos resultados, o farmacêutico deve embasar-se em dados palpáveis para propor intervenções. Entende-se, então, o critério “Realização da

prática clínica baseada em evidências” como componente permanente e indispensável (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; AMPC, 2006; LAUFFENBURGER *et al*, 2012). É importante ressaltar que a utilização de informações científicas confiáveis e adequadas garantem a segurança do paciente e o alcance de resultados terapêuticos e, portanto, torna-se indispensável para as práticas em saúde independentemente do profissional que a execute (GALVÃO & SAWADA, 2003).

Embasado nas melhores evidências científicas e após ter discutido com o paciente as alternativas, o farmacêutico segue para o próximo passo, a intervenção. O critério “Intervir para resolver e prevenir PRM” foi citado durante a análise do levantamento bibliográfico por 7 autores como primordial (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; MCGINEY, 2007; SCHNEIDER, 2010; SIMENSON & MCGIVNEY, 2007; TUMKUR *et al*, 2012). Ao considerar que a missão do farmacêutico é identificar e atender as necessidades farmacoterapêuticas do paciente, torna-se perceptível que a identificação e resolução dos PRM reais e potenciais são condutas essenciais para a garantia de qualidade na prática clínica (CIPOLLE, STRAND & MORLEY, 2004).

Todas as intervenções planejadas e implementadas com potencial de interferir na otimização dos resultados devem ser devidamente registradas (ASHP, 2003, SIMENSON & MCGIVNEY, 2007). Intervenções não farmacológicas, como atividades de educação em saúde ou referenciamento são exemplos de intervenções não farmacológicas que geram significativo impacto na resolução de problemas ou otimização de resultados. Além disso, as intervenções farmacológicas ou não são resultado de produtividade do farmacêutico (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; EIZERIK, COSTA & MANFROI, 2008). Logo, o critério “Registro de todas as intervenções realizadas farmacológicas e não farmacológicas” foi introduzido no instrumento de avaliação visto que este é de extrema importância para garantia da continuidade das ações e evolução do paciente

Segundo a APhA (2007) e Schneider (2010) é importante destacar que ao realizar o atendimento o farmacêutico defina um plano de transição ou cronograma de acompanhamento do paciente com utilização de metas delimitadas para cada problema de saúde, de modo a avaliar o resultado das intervenções propostas e evolução do quadro clínico. Portanto, é necessário o estabelecimento e registro do

marco temporal para avaliar se de fato o paciente vem sendo acompanhado de modo adequado, e até para facilitar a avaliação de resultados (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). As considerações apresentadas neste parágrafo justificaram a inclusão do critério “Registro da periodicidade do acompanhamento” no instrumento de avaliação de conformidade proposto.

Para analisar a evolução do paciente e da própria prática profissional ao fim de todos os encontros, o provedor de GTM deve “Realizar avaliação do estado de melhora dos pacientes em relação a sua condição clínica”. Esta atividade foi citada como critério estruturante e essencial da prática clínica (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; ASCP, 2007; SCHNEIDER, 2010; TUMKUR *et al*, 2012). Segundo Ramalho de Oliveira (2011), avaliar a situação clínica é o principal parâmetro que possibilita o estudo da efetividade do cuidado. Entende-se, então, que a referida avaliação seja importante devido ao fato desta possibilitar que o farmacêutico analise se as intervenções realizadas resultaram em declínio, progresso ou falta de progresso em relação ao alcance dos objetivos terapêuticos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE, STRAND & MORLEY, 2004). Observado a importante função que tal critério apresenta para direcionamento das intervenções farmacêuticas na condução da prática clínica, o critério foi incorporado ao instrumento. Assim, este foi exigido em todos os serviços de forma que independa do cenário de prática.

Muitas das intervenções necessárias como a alteração de prescrição podem depender da colaboração com outros profissionais. Além disso, durante a consulta farmacêutica, demandas que extrapolem o escopo do serviço podem surgir e necessitar de encaminhamento para profissionais específicos. Mediante exposto, fica evidente que a inserção do serviço em um ambiente multiprofissional é apreciável e desejável (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; ROSE *et al*, 2015). O critério “Prática inserida em um contexto multiprofissional” foi citado em 11 das 23 publicações analisadas (AMCP, 2006; ASCP, 2007; MCGINEY, 2007; DIVINE *et al*, 2008; DOUCETTE *et al*, 2013; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; MILLONG, 2009; SHAH; MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013; ROSE *et al*, 2015; SIMENSON & MCGIVNEY, 2007). O número de vezes que este critério aparece já evidencia sua relevância. O envolvimento de todos os profissionais de saúde no processo de gestão do cuidado, além da partilha de responsabilidade e de saberes otimiza os resultados ao possibilitar a realização de um cuidado holístico, no qual o paciente é assistido em toda sua complexidade.

(LAUFFENBURGER *et al*, 2012; MILLONG, 2009; SHAH; MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013; ROSE *et al*, 2015). Apesar disso, é importante salientar que nem todos os serviços tem a oportunidade de estar inseridos em ambientes multidisciplinares. Portanto, o referido critério embora seja relevante para qualidade, não foi configurado como critério mínimo exigido, mas como item obrigatório apenas para serviços que sejam certificados com o selo de excelência em gestão. Isso se justifica, pois, o presente instrumento tem como objetivo servir como parâmetro de avaliação para todos os serviços de GTM, não importando qual seja o cenário de prática.

Como apresentado anteriormente, algumas intervenções necessitam da parceria com outro profissional. Nesse contexto, a existência de um canal de comunicação efetiva torna-se então uma ferramenta não somente útil como fundamental para o êxito das intervenções (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Para médicos parceiros de um serviço de GTM nos EUA, a comunicação direta, clara e eficaz entre médico e farmacêutico é fator determinante na otimização dos resultados da colaboração (LAUFFENBURGER *et al*, 2012). Independentemente do cenário no qual o serviço esteja inserido, a comunicação com os profissionais relacionados ao cuidado do paciente se faz necessária, mesmo que este não esteja no mesmo local em que o serviço esteja inserido. Portanto, o critério “Canal de comunicação efetiva entre cuidadores” foi considerado como relevante e indispensável.

Aliás, o critério “Sistema de referenciamento” também se relaciona com os itens mencionados nos parágrafos anteriores. Para que sejam atendidos em toda sua complexidade, haverá situações em que os pacientes deverão ser direcionados a outros profissionais para resolução de necessidades específicas (AGUIAR , ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; DIVINE *et al*, 2008; MCGINEY, 2007; MILLONG,2009; SCHNEIDER,2010, SIMENSON & MCGIVNEY, 2007). Para que esta transição ocorra de maneira adequada, o serviço deve contar com mecanismos de referenciamento (SIMENSON & MCGIVNEY, 2007). Uma subseção do MBAH discorre especificamente acerca de normas para que o referenciamento dos pacientes seja realizado da forma mais adequada e segura. Este fato reforça a necessidade da existência do referido critério no instrumento de avaliação de conformidade do serviço de GTM. Desse modo, o critério apresentado foi mantido na subseção referência e contra-referência.

Nesse contexto, o sistema compartilhado de informações pode garantir uma evolução mais adequada das intervenções ao propiciar o acesso de dados do paciente de forma integral (; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; MILLONG,2009; SIMENSON & McGIVNEY, 2007). Assim, o critério "Existência de sistema de informação integrada" foi mencionado como elemento apreciável para o serviço de GTM. Por apresentar potencial de impactar positivamente na prestação da assistência, é evidente que a integração das informações se configure como característica altamente desejável para qualquer serviço de saúde. Entretanto, assim como no critério que se refere a inserção e contexto multiprofissional, a existência de um sistema de informação integrada não é viável para qualquer serviço, sendo mais facilmente aplicável a instituições de maior complexidade como clínicas e hospitais. Esta limitação de aplicabilidade fundamentou a inserção do referido critério no grupo de elementos não obrigatórios. Por isso, ele foi alocado em níveis de exigência maiores, os quais são exigidos apenas para instituições com selo de acreditação plena ou de excelência.

A padronização dos registros das consultas de GTM é vista como um pilar essencial para manter a qualidade do serviço, sendo referida em 12 publicações (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; AMPC, 2006; DIVINE *et al*, 2008; HOLTORF, *et al*, 2009; HORTON *et al*, 2013; McGIVNEY, 2007; MILLONG, 2009; SCHNEIDER, 2010; SIMENSON & McGIVNEY, 2007 TUMKUR *et al*, 2012). De acordo com Millonig (2009), para garantir a continuidade e qualidade dos atendimentos é necessário que o serviço possua uma forma adequada e padronizada de registro da clínica. Ainda segundo documento da APhA (2007), a documentação é fonte segura de informações tanto para pacientes profissionais de saúde e até mesmo para faturamento e avaliação dos serviços farmacêuticos (SIMENSON & McGIVNEY, 2007). Ramalho de Oliveira (2011) afirma que a documentação é uma das atividades mais importantes na atenção farmacêutica pois possibilita a avaliação da evolução do paciente e da qualidade de prática clínica. Baseado nas considerações teóricas expostas, o critério "Documentação adequada de forma a subsidiar uma avaliação de resultados do serviço" foi contemplado como critério obrigatório e foi distribuído em itens da subseção prática profissional. Justifica-se, assim, a referida obrigatoriedade pelo fato da prática ser comprometida sem a apresentação de tal elemento (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Além de realizar um registro padronizado e de qualidade, é necessário que os serviços possuam um sistema seguro para armazenamento das informações documentadas e dos demais dados gerados nos atendimentos (DIVINE *et al*, 2008; MCGIVNEY, 2007; SCHNEIDER, 2010; SIMENSON & MCGIVNEY, 2007). De acordo com documento da APhA (SIMENSON & MCGIVNEY, 2007), é fundamental que todos os dados gerados pela prática de GTM sejam devidamente armazenados e arquivados, de modo a garantir segurança e sigilo das informações, com facilidade na recuperação de informações e no acesso a estas. Aliás, o próprio MBAH dispõe de uma subseção específica que trata apenas de requisitos e padrões relacionado ao arquivamento de registros clínicos (BRASIL, 2002 b). Observada a relevância deste tema, o critério “Sistema de arquivamento e armazenamento seguro das informações” foi contemplado como obrigatório no instrumento elaborado por este estudo. Ele foi alocado, conforme o referencial teórico, na subseção arquivo clínico (BRASIL, 2002 b).

