

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA**

MARIA ÂNGELA RIBEIRO

Implementação e sistematização de serviço de
gerenciamento da terapia medicamentosa oferecido a
pacientes com câncer de mama

**BELO HORIZONTE
2017**

MARIA ÂNGELA RIBEIRO

**IMPLEMENTAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DE SERVIÇO DE
GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA OFERECIDO
A PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Área de concentração: medicamentos e assistência farmacêutica

Orientadora: Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira
Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Coorientadora: Profa. Dra. Anna Claudia Yokoyama dos Anjos

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

**Belo Horizonte
2017**

R484i Ribeiro, Maria Ângela.
Implementação e sistematização de serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa oferecido a pacientes com câncer de mama / Maria Ângela Ribeiro. – 2017.

103 f. : il.

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.

Coorientadora: Anna Claudia Yokoyama dos Anjos.

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

1. Terapia medicamentosa – Gerenciamento – Teses. 2. Câncer de mama – Teses. 3. Câncer – Terapia – Teses. 4. Atenção farmacêutica – Teses. 5. Farmacêutico e paciente – Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Anjos, Anna Claudia Yokoyama dos. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 616.994



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

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

Implementação e sistematização de serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa oferecido a pacientes com câncer de mama

MARIA ÂNGELA RIBEIRO

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

Aprovada em 04 de dezembro de 2017, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora
UFMG

Profa. Alessandra Rezende Mesquita
UFMG

Dr. Ozimbo Henrique Campos Neto
Secretaria de Estado da Saúde/MG

Profa. Simone de Araújo Medina Mendonça
UFJF

Dra. Mariana Martins Gonzaga do Nascimento
UFMG

Belo Horizonte, 4 de dezembro de 2017.

A minha mãe, Marcolina Maria Ribeiro (IN MEMORIAM), que fez sua passagem enquanto eu iniciava o doutorado (2013), por me encorajar na busca dos meus sonhos e me fazer acreditar que vale a pena lutar por um mundo mais justo e fraterno! Saudades!

AGRADECIMENTOS

Eu não ando só...

Meus agradecimentos vão a todos que me ajudaram a chegar até aqui. E como sempre traímos e somos traídos por nossa memória, sobretudo ao nomear destinatários, meus primeiros agradecimentos vão para os aqui não citados, por eu saber que são forças vivas nos meus modos de existir.

Agradeço a Deus e ao Mestre Jesus, por suas fontes de Luz que me preenchem com a energia de vida, fé e perseverança, por autorizar, enviar e orientar os Espíritos de Luz no auxílio desta empreitada em doações generosas de vibrações e discernimentos nos tempos de (in)decisões.

A Djenane Ramalho de Oliveira, pessoa especial que tive o privilégio de ter como orientadora. Profissional competente, ética e que soube, de forma surpreendente, fazer-me construir meus caminhos. Sob seu olhar cuidadoso, prudente, sobretudo ousado — próprio das águias —, procurei seus ensinamentos como se procura agulha no palheiro. Ao terminar este trabalho, agradeço não só orientadora, mas também a uma amiga que está e estará comigo.

A Anna Claudia, amiga que fez considerações importantes à época da qualificação do projeto de tese. Desde então pude experimentar meus desfazimentos e refazimentos. Mais uma vez deixa suas contribuições nesta tese como coorientadora.

Estendo meus agradecimentos às professoras Dra(s) Alessandra Mesquita e Mariana Gonzaga, que gentilmente aceitaram o convite para compor a banca de defesa da tese; e ao professor Dr. Orozimbo, colega e amigo, que também aceitou o desafio de formar a banca. Agradeço ainda ao Dr. Mateus, que se dispôs a ficar na suplência da banca por força das circunstâncias. Agradeço, também, as considerações do exame de qualificação. A satisfação de tê-los neste meu processo de doutoramento é imensa.

A Simone, colega e amiga, por sua escuta sensível; pela confiança em meu trabalho e disponibilidade constante. Foi interlocutora importante ao longo do meu processo de doutoramento, seja me incentivando em nossas conversas ou estando presente na feitura da tese durante todo o período da pesquisa. Agradeço o aceite do convite para formar a banca avaliadora.

A Grazi, companheira de projeto... Obrigada pela troca de experiência e desabafo durante o percurso da nossa pesquisa. Apesar de cenários bem específicos, ainda assim dividimos conhecimentos, angústias, decepções e coragem... Uma amparou a outra por acreditar no mesmo propósito. Muito obrigada! Estou muito feliz por ter tido a oportunidade de partilhar esta estrada com você! Agradeço o apoio e incentivo ao longo do caminho.

A Agnes, pelo acolhimento de psicóloga! Não tenho palavras para lhe agradecer a presteza, o sorriso amigo, o “colo” quando a colega mais precisava. Obrigada!

A Yone, pelos ensinamentos práticos de anos a fio de experiência clínica. Obrigada pelas dicas nas aulas quando discutíamos a viabilidade do projeto.

Ao grupo juventude do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Faculdade de Farmácia (CEAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG): Isabela, Georgiane, Gabi, Kirila, Samuel, Mariana, Daniele Álvares, Daniela, Bruna, Beatriz, Carina, Hágabo, Thaís e Catarina. Agradeço a oportunidade, a energia e a garra no desejo de fundamentar a Atenção Farmacêutica... Muito obrigada!

Aos amigos e colaboradores deste estudo: Gislaine, Sandra, Leonardo; aos copesquisadores Clarissa, Pedro, Poliana, Telma e Isabela, pelas aprendizagens que tivemos e disponibilidade na realização deste trabalho. Sem dúvida vocês foram imprescindíveis a esta tese. Sistematizaram e implementaram o Gerenciamento da Terapia Medicamentosa oferecido a pacientes com câncer de mama.

Aos meus alunos residentes e aos meus colegas farmacêuticos: pares do local de trabalho e da classe farmacêutica do país — um dos motivos de minhas inquietações — que me ajudaram com suas (in)satisfações com a prática farmacêutica. Com vocês e por vocês me dediquei ainda mais sobre os sentidos da formação farmacêutica e da reconstrução da prática clínica.

Agradeço as mulheres que atendi, cuidei, cuido e àquelas das quais ainda cuidarei! Vocês instigaram a minha reflexão e me motivaram para buscar formas de cuidar de vocês nesta difícil etapa da vida.

À Faculdade de Farmácia — Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica — da UFMG, que se abriu às minhas intenções como espaço de formação e por seu empenho na formação de mestres e doutores.

Ao CEAF, fonte inesgotável de conhecimento! Com certeza, continuarei “ceafeana”.

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), meu local de trabalho, onde constituí grande parte de minha itinerância formativa como farmacêutica e

doutoranda; e ao qual retornarei com intenções de desempenhar minha prática clínica renovada pelos conhecimentos construídos no doutorado.

Ao Grupo de Estudos em Atenção Farmacêutica, pela acolhida e pelas discussões e contribuições valiosas, que me colocaram em celeridade com o sentido da formação.

À UFU — ao programa QUALI-UFU —, que me ajudou financeiramente no percurso do doutorado.

Aos meus filhos, Alex e Raissa, por serem meu motivo maior da luta pela vida. Vocês conhecem sua mãe! Dividem comigo todos os momentos de trabalho, estudo, dificuldades e alegrias. Este trabalho, eu dedico a vocês!

Ao Sérgio, meu marido, grande incentivador, que soube ter a sensibilidade dos grandes homens. Você tem sido uma fonte de amor e energia desde então. (Ele sabia, mesmo antes de mim, que eu poderia fazê-lo.) Espero que este trabalho te faça orgulhoso, meu bem! Serei eternamente grata por seu amor, paciência, apoio e crença inabalável em mim.

A meus pais, Cesário e Marcolina, pessoas que fizeram com que eu nunca deixasse de pisar o chão da terra e dela captar a energia do Criador. Eles, que biografaram uma existência íntegra, honesta e fraterna, encorajando cada filho, sobrinho e neto ao sobrevôo da opressão; eles, que souberam como ninguém nos apresentar o mundo, cuja interpretação só a sabedoria pode fazer.

Ao meu irmão, à minha cunhada e aos meus sobrinhos... José Maria César Ribeiro, Marlene, Charley, Diego e Rogério, pelo apoio, pelo incentivo e pela torcida. Também agradeço as sobrinhas “tortas” Luana, Nádia e Mariana e a pequena Sofia: sobrinha-neta! Muito obrigada!

À minha sogra, Natália, e ao meu sogro, Otávio, pelos cuidados com a gente!

De modo bem especial, a Sueli — Tiassu —, minha secretária do lar, que assumiu em muitos momentos o meu lugar na maternidade de minha casa, cuidando dos meus filhos para que eu pudesse estar fora do ninho.

À amiga Cleusa Bernardes (professora nota dez da Língua Portuguesa), por todos os nossos extensos diálogos, provocantes e valiosos na correção e escrita dos textos.

E eu termino onde reside a fonte mais básica da minha energia vital: a Família Pinto Ribeiro da Costa. Chegamos mais uma vez! Agradeço o apoio e amor incondicionais; por não me deixar desistir nos momentos mais difíceis. Sou e sempre serei parte de vocês, por isso esta conquista é nossa!

RESUMO

RIBEIRO, M. A. **Implementação e sistematização de serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa oferecido a pacientes com câncer de mama.** 2017. 103 p. Tese (doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) — Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

Objetivo: sistematizar os processos do serviço clínico no setor de oncologia de um hospital de alta complexidade e implementar o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa no cuidado de mulheres com câncer de mama. **Método:** pesquisa qualitativa utilizando a metodologia da pesquisa-ação à luz de Kurt Lewin, com destaque para a dinâmica de grupos, teoria de campo, forças de retenção e de condução. As técnicas de coleta de dados incluíram a observação participante entre agosto de 2014 e dezembro de 2016, entrevistas semiestruturadas com farmacêuticos e farmacêuticos residentes, notas de diários de campo e análise documental. A amostra inicial do estudo foi constituída por 21 farmacêuticos. À medida que a pesquisa progrediu e o processo de ação e reflexão associado à metodologia da pesquisa-ação foi desenvolvido, vários participantes se retiraram do estudo. Do total inicial, quatro farmacêuticos, incluindo o primeiro autor, e cinco residentes concluíram o estudo.

Resultados: a tese é apresentada em formato de artigos. O primeiro artigo, cujo objetivo foi descrever o processo de implantação e sistematização do serviço clínico, apresenta seis grandes temas que emergiram em quatro ciclos do processo de pesquisa-ação: 1) a resistência é humana, é necessária à gestão do conflito; 2) insegurança com o fazer clínico; 3) gestão de mudanças apoiadas por forças motrizes; 4) cuidados farmacêuticos promovendo a autoeficácia dos profissionais; 5) documentação como o fio condutor da prática; 6) vantagens de uma prática sistematizada. O segundo artigo, cujo objetivo foi apresentar as experiências de residentes farmacêuticos com o aprendizado da prática clínica, descreve outros três temas: 1) um segundo curso de farmácia; 2) redesenhando a prática farmacêutica: da filosofia à autoeficácia; 3) formação para o SUS e para a vida: o papel da educação permanente.

Conclusão: produziu-se conhecimento sobre as experiências dos farmacêuticos enquanto viviam o processo de transformação de sua prática profissional para oferecer um serviço sistematizado e centrado no paciente. A estrutura de Lewin apoiou a introdução de um novo caminho de trabalho para farmacêuticos, que tem o potencial de ser operacionalizado como tecnologia inovadora para o sistema de saúde do Brasil: os serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa.

Palavras-chave: Gerenciamento de terapia medicamentosa. Câncer de mama. Atenção farmacêutica.

ABSTRACT

RIBEIRO, M. A. **Implementation and systematization of comprehensive medication management services offered to patients with breast cancer.** 2017. 103 p. Thesis (Doctorate) — Pharmacy College, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil, 2017.

Objective: To systematize the processes of the clinical service in the oncology sector of a hospital of high complexity and implement the Medication Therapy Management (MTM) in the care of women with breast cancer. **Method:** It is a qualitative research using the action research methodology as proposed by Kurt Lewin, with emphasis on group dynamics, field theory, retention and conduction forces. It was used as a data collection technique: participant observation between August 2014 and December 2016, semi-structured interviews with pharmacists and pharmacy residents, field journal notes and document analysis. The initial study sample consisted of 21 pharmacists. As the study progressed, and the process of action and reflection associated with the methodology of action research progressed, several participants withdrew from the study. Of the initial total, four pharmacists, including the first author, and five residents completed the study. **Results:** The thesis is presented in the format of articles. The first article, whose objective was to implement and systematize a comprehensive medication management service, presents six major themes that emerged in four cycles of the action research process: 1. Resistance is human, the management of conflict is necessary; 2. Insecurity with being a clinician; 3. Management of change supported by driving forces; 4. Pharmaceutical care fostering professionals' self-efficacy; 5. Documentation as the conducting wire of the practice; 6. The advantages of a systematized practice. The second article, whose objective was to present the experience of pharmacy residents with learning and building their clinical practice, describes three other themes: 1. A second pharmacy course; 2. Redesigning the pharmacy practice: from its philosophy to self-efficacy; 3. Training for SUS and for life: the role of Permanent Education. **Conclusion:** the study provided an understanding of the process of implementation of the clinical service from the perspective of the pharmacists involved. It also produced knowledge about the experiences of pharmacists while living the process of transforming their professional practice to offer a systematized and patient-centered service. Lewin's structure supported the introduction of a new work path for pharmacists, which has the potential to be operationalized as an innovative technology for the Brazilian healthcare system: the MTM services.

Keywords: Medication therapy management. Breast cancer. Pharmaceutical care.

LISTA DE TABELAS

TABLE 1 – Characteristics of the pharmacists in the practice scenario studied	52
TABLE 2 – Themes and subthemes that emerged during the study (n = 21)	55

LISTA DE FIGURAS

Tese

FIGURA 1. Modelo da *pharmaceutical care* como prática de saúde 29

FIGURA 2. Pesquisa-ação em interface com a dinâmica de grupos e a teoria de campo 40

Artigo

FIGURE 1. The reflexive teaching-learning cycles and systematization-implementation of comprehensive medication management services with the aid of action research as proposed by Kurt Lewin 54

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1	INTRODUÇÃO	18
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1	O câncer de mama como doença crônica não transmissível	21
2.2	Histórico da profissão farmacêutica	25
2.3	Pesquisa-ação na perspectiva de Kurt Lewin	33
2.3.1	<i>Gênese da pesquisa-ação</i>	33
2.3.2	<i>Dinâmica de grupos</i>	35
2.3.3	<i>Teoria de campo</i>	36
3	OBJETIVOS	41
3.1	Objetivo geral	41
3.2	<i>Objetivos específicos</i>	41
3.2.1	<i>Formação</i>	41
3.2.2	<i>Sistematização</i>	41
3.2.3	<i>Implementação</i>	41
4	MÉTODOS	42
4.1	Técnicas de coleta de dados	44
4.1.1	<i>Análise de documentos</i>	44
4.1.2	<i>Observação participante</i>	44
4.1.3	<i>Diários de campo</i>	45
4.1.4	<i>Entrevistas semiestruturadas</i>	45
4.2	Análise e interpretação dos dados	46
4.3	Aspectos éticos	47
5	RESULTADOS	48
5.1	Artigo 1: “Implementation and systematization of a comprehensive medication management (CMM) service delivered to women with breastcancer”	48
5.2	Artigo 2: “Redesenhando a prática clínica farmacêutica por meio de um programa de residência	69
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	87
	ANEXOS	95
	APÊNDICES	102

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Desde que me graduei em Farmácia, pela Universidade Federal de Minas Gerais, em 1999, busco trabalhar com uma lacuna mal preenchida na profissão: a Atenção Farmacêutica. Ao fim da graduação, fui apresentada a essa faceta do curso nas aulas do Centro de Estudos do Medicamento (CEMED) ministradas pela professora Djenane. Mas não foi muito proveitoso porque ela já estava se preparando para realizar seu doutorado, nos Estados Unidos. No ano de 2000, logo após a formatura em Farmácia — eu já trabalhava numa drogaria na cidade de Ibité —, tive a oportunidade de realizar um curso de Farmácia Clínica promovido por professores da Faculdade de Farmácia, dentre os quais Carlos Tagliati. Nessa oportunidade, tive aula com o professor Francisco Palhano, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Em 2001, já residente na cidade de Araxá, MG, fui agraciada com um curso oferecido pela farmácia Curare, onde eu trabalhava, no Instituto Racine, de São Paulo, para aprender Atenção Farmacêutica.

Meu objetivo era trabalhar com os pacientes consumidores dos produtos do laboratório de sólidos orais, o qual estava sob minha responsabilidade. A maioria deles sofria de doenças crônicas não transmissíveis. Nessa empreitada, recebi conhecimentos variados, mas o expoente desse curso foi conhecer Denise Funchal, batalhadora da Atenção Farmacêutica. Ao retornar à farmácia Curare, vivenciei o aconselhamento aos nossos pacientes no balcão da farmácia; mas a maioria acontecia no pós-venda. Todos os dias eu fazia contato com o paciente e dialogávamos sobre o medicamento adquirido esclarecendo dúvidas.

Ao longo da minha trajetória profissional e acadêmica, diversas foram as possibilidades de lidar com a temática do cuidado farmacêutico dos pacientes. Algumas dessas vivências do percurso merecem destaque, a exemplo da experiência vinculada ao atendimento de pacientes da Atenção Primária em Saúde vinculados ao Programa Saúde da Família na cidade de Ibiá, MG. Na condição de única farmacêutica do serviço de saúde pública desse município, fui convidada a auxiliar a equipe do programa no acompanhamento após a consagração do prêmio 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, recebido pelo Ministério da Saúde, em 1999. A empreitada era trabalhar com os agentes comunitários na condução de suas práticas junto às famílias adscritas em suas microáreas de atendimento.

Esse fato, em especial, levou a uma pesquisa que resultou na dissertação de mestrado *Estoque domiciliar de medicamentos no PSF Ibiaense* e, com base na nova realidade,

objetivou conhecer o estoque domiciliar de sobras de medicamentos das famílias de Ibiá. A dissertação apresentou um cenário da cultura medicalizada daquela população compatível com o que evidenciava a literatura científica. Visitei 285 domicílios, acompanhando agentes comunitários de saúde. Os resultados me instigaram a refletir sobre a minha responsabilidade social envolvida no cuidado das pessoas, auxiliando-as a fazer o melhor uso possível dos seus medicamentos e minimizando a morbimortalidade relacionada com o uso desse instrumento terapêutico. Trabalhei no município de 2001 a 2005. No período do mestrado, entre 2002 e 2005, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fiz aulas com os professores do ensino clínico da Espanha Joaquim Bonal e Francisco Llimos. Aliás, o meu projeto inicial se referia à implementação de Atenção Farmacêutica no município. Entretanto, na qualificação foi substituído em função da linha de pesquisa do mestrado.

Em 2006 fui nomeada por concurso público na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e lotada no serviço de farmácia hospitalar do Hospital de Clínicas da UFU. A minha vontade de cuidar das pessoas em uso de medicamentos não cessava. Deparei-me com um novo cenário de trabalho — pessoas com adoecimento oncológico — e, mesmo com um trabalho inicial ainda voltado às atividades logísticas e de preparo dos medicamentos, iniciei timidamente o acompanhamento da realidade daquelas pessoas. Comecei a observar todas as etapas do tratamento e suas consequências — que envolviam dor e sofrimento — apenas com análise e observação das prescrições medicamentosas que chegavam à farmácia. E não me quietei. Em 2010, escrevi um projeto para acompanhar as pacientes em tratamento do câncer de mama a fim de tentar resolver os problemas com seus medicamentos. Em 2011, comecei meu trabalho na residência multiprofissional, orientando os alunos na prática diária.

A partir daí, um número cada vez maior de pessoas com câncer foi envolvido no serviço para fomentar o alcance dos resultados com os tratamentos propostos. Ainda assim, estava claro que o serviço apresentava lacunas na qualidade e garantia de sua sustentabilidade. Revisando a literatura, deparei-me com informações valiosas sobre como o câncer repercute no imaginário social com representações de dor, sofrimento, impotência, perdas e percepção de finitude, com predomínio do estigma associado à doença e seu tratamento. Mesmo com aumento progressivo da sobrevivência dos pacientes oncológicos, ainda são notáveis tanto a necessidade de disseminar o cuidado no processo de uso de medicamentos para alcançar os melhores resultados possíveis quanto o desafio de desmitificar ideias culturais sobre a doença e o uso de tratamento alternativo. Essas eram minhas motivações.

Em 2013, ingressei-me no Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da UFMG (PPGMAF) com um projeto de pesquisa que visava à sistematização de um serviço clínico resolutivo no setor de oncologia para pacientes em tratamento do câncer de mama. Assim, no doutorado — parafraseando Garrido (2000) —, passei a me sentir como sujeito de minha prática ao estabelecer, como objeto de estudo, minha ação como farmacêutica. O fazer cotidiano do farmacêutico clínico resiste a fórmulas e soluções prontas, ou seja, desafia-nos constantemente no dia a dia. Não por acaso, convida a um ensino criativo, diário, experimental e que permite um estudo de pesquisa-ação.

Estrutura da tese. Esta tese foi estruturada em formato de artigos conforme opção do regulamento do PPGMAF. Esse formato permite que os resultados e a discussão sejam apresentados nos artigos científicos submetidos e/ou aceitos para publicação em periódicos científicos. Os artigos 1 e 2 respondem aos objetivos deste estudo. Dito isso, a tese está apresentada da seguinte maneira: considerações iniciais; fundamentação teórica, objetivos e metodologia.

- artigo de resultados 1: “Implementation and systematization of a comprehensive medication management (CMM) service delivered to women with breast cancer”, conforme as normas do periódico científico *Asian of Journal and Pharmaceutical Clinical Research*, onde foi aceito para publicação. Objetivo geral: descrever o processo de implementação e de sistematização do serviço de GTM, na perspectiva dos participantes envolvidos.
- artigo de resultados 2: “Redesenhando a prática clínica farmacêutica por meio de um programa de residência”, seguindo as normas do periódico científico ao qual foi submetido, *Revista Brasileira de Enfermagem*. Objetivo geral: descrever a formação vivenciada por residentes farmacêuticos no contexto da implementação e sistematização de um serviço de GTM para pacientes com câncer de mama.

Apesar de não comporem o corpo da tese, portanto não estão apresentados abaixo, os artigos listados a seguir foram desdobramentos diretos desse projeto de doutorado. O primeiro artigo refere-se ao diagnóstico do cenário estudado; os outros artigos tiveram esta que escreve como orientadora principal. Os artigos são resultados dos trabalhos de conclusão de residência de residentes em Oncologia que foram capacitados e participaram do processo de sistematização e implementação do serviço de GTM no cenário estudado. Durante o período de estudo, frequentaram cursos de capacitação, atenderam pacientes em consultório,

elaboraram documentos e fluxos, escreveram projetos com temas relacionados ao GTM, executaram a pesquisa, elaboraram e redigiram artigos e apresentaram a uma banca examinadora. Assim, entendemos que é importante descrever seus objetivos e sua situação no processo de publicação científica.

- Artigo 3 —“Perfil do uso de medicamentos em um grupo de pacientes em tratamento do câncer de mama”, submetido ao periódico científico *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*. Objetivo geral: descrever características sociodemográficas, clínicas, farmacoterapêuticas e intervenções realizadas para promover sistematização conjunta das práticas clínicas e implementação do serviço de GTM.
- Artigo 4 —“Impact of a medication therapy management service offered to patients in treatment of breast cancer”, aceito para publicação no periódico científico *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. Objetivo geral: avaliar o impacto gerado por um serviço de GTM oferecido as pacientes com câncer de mama em uso de polifarmácia.
- Artigo 5: “Reações adversas a medicamentos: estudo com pacientes em tratamento do câncer de mama”, submetido à *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*. Objetivo geral:descrever as reações adversas ao trastuzumabe apresentadas pelos pacientes em tratamento para o câncer de mama; estabelecer uma relação de causalidade com o fármaco em estudo e propor um estreitamento entre a farmacovigilância e o serviço de GTM.
- Artigo 6: “Gerenciamento da terapia medicamentosa nas ações de prevenção da Osteoporose em um grupo de pacientes em tratamento com inibidores de aromatase: um estudo piloto”, submetido à *Revista Brasileira de Reumatologia*. Objetivo geral: avaliar a prevalência de fatores de risco preditivos para as doenças ósseas em mulheres em uso de inibidores de aromatase e apresentar as ações educativas providas às pacientes no serviço de GTM.
- Artigo 7: “Gerenciamento da terapia medicamentosa no tratamento de pacientes com câncer de mama e multimorbidades: uma série de casos”, submetido à *Revista Brasileira de Cancerologia*. Objetivo geral: demonstrar a ferramenta Spider Web MTM cujo objetivo é a identificação de prioridades de ações que colaboram para o raciocínio clínico no ensino do cuidado farmacêutico, assim como para a prática.

- Artigo 8: “Experiência subjetiva com medicamentos de mulheres convivendo com o câncer de mama: um *photovoice*”, submetido à *Revista Brasileira de Cancerologia*. Objetivo geral: compreender as experiências subjetivas com medicamentos e os sentidos atribuídos ao tratamento antineoplásico pelas mulheres em tratamento para o câncer de mama.

A apresentação gráfica dos artigos incluídos no corpo da tese — margens e espaçamentos, títulos e legendas de tabelas e figuras, além de destaques tipográficos em títulos e subtítulos — ajustou-se ao padrão adotado para a tese como um todo; ou seja, alinhou-se no formato das demais seções, que seguiram recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 14724) e do *Manual para normalização de produções técnico-científica* (ed. da UFMG) para tratar de casos que a norma não cita. Nas referências — listadas ao final de cada artigo —, foi mantido o padrão dos respectivos periódicos a que foram submetidos.

Por último, vêm as considerações finais da tese, além de referências gerais, anexos e apêndices.

1 INTRODUÇÃO

[...] quando me ocorre de examinar e reexaminar cuidadosamente os temas, retornando em diversas ocasiões às mesmas categorias e às mesmas análises, tenho sempre a impressão de operar num movimento em espiral que permite lançar mão a cada vez de um grau de clareza e de compreensão superior, e, ao mesmo tempo, descobrir a relação sem suspeita e propriedade oculta.

— BOURDIEU, 2001.

Nos últimos anos, diante das mudanças nos sistemas de saúde e de aumento das doenças crônicas, inclusive o câncer, a morbidade e mortalidade relacionadas com o uso de medicamentos se tornaram problema relevante na saúde pública (SANTOS; COELHO, 2004; MENDES et al., 2005; CANO; ROZENFELD, 2009; SOUZA et al., 2014; FREITAS et al., 2015). Pessoas acometidas por várias doenças crônicas, em geral, utilizam muitos medicamentos; portanto, são susceptíveis à polifarmácia e ao aparecimento dos problemas relacionados com o uso de medicamentos (PRM).

A polifarmácia é definida, do ponto de vista quantitativo, como consumo de um número elevado de medicamentos, cinco ou mais, incluindo aqueles para tratar sintomas induzidos por reações adversas; também é entendida, em termos qualitativos, como uso de qualquer medicamento considerado clinicamente desnecessário, o que considera que o paciente já se encontra em polifarmácia (BALDUCCI; GOETZ-PARTEN; STEINMAN, 2013; ROLLASON; VOGT, 2003; NASCIMENTO, 2016). PRM são compreendidos como eventos indesejáveis experienciados pelos pacientes e que envolvem terapia farmacológica, além de interferir nos resultados desejados (JOHNSON; BOOTMAN, 1995; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Os medicamentos são desenvolvidos para ser utilizados e produzir resultados terapêuticos ótimos, o que implica ausência de PRM; no entanto, PRM não reconhecido em tempo oportuno para que seja prevenido ou resolvido pode produzir morbidade, que, se não tratada adequadamente, tende a evoluir para a mortalidade (FUNCHAL-WITZEL, 2011).

A prática da Atenção Farmacêutica foi desenvolvida e proposta com o objetivo de identificar, prevenir e resolver os PRM experimentados por pacientes. O processo de cuidado da Atenção Farmacêutica, quando operacionalizado pelo serviço de gerenciamento da terapia

medicamentosa (GTM), possibilita que o farmacêutico aplique todo seu conhecimento farmacoterapêutico para promover o bem-estar das pessoas em uso de medicamentos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009). O GTM tem apresentado resultados clínicos, econômicos e humanísticos positivos, justificando sua expansão e consolidação nos sistemas de saúde (WIEDENMAYER et al., 2006; SHOEMAKER; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010; MENDONÇA; PEREIRA; SANTOS, 2016; DETONI; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2017).

É importante destacar que o modelo clínico biopsicossocial, no qual a Atenção Farmacêutica está alicerçada, vai além do modelo tradicional biomédico e cartesiano, considerado paradigma de cuidado fragmentado e limitado por não abordar o paciente de forma holística e por trazer, dentre outras coisas, a insatisfação dos pacientes. No modelo biomédico/cartesiano, o foco são a doença e o medicamento; fica de lado a perspectiva do paciente (BALLESTER et al., 2010).

Os princípios e o processo da Atenção Farmacêutica assumem a prática clínica como base cognitiva e operacional na qual se desenvolve o processo de cuidado ao paciente. É por meio do método clínico e do *pharmacotherapy workup* que ela foi pensada como prática de cuidado voltada à identificação e resolução de problemas e ao reconhecimento das necessidades dos pacientes relacionadas com uso de medicamentos. Parte-se do pressuposto de que eventos mórbidos provocados por medicamentos podem e devem ser evitados (STRAND et al., 2004; HEPLER; STRAND, 1990). Assim, refletir sobre Atenção Farmacêutica implica um olhar sobre os construtos que fundamentam sua concepção de prática; ou seja, supõe discutir o significado do próprio método clínico, a posição assumida pelo farmacêutico como provedor de cuidado na relação com o paciente e o objeto do conhecimento no qual a base cognitiva da prática se processa (BASTOS; CAETANO, 2010).

A definição para clínica utilizada neste trabalho é ampla. Abrange um conjunto de técnicas e conhecimentos empregados pelo profissional da saúde para avaliação do paciente, identificação de PRM e intervenção com o intuito de resolvê-los. Inclui um processo cognitivo sistemático que serve para definir e hierarquizar problemas relativos à manifestação de uma condição de morbidade, mas também para intervir no curso da sua evolução no paciente — processo de decisão diagnóstica e terapêutica designada como raciocínio ou julgamento clínico (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Essa definição se aproxima daquela apresentada por Camargo Júnior (1993). Nesse processo, cabe ao farmacêutico ter, além de conhecimento para manejar os PRM relacionados com doenças crônicas dos

pacientes, habilidades e atitudes específicas para assumir o cuidado das pessoas (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

As políticas públicas têm avançado nas propostas para a Atenção Farmacêutica, no entanto as ações têm sido isoladas, com baixo entendimento da sociedade sobre o potencial clínico do farmacêutico, além da baixa resolutividade e do baixo impacto desse profissional nos resultados em saúde da população usuária de medicamentos. Assim, reconhecemos a importância de sistematizar e implementar serviços de GTM que sigam padrões de prática reconhecidos e testados internacionalmente, assim como preparar farmacêuticos competentes para se tornarem membros ativos da equipe multidisciplinar e interdisciplinar no cuidado de pacientes com câncer de mama.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O câncer de mama como doença crônica não transmissível

Nas últimas décadas, com o envelhecimento da população, a baixa taxa de fecundidade e o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), ocorreram mudanças nos sistemas de saúde em todo o mundo (MESQUITA, 2015). As DCNT são objeto de ações e planos de enfrentamento pelo Ministério da Saúde, dentro de suas Redes de Atenção a Saúde (BRASIL, 2011).