Conforme exposto anteriormente, todos os dados do paciente coletados durante as avaliações farmacêuticas devem ser devidamente registrados. Contudo, é essencial que se registre também a identificação do farmacêutico que executa o serviço. Ao realizar o GTM, o farmacêutico assume responsabilidade por suas intervenções e resultados, o que acarreta na obrigatoriedade da identificação do profissional nos registros de sua atividade (MCGIVNEY, 2007). O próprio material da ONA dispõe sobre a obrigatoriedade de identificação dos profissionais de saúde no registro de suas atividades (BRASIL, 2002 b, 2014). Logo, visto que a identificação do profissional é um caráter de segurança do paciente e até do próprio farmacêutico o critério “registro de dados do provedor de GTM de forma que ele possa ser contatado posteriormente” foi mantido como mínimo obrigatório e está disposto no nível subseções corpo clínico e arquivo clínico.

Algumas publicações analisadas no levantamento bibliográfico trataram sobre características relacionadas a gestão de qualidade (AMPC, 2006; SIMENSON, S.T. & MCGIVNEY, M.S, 2007). Segundo Costa Júnior e Turrioni (2003), a gestão da qualidade tem se mostrado essencial nos serviços de saúde. De acordo com o MBAH, as atividades do serviço relacionadas ao gerenciamento de qualidade estão dispostas em níveis superiores de exigência. Portanto, não são consideradas como exigências mínimas obrigatórias para qualquer serviço. Tais itens são exigidos apenas a

instituições com selo de acreditação plena ou em excelência (ANVISA, 2004; BRASIL, 2002 b; 2014).

Donabedian (1990), importante referencial da avaliação de qualidade de serviços de saúde, afirma que avaliação da qualidade é essencial para otimização dos serviços, e que aferição da satisfação de pacientes ou clientes é ponto fundamental na construção de serviços de qualidade (DONABEDIAN, 1990; 2005).

O manual de assistência à saúde do Serviço de Saúde de Castilla-La Mancha-SESCAM (2009) ressalta que a avaliação de qualidade realizada pelos beneficiários do produto em serviços de saúde é tão importante quanto a avaliação de qualidade realizada pelos cientistas. Tais considerações justificaram a inserção dos critérios “Aferição da satisfação dos pacientes e familiares com o serviço” e “Aferição da satisfação dos profissionais relacionados com o desempenho do serviço” no instrumento.

Além disso, a averiguação da satisfação dos clientes internos e externos é citado pela ONA como exigência de nível de acreditação plena (BRASIL, 2002 b; 2014). Desse modo, os referidos critérios não foram considerados como minimamente obrigatórios e apresentam-se inseridos como requisitos para obtenção de certificação de acreditação plena.

Assim como os itens referidos anteriormente, o critério “Estratégias necessárias para melhoria contínua de qualidade” está relacionado a gestão de qualidade do serviço (DONABEDIAN, 2005). Os pesquisadores Costa Junior e Turrioni (2003) em sua análise da Gestão da Qualidade Total (GQT) em uma instituição de serviços de saúde concluíram que gestão da qualidade tem se mostrado essencial nos serviços de saúde, tanto em setores públicos quanto privados de modo determinante na obtenção de resultados satisfatórios e até mesmo na sobrevivência da instituição (COSTA JUNIOR & TURRIONI, 2003).

Baseado nisso, o referido critério foi selecionado para compor o instrumento desenvolvido neste estudo. Como o item se refere a gestão do serviço, ele não foi classificado como requisito mínimo obrigatório, e, portanto, seguindo o referencial ONA (BRASIL, 2002 b) foi alocado no terceiro nível de exigência, sendo exigido

apenas para instituições que buscam a certificação de acreditado com excelência (ANVISA, 2004; LIMA & ERDMANN, 2006; SOUZA *et al*, 2013).

Conforme documento da APhA (2007), os farmacêuticos devem ser treinados para desenvolver a habilidade de comunicação específica para cada tipo de paciente, além de definir estratégias centradas no paciente e também realizar exames físicos necessários e documentar de forma adequada as informações. A capacitação dos profissionais envolvidos é fundamental para o bom desenvolvimento do serviço e ampliação do alcance de resultados (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; AMPC, 2006; SIMENSON & MCGIVNEY, 2007).

Considerando a relevância da educação e reciclagem dos profissionais que desenvolvem o GTM na obtenção dos resultados, o critério Programas de educação continuada foi inserido neste instrumento. No MBAH (2002), itens relacionados a programas de capacitação e educação permanente são tratados como exigência obrigatórias apenas para certificação de acreditação plena, de segundo nível. Portanto, em concordância com o material da ONA e levando-se em consideração que a capacidade de instituir programas de capacitação e educação pode variar de acordo com o grau de complexidade da instituição em que o serviço esteja inserido, o critério em estudo foi mantido como segundo nível de exigência.

Em relação ao profissional responsável por executar o serviço, foram mencionados na literatura como critério inegociável: “Ser realizado por farmacêutico ou pessoa qualificada para tal função” (ASCP, 2007; LAUFFENBURGER *et al*, 2012). Este item impacta diretamente na qualidade da assistência prestada, no retorno dos resultados e também na satisfação dos pacientes, sendo considerado, portanto, critério indispensável na avaliação do serviço (LAUFFENBURGER *et al*, 2012). Além disso, o próprio documento da ONA, estabelece que os serviços clínicos devem ser executados por profissional legalmente habilitado e com capacitação adequada para exercer tal função (BRASIL, 2002 b; 2014).

Ainda no que se refere ao perfil do profissional responsável pela realização do GTM, pesquisa realizado por Lauffenburger e colaboradores (2009) revelou que a aparência e postura apresentada pelo farmacêutico é considerado por pacientes e médicos parceiros do serviço de GTM como um critério de satisfação com o serviço de extrema relevância. Ao considerar a opinião dos clientes internos e externos do serviço de

GTM como fator importante na avaliação de qualidade, o presente estudo adotou o referido item como relevante na composição do instrumento. Os participantes do estudo em questão identificaram a postura profissional como um indicativo de credibilidade. De acordo com o exposto, o critério “Transmissão de uma aparência, comportamento, atitude e imagem profissional” foi considerado minimamente obrigatório estando presente na subseção avaliação inicial

Avaliando o material coletado no levantamento bibliográfico e selecionado para compor o instrumento, observa-se que o padrão do serviço de GTM encontrados na literatura são condizentes com padrões de prática estabelecidos pelo referencial teórico original (CIPOLLE, STRAND & MORLEY, 2004). Alguns documentos abordaram itens ainda não discutidos pelos referidos autores, entretanto, não foi encontrado divergência ou contradição entre as publicações acessadas neste estudo e o referencial teórico que deu origem ao GTM.

Alguns dos autores abordaram questões da gestão do serviço, garantia e aprimoramento da qualidade. Logo, muitos dos itens destacados no levantamento bibliográfico coincidiram com características de qualidade descritas nos materiais da ONA (AMCP, 2008; ASCP, 2007; BRASIL, 2014; MILLONIG, 2009). Este fato justificou a permanência dos itens da ONA no instrumento elaborado neste estudo.

5.2 O PERFIL DOS ESPECIALISTAS QUE COMPÕE O GRUPO DE JUÍZES

Apesar do número de participantes não ser o determinante na qualidade da pesquisa, estudos sobre a técnica Delphi indicam que as pesquisas devem conter entre 7 e 30 especialistas (COUTINHO *et al*, 2013).

A taxa de retorno na primeira rodada Delphi segundo Coutinho *et al* (2013) varia entre 50 a 70% na primeira rodada e 70 a 80% na segunda rodada. O presente estudo obteve uma taxa de retorno com valor acima faixa do valor prevista pela literatura (77,3% primeira rodada e 85,0% segunda rodada)(COUTINHO *et al*, 2013).

A extensão do questionário avaliado pode ser considerada como fator que limitou a colaboração dos convidados (SCARPARO *et al*, 2012).

O estudo conseguiu captar juízes com diferentes características (docentes, profissionais de GTM e pesquisadores). Além disso, os participantes eram oriundos

de diferentes cenários e regiões do Brasil. Logo, garantiu-se heterogeneidade da amostra e maior confiabilidade dos dados, evitando-se, então, o viés de opiniões específicas de grupos regionais (SCARPARO, 2012; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

Além da heterogeneidade e anonimato dos participantes que garantem a validade do estudo, outro ponto extremamente importante é a experiência que os participantes têm com o tema de interesse (ALEXANDRE & COLUCI, 2011; SCARPARO, 2012; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000). Neste quesito, os participantes tiveram diferentes graus de relação com a prática de GTM. A área com maior média de tempo de experiência foi a prática clínica com 5,17 anos de experiência por participante e a menor foi a área de ensino com média de 2,83 anos de experiência por participante.

Não houve uma variação grande entre o perfil de afinidade com tema estudado entre os juízes na primeira e segunda rodada. Apesar do número de juízes ter sido menor na segunda rodada de avaliações, o perfil dos especialistas foi semelhante.

Já é previsto que o número de juízes seja diferente entre as rodadas de avaliação. O fato é que isto não impacta na qualidade do resultado uma vez que a experiência dos participantes por si só já garante a validade dos dados (SCARPARO, 2012).

5.3 AS AVALIAÇÕES DELPHI

A utilização da técnica Delphi em duas rodadas possibilitou a verificação da evolução do consenso. Isto é possível pois a metodologia permite que os especialistas reflitam sobre o posicionamento dos demais participantes e reconsiderem suas opiniões iniciais (COUTINHO, 2013; SOUZA *et al*, 2005; WENDISCH, 2010; SCARPARO).

Foi encontrado na literatura recomendação e utilização de variados pontos de corte para avaliação de concordância na técnica Delphi, as quais variaram entre os valores de 70% a 90% (ALEXANDRE & COLUCI, 2011; COUTINHO, 2013; BELLUCCI JÚNIOR & MATSUDA, 2012; SCARPARO *et al* 2012; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000).

Alexandre e Coluci (2011) destacam que para validação de novos instrumentos é recomendável a utilização de um IVC acima de 80%. Levando em consideração a análise da literatura admitiu-se para este estudo um valor aceitável acima de 85%.

Foram necessárias duas rodadas para que todos os itens alcançassem o ponto de corte e obtivessem consenso. De acordo com Scarparo e colaboradores (2012), o número de rodadas pode variar de acordo com características do grupo de avaliadores. Entretanto é necessário no mínimo dois ciclos de avaliação para caracterização do método Delphi (SCARPARO *et al*, 2012; WENDISCH, 2010; WRIGTH & GIOVINAZZO).