O câncer foi reconhecido como doença crônica segundo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, cuja responsabilidade é direcionada a cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Enfatiza-se a necessidade de organizar a política de controle e prevenção via atenção primária à saúde, atenção domiciliar, rede de urgência/emergência, sistemas de apoio, regulação, sistemas logísticos, governança e atenção especializada hospitalar e ambulatorial (BRASIL, 2013b).

Ainda de acordo com a política, o câncer é uma doença crônica em ascensão (SULLIVAN; PRAMESH; BOOTH, 2017) e com necessidade de cuidado integral (BRASIL, 2013a). Há dez anos, 12,7 milhões de pessoas em todo o mundo estavam vivendo com a doença, com impacto econômico de quase US\$ 290 bilhões. Para 2030 espera-se que 21,7 milhões de pessoas sejam afetadas, a um custo antecipado de US\$ 458 bilhões, devido a uma população crescente e envelhecida, bem como a mudanças de estilo de vida (SULLIVAN; PRAMESH; BOOTH, 2017).

Segundo dados do American Cancer Society, para 2016 são projetados para ocorrer nos Estados Unidos 1.685.210 novos casos de câncer e 595.690 mortes pela doença. Acelerar o progresso contra o câncer exige tanto o aumento do investimento nacional na pesquisa do câncer como a aplicação do conhecimento sobre o controle do câncer em todos os segmentos da população. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) presumiu 57.960 novos casos diagnosticados para o biênio 2016–7 (BRASIL, 2016).

Além disso, as estratégias terapêuticas para pacientes com câncer são individualizadas e incluem uma variedade de medicamentos com mecanismos e alvos farmacológicos diferentes. A terapia anticâncer é associada à ocorrência de reações adversas, e existe uma demanda crescente por cuidados de suporte efetivos que previnam ou melhorem a toxicidade induzida por medicamentos (LIEKWEG; WESTFELD; MICHAEL, 2012).

Em particular, o câncer de mama apresenta um processo terapêutico constituído por várias etapas: cirurgia, tratamentos convencionais como quimioterapia e radioterapia, tratamentos-alvo ou dirigidos, imunoterapia, seguido de terapia endócrina com hormônios. A escolha desse “*layout*” terapêutico depende da individualidade clínica do paciente (NOGUES et al., 2010).

A hormonioterapia, considerada como consolidação de todo esse processo terapêutico e preventiva contra recidivas, tem duração média de cinco anos (DAVIES; PAN; GODWIN, 2013); em certos casos é estendida por dez anos com benefícios clínicos comprovados (GOSS; INGLE; PRITCHAR, 2016). Duas das principais classes de fármacos utilizados como hormonioterápicos são os moduladores seletivos do receptor de estrogênio (MSRE), como o tamoxifeno, e os inibidores da aromatase (IA), como anastrozol, letrozol e exemestano. Mulheres pós-menopáusicas com câncer de mama receptor hormonal positivo têm por recomendação a terapia adjuvante com os IA, como monofármaco ou após o tamoxifeno (GOSS; INGLE; PRITCHAR, 2016). O tratamento com hormônio durante cinco anos, com adesão plena e sem intervenções de tratamentos para comorbidades, já tem impacto positivo bem documentado na literatura internacional, pois propicia uma sobrevida global e sobrevida livre de doença de 15 a 20 anos (BURSTEIN; LACHETTI; ANDERSON, 2016). Além disso, a terapia hormonal tornou-se importante entre esses tratamentos, por sua variedade de opções, bom perfil de toxicidade e alta efetividade (LEAL; CUBERO; DEL GIGLIO, 2010).

Mesmo com esses benefícios clínicos significativos, muitas mulheres não tomam a hormonioterapia conforme prescrita, o que leva a um risco aumentado de mortalidade e recorrência (MOON et al., 2017). Um serviço de GTM potencializa o tratamento do paciente e evita reações adversas, interações medicamentosas e até erros, por meio das intervenções precoces, além de promover o uso adequado e maximizar a adesão (WONG et al., 2016).

Associados ao tratamento para o câncer de mama, muitos pacientes usam medicamentos para outras comorbidades, como hipertensão, diabetes *mellitus*, dislipidemia (MALTA et al., 2014). Essas doenças têm implicações para a sobrevivência, uma vez que a causa da morte nem sempre está relacionada com o próprio câncer de mama. Sabe-se que o controle melhorado da glicemia, do colesterol, da pressão arterial, dentre outros parâmetros, dependem de fatores sociais, econômicos, emocionais, culturais e terapêuticos, que não podem ser entendidos e tratados por apenas um profissional. Além disso, a prevalência de

múltiplas comorbidades conduz a um evento bastante comum em pacientes com câncer: a polifarmácia.

As doenças crônicas como câncer de mama, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, dislipidemia, hipotireoidismo, obesidade e osteoporose não só estão associadas ao aumento da morbidade e da mortalidade, como ainda levam a impactos negativos no paciente e no sistema de saúde. Isso porque exigem um monitoramento constante dos parâmetros clínicos, dos profissionais e dos pacientes, bem como uma coordenação maior dos cuidados entre profissionais distintos e níveis diferentes do sistema de saúde (BRASIL, 2011; MALTA; MERHY, 2010).

Entretanto, essas atribuições não ficam claras nas políticas públicas; as decisões ficam por conta de cada componente ou ponto da rede, em especial no que se refere ao diagnóstico, que em muitos casos envolve a realização de procedimentos de alto custo. É uma realidade que tem ocasionado dificuldades no acesso a exames diagnósticos e, também, na entrada do paciente nos centros de maior complexidade, retardando o tratamento da doença. Outro fator a ser considerado na análise das políticas públicas direcionadas ao controle do câncer é a ênfase dada à alta complexidade, em que a habilitação de unidades e centros, muitas, vezes converte-se na principal ação implementada (BRASIL, 2015).

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) são hospitais terciários estruturados para tratar, no mínimo, os cânceres mais prevalentes no país (mama, próstata, colo do útero, estômago, cólon e reto), menos pulmão. O câncer de pele não melanoma pode ser tratado em serviços não especializados. Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) são hospitais terciários estruturados para tratar todos os tipos de cânceres, em todas as modalidades assistenciais.

Mesmo com os esforços do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer e do crescimento dos gastos e da quantidade de procedimentos oncológicos no SUS — o que nem sempre significa melhores resultados —, ainda há muito a ser feito em resposta aos desafios da organização e da operação da Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia, de modo a garantir à população usuária o acesso à atenção de qualidade com o melhor resultado possível (INCA, 2015).

Convém dizer que a estratégia para a qualidade da assistência prestada ao paciente com câncer e foco intenso na complexidade provoca dificuldades para a organização da rede de atenção à saúde (MALTA; MERHY, 2010). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (2011–22) foi elaborado

pelo Ministério da Saúde com a participação de instituições de relevância nacional e internacional. Tem como meta promover o desenvolvimento e a implantação de políticas efetivas integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco. São estruturadas em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011).

Contudo, para tais propósitos, as habilidades e competências dos profissionais para o cuidado do paciente com câncer de mama e comorbidades associadas ficaram a desejar, uma vez que esse paciente com multimorbidades e polifarmácia perde o vínculo com a rede de atenção primária. A presença de barreiras na atenção em saúde para o tratamento do câncer de mama ocorre em contextos diversos, tanto no diagnóstico quanto durante o tratamento; daí que tem de ser reconhecida e minimizada por todos os atores envolvidos (GONÇALVES; TRAVASSOS; ALMEIDA, 2014). O paciente está órfão de cuidados da atenção primária em relação às doenças crônicas associadas. As redes precisam se preparar para os serviços de oncologia e o fluxo articulado (BRASIL, 2015); o GTM são ações que podem auxiliar nessa conexão.

A portaria ministerial GM 396, de 4 de março de 2011, instituiu o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) — seus objetivos e suas estratégias —, bem como instituiu o comitê gestor de implementação do QualiSUS-Rede e a unidade de gestão do projeto, subordinada à secretaria executiva. O QualiSUS-Rede foi instituído como estratégia de apoio à organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil. Visa contribuir para qualificação da atenção, da gestão em saúde e da gestão e do desenvolvimento de tecnologias por meio da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde. É imprescindível nas ações de cuidado das RAS (BRASIL, 2011).

A atuação clínica do farmacêutico deve estar integrada à equipe de saúde para que os resultados alcançados sejam potencializados. As barreiras interprofissionais na integração dos profissionais na equipe de cuidado de saúde primária precisam ser superadas. A integração das ações de profissionais distintos é fundamental para garantir a efetividade máxima e o risco mínimo das terapias. Para isso, é necessária uma coordenação integrada das decisões de cuidado farmacoterapêutico dos usuários que facilite a continuidade assistencial na rede de atenção (QUEIRÓS, SQ et al., 2017).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica menciona ações referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como modelo de prática farmacêutica e desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos,

habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe. Supõe a interação direta do farmacêutico com o usuário visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis se traduzam em melhoria da qualidade de vida. A interação envolve as percepções das pessoas, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a lógica da integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2004).

Padrões mínimos para a sistematização e implementação de um serviço de GTM foram estabelecidos na resolução 585/2013 (CFF, 2013a). Foi traçado um caminho que permite um processo de atendimento eficaz e ético e um sistema de gerenciamento eficiente de práticas. Esse caminho deve concordar com a teoria que apoia o serviço (paradigma de cuidados, centralização do paciente, monitoramento da farmacoterapia) e facilitar o diálogo teoria-prática no mundo real. Tudo isso deve levar a melhores resultados clínicos e valorizar a experiência do paciente (CIPOLLE et al., 2012; APHA, 2008).

2.2 Histórico da profissão farmacêutica

A atividade farmacêutica está retratada em texto bíblico, na versão católica (BÍBLIA CATÓLICA, Eclesiástico 38:7–8): “[...] o Farmacêutico faz misturas agradáveis, compõe unguentos úteis à saúde, e seu trabalho não terminará até que a paz Divina se estenda sobre a terra”. A carta magna da profissão farmacêutica foi escrita pelo imperador romano do oriente Frederico II, em 1240. Foi criada a Farmácia como profissão independente, pois até então o ensino farmacêutico era ministrado dentro dos cursos de Medicina. Após a iniciativa romana, a regulamentação dessa profissão aconteceu em outras regiões do mundo, originando três classes profissionais: médicos, cirurgiões e boticários (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). O argumento da iniciativa romana, já reiterava uma atribuição de cuidado “[...] a prática da farmácia requer conhecimentos, habilidades, iniciativas e responsabilidades especiais, com o objetivo de garantir um cuidado adequado às necessidades medicamentosas das pessoas” (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011, p. 246).

Entender a evolução do farmacêutico — como esse profissional avançou da manipulação dos medicamentos para a formação clínica e o cuidado com pacientes — requer destacar alguns acontecimentos históricos que se desenrolaram durante o século XX.

A profissão experimentou um significativo crescimento e desenvolvimento, tendo passado por três grandes fases: tradicional, de transição e de cuidado do paciente — esta em desenvolvimento (WIEDENMAYER et al., 2006). Na primeira década dessa evolução,

denominada fase tradicional, o profissional era considerado o personagem principal na manipulação e dispensação dos medicamentos, por isso desempenhava papel relevante perante a sociedade: era reconhecido pela população como integrante fundamental da equipe de saúde (ALMEIDA et al., 2014). Os boticários preparavam os remédios compostos com fórmulas complexas, chegando a conter 54 ingredientes; muito apreciadas, tais formulações foram consideradas o ponto de partida para a polifarmácia (DIAS, 2005; PEREIRA; NASCIMENTO, 2011). No Brasil, o número de boticas cresceu muito até 1640, em consequência da redução do número de boticários ambulantes; mas os boticários ainda não tinham estudos relacionados com suas “mercadorias”. O ensino da farmácia se iniciou após quase 200 anos, como disciplina do curso de Medicina (1824) e como escola (1839); em Minas Gerais, uma das escolas mais importantes foi criada em Ouro Preto (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

Durante as décadas de 1930 e 40, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, a fase tradicional da profissão farmacêutica — caracterizada pela produção artesanal dos medicamentos — começou a ser substituída pela fase de transição com o início da industrialização dos fármacos. Essa transformação da profissão farmacêutica foi desencadeada por descobertas terapêuticas que impulsionaram a comunidade científica, destacando-se a penicilina e o desenvolvimento da indústria farmacêutica, aliada à produção de medicamentos em larga escala (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

No Brasil, a industrialização do medicamento teve início em 1920, com a abertura da economia ao capital estrangeiro e a instalação das indústrias farmacêuticas multinacionais. Isso levou ao desaparecimento das boticas e transformaram o farmacêutico em intermediário na relação indústria–usuário de medicamento (PERETTA; CICCIA, 2000). Conforme a indústria farmacêutica se desenvolvia, surgiram questionamentos sobre o papel real do farmacêutico, em especial nos aspectos sociais da profissão (SATURNINO et al., 2012). Gestores e profissionais envolvidos com o planejamento e execução das políticas de saúde pública não enxergaram no farmacêutico valor social que pudesse ser utilizado para esse fim (HEPLER; STRAND, 1990; LIN, 2012).

Houve, então, o redirecionamento de suas atividades, ou seja, o distanciamento dos aspectos relacionados com o medicamento. Para ampliar as atribuições dos farmacêuticos, iniciou-se o currículo das habilitações: nomes específicos como farmacêutico bioquímico, analista clínico, industrial e bioquímico de alimentos passaram a ser utilizados para designar o profissional e não apenas farmacêutico (SATURNINO et al., 2012). Consequentemente, a fim

de suprir a demanda de indústrias e laboratórios, a sociedade moderna foi estimulada a consumir mercadorias para absorver a demanda industrial. Assim, o medicamento tornou-se uma mistura de bem de consumo e instrumento terapêutico, fatores determinantes para transformar a farmácia em simples estabelecimento comercial (PERINI; ACÚRCIO, 2001; ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Além disso, aparecem os primeiros sinais de morbimortalidade relacionada com o uso de medicamentos (JOHNSON; BOOTMAN 1995), com aumento de agravos que implicaram o aumento de admissões hospitalares e gastos com a saúde (ERNST; GRIZZLE, 2001; SOUZA et al., 2014; FREITAS et al., 2015). Esse mau uso e suas consequências sanitárias, sociais e econômicas representam um problema de grande magnitude (HEPLER; STRAND, 1990; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). No Brasil, estudo recente avaliou os custos sobre a morbimortalidade relacionada com o uso de medicamentos, em um grande hospital de ensino; os pesquisadores calcularam que o custo médio para tratar paciente com morbidade relativa a medicamento (MRM) durante um ano foi de quase R\$ 2,2 mil, e o custo total para tratar todos os pacientes, de R\$ 18 milhões. Apontam que o mais grave não é o tamanho da despesa, mas o quanto ela é evitável: cerca de R\$ 12 milhões poderiam ser poupados se a atenção primária conseguisse atender esses pacientes antes de chegarem à emergência (FREITAS et al., 2015). Até então, o que havia eram levantamentos sobre intoxicação medicamentosa, num contexto em que os medicamentos ocupam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicações em humanos desde 1996 (BRASIL, 2009).

Conclui-se que a prevalência e os custos da morbidade e mortalidade relacionadas com medicamentos são de grande relevância. A redução desses índices impacta positivamente na qualidade de vida do paciente, na segurança do sistema de saúde e na eficiência no uso dos recursos (ERNST; GRIZZLE, 2001; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

Em decorrência dos fatores descritos, para suprir a demanda social, foi desenvolvida a prática dos cuidados farmacêuticos, difundidos como Atenção Farmacêutica (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; FUNCHAL-WITZEL, 2011; BRASIL 2014a). Esse modelo foi criado com a finalidade de prevenir e resolver os PRM de forma centrada no paciente, e não no medicamento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; 2012).

O termo Atenção Farmacêutica foi citado, pela primeira vez, em uma publicação de Brodie, Parish e Poston (1980), em que os autores pontuavam as necessidades farmacoterapêuticas de um paciente como não restritas aos medicamentos requeridos, pois

supõem serviços necessários para garantir uma terapia segura e efetiva. O conceito desses autores foi um marco histórico: incluiu um mecanismo de retroalimentação como forma de dar continuidade ao cuidado do paciente. Abriu-se um caminho para potencializar a farmacoterapia. No entanto, o enfoque não estava centrado no paciente, e sim na disponibilidade do medicamento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

Os estudos de Hepler apontaram uma filosofia da prática e o estabelecimento de um compromisso para desenvolver a farmácia como profissão clínica. Para o pesquisador, era preciso estabelecer um pacto entre farmacêutico e paciente; uma relação cujo convívio possibilitaria ao profissional cuidar dos medicamentos usados pela pessoa com habilidades e conhecimentos adequados e se responsabilizar por essa atenção (HEPLER; STRAND, 1990). Inicia-se aí a fase do cuidado ao paciente.

A Atenção Farmacêutica teve seu primeiro registro em meados da década de 1980. A metodologia utilizada neste projeto foi o *pharmacotherapy workup*, proposta por Cipolle, Strand e Morley (1998), processo racional e sistemático de tomada de decisão em que as necessidades dos pacientes com relação à farmacoterapia são abordadas e documentadas de maneira sistemática e integral.

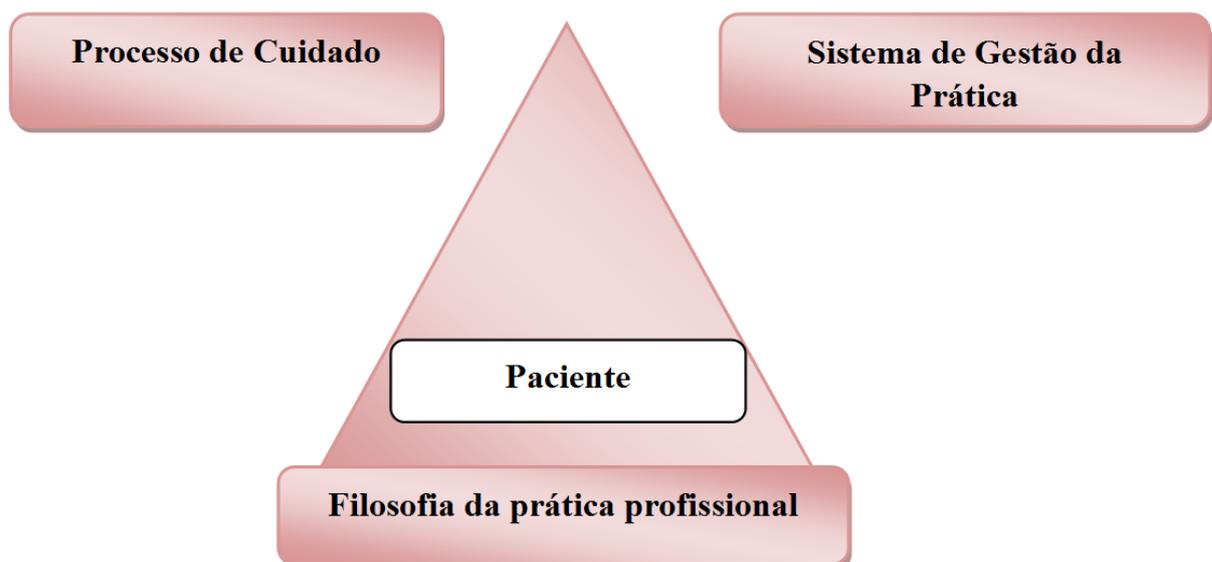
Em 1990, foi estabelecido um pacto que compreendeu a visão filosófica de Strand e o pensamento de Hepler sobre a responsabilidade profissional no cuidado aos pacientes, o que resultou no conceito clássico de *pharmaceutical care*, que mudou os rumos da profissão, a saber: “A provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de obter resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes” (HEPLER; STRAND, 1990, p. 539). Os resultados definidos seriam a cura da doença, eliminação ou redução dos sintomas, interrupção ou retardamento da doença e prevenção de uma enfermidade ou sintoma. Segundo os autores, para prestar o “cuidado farmacêutico” o profissional deveria dedicar um tempo para entender as necessidades do paciente quanto à sua saúde e doenças, e simultaneamente colaborar com os outros profissionais de saúde no planejamento, na implementação e na monitorização de uma farmacoterapia segura e efetiva.

Foi iniciada, então, a superposição gradativa do paradigma dominante (tecnicista), centrado no medicamento, por um novo paradigma emergente (humanístico e social), centrado no paciente e no desenvolvimento de relações terapêuticas. Hepler e Strand (1990) propuseram a primeira classificação de PRM, com oito categorias sem critérios de agrupamento entre elas. Alicerçados no enfoque sistemático da resolução de PRM, os autores os definiram como a experiência não desejada pelo paciente que supõe farmacoterapia e

intervém, de fato ou não, nos resultados que ele deseja alcançar. Embora Hepler e Strand (1990) tenham proposto, juntos, o conceito de *pharmaceutical care* mais disseminado no mundo, não seguiram o mesmo modelo de prática. Strand e seus colaboradores utilizaram o modelo *pharmacotherapy workup*, aplicado de forma sistemática para todos os tipos de situações.

Em 1998, o grupo da Universidade de Minnesota (EUA) passou a definir a *pharmaceutical care* como prática de saúde, composta de uma filosofia de prática, um processo de cuidado ao paciente e um sistema de gestão que garantisse a viabilidade da prática (FIGURA 1). A filosofia da prática profissional é o alicerce; o guia que define os valores e responsabilidades que direcionam o comportamento profissional. Este deve incorporar a filosofia com a consciência do seu papel; redução da morbidade e mortalidade relacionada ao uso de medicamentos e por isso deve auxiliar as pessoas utilizarem os seus medicamentos de forma efetiva e segura e responsabilizar-se por isso. Por ser uma prática centrada no paciente, o farmacêutico deve estabelecer uma relação terapêutica de confiança, respeito, empatia, ternura, compaixão e colaboração com o paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; FREITAS; RAMALHO-DE OLIVEIRA; PERINI, 2006; RAMALHO-DE OLIVEIRA, 2011; MENDONÇA, 2017; STIVALLI 2017).

FIGURA 1. Modelo da *pharmaceutical care* como prática de saúde



Fonte: adaptada de Ramalho de Oliveira (2011)

No processo de cuidado, o farmacêutico avalia todos os medicamentos usados pelo paciente, prescritos ou não; avalia a necessidade de uso de algum medicamento; em seguida, passa avaliar a efetividade desses medicamentos e se o paciente está recebendo os benefícios esperados por todos esses insumos terapêuticos. Na terceira etapa, avalia a segurança indagando a experiência de alguma reação adversa ou toxicidade relacionada com o fármaco em uso e, só no final, avalia se o paciente tem condições de aderir ao tratamento proposto. O farmacêutico aplica o processo de tomada de decisão racional em farmacoterapia, ou seja, avalia se todos os medicamentos em uso estão indicados e se são efetivos, seguros e convenientes para o paciente.

Na sequência, o profissional elabora um plano de cuidado para cada condição de saúde em acordo com o paciente e utilizando a experiência subjetiva com medicamentos desse paciente para, então, propor as intervenções e fazer o agendamento para o encontro subsequente. Nesse encontro, o farmacêutico avalia os resultados das intervenções propostas e classifica a situação clínica em que o paciente se encontra; além disso, avalia o aparecimento de novos PRM. Somos de acordo com o que dizem Freitas e Ramalho de Oliveira (2015) e que Mendonça (2017) chancela: pensar na indicação, efetividade, segurança e conveniência de cada medicamento em uso pelo paciente faz parte de uma estrutura de pensamento do profissional na Atenção Farmacêutica; e essa estrutura norteia suas ações em todos os contatos que estabelece com o paciente e profissionais de saúde durante o exercício da prática profissional.

O sistema de gestão da prática é o terceiro componente da Atenção Farmacêutica. É o mais importante durante a implementação e consolidação do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM). Manter de forma sustentável tal serviço requer dedicação a esse terceiro componente da Atenção Farmacêutica — a gestão da prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; MENDONÇA, 2017). Um sistema de gestão é o suporte necessário para que o serviço de GTM se mantenha e os outros componentes não sejam comprometidos. Deve incluir todo o apoio necessário para que o serviço de GTM seja prestado de maneira eficiente e efetiva (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Isso supõe a provisão de estrutura e dos recursos físicos necessários, o delineamento adequado de processos como a referência e contra referência de pacientes e colaboração entre profissionais, mecanismos de monitoramento, assim como de avaliação do serviço e sistema de documentação da prática bem estabelecido.

Entendemos que a disponibilidade do profissional com formação em Atenção Farmacêutica que compreenda e assuma suas novas responsabilidades profissionais é um dos critérios mais importantes do sistema de gestão da prática (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; SORENSEN et al., 2016). Este deve ser mantido em vigilância, sem ameaças para que não prejudique os demais componentes. Serviços de GTM como os estudados por Sorensen (2016) têm apresentado resultados clínicos, econômicos e humanísticos que justificam sua expansão e consolidação nos sistemas de saúde (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2013). No entanto, o primeiro passo para a expansão da prática clínica no formato de GTM é a *expertise* de profissionais para o exercício da Atenção Farmacêutica contemplando seus três componentes fundamentais.

A Atenção Farmacêutica foi definida 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” (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000, p. 13). De acordo com esse conceito, é preciso estabelecer uma relação direta com o paciente para que seja possível suprir suas necessidades associadas à farmacoterapia. O grupo ainda modificou a classificação (com sete categorias agrupadas em critérios de necessidade, efetividade, segurança e adesão), e o PRM passou a ser entendido como eventos indesejáveis que interferem ou podem interferir nos resultados esperados. Não se restringem às enfermidades e aos sintomas, abarcam qualquer problema relacionado com os aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturais ou econômicos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

O seguimento do tratamento farmacológico foi definido como a prática profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas com os medicamentos. Isso se realiza mediante a identificação, prevenção e resolução dos PRM. Esse serviço implica compromisso e deve ser fornecido de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o paciente e os demais profissionais sanitários, visando alcançar resultados concretos que melhorem a saúde do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

Em 2004, o grupo de Minnesota (EUA) lançou a segunda edição do livro *Pharmaceutical care practice: the clinicians guide*, introduzindo o conceito de experiência dos pacientes com medicamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004). A partir de então, considerou-se que a evolução do processo de cuidado farmacêutico (*pharmacotherapy workup*) passava, necessariamente, pelo entendimento da lógica de cada paciente sobre sua

farmacoterapia. Portanto, o problema não era mais relacionado só com o medicamento, mas também com a maneira com que a cultura, a religião, os valores éticos, as crenças, as necessidades, as expectativas, os entendimentos, as preferências e as atitudes do paciente podem influenciar, direta ou indiretamente, no uso ou não da farmacoterapia. Tal conclusão foi fruto da experiência do grupo pelo seu forte impacto nos resultados clínicos e econômicos de cerca de três mil pacientes dos Estados Unidos (STRAND et al., 2004).

Ramalho de Oliveira, Brummel e Miller (2010), em um estudo retrospectivo de 1998 a 2008 no estado de Minnesota (EUA), mostraram que dez farmacêuticos do Fairview Health Services proporcionaram melhora significativa dos resultados clínicos de nove mil pacientes atendidos e geraram uma economia de quase US\$ 3 milhões para o plano de saúde. Além disso, os pacientes consideraram os farmacêuticos indispensáveis à equipe de cuidados de saúde, pois assumem a responsabilidade pelos resultados farmacoterapêuticos dos primeiros. Tem-se informações que Fairview Health Services continua a expandir o número de farmacêuticos para potencializar mais farmacoterapias e reduzir custos associados aos serviços de saúde. Tal dado é fundamental, pois esta é a primeira iniciativa no mundo e serve de referência para a sistematização, implementação e consolidação de novos serviços de seguimento da farmacoterapia.

Em 2003, nos Estados Unidos, surgiu o termo “medication therapy mangement” (MTM), que foi traduzido depois para o português gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM). Esse termo e serviço foram oficialmente reconhecidos pelo governo federal dos Estados Unidos, “The Centers for Medicare and Medicaid (CMS)”, por meio da legislação denominada “Medicare prescription drug, improvement, and modernization act” (MMA, 2003). Essa legislação exige que cada plano “Medicare Part D” estabeleça programa MTM para beneficiários elegíveis como parte de seus benefícios.

Os serviços de GTM têm como objetivo “[...] otimizar os resultados terapêuticos através da melhoria do uso de medicamentos e reduzir o risco de eventos adversos, incluindo reações adversas a medicamentos” (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011, p. 181). O GTM é a tradução da filosofia, teoria e metodologia da Atenção Farmacêutica na prática, para identificar, prevenir e resolver problemas relativos ao uso de medicamentos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2013).

Tendo em mente os pressupostos da Atenção Farmacêutica operacionalizada pelo GTM descrito acima, optamos pela pesquisa-ação de Kurt Lewin para nos auxiliar na

sistematização e implementação de um serviço de GTM oferecido a pacientes com câncer de mama.

2.3 Pesquisa-ação na perspectiva de Kurt Lewin

2.3.1 Gênese da pesquisa-ação

A pesquisa-ação tem suas origens no movimento internacional denominado *action research* (MALLMANN, 2015). Lewin (1946) utilizou o termo “pesquisa-ação” apresentando uma estrutura de etapas ordenadas numa espiral cíclica ascendente de ação-reflexão-ação que se organiza em quatro momentos sucessivos: diagnóstico/planejamento, ação, observação e reflexão. Construiu seu método de trabalho, que o denominou de pesquisa-ação, alicerçado na dinâmica de grupos e na teoria de campo. Nas suas pesquisas, formulou os pressupostos teóricos sobre os grupos e aplicou sua teoria em seu grupo de trabalho.

Como se lê em Neves (2006), a pesquisa-ação proposta por Lewin envolve tanto o pesquisador quanto as outras pessoas: estas deixam de ser meras informantes para se tornarem participantes e produtoras ativas de conhecimento. O pesquisador assume um posicionamento político em favor dos grupos excluídos, propondo ação de enfrentamento e mudanças nos problemas encontrados: cada um ocupa lugares diferentes numa mesma configuração.

Como diz Barbier (2003, p. 83), “[...] agindo em espiral com a reflexão, a ação questiona ininterruptamente o discurso estabelecido”. Com efeito, pela pesquisa-ação as pessoas agregam o discurso na ação e a teoria na prática. Não se restringe, pois, a produzir dados e teorias sobre a atividade pesquisada; pelo contrário, trata-se de um conhecimento vinculado à transformação da realidade produzido de forma rigorosa, sistemática e ética (CONTRERAS, 1994; FRANCO, 2016).

Ainda acompanhando Barbier (2007), a discriminação do povo judeu no período da Segunda Guerra Mundial influenciou as escolhas metodológicas de Lewin. Por conseguinte, em 1933, ele e sua família foram obrigados a deixar a Alemanha e pagar um resgate para não ser mortos. É como se sua indignação se resumisse a uma indagação: como os judeus aceitaram passivamente a opressão nazista? Quem poderia apresentar uma resposta consistente? (MAILHIOT, 2013).