Assim, conforme recomendado pela literatura após análise estatística e reformulação dos dados, foi enviado para a segunda rodada um relatório completo com análise quantitativa e qualitativa (COUTINHO *et al*, 2013; WENDISCH, 2010; WRIGTH & GIOVINAZZO, 2000). Este processo é importante para que o consenso seja construído entre os autores com direito a reflexão do avaliador em relação a percepção dos demais especialistas (SCARPARO *et al*, 2012; SOUZA *et al*, 2005).

Conforme explicou-se nos resultados, os itens foram reformulados para nova avaliação tanto pela reprovação estatística quanto pela análise qualitativa das argumentações dos juízes. Segundo Alexandre e Coluci (2011), a análise qualitativa é muito importante para aumentar a validade dos dados e a confiabilidade do instrumento final elaborado.

Entre as argumentações realizadas pelos juízes na primeira rodada, características como a falta de clareza e ambiguidade dos itens foram questionamentos consideravelmente presentes e que aparentemente dificultaram o consenso nesta etapa. De acordo com a literatura este fator pode prejudicar o resultado devido a interpretação não satisfatória dos especialistas (CARDOSO *et al*, 2005; MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013; SCARPARO *et al*, 2012).

A maior parte dos questionamentos decorreram de dúvidas no entendimento de termos técnicos utilizados na avaliação de conformidade relacionadas ao gerenciamento do serviço, como “ciclo de melhorias” “Clientes internos e externos” e “ sistema de governo da organização”.

Em sistemas de saúde, a definição de clientes é complexa e envolve uma variedade de indivíduos como pacientes, familiares, comunidade, órgãos reguladores, gestores e profissionais de saúde (MALIK, 1998). Com a introdução da definição de clientes nos itens I.23 e I.22 e I.5, os juízes concordaram com a nova descrição dos critérios, os quais foram aprovados, então, sem contestação na segunda rodada.

O termo “sistema de governo” significa a forma pela qual uma organização se estrutura para governar ou seja sua forma de organização, sendo este termo mais comumente utilizado em contextos políticos (BANDEIRA, 2015). O referido termo foi utilizado com a finalidade de favorecer o entendimento do modo pelo qual a instituição de saúde se organiza para cumprir suas funções em aspectos estruturais e de gerenciamento. Embora seja um termo autoexplicativo, um considerável número de juízes que solicitaram esclarecimento do termo evidenciou a necessidade da substituição do termo e reformulação do item. Portanto, embora aprovado estatisticamente o item foi reformulado. Observou-se que a modificação do termo “sistema de governo” para “a estruturação e gestão do serviço” foi satisfatória uma vez que na segunda rodada o item foi aprovado estatisticamente e sem mais contestações.

O ciclo de melhoria é um procedimento de otimização de processos e deve ser realizado de forma contínua com a finalidade de aperfeiçoar produtos ou serviços. Assim, baseia-se em analisar o delineamento de um processo, discutir suas falhas ou pontos críticos, planejar melhorias e aplica-las sob o mesmo com intuito de aprimorar seus resultados. O mais famoso método utilizado para aplicar a melhoria contínua é conhecido como PDCA (*Plan, Do Check, Action*) ou Ciclo de Deming (CAMPOS, 1994; GURGEL JUNIOR & VIEIRA, 2002; SESCOAM, 2009). A descrição do ciclo de melhorias não foi detalhada neste documento por se tratar de um termo técnico. Além disso, o acreditador é um profissional treinado e portanto familiarizado com termos utilizados na área de gestão da qualidade o que reforça a não obrigatoriedade de descrever o referido termo (BRASIL, 2002 b).

Outro aspecto destacado pelos juízes foi a substituição de termos considerados impróprios para o serviço de GTM por termos mais pertinentes, ou a substituição de termos que não eram impróprios, mas que poderiam ser alterados por termos mais adequados e que agregassem maior valor ao critério.

No item (I.6) os juízes solicitaram a alteração do termo “ contato direto com o paciente” por algo que exprimisse melhor a relação de cuidado amplo que se difere apenas da assistência. A modificação solicitada se justifica devido ao fato do GTM ser um serviço baseado no estabelecimento de relação terapêutica e cuidado de forma ampla e profunda (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; AMCP, 2006; HORTON *et al*, 2013; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; MCGINEY, 2007; SIMENSON & MCGIVNEY, 2007; TUMKUR *et al*, 2012). A alteração da frase incluindo o termo “ cuidado ao

paciente” procurou exprimir melhor a ideia de cuidado. Entretanto, foi perceptível a necessidade de manter o contato direto para que este se diferencie de qualquer outro tipo de abordagem que vise a assistência à saúde sem que haja necessariamente o contato direto, por exemplo, na análise de prescrições.

Além disso, documento da AMPC (2008) ressalta que é controverso a ideia de que é necessário um contato face-a-face entre farmacêutico e paciente para que se estabeleça relação terapêutica e cuidado efetivo. A interação entre os atores pode se dar, por exemplo, por meio de telefonemas ou vídeo chamadas. Cabe ressaltar que apesar da facilitação da comunicação através da inserção da tecnologia relacionada a informação nos serviços, o contato direto permanece essencial.

Do mesmo modo, no item I.12 os juízes recomendaram a substituição do termo “Clínico do paciente” por “clínico farmacoterapêutica do paciente”. A argumentação foi baseada pelo fato do termo alterado ser mais utilizado por grande parte dos pesquisadores da área. Segundo os especialistas, a reformulação alteraria o sentido do item, e representaria melhoraria a compreensão do objetivo do critério de forma mais específica. A sugestão foi acatada e bem aceita na segunda rodada de avaliações.

Embora a prática de GTM seja baseada no cuidado holístico, o profissional não deve perder de vista a utilização de medicamento como alvo de suas abordagens e intervenções (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). O paciente é um ser complexo cercado de uma grande diversidade de fatores que impactam em sua saúde e qualidade de vida. Por isso mesmo é fundamental que o cuidado seja realizado de forma compartilhada para que todas as necessidades do paciente sejam avaliadas e tratadas de forma multidisciplinar (AMCP, 2006;; ASCP, 2007; DIVINE *et al*, 2008; DOUCETTE *et al*, 2013; LAUFFENBURGER *et al*, 2012; MILLONG,2009; SHAH; ROSE *et al*, 2015; MARKEL VAYSMAN & WILKEN, 2013; SIMENSON & McGIVNEY, 2007). Baseado na argumentação dos juízes e nos achados literários, o item I.12 foi reformulado e obteve aceitação em segunda rodada pelos juízes sem recomendações de alteração.

Foi sugerido a alteração de “encaminhados” para “referenciados” no item I.16. Os juízes solicitaram esta troca alegando que a palavra “referenciados” criaria maior

harmonia com o próprio conteúdo da subseção em que se encontra o referido critério. O item se encontra na subseção referência e contra-referência.

A palavra “encaminhar” dentro do contexto da assistência à saúde significa conduzir, guiar ou dirigir um paciente a outro ponto de assistência dentro do sistema de saúde quando as necessidades do caso extrapolam a capacidade resolutive do prestador de assistência atual (BRASIL,2015). O referenciamento também se trata da ação de encaminhar, conduzir um paciente a outro ponto de assistência à saúde para que ele tenha acesso a outro nível de assistência especializado (VENANCIO *et al*, 2011). O termo referenciamento é amplamente utilizado como estratégia dentro do SUS principalmente na atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para encaminhamento de pacientes a unidades de atendimento com maior nível de especialidade e complexidade ou densidade tecnológica (BRASIL, 2015; VENANCIO *et al*, 2011; DIAS,2012). Em materiais utilizados pelo ministério da saúde, é possível verificar a utilização destes dois termos como intercambiáveis (BRASIL,2015). Mediante exposto, o item foi alterado conforme sugestão, visto que não acarretaria na alteração do sentido do critério e sem danos ao objetivo de avaliação do instrumento.

Outra contribuição dos juízes foi relacionada a especificação do conteúdo dos itens. Os especialistas solicitaram definições mais claras do que se esperava de alguns critérios para que as limitações ou flexibilidade do item fosse explicitada no conteúdo do instrumento.

O item I.2 aborda a necessidade de existir um profissional responsável capacitado pela direção do serviço. Neste caso, a intenção é explicitar a obrigatoriedade da existência de uma pessoa com adequada capacitação que se responsabilize pela direção do serviço. Os especialistas destacaram a necessidade de reformulação da frase de modo que não ficasse dúvida no critério. Segundo juízes, a utilização da palavra “pela” altera o sentido da frase dando a conotação de que a instituição capacitaria o profissional responsável pela direção do serviço. Em decorrência disso, a frase foi reformulada de modo que ficasse claro o objetivo do critério ficando da seguinte maneira: Existe na instituição um profissional capacitado responsável por dirigir o serviço. O critério reformulado foi aprovado com IVC de 100% de concordância aprovado pelo teste de fidedignidade.

O item I.14 “*A efetividade, segurança e adesão do paciente são revisados*” assim como o item I.2 também foi recomendada a reformulação da frase para clarificação do sentido do conteúdo. Foi sugerida a adição das palavras “do medicamento” para que fique explícito que as características de efetividade e segurança são atribuídas ao medicamento e que a adesão se relaciona ao paciente. Assim, o item reformulado “*A efetividade, segurança do medicamento e adesão do paciente são revisados*” foi enviado para análise e aprovado na segunda rodada.

O item I.7 “*Sonda o entendimento do paciente sobre sua farmacoterapia*” foi apontado como uma duplicação de outro critério apresentado anteriormente “*Investiga experiência subjetiva com medicamentos*”.

Verificar o entendimento do paciente sobre a utilização de medicamentos significa avaliar o nível de conhecimento do usuário quanto as características dos medicamentos em uso como: esquema e forma correta de utilização, função do medicamento e efeitos esperados. Nesse contexto a referida atividade, está mais relacionada a ações de educação em saúde para garantia do uso racional de medicamentos (EIZERIK, COSTA & MANFROI, 2008). Entender o nível de conhecimento sobre os medicamentos em uso é importante para proporcionar ao paciente informações capazes de torna-lo autônomo e até mesmo corrigir possíveis PRM (EIZERIK, COSTA & MANFROI, 2008).

A experiência subjetiva é a forma com a qual o indivíduo percebe um fenômeno e compreende seu significado frente suas vivências (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Investigar a experiência subjetiva com medicamentos é buscar compreender qual o significado do uso de medicamentos na vida do paciente de forma individualizada, uma vez que a experiência subjetiva é única para cada indivíduo. Isto torna-se muito importante já que a maneira com que percebermos e damos significado às coisas modifica nossa forma de lidar com elas. Portanto, é fundamental que o provedor de GTM compreenda a experiência subjetiva com medicamentos de cada paciente para que possa traçar estratégias condizentes com a sua realidade (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009; 2012).