Ao propor a pesquisa-ação, Lewin ousou não apenas estudar *in loco*, mas também participar do problema: conviver com a dor dos sujeitos para compreender clinicamente a situação. Observar, descrever, analisar e devolver em forma de conhecimento. Propôs que os participantes se transformassem em copesquisadores, usufríssem diretamente da produção do

saber, além de conquistar empoderamento e autonomia. O caráter peculiar da situação em estudo é determinado por uma análise científica dos fatos com olhos e ouvidos sociais: o diagnóstico. O conhecimento aí produzido orienta a solução do problema por uma ação planejada e conduzida pelo grupo (LEWIN, 1965). O diagnóstico é o início do planejamento que parte de algo, assim como uma ideia geral. Por qualquer razão, parece conveniente atingir determinado objetivo.

Entretanto, não fica muito clara a definição desse objetivo nem como alcançá-lo. O que se entende aqui é uma “ideia geral”, na direção de um processo de esclarecimento, justificando um método de construção que, por sua vez, foi chamado pelo cientista de pesquisa↔ação. A flecha de duas pontas, em vez de hífen (FRANCO, 2005), sugere a concomitância entre pesquisa e ação, intercomunicação e interfecundidade. Portanto, é uma exigência metodológica da pesquisa-ação o esclarecimento da demanda. A clareza de como atingir os objetivos é uma construção realizada, a partir do diagnóstico/planejamento coletivo.

Ainda assim, alguns objetivos são construídos ao longo da pesquisa, mantendo o rigor em todas as etapas do processo. A realidade inexistente será construída com base na transformação da situação atual, daí ser o planejamento a construção necessária para transformar o utópico em real e exequível. No contexto do presente estudo, a mudança proposta pela pesquisa-ação pode ocorrer em níveis diversos: nas pessoas que dela participarem, provedores do serviço e pacientes; nas condições de trabalho para possibilitar a transformação na prática oferecida e nos contextos (FRANCO, 2016).

Uma pesquisa-ação realizada com enfermeiros buscou aperfeiçoamento na gerência de enfermagem; e o processo produziu reflexões profundas sobre a sua postura gerencial. Os participantes elaboraram um autodiagnóstico, mapeando pontos fortes e pontos a se desenvolver, estabeleceram seu biorritmo, seus valores, mitos, tabus e seu clima; ativou aspectos subjetivos, configurando as relações entre os membros do grupo (MOTTA, 2010). Ainda com o auxílio da pesquisa-ação, o estudo de Corpa, Garcia e Hito (2012) envolveu enfermeiros e pacientes para implementar evidências científicas no tratamento onco-hematológico, experienciando reações adversas (CORPA; GARCIA; HITO, 2012).

Lewin — cabe frisar — ensinou a conduzir a pesquisa-ação em uma espiral cíclica ascendente de ação-reflexão-ação que se organiza em quatro momentos sucessivos: diagnóstico/planejamento, ação, observação e reflexão; os registros das etapas condicionam um repensar constante sobre o processo, seguido de um novo planejamento com sucessiva retroalimentação de melhorias (FRANCO, 2005). Ao final de cada ciclo, é realizada a análise

dos resultados em quatro momentos: confrontar os resultados obtidos com as expectativas do grupo; proporcionar aos planejadores uma oportunidade de aprender, ou seja, de obter uma nova compreensão geral do problema; servir de base para o planejamento do próximo passo e referência para a modificação do plano originalmente estabelecido. Ao obter uma nova compreensão, tanto o pesquisador quanto os participantes da pesquisa estão ampliando os seus conhecimentos.

Podemos afirmar que a pesquisa-ação é orientada para a resolução de problemas e motivada pelo desejo de mudança (FRANCO, 2005; 2010; 2016). O pesquisador deve considerar o potencial dos participantes da investigação para desenvolver algumas habilidades específicas; mas são necessários a vontade de aprender e o compromisso com as mudanças. Algumas das consequências esperadas na pesquisa-ação com a participação social, além da solução dos problemas, são as aquisições de novos conhecimentos e novas estratégias de intervenção na realidade. Para a produção de conhecimentos, foram propostos: oficinas, cursos e seminários, dentre outros (FRANCO, 2016).

Eis o que disse Lewin (1978, p. 225):

Estas experiências me convenceram de que deveríamos considerar ação, pesquisa e treinamento como um triângulo que deveria ser mantido em conjunto e unido por qualquer um dos cantos. Raramente é possível melhorar o padrão de ação sem formação de pessoal. O treinamento é de grande relevância para que os pesquisadores sociais possam lidar com problemas científicos, assim como se preparar para a delicada tarefa de construir equipes produtivas pré-requisito para o progresso na ciência social.

Lewin se atentou a maneiras pelas quais os grupos dão aos indivíduos suas identidades; continuou a investir em ideias relacionadas com comportamentos na situação, nos campos sociais, nas regiões psicológicas e no espaço vital. Assim teve início o trabalho com as dinâmicas de grupo.

2.3.2 *Dinâmicas de grupo*

Lewin iniciou os grupos de trabalho no estilo de seminário com o intuito de estimular as pessoas a trabalhar em grupo, a enfrentar, juntas, os problemas comuns. Assim, desenvolviam métodos e criavam vínculos. Ao fim de cada dia, os registros dos acontecimentos dos seminários eram utilizados em uma sessão de avaliação; ali era feita a comparação dos resultados obtidos com os objetivos traçados. Dessa forma, a avaliação de um

dia era investida na realização do próximo seminário, e fazê-lo ainda em seu percurso possibilitava aplicar o resultado e corrigir eventuais desvios ainda em seu percurso.

Não por acaso, Lewin cunhou o termo dinâmica de grupos e lhe definiu os primeiros contornos com o objetivo de viabilizar a realização da pesquisa-ação. A palavra dinâmica tem um sentido que a física lhe empresta, qual seja, o de contrário ao conceito de estática, que significa sem movimento. A dinâmica encerra a ideia de movimento: nos grupos, ocorrem fenômenos que lhes dão movimento, ou melhor, vida. Os fenômenos subjetivos e psicológicos verificados nos grupos provocam movimentos; tais fenômenos são desvelados apenas em um estudo científico. Para trabalhar em grupo, não bastou a organização; foi preciso entender como as pessoas agem em grupo para viabilizar a pesquisa-ação. Por esse motivo, Barbier (2003) afirma que Lewin criou a dinâmica dos grupos como contingência da pesquisa-ação, pois ela apenas pode ocorrer em grupo, daí que exige a compreensão de como eles funcionam.

2.3.3 *Teoria de campo*

A célebre afirmação de Lavoisier — nada se cria, nada se perde, tudo se transforma — concentra a ideia de que o universo é um campo de forças equilibrado. Einstein postula o universo como ordenado e estruturado. Lewin parte disso para representar graficamente um campo no qual um indivíduo é inserido, desenhando as forças de condução e retenção com o fim de recuperar o estado de equilíbrio. Na teoria de campo de Lewin, o conceito de campo é o espaço de vida do indivíduo, ou seja, compreende a pessoa e o ambiente psicológico que existe para ela. Ao lidar com a Psicologia de Grupo, uma formulação similar é proposta. Podemos falar do campo dentro do qual o grupo ou a instituição existem aplicando aquele mesmo sentido.

A teoria de campo foi usada por Lewin para analisar relações causais e construir conceitos, como sua concepção de que qualquer comportamento ou mudança no campo psicológico dependem somente do campo psicológico naquele tempo específico; também introduziu uma perspectiva complexa sobre o tempo (o presente, o futuro no presente e o passado no presente), uma noção de processualidade, além da necessidade de trabalhar no nível tanto macroscópico quanto microscópico (LEWIN, 1965; FARIA, 2005).

Temos que conceber a vida do grupo como o resultado de constelações específicas de forças dentro da conjuntura (*setting*) mais ampla do campo como um todo, incluindo seus componentes psicológicos e não psicológicos (LEWIN, 1965).

Com o auxílio da Gestalterapia, cujo detalhamento escapa ao escopo deste estudo, ele escreveu a “Teoria de campo”. A Gestalterapia auxilia no entendimento da concretude da existência do ser-no-mundo de cada pessoa. Segundo a abordagem da Gestalt, a concretude existencial e sua singularidade supera a visão determinista do existir humano que compartimenta, fixa e normaliza as pessoas (ALMEIDA, 2010). Na Gestalterapia, a ideia de seres concretos e situados é revelada desde a noção de campo-organismo-ambiente apresentada por Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 42) no livro *Gestalterapia*:

[...] em toda e qualquer investigação biológica, psicológica ou sociológica temos de partir da interação organismo-ambiente. Não tem sentido falar, por exemplo, de um indivíduo que respira sem considerar o ar e o oxigênio como parte da definição deste; ou falar de comer sem mencionar a comida [...]. Não há uma única função, de ninguém, que se complete sem objetos e ambiente [...]. Denominemos esse interagir entre organismo e ambiente em qualquer função o “campo organismo/ambiente” e lembremo-nos de que qualquer que seja a maneira pela qual teorizamos sobre impulsos ou instintos, estamos nos referindo sempre a este campo interacional e não a um indivíduo isolado.

Trazendo a teorização da Teoria de campo para a realidade da prática farmacêutica — a realidade aqui estudada —, pode-se depreender que não tem sentido falar de “cuidado farmacêutico” quando o farmacêutico não foi preparado para essa atividade. De fato, como algumas abordagens teóricas pressupõem, “[...] os farmacêuticos são a última barreira para a prática de farmácia!” (ROSENTHAL; AUSTIN; TSUYUKI, 2010, p. 317), tal concretude inclui aspectos como falta de confiança, medo de novas responsabilidades, necessidade de aprovação, aversão ao risco e até traços de personalidade; mas não se limita nem se organiza em função desses fatores.

Considerando a perspectiva de Lewin, o cuidado farmacêutico nunca esteve explícito na formação do profissional farmacêutico, com horas de aprendizado e dedicação na prática, como acontece com a formação de outros profissionais da área da saúde. Conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas com o cuidado farmacêutico devem ser ensinados na graduação; no mais tardar, na educação permanente em saúde cuja proposta ético-político pedagógica visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial; preparando-os pela aprendizagem em serviço (BRASIL, 2017).

A educação permanente é aprendizagem no trabalho. O aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de

capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde; que tenham como objetivos transformar as práticas profissionais e da própria organização do trabalho e ser estruturados conforme a problematização do processo de trabalho. É uma produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação (BRASIL, 2017).

Bargal (2006), citando Lewin ao discutir o termo “reeducação”, diz que o processo de mudança extrapola a aquisição de novos conhecimentos, hábitos e habilidades. Muda a autopercepção e permite a superação da resistência interna. Uma vez que os padrões de comportamento estão ancorados nas normas e relações interpessoais advindas do grupo ao qual o indivíduo pertence, a reeducação bem-sucedida demanda tempo porque implica mudança cultural. Nas palavras de Lewin (1965, p. 869),

É um processo em que mudanças de conhecimento e crenças, mudanças de valores e padrões, mudanças de apegos emocionais e necessidades, e mudanças de comportamento cotidiano ocorrem de forma independente um do outro, mas dentro do quadro da vida total do indivíduo no grupo.

Por conseguinte, a Gestalterapia não pensa no ser — na lógica da universalidade — como um projeto inacabado ou imperfeito que nunca viria a se concretizar numa atividade diferente daquela ora desempenhada. Isso significa que o farmacêutico, ainda que em dado momento não se encontre apto e preparado para desenvolver o cuidado farmacêutico, pode concretizá-lo em um futuro próximo (LEWIN, 1946; 1965; FARIA, 2005; ALMEIDA, 2010).

Franco (2012) realça que há perspectivas metodológicas diferentes para a pesquisa-ação e que, apesar das abordagens diferentes em seu planejamento, existe algo que lhe é próprio e precisa estar presente para referendar o protocolo de pesquisa na pesquisa-ação: a criação do coletivo investigador; a utilização das espirais cíclicas para avaliação do processo e a produção/socialização de conhecimentos.

Nas últimas décadas, a pesquisa-ação tem sido utilizada diversamente, constituindo um mosaico amplo de tipos de abordagem teórico-metodológica que, muitas vezes, operacionalizam-se na *práxis* investigativa sem a necessária explicitação de seus fundamentos teóricos. Não por acaso, daí derivam inconsistências entre teoria e método e comprometimentos à validade científica dos estudos (FRANCO, 2005). Tripp (2005) ressalta que, dada sua popularidade, a pesquisa-ação tem sido aplicada de maneira vaga a qualquer tentativa de investigação ou melhoria da prática. Monteiro et al.(2000) alertam ainda para a tendência de a pesquisa-ação se tornar um modismo e cair na banalidade. Assim, considera-se

fundamental a realização de estudos que mantenham os princípios teóricos e práticos de metodologias como a pesquisa-ação.

Após Lewin, três gerações da pesquisa-ação merecem destaque porque seguiram os princípios teóricos da origem: Tavistock Institute (criado em Londres logo após a Segunda Guerra Mundial e considerado um dos centros precursores e difusores da pesquisa ação na Europa) e duas experiências na América Latina, respectivamente, de Orlando Fals Borda, na Colômbia, e de Paulo Freire no Brasil.

Lewin foi um cientista social completo. Reuniu todo o seu conhecimento de psicologia, química, física e doutorado em filosofia para propor a pesquisa-ação. Seu trabalho dominou a teoria e a prática do gerenciamento de mudanças por mais de quarenta anos. Pode-se afirmar que sua abordagem é única e seus estudos são ainda muito relevantes para as necessidades do mundo moderno (FRANCO, 2010; 2016).

É claro, a pesquisa-ação esconde dilemas, empecilhos à participação e identificação de pacientes. Conflitos de objetivos e de resistência dos provedores de serviço podem acontecer (NUGUS; GREENFIELD; TRAVAGLIA, 2012).

O dilema da resistência foi presumido por Lewin; é uma situação desafiadora que requer equilíbrio e persistência do pesquisador. Ele propôs, nessa situação, a análise do campo de forças. A análise do campo de forças consiste em um modelo para gerenciar a mudança; o comportamento nessa configuração institucional não está como padrão estático, mas como equilíbrio dinâmico de forças trabalhando em direções opostas. De acordo com essa maneira de olhar o comportamento padronizado, a mudança só ocorre quando se promove um desequilíbrio entre a soma das forças contra a mudança (forças de retenção) e a soma de forças favoráveis à mudança (forças de condução).

Uma análise de campo de forças assume que qualquer situação social é um equilíbrio entre essas forças. Portanto, um desequilíbrio pode ocorrer por uma mudança de magnitude ou de duração em qualquer uma das forças ou pela adição de uma nova força. As forças de condução dirigem-se para o fenômeno, enquanto as forças de retenção afastam-no; nesse sentido, é recomendado por Lewin a introdução de um pequeno “grupo testemunha”, que age feito átomos radioativos presentes no interior do grupo e que provocam modificação de estruturas e atitudes (MAILHIOT, 2013).

A pesquisa-ação requer flexibilidade de procedimentos e disponibilidade para adequações em processo; exige criatividade do pesquisador para perceber as alterações a ser empreendidas. Ao desenvolver um trabalho sobre formação continuada de educadores e

análise do uso da pesquisa-ação como instrumento de formação docente em processo de construção de sentido do currículo em âmbito escolar, Pontes (2007) precisou encontrar um espaço novo para reuniões do grupo quando percebeu que o espaço institucional era opressivo e bloqueador da participação dos professores. Braz (2009) vai buscar a autoscopia quando percebe que o professor não tinha consciência dos mecanismos didáticos que utilizava em sua própria aula; considerou necessária a aproximação da consciência com a ação. Cancherini (2009) percebeu que os questionários eram insuficientes para significar as ansiedades do professor iniciante e vai, então, responder à requisição do grupo e realizar a escuta sensível.

Daí a importância das espirais cíclicas autorreflexivas, que são movimentos reflexivos grupais entre o planejado e o vivido; entre o experienciado e o novo que se mostra necessário. É preciso retomar os propósitos, as expectativas; os progressos de cada um. Esse exercício contínuo da vivência das espirais cíclicas funciona como espaço para que a integração pesquisador-grupo vá se aprofundando e permitindo que a prática desse processo, aos poucos, facilite a integração dos pesquisadores com o grupo pesquisado. Tal exercício funciona, também, como espaço de tempo para que o conhecimento interpessoal se aprofunde e facilite a apreensão cognitiva/emocional das novas situações (FRANCO, 2010). Assim, a pesquisa-ação faz interface com a dinâmica de grupos e teoria de campo (FIG. 2).

FIGURA 2. Pesquisa-ação em interface com a dinâmica de grupos e a teoria de campo



Fonte: dados da pesquisa — textos de fundamentação conceitual

Em um cenário de alta complexidade, sobretudo no acompanhamento de pacientes com câncer de mama, tendo como base o referencial teórico, filosófico e metodológico da Atenção Farmacêutica, como empreender o serviço de GTM?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Sistematizar os processos do serviço clínico farmacêutico em ambulatório de oncologia de hospital de alta complexidade com a implementação do Gerenciamento da Terapia Medicamentosa.

3.2 *Objetivos específicos*

3.2.1 *Formação*

- ➔ Preparar profissionais farmacêuticos para execução da prática clínica.
- ➔ Compreender as experiências de profissionais envolvidos no aprendizado e implementação dos serviços de GTM.

3.2.2 *Sistematização*

- ➔ Aprimorar a documentação do processo de cuidado.

3.2.3 *Implementação*

- ➔ Definir o processo de gestão da prática clínica farmacêutica.
- ➔ Envolver farmacêuticos como gestores da terapia medicamentosa no processo de pesquisa, produzindo conhecimentos para o avanço da prática clínica.

4 MÉTODOS

Só compreendemos um sistema quando tentamos mudá-lo.

— KURT LEWIN

A pesquisa descrita nesta tese adotou como abordagem investigativa a pesquisa-ação na perspectiva de Kurt Lewin. Os princípios teóricos, éticos e clínicos da Atenção Farmacêutica foram aplicados para interpretar os dados. A pesquisa foi motivada por um desejo de mudar a forma de oferecer cuidado clínico a pacientes com câncer de mama. Em acordo com a equipe, foi proposta a sistematização da prática oferecida e a implementação do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM). O objetivo foi sistematizar os processos do serviço clínico farmacêutico em ambulatório de oncologia de um hospital de complexidade elevada com a implementação do GTM. Como pesquisa-ação, o estudo foi desenvolvido em quatro ciclos, conforme o desenrolar da espiral cíclica trabalhada entre agosto de 2014 e dezembro de 2016.

No primeiro ciclo, com início em agosto/2014, aconteceram reuniões, seminários e o primeiro curso preparatório para atividades clínicas. Tais eventos refletem atividades nomeadas por Lewin de dinâmicas de grupos: qualquer encontro na pesquisa que seja utilizado para discutir seu andamento e refletir estratégias para resolver problemas. Ao fim de cada seminário, reunião ou curso, houve sessões de avaliação e comparação de resultados obtidos e objetivos traçados. As avaliações proveitosas foram investidas na realização do encontro seguinte de qualquer modalidade, o que possibilitou aplicar de imediato o resultado e corrigir possíveis desvios, além de aprimorar as atividades da pesquisa.

No processo da pesquisa, surgiram estratégias para implementar mais efetivamente o serviço de GTM como agendamento do paciente mediante cadastro do farmacêutico clínico com senha preestabelecida, atendimento em consultório com horários garantidos em três tardes por semana, documentação no formato Word for Windows. No mesmo ciclo, a documentação foi transferida para o aplicativo de gestão dos hospitais universitários (AGHU).

Em razão de desacordos, confrontos, conflitos e resistência de integrantes do coletivo investigador, o primeiro curso preparatório durou seis meses. O grupo investigador foi reduzido após acordo em reunião com todos. Ficaram os integrantes farmacêuticos que manifestaram interesse em continuar na pesquisa e os farmacêuticos residentes. Esse grupo

ora formado é chamado por Lewin de grupo testemunha e explicado por ele como pessoas que agem feito átomos radioativos no interior do grupo e modificam estruturas e atitudes.

O segundo ciclo foi o período mais longo de ensino e aprendizagem teóricos e teórico-práticos. Teve duração de nove meses, com engajamento intenso dos participantes (maio/2015 a fevereiro/2016). Além do curso para farmacêuticos, foram marcantes várias discussões de casos clínicos e discussões de artigos relacionados com evidências científicas com a equipe multiprofissional e equipe médica. A implementação avançou no sistema de documentação para uma planilha realizada no *software* Excel e cadastro do farmacêutico para solicitar exames dos pacientes conforme resolução do CFF 585.

O terceiro ciclo, com início em março/2016 e duração de nove meses, também teve fluxo intenso de atividades; várias conquistas do segundo ciclo foram retroalimentadas; algumas foram descartadas, quando consideradas inviáveis para a pesquisa, e algumas propostas foram incrementadas, a exemplo da simulação realística. Cada ciclo aqui descrito representa uma volta de uma hélice da espiral encerrando no ciclo terceiro, quando os objetivos da pesquisa foram considerados respondidos, uma vez que os dados não trouxeram mais nada de novo, ou seja, houve saturação deles.

O quarto ciclo foi assim denominado para atender a uma sequência lógica e compreensível do artigo 1. No entanto, os acontecimentos desse ciclo estão contemplados em todos os ciclos anteriores, pois galgou cada hélice da espiral. Esse ciclo se refere ao terceiro componente da Atenção Farmacêutica: o sistema de gestão da prática. Também foi estabelecido com a equipe de apoio da recepção e equipe médica o fluxo de encaminhamentos entre profissionais. Com essa conquista, foi possível trabalhar de forma colaborativa em todas as ações durante a pesquisa.

Contudo, mediante as reuniões e os seminários iniciais do coletivo investigador percebeu-se que os farmacêuticos ativos do serviço e residentes farmacêuticos não tinham um filosofia da prática profissional para a execução da Atenção Farmacêutica. Daí a conclusão de impossibilidade de realizar uma sistematização do serviço seguido de implementação do GTM sem o desenvolvimento do farmacêutico para a execução dos três componentes da Atenção Farmacêutica: filosofia da prática profissional, processo de cuidado e sistema de gestão da prática. Por essa razão, a pesquisa se fundamentou, também, nos pressupostos epistemológicos da metodologia de ensino e aprendizagem. Esta se tornou o tema central do estudo. À medida que a equipe foi se apropriando dos conhecimentos, a sistematização e implementação foi se concretizando com fluidez.

Os dados da pesquisa foram coletados com base na análise de documentos, observação participante com registros em diários de campo e entrevistas semiestruturadas.

4.1 **Técnicas de coleta de dados**

4.1.1 *Análise de documentos*

As análises documentais consistiram em identificar, verificar e apreciar os documentos do serviço. Foram encontrados registros em formulários de papel e planos farmacoterapêuticos denominados pela equipe de “parecer farmacológico”, com medicamentos em uso pelos pacientes descritos e evidência das interações medicamentosas. Havia “parecer farmacológico” encaminhado a médicos prescritores, salientando as interações medicamentosas. Em um arquivo-pasta de computador, foi encontrada uma planilha no Excel semelhante a um banco de dados onde foram registrados nomes e números de prontuários de todos os pacientes que haviam passado pelo serviço até aquela data.

Todos esses registros foram analisados e confrontados com os pré-requisitos exigidos para provisão do serviço clínico de GTM. É uma técnica cujo objetivo é extrair informações da fonte original, tratá-las de forma conveniente e representá-las de outro modo. Para essa fase, contamos com a colaboração da equipe do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da faculdade de Farmácia da UFMG; do serviço de gestão de processos do Hospital de Clínicas e do núcleo de processamentos de dados da UFU. Os documentos foram avaliados, readaptados, construídos e testados múltiplas vezes, até alcançarmos um formato ideal que dialogasse com o sistema de informações hospitalares (SIH).

4.1.2 *Observação participante*

A observação participante não se resume ao olhar para ver o fenômeno; antes, supõe um olhar crítico capaz de examinar e interpretar os fatos para expô-los em sua forma natural. Com o auxílio da observação participante, a pesquisadora analisou a realidade social que a rodeava na tentativa de captar os conflitos e os conflitantes; as tensões, as forças de condução identificando a sensibilidade e a motivação para mudanças e as forças de retenção (QUEIROZ; VALL; SOUZA, 2007).

Neste estudo, a condução da técnica seguindo todos os passos necessários (aproximação do fenômeno, coleta de informações, sistematização e organização das narrativas), registrando todas as informações em diários de campo foi fator crucial na

triangulação dos dados. O trabalho de campo iniciou-se em agosto de 2014 e estendeu-se até dezembro de 2016, contabilizando 28 meses.

Fui participante ativa do processo de sistematização e implementação do serviço de GTM para pacientes com câncer de mama; imersa no campo de prática clínica, colhi dados, promovi e participei da discussão de casos clínicos, além de ministrar aulas de formação teórica e teórico-prática. Todo esse processo foi registrado em diários de campo.

Os residentes desenvolveram projetos individuais de pesquisa com temas e objetivos que colaboraram para o envolvimento com a prática clínica, auxiliando e promovendo a implementação e sistematização do GTM no cenário estudado. Todos os projetos dos residentes que se tornaram copesquisadores foram orientados por esta que escreve. Os diálogos com os residentes, aproveitando pausas em atividades e intervalos entre os atendimentos, também foram registrados nos diários de campo, o que possibilitou triangular os dados.

4.1.3 *Diários de campo*

Os diários de campo consistem em um registro ou vários registros de notas contendo expressões e impressões, gestos, atitudes e ações, diálogos, tudo aquilo que foi observado pelo pesquisador, inclusive conclusões decorrentes de autorreflexão (MINAYO, 2012; PEZZATO; L'ABBATE, 2011). Neste trabalho, foram realizados registros em diários durante toda a pesquisa, de forma descritiva; depois, foram detalhados, tendo sempre em foco o fenômeno estudado. Foram registradas ainda as reflexões e interpretações dos registros com o auxílio de literatura específica.

4.1.4 *Entrevistas semiestruturadas*

A entrevista semiestruturada, uma das fontes de coletas de dados, é um momento que propicia aproximação entre pesquisador e informante. Trata-se da interação que valoriza a palavra, os gestos, os símbolos privilegiados das relações humanas, por meio dos quais os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade. As entrevistas semiestruturadas permitem que o pesquisador atinja um nível de compreensão da realidade humana acessível por meio dos discursos (DUARTE, 2004; FRASER; GONDIM, 2004).

Tópicos-guias foram elaborados previamente à realização das entrevistas, com base nos objetivos da pesquisa e informações encontradas na literatura. Nas entrevistas semiestruturadas há certa padronização nas questões; mas há flexibilidade quanto à sequência,

à forma e ao exame de outras questões que podem surgir no decorrer da entrevista, desde que relacionadas com o objetivo do estudo. Podem emergir novos temas, provenientes das respostas obtidas. Optou-se pelo uso de um tópico-guia para estabelecer, com o entrevistador, a liberdade e espontaneidade necessárias para enriquecer a investigação sem se desvincular do objetivo proposto (MINAYO, 2012).

As entrevistas foram realizadas, individualmente, com oito farmacêuticos — cinco eram residentes — em situação face a face e gravadas em áudio com consentimento — vide Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNDICE I). Ocorreram em local de preferência do participante, em condições adequadas de conforto e privacidade e onde o entrevistado recebeu esclarecimentos acerca dos motivos da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente por esta que escreve, pesquisadora principal. Cada entrevista durou em média 40 minutos.

4.2 Análise e interpretação dos dados

Para a análise, todos os dados da pesquisa, inclusive as transcrições, foram importados para o *software* NVIVO[®] (versão 10) para gestão e organização. Em seguida, foram codificados em unidades de sentido e interpretados até a obtenção de temas considerados suficientes para responder aos objetivos da pesquisa, ou seja, quando nenhum dado adicional não levaria à identificação de novas unidades temáticas (BRAUN; CLARKE, 2006).

A análise temática indutiva ocorreu da seguinte forma: a) leitura exaustiva das respostas obtidas nas entrevistas; b) identificação de sentidos atribuídos às formas de entendimento da Atenção Farmacêutica e GTM; c) elaboração das categorias analíticas, realizadas com base na decomposição do que foi descrito em elementos estruturantes dos discursos; d) interpretação desses discursos em subcategorias que dialogaram com o restante do material pesquisado, por meio de documentos e notas de diários de campo e de acordo com a perspectiva teórica do estudo.

Vale destacar que, para organização dos resultados, as observações convertidas em diários de campo foram lidas repetidas vezes, a fim de se proceder à classificação das ideias e dos conteúdos, exercitando a prática reflexiva de modo a obter uma visão ampla do fenômeno em estudo. A análise dos dados foi feita de forma cíclica e contínua; e os resultados foram expostos em unidades temáticas (BRAUN; CLARKE, 2006).

Os dados que emergiram das análises foram interpretados à luz do arcabouço teórico, filosófico e metodológico da Atenção Farmacêutica proposto por Cipolle, Strand e Morley (2012) e ensinado por Ramalho de Oliveira, D.(2011).

4.3 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, a Universidade Federal de Uberlândia é instituição coparticipante do projeto intitulado “Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde”, conduzido, sobretudo, por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O projeto obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFMG, em maio de 2014 (CAAE-25780314.4.3004.5152) e parecer substanciado do COEP/UFMG sob nº.664.354 (ANEXO I).

Cabe destacar que os voluntários foram informados sobre a importância de sua participação, assim como lhes foram assegurados o anonimato e a liberdade de desistir sem nenhuma perda pessoal ou financeira. As pessoas que optaram por participar da pesquisa ficaram cientes de que os dados obtidos seriam publicados em veículos de propagação científica. Após todos os esclarecimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Apêndice I.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Caminhante, são teus rastos, o caminho, e nada mais;
caminhante, não há caminho, faz-se o caminho ao andar.
Ao andar faz-se o caminho, e ao olhar-se para trás, vê-se
a senda que jamais se há de voltar a pisar.*

— ANTÔNIO MACHADO

5.1 Artigo 1: “Implementation and systematization of a comprehensive medication management (CMM) service delivered to women with breast cancer”

Maria Ângela Ribeiro^{1,3}, Simone de Araújo Medina Mendonça², Agnes Fonseca Ribeiro Filardi¹, Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos³, Djenane Ramalho-de-Oliveira¹ ¹Center for Pharmaceutical Care Studies/Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brazil ²Federal University of Juiz de Fora (UFJF)_campus Governador Valadares, MG, Brazil ³Federal University of Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brazil ribeiromaribeiro31@gmail.com

ABSTRACT

Objective: The aim of the present study was to describe the process of implementation and systematization of a comprehensive medication management (CMM) service, from the perspective of the participants involved, in a high complexity service that care for women with breast cancer in Brazil. **Methods:** Qualitative study that utilized action research following the procedures proposed by Kurt Lewin and the ethical and clinical principles of pharmaceutical care practice. Data collection techniques were participant observation between August 2014 through December 2016, semi-structured interviews with pharmacists and pharmacy residents, field notes and analysis of documents. **Results:** Six major themes emerged in four cycles of the action research process: 1. Resistance is human, the management of conflict is necessary; 2. Insecurity with being a clinician; 3. Management of change supported by driving forces; 4. Pharmaceutical care fostering professionals’ self-efficacy; 5. Documentation as the conducting wire of the practice; and 6. The advantages of a systematized practice. **Conclusion:** The study offered an understanding of the process of implementation of CMM services from the perspective of pharmacists. It produced knowledge on the experiences of pharmacists as they lived through the process of transformation of their professional practice in order to offer a patient-centered and

systematized service. The framework of Lewin supported the introduction of a new work path for pharmacists, which could be operationalized as an innovative technology for the Brazilian health care system: CMM services.