Mediante exposto, fica claro que os itens supracitados tratam de abordagens diferentes e ambos são importantes para o bom acompanhamento farmacoterapêutico. Essa explicação foi enviada no relatório da segunda rodada para

que de posse do esclarecimento do pesquisador, os especialistas pudessem reavaliar seus posicionamentos em relação a concordância. Além disso, o item foi reformulado para que esta diferença entre eles ficasse mais óbvia. Ao fim da segunda rodada, o item I.7 reformulado foi considerado aprovado.

No item I.13 os juízes solicitaram adequação do critério de forma que ficasse claro que avaliação do estado de saúde não se refere apenas a avaliação inicial e sim a avaliação anterior ao atendimento atual. Ramalho de Oliveira (2011) afirma que o profissional de GTM deve revisar o estado clínico do paciente e registrar as metas terapêuticas atingidas a cada nova avaliação de resultados. Assim, a conduta do farmacêutico possibilita a realização de um rastreio da evolução do paciente ao longo do tempo. Portanto, entende-se que a alteração sugerida pelos juízes é de fato indispensável de modo que altera o sentido do critério.

No Item I.17 os juízes ressaltaram que a frase “que atua no acompanhamento contínuo dos pacientes durante todo horário previsto de funcionamento do serviço” gera a impressão de estar relacionado a assistência hospitalar. De fato, o instrumento utilizado como base se refere a verificação de conformidade em hospitais, o que além de prestar atendimentos clínicos também fornece outros tipos de assistência (BRASIL, 2002 b). Como já discutido, a grande divergência em torno do termo “atenção farmacêutica” e a falta de padronização entre os diversos serviços farmacêuticos faz com que seja necessário o reforço contínuo acerca do tipo de serviço que estamos nos referindo (FREITAS *et al*, 2006; PEREIRA *et al*, 2009; ANGONESI & SEVALHO, 2010). Mediante esta análise, foi reconhecido que, neste caso, a adaptação do item foi falha e, portanto, para que atendesse ao serviço de GTM, e para que fique claro de que se trata de um serviço clínico de contato direto entre paciente e farmacêutico, a frase foi modificada apresentando-se da seguinte maneira: “que realiza atendimentos aos pacientes durante todo o horário previsto de funcionamento do serviço”.

O Item (I.18) aborda o conteúdo da seção “Apoio técnico”. Os juízes solicitaram uma descrição mais clara. Após análise das argumentações dos juízes, ficou evidente que a descrição não estava condizente com adaptação da seção ao serviço de GTM. Assim, houve reformulação do item e a seguinte versão foi apresentada na segunda rodada para avaliação dos juízes: “A presente seção denominada Serviços de Apoio Técnico, visa agrupar serviços que envolvem ação técnica especializadas de apoio

fundamentais para o bom desenvolvimento do serviço”. Por fim, o item foi aprovado sem contestações na segunda rodada.

Alguns juízes questionaram a aplicabilidade de alguns critérios em cenários de prática diferentes. Os juízes sugeriram a flexibilização de alguns critérios para que as exigências fossem condizentes a um maior número de cenários de prática.

O instrumento de avaliação de conformidade é algo diretivo e tem como objetivo direcionar o avaliador durante o inquérito de conformidade. Entretanto, situações específicas devem ser respeitadas e consideradas pelo avaliador (BRASIL, 2002 b).

O item I.3 afirma a necessidade da permanência de um dos membros da diretoria, por, no mínimo, seis horas na Instituição em dias úteis, na coordenação das atividades do serviço de GTM. Os juízes que questionaram a aplicabilidade do item em diferentes cenários de prática, por exemplo, em serviços implantados em UBS onde não existe permanência de membros de diretoria no cenário. A sugestão de diferentes juízes foi transferência das funções a um profissional local capacitado para desempenhar a função, desde que este tenha suporte da diretoria sempre que necessário para resolução de casos que extrapolem sua capacidade.

Nos itens I.19; I.20 e I.21, que se referem a documentação da prática, os juízes questionaram a inadequação aos serviços que utilizam registros eletrônicos no lugar de impressos. Neste caso, exigências como assinatura do profissional que realizou o atendimento, existência de local físico para armazenamento de prontuários e de outros documentos oriundos dos atendimentos não seriam pertinentes a serviços que realizam o registro e arquivamento de dados de forma digital. O documento elaborado pela APhA (2007) que discorre sobre estruturas necessárias para desenvolvimento da prática de GTM já previa a possibilidade de registro e arquivamentos eletrônicos, desde que os documentos e dados pudessem ser arquivados de forma segura, com fácil acesso e recuperação dos registros. Diversos autores concordam que é indispensável uma forma de comunicação entre os profissionais que compartilham o cuidado ao paciente, e livre acesso as informações geradas nos atendimentos (LAUFFENBURGER *et al*, 2012; MILLONG, 2009; SIMENSON & McGIVNEY, 2007). Fica evidenciado que os registros eletrônicos são possíveis e até mesmo desejáveis, já que são capazes de favorecer a comunicação entre profissionais de saúde e colaboração no cuidado (SIMONATES, 2009). Logo, os itens referidos foram

reformulados e adaptados para atender também a serviços que registram seus atendimentos de forma digital visto que isto é importante para a evolução e adaptação do serviço.

No que se refere a assinatura exigida pelo critério, ficou especificado em caso de documentos eletrônicos a obrigatoriedade de assinatura digital e registro da identificação do responsável pelo preenchimento com seu número de registro em seu respectivo conselho. É essencial que o provedor de GTM se identifique devidamente para que posteriormente, em caso de necessidade, possa ser identificado e contatado sempre que necessário, além de responsabilizado por seus atos (ASHP, 2003; SIMONAITIS *et al*, 2009).

Houve um erro ortográfico detectado pelos juízes no item I.4 na palavra “organização”. Este item foi reprovado estatisticamente na primeira rodada. Como as únicas argumentações foram relacionadas ao erro da escrita, entendeu-se que não havia então discordância em relação ao conteúdo, mas apenas em sua redação. Portanto, ele foi reformulado com a correção do erro e enviado para nova análise. Ao fim da segunda rodada, o item foi aprovado sem mais contestações.

Além das alterações nos itens avaliados originalmente, os juízes também sugeriram a adição de 4 critérios que foram enviados para análise dos demais juízes, sendo apresentados a seguir:

- Item (I.8) – “*Todos os itens relevantes são devidamente documentados*”. Embora tenha sido implícita no decorrer do instrumento, a existência de um tópico único que reforce a necessidade de documentação de todos os dados relevantes coletados agrega ainda mais o valor da documentação. Como já discutido de forma ampla anteriormente, a documentação da prática é um pilar essencial para a boa prática de GTM e tem potencial para interferir diretamente na qualidade dos resultados alcançados (ASHP, 2003; SIMENSON & McGIVNEY, 2007).
- Item (I.9) – “*Previne e identifica PRM*”. A identificação e prevenção de PRM é algo essencial e obrigatório na prática de GTM, constituindo-se o cerne da prática (AGUIAR, ROCHA & LYRA JUNIOR, 2013; SIMENSON, S.T. & McGIVNEY, M.S, 2007; TUMKUR *et al*, 2012). Apesar da identificação de PRM já estar mencionada no padrão da subseção avaliação inicial, não existe critério que especifique esta

exigência. Em concordância com a literatura e a sugestão do juiz, o item foi adicionado ao instrumento para aprovação dos demais especialistas.

- Item (I.10) – *“O profissional checa indicação, efetividade e segurança de todos os medicamentos, e a conveniência/adesão do paciente à farmacoterapia”*. De acordo com a literatura, é necessário que o provedor de GTM utilize um método de raciocínio sistemático para que seja capaz de identificar e intervir nos PRM (CIPOLLE, STRAND E MORLEY, 2004; 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). A utilização de um método sistemático de identificação é algo importante na conduta farmacêutica pois interfere diretamente na obtenção de resultados. Além disso, a utilização de um raciocínio clínico para a identificação de PRM é justamente um dos pontos que diferencia a prática de GTM de outras práticas clínicas farmacêuticas (RAMALHO DE OLIVEIRA; 2011).
- Item (I.11) – *“Registra o estado clínico do paciente”*. Para que se possa fazer uma evolução do paciente e acompanhar as intervenções farmacêuticas, é fundamental o registro do estado clínico do paciente a cada avaliação do paciente (CIPOLLE, STRAND E MORLEY, 2004; 2012).

Percebeu-se que a seção com maior número de sugestões e itens reformulados foi a seção “Atenção ao paciente”. A referida seção trata especificamente da avaliação da execução da prática clínica e do sistema de referenciamento. Nesta seção, os especialistas pontuaram aspectos mais específicos, com mais sugestões ao invés de questionamentos relacionados a esclarecimento do item.

Uma provável explicação para tal fenômeno é que grande parte do conteúdo da seção trata especificamente da prática clínica, assunto de maior domínio dos especialistas. Além disso, nesta seção observa-se um menor conteúdo de termos técnicos específicos da avaliação de conformidade ou relacionados ao gerenciamento e administração do serviço.

Os juízes selecionados possuem alto grau de experiência em GTM. Entretanto, a falta de intimidade com termos específicos da área de avaliação de conformidade ou avaliação de qualidade utilizados no instrumento proposto foram motivo de questionamento entre alguns juízes. Outro aspecto importante deve-se ao fato do instrumento original da ONA também possuir alto teor de conteúdo voltados para área de gerenciamento de serviços. Então, utiliza-se de termos administrativos as vezes

não familiares para os especialistas deste estudo, o que pode ter impactado no consenso de forma geral (BRASIL, 2002 b; 2014; CARDOSO *et al*, 2005; MUNARETTO, CORRÊA & CUNHA, 2013; SCARPARO *et al*, 2012).

Apesar da limitação dos especialistas relacionadas aos aspectos de gestão do serviço e avaliação de conformidade, a troca de informações entre os participantes proporcionou a discussão evolução do instrumento elaborado inicialmente nesta pesquisa. Isto foi possível pois a técnica Delphi permite o acesso a informações altamente especializadas, com interação entre os participantes e o pesquisador sem interferências relacionadas a influência de posição ou conflito de interesse promovendo, assim, o compartilhamento de ideias ou opiniões de forma livre (SCARPARO, *et al*, 2012).

6 CONCLUSÃO

Apenas um estudo brasileiro foi aproveitado para os objetivos desta pesquisa. Fica então evidenciada uma necessidade de maior desenvolvimento de estudos relacionados a qualidade dos serviços de GTM adaptados ao sistema de saúde brasileiro.