Keywords: Comprehensive medication management services, medication therapy management, pharmaceutical care, breast cancer, action research, qualitative research.

INTRODUCTION

According to the protocol of the Brazilian Network of Health Care for People with Chronic Illnesses, cancer is an important public health problem recognized as a chronic condition that requires comprehensive care [1]. Chronic health conditions demand constant monitoring of clinical parameters by health care professionals and by patients as well as greater care coordination by diverse practitioners and between different levels of care [2-4]. The monitoring of these conditions has to be continuous due to their long-term course and the possibility of complications in the long run [2]. Between the different types of cancer, breast cancer is the most common in women worldwide. In Brazil, according to the National Institute of Cancer (INCA), 57,960 new cases will be diagnosed between the years 2016-2017 [5]. On the other hand, the survival rate in five years is growing due to early diagnosis and to the consolidation of effective treatments. Hormone therapy has been essential due to its several therapeutic options, good safety profile and high effectiveness [6]. Along with the treatments for breast cancer, many patients use other medications for their associated comorbidities such as hypertension, diabetes, hyperlipidemia, hypothyroidism, osteoporosis and obesity, conditions whose incidence tend to increase with age [1]. In this context, the control of patients' glycaemia, cholesterol, blood pressure, between other parameters, depend on social, cultural, emotional, economic and therapeutic factors that can be better understood and managed by a multidisciplinary team. Also, the high prevalence of multiple chronic health conditions leads to a common situation between patients with cancer, polypharmacy [7,8], which is the use of several medications for different conditions including some induced by the oncological treatment itself. Polypharmacy is also a result of several prescriptions by multiple professionals for the same patient without an appropriate communication between them. Even though drug therapy is one of the most cost-effective interventions in health care, its use has been associated with negative results known as drug-therapy problems (DTP), which can produce not only a negative economic impact but also human suffering [2,9]. DTP is any undesirable event experienced by a patient that involves, or is suspected to involve,

drug therapy and that prevents the achievement of goals of therapy [2,10,11]. These problems have been widely discussed in the scientific literature because it has been shown to increase the morbidity and mortality related to drug therapy [2,11,12]. Pharmaceutical care is a professional practice developed in the United States of America in the last century with the goal to prevent and resolve DTP [2,10,11]. It involves face to face encounters between a practitioner and a patient where the first takes responsibility to meet the patient's medication-related needs. The pharmaceutical care practitioner accepts a specific philosophy of practice, follows standards of practice that involves the use of a systematic thought process to make decisions about drug therapy, and have a practice management system that supports the development of a high-quality and sustainable clinical service [12]. In Brazil, pharmaceutical care practice is legally supported since 12/30/2010 with the publication of Decree 4283 and then the publication of the resolution number 585/2013 by the Federal Board of Pharmacy (Conselho Federal de Farmácia), that regulates the clinical attributions of pharmacists [13,14]. The last one permits the pharmacist to use his or her knowledge of pharmacotherapy to provide patient care in a comprehensive and systematic manner. Pharmaceutical care, that is operationalized through the delivery of comprehensive medication management (CMM) services, has been shown to produce clinical, economic and humanistic results, which justify its consolidation and expansion in the health care systems around the world [2,10-12,15]. In many countries, such as the USA, United Kingdom, Australia, Canada and Singapore, these services have been successfully implemented. However, it is still a service in an embryonic stage in Brazil. In the oncology area, to the best of our knowledge, it cannot be found literature that depicts the experiences of pharmacists with the implementation of CMM services. The studied scenario, an oncology clinic for women with breast cancer, had been delivering pharmacy clinical services for several years. However, these services were mostly focused on analyzing prescriptions, identifying adverse drug reactions and drug interactions, and guaranteeing patients' compliance with prescribed medications. In other words, it was understood that the services were not focused on patients nor followed the philosophical and methodological premises of pharmaceutical care practice, which were the interest of the research group [2,10,11]. Thus, the objective of the present study was to describe the process of implementation and systematization of a CMM service, from the perspective of the participants involved, in a high complexity institution that cares for women with breast cancer in Brazil.

Materials and methods

Study design

This was a qualitative study that utilized action research following the procedures proposed by Kurt Lewin [16-19] and the ethical and clinical principles of pharmaceutical care practice [2,11].

Action research is a research methodology that attempts to bridge the gap between theory and practice. It involves the collaboration between researchers and participants in identifying problems, designing action plans and implementing these actions to promote a change in practice or to refine a theory. Kurt Lewin describes action research as a spiral of stages in cycles of planning, action, observation, critical reflection and discoveries that are followed by re-planning and retro feedback for each cycle of the research. It can also be understood as a reflective process in which all participants converge into researchers in the studied social action [16,17].

Pharmaceutical care practice, as developed by Cipolle, Strand and Morley [11] was utilized as the framework for the professional practice of clinical pharmacists to interpret the data associated with the process of implementation of CMM services and the participants' interpretations of this process.

Data collection techniques were participant observation between August 2014 through December 2016, semi-structured interviews, field notes and analysis of documents.

Setting

Data was collected in a large public hospital of high complexity in the State of Minas Gerais, Brazil. This hospital is a reference for over 3 million people from 86 municipalities [20]. It is also an important reference for the treatment of women with breast cancer in the region.

Sample and recruitment

Participants of the study were intentionally selected to include all pharmacists in the oncology ambulatory clinic, which included fourteen pharmacists and seven pharmacy residents in the beginning of the study (Table 1)

TABLE 1 – Characteristics of the pharmacists in the practice scenario studied

	OCCURRENCE (100%)
Age (years)	
≤ 30	06 (28.54%)
31-40	04 (19.07%)
41-50	07 (33.33%)
≥ 50	04(19.06%)
Education	
BachelorofPharmacy	06 (28.54%)
Residents in training	07 (33.33%)
Master'sdegree	08 (38.13%)
Typeofpractice	
Hospital – inpatients	08 (38.13%)
Hospital - outpatientcare	12 (57.14%)
Longtermcare (LTC)	01(04.73%)
Lengthofpractice (years)	
≤ 10	05(23.86%)
11-30	12(57.08%)
≥ 30	04(19.06%)

As the study progressed, and the process of action and reflection associated with the action research methodology developed, several participants withdrew from the study. From the initial total, four pharmacists, including the first author, and five residents delivered direct care to women with breast cancer according to the proposed framework. During the research process the first author was positioned as the main researcher and as a participant at the same time that the other participants also became researchers.

Data Collection

Participant observation was carried out for 28 months to understand the processes related to the implementation of CMM services. During this time, pharmacists and residents were invited to reflect on their practices with patients as well as trained according to the principles of pharmaceutical care practice. Participant observation allowed an in-depth understanding of the discourses, feelings and actions of participants in the context where they occurred and the reason why they happened [16,17]. All impressions and the first author's reflections were registered in a field journal during the entire period of participant observation. Semi-structured interviews were carried out with 8 pharmacists, being 5 residents, from August of 2014 to December of 2016. The interviews were conducted in the hospital in different moments during the research process in order to capture pharmacists' perceptions and the changes they lived through over time. All interviews were audio taped,

transcribed verbatim by the first author and lasted 40 minutes on average. Practice documents, such as projects and the documentation system were analyzed and adapted to meet the requirements of the practice standards according to the pharmaceutical care framework. Participants provided insights about their experiences associated with the process of systematization and implementation of CMM services, which led to data saturation.

Data analysis

Thematic analysis was carried out according to the following process [21,22]: a) All field notes and interviews were read multiple times to familiarize with the data; b) Initial coding was carried out with the identification of the meanings attributed to the following: learnings about pharmaceutical care practice, implementation of CMM services, experiences with the process of transformation to a patient-centered pharmacist that follows the standards of practice proposed by pharmaceutical care; c) Definition of analytical categories as a result of structuring elements of participants' discourses; d) Considering the dynamic nature of qualitative data analysis, the initial themes were reexamined and renamed according to new discoveries throughout data collection; e) After the initial analysis, a collaborative analysis was made involving all co-authors. Each researcher analyzed the data separately and meetings were held to check agreement or lack off between the authors; and f) Interpretation of the discourses and definition of themes that dialogue with the research objectives and the theoretical framework of the study. The software Nvivo 10 was utilized to organize and analyze the data.

Ethical approval

This research followed the ethical principles of Helsinki Declaration. The project was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE - 25780314.4.3004.5152) in May of 2014. All participants signed the consent form after being informed about all the details of the research.

Results

Six different themes were identified during data analysis and interpretation. These themes emerged within the spirals (Figure 1). The spirals that occurred in the action research project are represented in four cycles (Table 2). The cycles represent participants' experiences and activities that took place since their initial engagement with the project, their invitation to

reflect on the possibility of change from a medication-centered professional to a patient-centered practitioner, their participation in the provided training and the implementation of CMM services. During the entire research process, it was necessary to train pharmacists on the main components of pharmaceutical care practice. This happened in three cycles of theory-practice training followed by the application of knowledge during the provision of direct patient care by participants. Following the framework and procedures proposed by action research, the training occurred during group sessions following the movement of spirals that comprised planning, action, observation, critical reflection and new discoveries according to the needs of the participants. The training of pharmacists was the central portion of the research and provided all the theoretical and methodological groundwork for the implementation and systematization of CMM services.



FIGURE 1 – The reflexive teaching-learning cycles and systematization/ implementation of comprehensive medication management services with the aid of action research as proposed by Kurt Lewin

The training of pharmacists in the philosophy, patient care process and practice management system associated with pharmaceutical care practice provided the minimum necessary standards for pharmacists to build a single service and be able to communicate effectively between themselves and with other professionals. The discussions about practice management fostered the planning and implementation of an organized service. The results are composed of themes and sub-themes that emerged in four cycles that happened chronologically, as described underneath.

TABLE 2 – Themes and subthemes that emerged during the study (n = 21)

CYCLE 1	CYCLE 2	CYCLE 3	CYCLE 4
1. Resistance is human, the management of conflict is necessary.	3. Management of change supported by driving forces.. 3.1. Pharmaceutical care in practice. 3.2. Pharmaceutical care is not done alone.	4. Pharmaceutical care fostering professionals' self-efficacy.	5. Documentation as the conducting wire of the practice. 6. The advantages of a systematized practice.
2. Insecurity with being a clinician.			

Cycle 1

During the first encounter between researcher and participants in 08/12/2014, when the training started, the previous knowledge of the participants was investigated. Afterwards, an initial training plan was presented and the participants were invited to respond, discuss and change it as they saw fit. The plan had the goal to impart knowledge about pharmaceutical care, to train clinical skills and to stimulate reflection about the possibility of changing the reality of participants. A large change would be necessary if these clinical pharmacists were to become pharmaceutical care practitioners. The training material utilized in this research was similar, with some adaptations, to the Pharmaceutical care class, taught to pharmacy students and professional pharmacists by the Center for Pharmaceutical Care Studies of the Universidade Federal de Minas Gerais (*Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica – UFMG*) [23]. The first period extended until 02/15/2015, or six months. During this time, participants were observed as they dealt with the theory and the practice of direct patient care. The full training was implemented. However, from the 21 pharmacists that started the process, only 9 completed it. Two of them gave up at the first group meeting and the others left over time. As recognized by action researchers, the group lived through a movement of fight and flee [24]. At first, “fight” was manifested when some participants decided not to participate in the proposed

activities, or not to express their opinions as they diverge from the other members of the group, or when they did not pursue the reading of required texts or other activities proposed during the training. And finally, the experience of “flee” was represented by withdrawal from the group. By the end of cycle 1, it was observed several conflicts and resistance to apply the new learnings in practice, which led some participants to choose not to work directly with patients. For participants, the main reason to withdraw was their multiple management and logistic responsibilities in the hospital as well as the demand of the board of pharmacy that requires pharmacists to compound cytostatic medications. According to them, all these activities left no time for them to care for patients, and compromised their follow-up consultations. This cycle was interrupted before the anticipated time. An emergency meeting took place and a new research team was defined, which included some pharmacists and the pharmacy residents. Two main themes arose during this cycle, as described below.

Resistance is human, the management of conflict is necessary.

The manifestations of resistance were strong between participants in the beginning of the research process. During one clinical activity that was part of the training, one pharmacist mentioned “*when things are pretty busy at the pharmacy, we are here only acting as clinicians!*”.

This account was unexpected and seemed worrisome to most people present at the moment. A few days later another pharmacist came to one of the researchers saying: “*I understand that you invested in me, but I apologize... I prefer not to take care of patients here at the oncology clinic. I am not following the process. I am not studying as I am supposed to ... and for sure other people will be able to contribute more than me.*”

The withdrawal was respected, but the researchers still tried to sensitize the participants about the importance of the service for patients. However, they were not successful. Since the logistic and managerial activities usually took a lot of time from the pharmacists, it was suggested that some pharmacists might assume more of a managerial role while others could function mostly as clinicians. The group manifested a strong resistance to that idea, as illustrated here: “*To be exclusive is not important. I see no problem in distributing our activities! We can share responsibilities, some time we can do compounding, other times dispensing and also patient care.*”

These perspectives represented important barriers to the initial implementation of the CMM services since a novice clinician needs to focus on taking care of patients to be able to learn, to reflect on their experiences and to take care of as many patients as possible to gain expertise. Moreover, these activities are very different and demand diverse dispositions, approaches and responsibilities from the same person. Thus, they should preferably be executed by different individuals. Or they should at least be executed in different days so that the pharmacist can anticipate and plan for them.

Insecurity with being a clinician

As pharmacists became more knowledgeable about the practice, understood and accepted the philosophy of practice and started applying the rational decision-making process with patients, they realized that patient care is not an easy task. Firstly, pharmacists felt ambivalent about their role in the logistics of the pharmacy and their responsibility towards the patient and other members of the health care team. They felt uncertain about their professional identity as they were interested to pursue innovative activities as clinicians, and, at the same time, they were insecure about executing these same activities. Therefore, the path seemed nebulous as commented by this participant: *“Some are very insecure with the clinical role. I see that they want to assume this responsibility because many feel that they should be better utilized as health care professionals. They think that their knowledge should be put in favor of the patient. But, they are fearful of patient care. So, they don’t fight for it.”*

Cycle 2

The second period of training went from 05/18/2015 through 02/22/2016. It was the longest period of preparation for clinical practice as it involved strategies to empower pharmacists to go from theory to practice. During this period, participants suggested the inclusion of new strategies in the training such as the use of field diaries, rounds of conversations and seminars. These strategies helped pharmacists to understand that they needed more contact with patients and to include a larger number of patients in their panel. Their reflections pointed to the meanings associated with holistic and patient-centered care, the importance of applying a systematic thought process to make decisions about drug therapy and their perceptions about collaborative care. All of these were then included in the new training plan. In cycle 2, two themes emerged, as discussed below.

Management of change supported by driving forces

In the other side of the dynamic field of forces, there are the driving forces, which push participants forward, contributing for change and for a stronger conviction about the importance of pharmaceutical care. This theme has 2 sub-themes.

Pharmaceutical care in practice

“Pharmaceutical care is to care for patients. It is to respect their habits and beliefs, and to reach an effective drug therapy while guaranteeing patients’ quality of life.”

This quote illustrates a participant understanding of pharmaceutical care practice as expressed in a group discussion. They started to perceive how pharmaceutical care is different from everything they did. This professional practice demands responsibility for the outcomes of pharmacotherapy and this is new for pharmacists. One pharmacist mentioned: *“Holism invites us to find the balance between understanding the technical aspects of medications and their meanings for patients.”* Participants started perceiving that patients have to be seen in their totality and so medications have to be put in the context of patients’ lives. The philosophy of pharmaceutical care was being gradually apprehended.