Entre os estudos encontrados, as maiores contribuições vieram de documentos educativos ou normativos de instituições relacionadas as práticas clínicas farmacêuticas, o que evidencia a incipiente investigação dos padrões de desenvolvimento de GTM na prática, no mundo real. Documentos normativos e educativos são importantes para guiar as atividades de forma inicial. Entretanto são necessários mais estudos que coloquem estes padrões à prova para que possamos avaliar a viabilidades destes nas rotinas de atendimentos.

As várias interpretações do termo “atenção farmacêutica” ainda é um fator de confusão no que se refere a levantamentos bibliográficos e impactou consideravelmente na coleta de dados. Além disso, a falta de descrição dos serviços também foi um fator que dificultou o processo de reconhecimento de publicações elegíveis. Portanto, salienta-se a necessidade de padronizar a taxonomia e os próprios serviços farmacêuticos.

Apesar de verificar-se uma evolução no número de publicações ao longo dos anos, não se observou grandes mudanças ou avanços em relação ao conteúdo. Poucas publicações abordam o serviço de forma abrangente, a maior parte deles foca apenas em aspectos do desenvolvimento da prática. Assim, ficou evidenciado a necessidade de empregar esforços para compreender aspectos mais amplos de qualidade que impactam diretamente nos resultados do serviço.

O documento da ONA utilizado como base para adaptação e incorporação das características referentes ao serviço de GTM mostrou-se adequado para a finalidade proposta por este estudo. Os critérios encontrados no levantamento bibliográfico

foram facilmente incorporados ao MBAH. Soma-se a isso o fato de diversos itens mencionados no instrumento original da ONA terem sido observados também na literatura encontrada sobre os critérios estruturantes e de qualidade dos serviços de GTM.

Diferente dos achados da literatura relacionados aos padrões do GTM, o MBAH aborda os serviços de saúde de modo mais holístico, avaliando padrões de qualidade desde sua direção até o gerenciamento de pessoas, recursos e dados. Este fato pode possibilitar uma avaliação da qualidade dos serviços de GTM de modo mais profundo gerando novas perspectivas para avaliação e estabelecimento de padrões de qualidade.

Apesar do estudo Delphi não exigir um número grande de colaboradores, o estudo alcançou um bom número de juízes. E no que se refere ao grau de familiaridade com GTM, os especialistas participantes apresentaram satisfatório perfil de experiência com o referido serviço tanto nas áreas de ensino, serviço e pesquisa. A heterogeneidade do painel de especialistas enriqueceu o resultado final do instrumento.

A possibilidade de interação indireta entre colaboradores propiciou um consenso mais sólido, visto que a evolução de consenso foi pautada na reflexão de opinião mediante a exposição do posicionamento dos demais especialistas. Nesse sentido, o anonimato das opiniões atuou como fator importante na garantia de opiniões livres de conflitos de interesse ou influencia por posicionamento dos participantes, o que gerou ainda mais credibilidade ao consenso.

A menor experiência dos juízes em relação a avaliação de conformidade e termos de gestão de qualidade aparentemente dificultou uma maior colaboração dos participantes para evolução do instrumento testado. Baseado nisso, fica evidenciado que o instrumento ainda deve passar por outras formas de validação para que seja considerado completamente adequado e aplicável para avaliação do serviço de GTM.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, P. M.; ROCHA, B. J. B. & LYRA JUNIOR, D. P. L Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v.34, n.3, p.401-410,2013.

ALEXANDRE, N.M.C & COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3061-3068, 2011.

ALTMAN, D. G. *Practical Statistics for Medical Research*. 1. ed. Londres: Chapman and Hall/CRC, 1990.

ANDRADE, T.U. *et al.* Scientific production in pharmaceutical care: comparison between Brazil, USA and Spain. **Braz. J. Pharm. Sci.** v.49 n.1 São Paulo Jan./Mar, 2013.

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

Academy of Managed Care Pharmacy. Sound Medication Therapy Management Programs. 2006 CONSENSUS DOCUMENT. **Academy of Managed Care Pharmacy**, pag.1-24, 2006.

Academy of Managed Care Pharmacy. Sound Medication Therapy Management Programs, Version 2.0 with validation study. . **Journal of Managed Care Pharmacy**.**Supplementt**, V. 14, N. 1, S-b Janeiro 2008.

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.2, p. 335-6, 2004.

American Society of Consultant Pharmacists-ASCP. Guidelines for medication therapy management services in long-term care facilities. **The Consultant Pharmacist®**. v. 22, n. 4, p. 355-461, 2007.

American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on documenting pharmaceutical care in patient medical records. **Am J Health-Syst Pharm**. v.60 p.705–7, 2003.

BANDEIRA, R.M.G. **Sistemas de governo no Brasil, na França e nos Estados Unidos da América**. Consultoria Legislativa da Câmara dos deputados, Brasília, 2015.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com Classificação de Risco. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 5, p. 751–757, 2012.

BRASIL. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica - proposta. **Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos"**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002 a. 24p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da Atenção Farmacêutica no âmbito do SUS/Ministério da Saúde**, Secretaria de Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de

Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos- Brasília: ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Organização Pan-Americana da Saúde Fascículo V - O Percurso Histórico da Atenção Farmacêutica no Mundo e no Brasil / Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde** / CRF-SP: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo; Organização Pan-Americana de Saúde - Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento, indústria e comércio exterior instituto nacional de metrologia, qualidade e tecnologia-INMETRO. **Portaria nº 361**, de 06 de setembro de 2011.

BRASIL. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde-Brasília:** Organização Nacional de Acreditação, f.159, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Endocrinologia e nefrologia / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul** (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v.1). Brasília: Ministério da Saúde, f.20, 2015. 20.

CARDOSO, L. R. A *et al.* Prospecção de futuro e método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva da construção habitacional. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 63-78, jul./set. 2005.

CAMPOS, V. F. **TQC: Gerenciamento da Rotina do trabalho do dia-a-dia/** Vicente Falconi Campos. Belo Horizonte, Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, Rio de Janeiro: Bloch, 1994.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice: The clinician's guide.** New York: McGraw-Hill, p. 394 2004.

CIPOLLE, RJ STRAND, L.M.; MORLEY, P. El Ejercicio de la atención farmacéutica. **Madrid: McGraw Hill – Interamericana**, 2000. 368 p.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.E. Pharmaceutical care practice- The Patient-centred Approach to Medication Management Services, Third Edition. New York: McGraw-Hill, p.697.2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Consulta pública nº 02/2014**. Serviços farmacêuticos: contextualização e arcabouço conceitual A matriz de competências para a atuação clínica do farmacêutico. 2016. Disponível em <<http://www.cff.org.br/>>. Acessado em junho de 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 338**, de 06 de maio de 2004.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Serviços farmacêuticos integrados al proceso de cuidado en salud: gestión clínica del medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v.2, n.3, p. 41-49, 2011.

COSTA JUNIOR, A.G.; TURRIONI, J. B. Uma análise da Gestão da Qualidade Total em uma instituição de serviços de saúde. XXIII **Encontro Nac. de Eng. de Produção** – Ouro Preto, MG, Brasil, 2003.

COUTINHO, S.S. O uso da técnica delphi na pesquisa em atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37, n.3, p.582-596 jul./set. 2013.

CURRIE J.D *et al.* Identification of essential elements in the documentation of pharmacist-provided care. **J Am Pharm Assoc**. v.43, p.41–9, 2003.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.1, n. 59, p.84-88, 2006.

DIAS, V. A. **REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública)**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. 38 p.

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

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**. V. 114, p.1115-118, 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *The Millbank Quarterly*, v.83, n.4, p.691-729, 2005.

DOUCETTE, W. R. *et al.* Factors affecting Medicare Part D beneficiaries' decision to receive comprehensive medication reviews. **Journal of the American Pharmacists Association**, v.53, n.5,p. 482–487,2013.

DUPOTÉY, N. M.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Una visión cualitativa de la práctica de la atención farmacéutica. **Pharmaceutical Care España**, v.13, n.6, p.266-270, 2011.

DUARTE, M.S.M. & SILVINO, Z. R. Acreditação hospitalar x qualidade dos serviços de saúde. **Rev. pesq.: cuid. fundam. Online**, out/dez. 2(Ed. Supl.), p.182-185, 2010.

ERAH, P.O. & CHUKS-EBOKA, N.A. Patients' Perception of the Benefits of Pharmaceutical Care Services in the Management of Hypertension in a Tertiary Health Care Facility in Benin City. **Tropical Journal of Pharmaceutical Research**, v.7, n.1, p. 897-905, 2008.

EIZERIK, D.P; COSTA, A.F. & MANFROI, W.C. Educação de pacientes em dislipidemia: revisão sistemática. **Rev. Bras. Farm.**, v.89,n.3,p. 207-210, 2008.

FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F. & CUNHA, C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm.** v.18,n.2,:p.213-9, 2005.

FELDMAN, L B; CUNHA, I C K O & D'INNOCENZO, M. Validação dos critérios de processo para avaliação do serviço de enfermagem hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. vol.21, n.4, pp. 841-850, 2013,. ISSN 0104-1169.

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

FUNCHAL-WITZEL *et al.* Brazilian scientific production on pharmaceutical care from 1990 to 2009. **Braz. J. Pharm. Sci.** v.47 no2 São Paulo, 2011.

GALVÃO, C. M & SAWADA, N.O. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v.56, n.1, p. 57-60, 2003.

GONÇALVES, P. J. **Resultados econômicos de um serviço de atenção farmacêutica na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Bacharel em farmácia) – Universidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis, 2012.

GURGEL JUNIOR, GARIBALDI, D. & VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. v.7, n.2, p. 325-334, 2002. ISSN 1413-8123.

HEPLER C.D. & STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am. J. hosp. Pharm.** v.47,n.3,p.533-43, 1990.

HOHMANN, C. *et al.* Pharmaceutical care for patients with ischemic stroke: improving the patients quality of life. **Pharm World Sci.** v.31,n.5, p.550-8 2009.

HOLLAND, R & NIMMO, C. M. Transitions, part 1: Beyond pharmaceutical care. **Am J Health-Syst Pharm.** V. 56,Supl.1, p. 1758-1764, 1999.

HEPLER C.D, STRAND L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm.** v.47,p.533-43, 1990.

HOLTORF, A. C. *et al.* Systematic review on quality control for drug management programs: Is quality reported in the literature? **BMC Health Serv Res.** v. 9, 2009.

HORTON, *et al.* G.A Standardized Patient Counselling Rubric for a Pharmaceutical Care and Communications Course. **American Journal Pharmaceutical Education.** Sep 12; v. 77n. 7,p. 152, 2013.

JAMES, L. R.; DEMAREE, R. G.; WOLF, G. rwg: An Assessment of Within-Group Interrater Agreement. **Journal of Applied Psychology**, v. 78, n. 2, p. 306–309, 1993.

LAUFFENBURGER, J.C. *et al.*, . Design of a medication management program for Medicare beneficiaries: Qualitative findings from patients and physicians. **American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**. V.10, n.2, p.129-138, 2012.

LIEKENS, S *et al.* Pharmaceutical care for people with depression: Belgian pharmacists' attitudes and perceived barriers. **Int J Clin Pharm**. v.34, n.3, p.452-459, 2012.

LIMA, S.B. S. & ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paul Enferm**, v.19, n.3, p.271-8. 2006.

McGIVNEY, M.S. *et al.* Medication therapy management: its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. **Journal of the American Pharmacists Association**, v.47, n. 5, 2007.

MEIRELES, B.L. “Pra te falar a verdade, eu nunca sabia que a gente consultava com farmacêutico”: A perspectiva do paciente sobre o serviço de atenção farmacêutica. Trabalho de conclusão de curso apresentado a faculdade de farmácia da Universidade Federal de São João Del-Rei. Divinópolis, 2013.

MALIK, A. M. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, volume 3 / Ana Maria Malik, Laura Maria Cesar Schiesari**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

MILLONIG, M. K. Mapping the route to medication therapy management documentation and billing standardization and interoperability within the health care system: meeting proceedings. **Journal of the American Pharmacists Association**,v. 49, n. 3, p. 372–382 2009.

MUNARETTO, L.F.; CORRÊA H.L.& CUNHA, J.A.C. Um estudo sobre características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, 2013.

NAU, D.P. Measuring pharmacy quality. **Journal of the American Pharmacists Association**.v. 49, n.2, 2009.

OLIVEIRA, J.S.P. *et al.* **Introdução ao Método Delphi**. (Manual didático) Curitiba: Mundo Material, 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Oficial de trabalho uso racional de medicamentos na perspectiva multiprofissional** / Organização Pan-Americana da Saúde; Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/urm_rede_unida.pdf> Acessado em janeiro de 2015.

PEREIRA, M. L. *et al.* Da Tória à Prática: Relatos da Experiência de implantação da Clínica de Atenção Farmacêutica em Minas Gerais, Brasil **Latin American Journal of Pharmacy (formerly Acta Farmacéutica Bonaerense)**. V. 28 n.6, p. 869-75, 2009.

PEREIRA, L. R.L & FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v.44 n.4, São Paulo, 2008.

POLIZER, R. & D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.59, n.4, p. 548-551, 2006, v.59, n.4, p. 548-551. ISSN 0034-7167.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; Experiência Subjetiva com a Utilização de Medicamento (The Medication Experience): Conceito Fundamental para o Profissional

da Atenção Farmacêutica- Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica- **Revista Racine**. V.113, p.90-96, Novembro/Dezembro de 2009.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. R.; MILLER, D. B. Medication Therapy Management: 10 Years of experience in a Large Integrated Health Care, **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.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção farmacêutica e serviços farmacêuticos**. In: ACURCIO, F.A. Medicamentos. Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia. Belo Horizonte: Coopmed; 2013. Cap. 6, p.197-234.

ROSE, O. *et al*. Effect evaluation of an interprofessional medication therapy management approach for multimorbid patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial in community care (WestGem study protocol). **BMC Fam Pract**.v.16, n. 84, 2015.

SALVIANO, L. H. M. S.; LUIZA, V. L.; PONCIANO, A. M. S. Percepção e condutas de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de reações adversas a medicamentos. **Epidemiol. Serv. Saúde**. V. 20, n.1, p. 47-56, 2011.

SANTOS, H. Segundo consenso de granada sobre problemas relacionados com medicamentos tradução intercultural de espanhol para português (europeu). **Acta médica portuguesa**.V.17, p.59-66, 2004.

SANTOS, C. *et al* . NOVO (?) MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE. Revista de Política. Pública. São Luis, v. 12, n. 1, p. 73-81, jan./jun. 2008.

SCARPARO, A.F.; LAUS, A.M. & AZEVEDO, A.I.C.S. Reflexões sobre o us da técnica Delphi em pesquisa na Enfemagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n.1,p.242-251, 2012.

SCHIESARI, L.M.C & KISIL.M.A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, Vol. 5, Nº 18, Jan-Mar, 2003.

SCHNEIDER, S. R. Medication Therapy Management: An Evolution of Change. **America's Pharmacist**, outubro 2010.

SESCAM. **Manual de calidad asistencial**. SESCAM servicio de salud de Castilla-La Mancha. Depósito legal: M. 19319-2009. Disponible em:< www.sescam.jccm.es>. Acessado 15 de março de 2016.

SHAH, M.; MARKEL VAYSMAN, A.;WILKEN, L. Medication therapy management clinic:perception of healthcare professionals in a University medical center setting. **Pharmacy Practice** (Internet) [online]. v.11, n.3, p. 173-177, 2013, ISSN 1886-3655.

SKOWRON, A.; POLAK, S. & BRANDYS, J.The impact of pharmaceutical care on patients with hypertension and their pharmacists. **Pharm Pract** (Granada). v. 9, n.2,p. 110–115 , 2011.

SILVA, G.M.S. *et al.* Impact of pharmaceutical care on the quality of life of patients with Chagas disease and heart failure: randomized clinical trial. **Trials**, v.13: 244 2012.

SIMENSON, S.T. & MCGIVNEY, M.S. **Medication Therapy Management Services: Creating a Patient Care Process for MTM in Your Practice**. Module 4. Professional education monograph series for pharmacists from APhA, 2007. 9p.

SIMONAITIS, *et al.* Building a production-ready infrastructure to enhance medication management: early lessons from the nationwide health information network. **Annu Symp Proc.** v.14 p.609–613, 2009.

SHOEMAKER, S. J.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; ALVES, M.; EKSTRAND, M. The medication experience: preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. **Patient Education and Counseling**, v.83 n.3 p.443-50, 2011.

Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas (SINTOX). **Casos registrados de intoxicação e/ou envenenamento, e Óbitos de intoxicação e/ou envenenamento.** Brasil 2013. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=379> Acesso em maio de 2013.

SOLUÇÃO. Comunicação para profissionais envolvidos na distribuição de anti-retrovirais. **Saber Viver.** n. 6, ano1, mar./abr. 2005.

SOUZA, T. T. **Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos.** (Dissertação Mestrado em Ciências Farmacêuticas) Programa de Pós-Graduação em ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

SOUZA LEPF, SILVA LMV, HARTZ Z, PAIM JS. **Conferência de consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil.** In: HARTZ ZMA, VIEIRA-DA-SILVA LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

SOUZA, L.P.S et al. Acreditação nos serviços de saúde: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. V.04, n. 02, p.337-52, 2013.

SOUSA, C.S. & TURRINI, R. N. T.. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta paul. enferm.** [online]. v.25, n.6, p. 990-996, 2012. ISSN 1982-0194.

SRIRAM, S. *et al.* Impact of pharmaceutical care on quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. **J Res Med Sci**, v.16, Sup 1, p.412-8, 2011.

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

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

TUMKUR, A.; MURAQUNDI, P.M.; SHETTY, R. & NAIK, A. Pharmaceutical care: need of the hour in India. **J Young Pharm**, v.4, n.4, p. 282-6, 2012.

VAN MIL, J.W.F. **Pharmaceutical Care, the Future of Pharmacy** (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Groningen, Groningen, 1999.

VIEIRA, M.R.S; LORANDI, P.A. & BOUSQUAT, A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1419-1428,2008.

VENANCIO, S.I *et al.* Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, **Brasil.Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9,p.3951-3964, 2011

WENDISCH, C. **Avaliação da Qualidade de Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) Hospitalares: construção de um instrumento** (Dissertação). /Carlota Wendisch. Rio de Janeiro: s.n., 2010.

WEHBE, Grasiela; GALVAO, Cristina Maria. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, 2001.

WRIGHT J. T. C., GIOVINAZZO R.A. Delphi - Uma ferramenta de apoio aoplanejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo. v.01, n12, 2000.

WIERENGA, P.C. *et al.* Quality indicators for in-hospital pharmaceutical care of Dutch elderly patients: development and validation of an ACOVE-based quality indicator. **Drugs Aging**, v.1, n28, p.295-304, 2011.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.

Qual o serviço que será avaliado com este instrumento?

O instrumento criado tem como objetivo avaliar o serviço clínico farmacêutico de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) segundo o referencial teórico, filosófico e metodológico da Atenção farmacêutica segundo Cipolle Strand & Morley (2004). Deste modo, o instrumento não tem como objetivo avaliar quaisquer outras atividades do farmacêutico que não seja o acompanhamento do uso de medicamentos pelo paciente para prevenção, identificação e resolução de Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM).

Caso deseje participar do estudo, é importante que responda as seguintes perguntas:

1. Qual sua relação com serviço de GTM?
 - Sou ou fui pesquisador da área de Atenção Farmacêutica/GTM
 - Sou ou fui docente da área de Atenção farmacêutica/ GTM
 - Atuo ou atuei como clínico de Atenção farmacêutica/ GTM

2. Qual metodologia você utiliza ou utilizava em sua prática/pesquisa/ensino?
 - Utilizo/ utilizava método Dáder
 - Utilizo/utilizava *Pharmacotherapy Workup* (PW)
 - Utilizo/utilizava outro método. Neste caso cite o nome do método:
 - Não utilizo/utilizava método.

3. Há quanto tempo exerce ou exerceu sua função?
 - Menos que um ano
 - Mais que um ano

4. Especifique o tempo de experiência com cada uma das atividades relacionadas a Atenção Farmacêutica/GTM:
 - Ensino:
 - Pesquisa:
 - Prática:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudantes, docentes e profissionais de saúde

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). O objetivo é desenvolver um instrumento de avaliação para o serviço de GTM e validá-lo por especialista.

Ao concordar em colaborar com esta pesquisa, você estará concordando em julgar o instrumento de avaliação para serviços de GTM, elaborado pela equipe de pesquisadores responsáveis por este estudo, por meio de um formulário eletrônico de questões fechadas e/ou abertas sobre seu grau de concordância com os itens expostos no instrumento a ser avaliado. As respostas serão realizadas em formulário virtual, não presencial, de forma que sua privacidade e sigilo serão garantidos. Toda a informação obtida é considerada confidencial e a sua identificação será mantida como informação sigilosa.

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

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONFORMIDADE DE SERVIÇOS DE GTM (VERSÃO VALIDADA)

SEÇÃO 1: LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO	
Esta seção apresenta as subseções relacionadas a estruturação e gestão do serviço. Nela estão presentes subseções ligadas aos aspectos de liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o cliente/usuário/paciente.	
SUBSEÇÃO - DIREÇÃO	
REQUISITOS NÍVEL 1 – SEGURANÇA	
Padrão: Dispõe de responsável habilitado ou capacitado para a direção e liderança; atende aos requisitos formais e técnicos para a segurança das atividades; estrutura de acordo com o perfil e o grau de complexidade da Organização.	
1. Existe na instituição um profissional capacitado responsável por dirigir o serviço.	<input type="checkbox"/>
2. Permanência de um dos membros da Diretoria, por, no mínimo, seis horas na Instituição em dias úteis, na coordenação das atividades institucionais ou de um profissional capacitado para exercício das funções de coordenação tendo acesso fácil aos diretores para resolução de casos que extrapolem as capacidades do funcionário responsável.	<input type="checkbox"/>
3. Possui identidade organizacional definida e disseminada na instituição.	<input type="checkbox"/>
4. Provê condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades propostas.	<input type="checkbox"/>
5. A diretoria define as responsabilidades, competências e autoridades, essenciais para a execução das atividades institucionais.	<input type="checkbox"/>
REQUISITOS NÍVEL 2 - GESTÃO INTEGRADA	
Padrão: Apresenta manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is). A área de administração integra o orçamento, plano de metas e esforços de melhoria dos processos organizacionais. Contribui para avaliação e planejamento do serviço.	
1. Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).	<input type="checkbox"/>

2. Procedimentos de acompanhamento e avaliação do desempenho organizacional e econômica.	<input type="checkbox"/>
3. Apresenta registros que evidenciem a memória dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão da organização (atas de diretoria, registros de reuniões ou outros procedimentos de documentação).	<input type="checkbox"/>
4. Revisa sistematicamente estratégias implantadas.	<input type="checkbox"/>
REQUISITOS NÍVEL 3 – EXCELÊNCIA EM GESTÃO	
Padrão: Dispõe de sistema de análise da satisfação dos clientes internos e externos; participa ativamente do programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; contribui para a gestão de risco; seus serviços estão integrados ao sistema de informação da organização, dispondo de dados e indicadores que permitem a avaliação do serviço e comparações com referenciais externos.	
1. Apresente plano de metas, indicadores de desempenho, taxas e informações para a tomada de decisão.	<input type="checkbox"/>
2. Avalia sistematicamente a Direção no cumprimento de suas funções.	<input type="checkbox"/>
3. Realiza ciclos de melhoria nos processos administrativos e gerenciais do GTM.	<input type="checkbox"/>
SUBSEÇÃO – ADMINISTRAÇÃO	
REQUISITOS NÍVEL 1 – SEGURANÇA	
Padrão: Dispõe de responsável habilitado ou capacitado para a administração de materiais e suprimentos; atende aos requisitos formais e técnicos para a segurança das atividades; estrutura de acordo com o perfil e o grau de complexidade da Organização.	
1. Profissional habilitado ou com capacitação compatível.	<input type="checkbox"/>
2. Possui gerenciamento de pessoal com todos os registros dos funcionários e suas habilitações específicas.	<input type="checkbox"/>
3. Apresenta processos definidos e registrados de aquisição, distribuição e controle dos insumos e recursos materiais, necessários para desempenho do serviço.	<input type="checkbox"/>
4. Processos de administração dos recursos financeiros, cobrança e controle orçamentário geral.	<input type="checkbox"/>
5. Instalações físicas e processos compatíveis com a capacidade instalada e os serviços oferecidos.	<input type="checkbox"/>
REQUISITOS NÍVEL 2 – GESTÃO INTEGRADA	

Padrão: Apresenta manual (is) de normas, rotinas e procedimentos documentado (s), atualizado (s) e disponível(is). A área de administração integra o orçamento, plano de metas e esforços de melhoria dos processos organizacionais.

1. Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).	<input type="checkbox"/>
2. Procedimentos de avaliação, controle e melhoria dos sistemas de aquisição (insumos, etc.).	<input type="checkbox"/>
3. Procedimentos de avaliação e melhoria dos processos organizacionais.	<input type="checkbox"/>

REQUISITOS NÍVEL 3 – EXCELÊNCIA EM GESTÃO

Padrão: A administração dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; e dispõe de sistema de informação com dados, taxas e indicadores, que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.

1. Ciclos de melhoria do sistema de gestão com impacto sistêmico.	<input type="checkbox"/>
2. Sistema de informação institucional com indicadores, taxas e informações comparativas.	<input type="checkbox"/>
3. Sistema de aferição da satisfação dos clientes internos (pacientes/ familiares/comunidade) e clientes internos (funcionários/ gestores da organização).	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO 2: ATENÇÃO AO PACIENTE

Esta seção agrupa as unidades e serviços clínicos de cuidado ao paciente onde existe o contato direto com o usuário, com uma equipe clínica e multiprofissional envolvida (local ou referenciada).

SUBSEÇÃO – PRÁTICA PROFISSIONAL

REQUISITOS NÍVEL 1 – SEGURANÇA

TÓPICO I – AVALIAÇÃO INICIAL

Padrão: Solicita dados relevantes sobre o paciente para compreendê-lo em sua complexidade biopsicosocial. Coleta, analisa e interpreta dados relacionados aos problemas de saúde e sua farmacoterapia. Determina se todas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente estão sendo atendidas. Identifica PRM. Toma decisões racionais e colaborativas para garantir ao paciente que suas necessidades sejam atendidas.

1. Apresenta o serviço de GTM para o paciente. Explica e esclarece os objetivos do serviço, sua dinâmica e o que o paciente pode esperar deste serviço.	<input type="checkbox"/>
2. Utiliza técnica de entrevista adequada, postura profissional adequada, boa comunicação verbal clara e compreensível, não interrompendo o paciente, escuta com atenção, sonda o paciente de forma satisfatória.	<input type="checkbox"/>
3. Investiga experiência subjetiva com medicamentos.	<input type="checkbox"/>
4. Coleta dados demográficos e pessoais importantes.	<input type="checkbox"/>
5. Investiga e determina e registra a queixa principal.	<input type="checkbox"/>
6. Investiga histórico de saúde e hábitos de vida que impactam na farmacoterapia.	<input type="checkbox"/>
7. Investiga e registra a história com medicamentos certificando-se de que a mesma é legítima.	<input type="checkbox"/>
8. Investiga e registra a lista de medicamentos atuais certificando-se de que a mesma é completa e legítima.	<input type="checkbox"/>
9. Sonda a compreensão do paciente em relação as características e efeitos dos medicamentos que utiliza.	<input type="checkbox"/>
10. Investiga e registra histórico de alergia e RAM.	<input type="checkbox"/>

11. Avalia o uso de outras substâncias potencialmente nocivas ou que interfiram na farmacoterapia.	<input type="checkbox"/>
12. Realiza revisão dos sistemas.	<input type="checkbox"/>
13. Todos os itens relevantes são devidamente documentados.	<input type="checkbox"/>
14. Previne e identifica PRM.	<input type="checkbox"/>
15. O profissional checa indicação, efetividade e segurança de todos os medicamentos, e a conveniência (adesão) do paciente à farmacoterapia	<input type="checkbox"/>
TÓPICO II – PLANO DE CUIDADO	
Padrão: Determina objetivos terapêuticos cabíveis para cada problema de saúde. Traça um plano de ação de forma colaborativa com o paciente para alcance dos objetivos terapêuticos e para resolução e prevenção de PRM. Estabelece parâmetros objetivos clínicos e laboratoriais para monitorar os objetivos terapêuticos. Estabelece marco temporal para análise da evolução do quadro.	
1. Realiza descrição do problema de saúde.	<input type="checkbox"/>
2. Considera as experiências subjetivas a suas intervenções.	<input type="checkbox"/>
3. O plano de cuidado é esclarecido ao paciente.	<input type="checkbox"/>
4. São determinadas datas acordadas com o paciente para o alcance das metas.	<input type="checkbox"/>
5. O plano de cuidado atende a queixa principal ou razão do encontro.	<input type="checkbox"/>
6. São estabelecidos objetivos terapêuticos claros e mensuráveis.	<input type="checkbox"/>
7. Os objetivos terapêuticos são estabelecidos para cada problema de saúde.	<input type="checkbox"/>
8. Os objetivos terapêuticos são traçados respeitando as especificidades de cada paciente.	<input type="checkbox"/>
9. A efetividade e a segurança dos medicamentos são comprovadas com dados clínicos e/ou laboratoriais.	<input type="checkbox"/>
10. Todas as intervenções são documentadas.	<input type="checkbox"/>
11. A efetividade, segurança dos medicamentos são comprovadas com dados clínicos e/ou laboratoriais.	<input type="checkbox"/>
12. Registra o estado clínico do paciente.	<input type="checkbox"/>
TÓPICO III – AVALIAÇÃO DE RESULTADOS	
Padrão: Coleta evidências clínica e/ou laboratoriais para verificar os resultados e confrontá-los aos objetivos terapêuticos. Coleta evidências clínicas e/ou laboratoriais para determinar a segurança dos medicamentos. Registra o estado clinico-farmacoterapêutica do paciente e quaisquer alterações na	

farmacoterapia que sejam necessárias. Avalia o paciente para identificação de novos problemas. Marca uma nova data para avaliação.	
1. Os achados da avaliação inicial são revisados.	<input type="checkbox"/>
2. Os novos resultados são registrados.	<input type="checkbox"/>
3. Determina o estado do paciente de acordo com dados coletados e avaliados comparados aos achados registrados nos atendimentos precedentes.	<input type="checkbox"/>
4. A efetividade, segurança do medicamento e adesão do paciente são revisados.	<input type="checkbox"/>
5. Novas intervenções são registradas.	<input type="checkbox"/>
6. Avaliação de resultados é sistemática.	<input type="checkbox"/>
7. Avaliação é realizada de forma contínua.	<input type="checkbox"/>
8. Família e outros profissionais de saúde são envolvidos na avaliação de resultados sempre que necessário.	<input type="checkbox"/>
REQUISITOS NÍVEL 2 - GESTÃO INTEGRADA	
Padrão: Apresenta manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is). A área de administração integra o orçamento, plano de metas e esforços de melhoria dos processos organizacionais.	
1. Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos do(s) serviço(s), unidade(s) ou setor(es), documento(s), atualizado(s) e disponível(is).	<input type="checkbox"/>
2. Profissionais do serviço capacitados.	<input type="checkbox"/>
3. Grupos de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional. Como discussão de caso e prática clínica.	<input type="checkbox"/>
4. Sistema de análise crítica dos casos atendidos, visando a melhoria da técnica, controle de problemas, melhoria de processos e procedimentos, minimização de riscos e efeitos colaterais, etc.	<input type="checkbox"/>
5. Procedimento(s) de orientação ao cliente/paciente.	<input type="checkbox"/>
6. Procedimento(s) voltado(s) para a continuidade de cuidados ao cliente e seguimento de casos.	<input type="checkbox"/>
REQUISITOS NÍVEL 3 – EXCELÊNCIA EM GESTÃO	
Padrão: Dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; e dispõe	

de sistema de informação com dados, taxas e indicadores, que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.	
1. Sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos.	<input type="checkbox"/>
2. Ciclos de melhoria com impacto sistêmico.	<input type="checkbox"/>
3. Utiliza as informações de todas as partes interessadas no ciclo de melhorias.	<input type="checkbox"/>
4. Sistema de informação baseado em taxas e indicadores que permitem análises e comparações.	<input type="checkbox"/>
5. Sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos).	<input type="checkbox"/>
SUBSEÇÃO – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	
REQUISITOS NÍVEL 1 - SEGURANÇA	
Padrão: A instituição dispõe de uma lista de serviços para os quais pode transferir os casos que superam a capacidade resolutiva da unidade. Possui um sistema estruturada para referenciar paciente em casos necessários.	
1. Possui relação de serviços e/ou centros de referência em especialidades, para os quais devem ser encaminhados os casos que extrapolem o potencial resolutivo da instituição.	<input type="checkbox"/>
2. Conta com sistema de comunicação que assegure os encaminhamentos e agilidade dos mecanismos utilizados nos contatos entre os clínicos do GTM e serviços.	<input type="checkbox"/>
3. Registra dados sobre os clientes/pacientes na ficha de atendimento clínico que oriente a continuidade do tratamento, tais como: resumo clínico, diagnóstico, resultado dos exames realizados, condutas executadas e o motivo do referenciamento.	<input type="checkbox"/>
REQUISITOS NÍVEL 2 - GESTÃO INTEGRADA	
Padrão: Apresenta manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is). A área de administração integra o orçamento, plano de metas e esforços de melhoria dos processos organizacionais.	
1. Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos de referência e contra-referência documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).	<input type="checkbox"/>
2. Dispõem de protocolos clínicos para atendimento ao cliente/paciente, na fase inicial e durante o encaminhamento.	<input type="checkbox"/>
3. Pacientes e/ou acompanhantes informados sobre o motivo do encaminhamento.	<input type="checkbox"/>
REQUISITOS NÍVEL 3 – EXCELÊNCIA EM GESTÃO	

Padrão: Dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; e dispõe de sistema de informação com dados, taxas e indicadores, que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.

1. Acompanhamento do paciente após as transferências e avaliação dos serviços de referência.	<input type="checkbox"/>
2. Sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos.	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO 3: SERVIÇOS PROFISSIONAIS E ORGANIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA

Esta seção dedica-se à organização dos serviços profissionais que prestam assistência direta ao cliente/paciente e perpassam todos os serviços de atenção aos clientes configurando assim, o modelo e a filosofia assistencial e institucional.

SUBSEÇÃO – CORPO CLÍNICO

REQUISITOS NÍVEL 1 – SEGURANÇA

Padrão: Corpo clínico, legalmente habilitado, que realiza atendimentos aos pacientes durante todo horário previsto de funcionamento do serviço, de acordo com as normas definidas no Regimento Interno.

1. Pacientes com conhecimento do nome do clínico que lhes assiste e informados sobre o seu diagnóstico e procedimentos a realizar.	<input type="checkbox"/>
2. Continuidade do atendimento ao paciente (visita e evoluções farmacêuticas).	<input type="checkbox"/>
3. Registros no prontuário do paciente de todos os atendimentos realizados.	<input type="checkbox"/>
4. Prontuários completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação.	<input type="checkbox"/>

REQUISITOS NÍVEL 2 - GESTÃO INTEGRADA

Padrão: Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s), disponível(is) e aplicado(s). O clínico desenvolve suas ações baseadas em protocolos adotados pela instituição; possui programa de capacitação e educação permanente; as ações clínicas são vistoriadas por meio de registros no prontuário.

1. Regimento do Corpo Clínico ou manual(is) de normas rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).	<input type="checkbox"/>
2. Programa de educação e treinamento continuado.	<input type="checkbox"/>

REQUISITOS NÍVEL 3 – EXCELÊNCIA EM GESTÃO

Padrão: Participa ativamente do modelo assistencial, baseado em enfoque multiprofissional e interdisciplinar; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistema de análise da satisfação dos clientes internos e externos e de avaliação do serviço; sistema de informação baseado em dados e indicadores que permitam análises comparativas com referenciais e monitoramento de resultados.

1. A assistência ao cliente/paciente segue um planejamento em níveis de complexidade com enfoque multiprofissional e interdisciplinar.	<input type="checkbox"/>
2. Avaliação dos procedimentos padronizados, protocolos clínicos e de seus resultados.	<input type="checkbox"/>
3. Reuniões clínicas periódicas para discutir casos selecionados.	<input type="checkbox"/>
4. Indicadores epidemiológicos utilizados no planejamento e na definição do modelo assistencial.	<input type="checkbox"/>
5. Registros, atas, relatórios e estatísticas referentes às atividades de avaliação da qualidade da assistência, com série histórica.	<input type="checkbox"/>
6. Comparações de resultados com referenciais e análise do impacto gerado junto à comunidade.	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO 4: SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO

A presente seção denominada Serviços de Apoio Técnico visa agrupar serviços que envolvem ação técnica especializadas de apoio fundamentais para o bom desenvolvimento do serviço.

SUBSEÇÃO – ARQUIVO CLÍNICO

REQUISITOS NÍVEL 1 - SEGURANÇA

Padrão: Organização dispõe de local específico e adequado para o arquivamento e manutenção do prontuário clínico dos clientes/pacientes assistidos pelos serviços. Quando feito manualmente o prontuário é legível, em perfeito estado, sem rasuras, assinado pelo profissional responsável. Quando feito de forma eletrônica o prontuário é arquivado de forma segura, evitando perda de dados ou acesso de pessoas não autorizadas, apresenta a devida identificação do profissional responsável pelo seu preenchimento. Os prontuários seguem uma ordem lógica e contínua com: registro da avaliação inicial, história clínica, evolução, plano de cuidado, avaliação de resultados e informações complementares pertinentes (exames, pareceres, etc.)

1. Possui um sistema de organização dos arquivos clínicos. Apresenta um modelo padrão de prontuário disponível e acessível impresso ou em arquivo eletrônico, e métodos para composição do prontuário.	<input type="checkbox"/>
2. Prontuários completos, legíveis datados com a respectiva identificação do profissional responsável. Assinados manualmente ou de forma digital acompanhados do número de registro do profissional responsável em seu respectivo conselho.	<input type="checkbox"/>
3. Todos os atendimentos são devidamente registrados no prontuário do cliente/paciente	<input type="checkbox"/>

REQUISITOS NÍVEL 2 - GESTÃO INTEGRADA

Padrão: O serviço dispõe de manual(is) normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), o processo garante a existência de prontuário individualizado, que assegure a recuperação de informações sobre o serviço prestado.

1. Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).	<input type="checkbox"/>
2. Programa de educação e treinamento continuado.	<input type="checkbox"/>
3. Grupos de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional.	<input type="checkbox"/>
4. Comunicação entre o setor de Arquivo de GTM com a área de estatística e os demais serviços de GTM.	<input type="checkbox"/>

REQUISITOS NÍVEL 3 - GESTÃO EM EXCELÊNCIA	
Padrão: O serviço dispõe de um sistema de análise crítica e revisão de prontuários para melhorar a qualidade dos registros; o arquivo integra-se ao sistema de informação e ao programa de qualidade e produtividade institucional.	
1. Reuniões periódicas de caráter multiprofissional para revisão e discussão dos prontuários, dos resultados obtidos, retroalimentação do processo de melhoria da qualidade e ciclos de melhoria já realizados.	<input type="checkbox"/>
2. Sistema de informação baseado em taxas e indicadores que permitem a análise e comparações.	<input type="checkbox"/>
3. Sistema de aferição da satisfação dos clientes internos (funcionários e gestores da organização) e externos (usuários).	<input type="checkbox"/>
SUBSEÇÃO – ESTATÍSTICAS	
REQUISITOS NÍVEL 1 – SEGURANÇA	
Padrão: A Organização dispõe de estatística de dados básicos, a cargo de um responsável ou grupo de trabalho com condições técnicas (capacitação) de transformar dados em informações estatísticas que apoiem a gestão e o atendimento clínico.	
1. Responsável ou grupo de trabalho capacitado para o serviço.	<input type="checkbox"/>
2. Sistemática de coleta, análise e utilização das informações.	<input type="checkbox"/>
3. Sistema de documentação e registros estatísticos correspondentes.	<input type="checkbox"/>
REQUISITOS NÍVEL 2 - GESTÃO INTEGRADA	
Padrão: Apresenta manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is). A área de administração integra o orçamento, plano de metas e esforços de melhoria dos processos organizacionais.	
1. Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).	<input type="checkbox"/>
2. Programa de educação e treinamento continuado.	<input type="checkbox"/>
3. Grupos de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional.	<input type="checkbox"/>
4. Utilização de informações voltadas para a melhoria de cuidados ao cliente/paciente.	<input type="checkbox"/>
5. Avaliação de desempenho da área.	<input type="checkbox"/>

REQUISITOS NÍVEL 3 – EXCELÊNCIA EM GESTÃO

Padrão: As estatísticas são divulgadas e utilizadas sistematicamente como instrumento para a gestão e melhoria da qualidade; o sistema de informação é abrangente, atingindo todas as áreas; apresenta vários ciclos de melhoria e aperfeiçoamento, com evidências nos resultados de avaliação da área.

1. Sistema de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos.	<input type="checkbox"/>
2. Reuniões periódicas de caráter multiprofissional para discussão dos resultados obtidos, utilização das informações para retroalimentar o processo de melhoria da qualidade, com vários ciclos de melhoria já realizados.	<input type="checkbox"/>
3. Sistema de informação baseado em taxas e indicadores que permitem análises e comparações.	<input type="checkbox"/>
4. Sistema de aferição da satisfação dos clientes internos (funcionários e gestores da organização).	<input type="checkbox"/>