Pharmaceutical care is not done alone

Putting pharmaceutical care into practice depends not only on the acceptance of the professional, but also of the pharmacist’s willingness and ability to communicate and interact with the other members of the health care team. *“A pharmacist cannot do pharmaceutical care alone. To interfere in a patient’s pharmacotherapy involves other professionals. Actually, pharmaceutical care is not only a pharmacist’s practice”*

According to the principles of the Brazilian public health care system, integral and comprehensive care requires collaboration and use of multiple competencies to care for patients in use of medications. One participant reflects on the importance of collaboration: *“The patient is not only ours. It is kind of a clock mechanism, if one piece does not work, the other also stops. All pieces have to function well for the clock to work.”* Another one says: *“But, it takes time. The delivery of CMM will impact the way other professionals see the pharmacist. The expectation of the team is still of that professional that knows a lot about pharmacology, specially mechanisms of actions. This is the culture. It will take time. They will need to experience CMM.”*

Cycle 3

The third and last period of pharmacist training began in March 2016 with the expectation of a 12-months duration. This cycle lasted from March through December of 2016. Participants spent most of their time in patient consultations under the supervision of tutors. All consultations followed the patient care process taught during the theoretical part of the training and were documented in electronic charts built specifically for CMM services. Moreover, a summary of each consultation (DTP identified and recommended resolutions) was documented in the patient's paper chart so that other professionals had access to it. Participants were also trained to order laboratory exams to assess medications' effectiveness and safety and to make patients' referrals to other providers. Pharmacists participated in seminars that discussed clinical protocols, physiopathology of diverse health conditions and many other subjects associated with pharmacotherapy and patient-centered care. Laboratory simulations were utilized as a technic to train clinical skills such as clinical decision making and communication. An actress from the College of Theater participated in the simulations. The following theme emerged during cycle 3.

Pharmaceutical care fostering professionals' self-efficacy

Self-efficacy is understood as a person's beliefs about her capacity to organize and execute actions to reach acceptable levels of performance, not being concerned with the person's abilities but with the judgement about what she chooses to do [25]. For the participants in this study, to have clarity about one's professional philosophy as well as to have a propaedeutic that can be utilized with every patient provide them with peace of mind and confidence to assume direct patient care responsibilities, as illustrated in the following narrative: *"Nowadays I feel secure to care for patients, to identify DTP... Firstly, I listen to the patient. I do stimulate the patient to talk...I understand that I don't need to identify and resolve all DTP at once. I will prioritize the problems according to the needs and wishes of the patient. After identifying DTP, I need to resolve them...that's the reason I need to construct a care plan. So, I make agreements with the patient regarding what we are going to do. Then I set up a follow up appointment to assess what happened, the results, and keep following this patient."*

For participants, pharmaceutical care practice affords them a clear path, or a work process, and a basic thought process that directs their work with a patient. This path boosts their beliefs that they are capable of assessing a patient and making decisions. One participant

utters: *“I need to ask if every medication is indicated, effective, safe and convenient for that specific patient. I also need to establish a trusting relationship with the patient, respect him, make agreements with him. I didn’t learn these things in pharmacy school nor at my specialization course.”*

Interestingly, at the beginning of this study, most participants saw pharmaceutical care as a theory, but they could not apply it to transform it in a clinical service. In other words, they had vast pharmacotherapeutic knowledge, but did not know how to apply that for the benefit of a patient. *“The pharmacotherapy workup is the tool that was missing for me to be able to bring pharmaceutical care to a real patient”*. This rational thought process, or the pharmacotherapy propaedeutic, can be perceived as one of the most important contributions of pharmaceutical care practice to the profession of pharmacy as it presents a consistent and reproducible decision-making process to assess a patient’s pharmacotherapy [25,26]. This reasoning process not only permits the logical application of the esoteric knowledge of the pharmacist in an encounter with a patient, but also allows and fosters a standardization of a patient care process that focuses on identifying and resolving pharmacotherapeutic problems. This quote of a participant reveals this thought: *“Pharmaceutical care and CMM gives us the theoretical and methodological foundation and a work process that guide us on a daily basis. It is a guide that allows us to put our knowledge of pharmacology into practice... I think that without this guide, like a map, it becomes impossible to work consistently with every patient. The philosophy of practice turns us into a real professional and CMM into a service grounded in a professional practice.”*

Cycle 4

The implementation of CMM services occurred during the cycle. Participants put into practice the knowledge and skills learned during the training, which they called “Management of the practice – a praxis”. “Praxis is action and reflection about the world to transform it” [27]. The practice management system is the third component of pharmaceutical care practice and deals with all the resources needed to build a high-quality service [28]. For participants, the management of the CMM services was one of the most challenging aspects of the process of building a new clinical practice. The management system is essential as it involves finding the right human resources, the necessary physical resources, and all the needed support to offer an efficient and reproducible service. It goes from planning until the quality management, communication management and outcomes measurement. It also involves a

clear definition of the vision and mission of the service. In this study, the management piece emphasized the partnerships and negotiations needed for the work to happen. The support of management was essential, as proposed by recently published work [29,30]. A partnership with the Center for Pharmaceutical Care Studies (*Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica, Universidade Federal de Minas Gerais*) and the Center for data processing of the Universidade de Uberlândia was important for know-how transfer in terms of training, documentation system and data analysis for outcomes measures. As the physical space for patient consultations was guaranteed, the definitions about the documentation process gained a major focus. Documentation has a very important role in any practice, specially in a new practice. The documentation is essential not only for legal reasons but also to produce information about the service, which allows assessment of its impact [11,31,32]. Discussions about the documentation system and its standardization started in June of 2014. It was discussed the importance of documentation for quality management, data safety and production of new knowledge about CMM services. Also, documentation allows for communication between CMM services, CMM and other services in the health care systems, and CMM and other providers and payers. During this Cycle, a documentation system was built, the process of documentation in the patient's chart was defined, and patient scheduling was structured. In Cycle 4; 2 themes emerged.

Documentation as the conducting wire of the practice

Over time pharmacists recognized the importance of a robust documentation system, as pointed by this participant: “...a well-structured documentation system is as important as having a process to take care of a patient. It is a requirement of a professional practice to document.” And another pharmacist said “if you don't document you didn't do it.”

The documentation was recognized as necessary by participants, even though it was hard for pharmacists.

Patient scheduling was identified as a very important part of the practice management system, as mentioned below. “A major deficiency of our service is scheduling and we need to change that. We can be more effective in the following up of patients if the scheduling works. The way it is, we are losing contact with patients and it is frustrating if they don't come back.”

After many meetings with the health care team and administrative personnel, it was understood that scheduling was very important for the sustainability of the service: “the

reception desk people have been helpful and now it will be easy to refer patients to us as well as to have patients back for follow up appointments”.

The advantages of a systematized practice

Participants realized the importance of following standards of practice to deliver a fine and safe service to patients, and that involves a reliable documentation system: *“Structuring a service helps us to follow the patient in a process that makes sense, from the assessment to the intervention and to the evaluation of real results.”*

From the perspective of another participant, the standardization allowed the insertion of the pharmacist in the flow of patients in the clinic: *“Now we can see patients in a more effective way. We can interact with the other professionals because we are included in the flow of the clinic, now we see the patients for follow up and can see the results of what we did.”*

From the point of view of participants, the systematization of all the work processes allowed the periodic follow up of patients. The ideal situation would be to have a defined flow between different professionals so that the patient would access integral and comprehensive care: *“even though we advanced our services and now we see patients more than once, we still need to work together with other professionals, communicate better and create a referral and counter-referral system that really works. I think that when this happens patients will benefit tremendously.”*

This action research project is still under development as pharmaceutical care practice demands a major transformation in all the processes attached to a pharmacist’s work. As each cycle developed, the role of the pharmacist became clearer to all people involved as well as to pharmacists themselves. The training of pharmacists, the systematization of the work processes and the documentation system is making the work reproducible in the institution where the research took place. All the components of pharmaceutical care practice were discussed and implemented during the time of this project, and the change in the pharmacists’ attitudes might have been the most important accomplishment of this work, as noted by this participant *“We can see the change. We are seeing more patients, and we are more motivated. The involvement of residents has been very important to advance our work in the oncology service. Also, our documentation is better. And now we can order labs and we interact better with other providers. When I say that CMM is the gold future of the profession I mean our recognition by the population. In the eyes of the population we will be seen as a necessary professional.”*

Discussion

This study showed how challenging it is for pharmacists to incorporate direct patient care in their work routine. These professionals are pulled in many directions, from administrative and managerial tasks to compounding and to patient care. These are very different activities that usually require different people to execute them and, more importantly, individuals with a different set of competencies. Action research has been a helpful tool to involve participants/pharmacists in a new endeavor such as to engage in a process of major change in a professional's responsibilities and actions [19]. To attempt to involve participants in the process of research as co-investigators is arduous in a situation where not all of them wish to pursue change. In this study, education and different pedagogical approaches were necessary to create the right conditions for reflection and learning to take place [16-19,23,24]. Participants were slowly being introduced to the new work processes required to provide a standardized service and, thus, the initial resistance gave way to a timid feeling of ownership of the work. Throughout the training on the components of pharmaceutical care practice, the attempt to engage and motivate for change, group discussions and the implementation of CMM services, the meanings of participants' experiences were captured and synthesized into six major themes that emerged during 4 cycles of this action research. Initially, as the first theme denoted, the resistant was striking and it had to be deeply understood not to become a value judgement from the part of the researchers [33]. The pharmacists' resistance reflected their attachment to what was familiar and comfortable to them, which is the administrative activities traditionally executed in a hospital setting. This is plausible since it is currently the way these professionals are recognized in the health care system; they are the professionals responsible for safeguarding medications. For most participants in this study, to leave their administrative responsibilities and adventure into patient care meant to abandon their comfort zone to venture into an unfamiliar world. They are attached to the safety offered by their everyday duties and it becomes difficult to imagine such a dramatic change. This seems to be the biggest barrier for a change in pharmacists' practices. This is happening when pharmacists are being asked to change by the health care systems, when their impact to patients' outcomes are being questioned and when it is expected that they will be substituted by pharmacy technicians in the near future [34,35]. Even though resistance in such a context can be seen as natural due to anxiety, insecurity and fear, reflections on this moment pointed to the need to manage this conflict to overcome it. The management of change supported by the driving forces was an

important development in this study, as supported by the theory of force field of Kurt Lewin [16,17,36]. This theory teaches us to promote an imbalance by a change in the direction of one of the forces or by adding a new force in a situation. In this study, the driving forces were represented by those participants who wished the change, and they were mainly the pharmacy residents. The work then followed by engaging these participants to understand their reality, to comprehend the theoretical framework that they would utilize to take care of patients, to systematize their practices so that they would have one common practice and to finally implement sustainable CMM services in the oncology department. That involved learning and utilizing a new vocabulary to communicate between themselves and with other professionals and to organize a credible documentation system [2,10-12]. Underpinning all of this was learning to be a different kind of pharmacist [16,19]. As discussed in the profession of nursing, the systematization of a professional's patient care process is what differentiates a reliable professional from another [37]. This is still a novel subject in the profession of pharmacy. From the perspective of the Brazilian Public Health System, it becomes important to address the meanings of collaborative work. Professionals bring multiple competencies that will necessarily meet when dealing with a patient in use of a medication. Participants realized that good patient care involves interdisciplinary work, as pointed by one pharmacist that said: "*pharmaceutical care is not done alone*". However, working as a team is still a challenge in the health systems. The preparation of health professionals does not follow this logic as different professions have different conceptions of the human being, and it is a mostly Cartesian view that sees humans as a machine that needs repair [38]. This lack of collaboration slows down the process of implementation of CMM services. From the other hand, currently, a patient centered approach has been considered essential in health care and it might be what will unite all professionals and what will invite collaboration. This approach favors integration and, consequently, better shared decision-making and continuity of care, which will lead to better patient outcomes [38-40].

The theme "pharmaceutical care fostering pharmacists' self-efficacy" suggested that the professional was overcoming his or her insecurity. It is believed that the professional with no self-efficacy will not utilize her knowledge or skills to improve patients' outcomes [25]. In order for CMM services to be effectively implemented, we could infer that pharmacists must have a high level of self-efficacy. Self-efficacy can change the professional path of an individual since stronger beliefs of self-efficacy lead to greater motivation when one is performing tasks [41,42]. As one pharmacist mentioned: "*when I feel*

secure, I respect the patient and am more open to make agreements... listening to the patient is the first step for a good decision-making process". This is associated with listening in a patient-centered manner [43]. Regarding the advantages of a systematized practice, participants called our attention to the importance of a logical decision-making process to the provision of a structured service. Sorensen et al (2016) discussed the importance of a professional not to focus solely on patients' compliance to a medication as they should firstly assess the appropriateness, effectiveness and safety of a drug product. As shown in the literature [2,11], the rational thought process proposed by pharmaceutical care practice was seen as a very important contribution to the construction of a standardized service and an outcome-driven professional practice. During this study, we experienced the importance of reflection and the interrogation of our own practices [45]. Reflection provided opportunities to go back, reveal what happened and do it differently next time. Reflection in action is a process that fosters professional development and it has the potential to develop new ways of thinking, of comprehending, of action and of equating problems [46]. This study started to unpack the meanings of systematization of a practice and its importance for quality, reproducibility and sustainability. As a result, we believe that the model of Kurt Lewin can assist organizations that wish to establish comprehensive medication management services with satisfactory results. It can also meet the interests of both organizations and academia [47-49,50] as it produced knowledge that promoted change in the studied reality.

Conclusion

This study produced knowledge on the experiences of pharmacists as they lived through the process of initial transformation of their professional practice in order to offer a patient-centered and systematized service. It was the goal to build a dialogical relationship between researchers and participants that allowed to identify their needs and fears and to respect their previous knowledge and feelings. Even those individuals that chose not to change their practices might have minimally shifted their basic ways of thinking as a result of all the reflections, discussions and readings introduced by the research process. This study, as many others, point to the fact that the change required from the traditional pharmacist to the one that accepts pharmaceutical care as his new mission, is exorbitant. Many pharmacists did not choose to be a patient care provider. Moreover, most curricula of pharmacy schools still do not prepare them to assume that responsibility. The organization environment also can work as an impediment to the advancement of this practice when

professionals still work in an isolated manner without a clear focus on the patient. The framework of Lewin supported the introduction of a new working path for pharmacists, which could be operationalized as an innovative technology for the Brazilian health care system: CMM services. The participants of this study could be mobilized to visualize a new way of being a pharmacist. Thus, the investment in the preparation of a new pharmacist, one that is focused on direct patient care, should be seen as a much desirable alternative.

Acknowledgments

The authors thank the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlândia and the participants of the research for their contribution to the data collection process and the implementation of the CMM service.

References

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 874, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Accessed 15 June 2017.
2. Ramalho de Oliveira, D. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. 1st ed. São Paulo (SP): RCN, 2011.
3. De Domenico, EBL. The complexity of oncology care: current and future challenges. *Acta Paulista de Enfermagem* 2016; 29: 3-5.
4. Chabner BA, Longo DL. *Manual de oncologia de Harrison*. 2nd.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2015 a. [citado 2016 Fev 18]. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/> Accessed 16 december 2016.
6. Bonita R, Magnusson R, Bovet P, Zhao D, Malta D, Geneau R et al. Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *Lancet* 2013; 381(9866):575-84.
7. Balducci L, Goetz-Parten D, Steinman MA. Polypharmacy and the management of the older cancer patient. *Ann Oncol* 2013; 24 Suppl 7: vii36-vii40.
8. Secoli, SR. Polypharmacy: interaction and adverse reactions in the use of drugs by elderly people. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(1): 136-40.
9. Ribeiro MA, Heineck I. Drug Storage at Home in the Community Assisted by the Family Health Programme in Ibiá, MG, Brazil. *Saúde Soc* 2010; 19(3): 653-663.

10. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact to of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: Twenty-five years of experience. *Curr Pharm Des* 2004; 10(31): 3987-4001.
11. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice: the Patient-Centered Approach to Medication Management*. 3rd. ed. New York (NY): McGraw-Hill, 2012.
12. Isetts BJ, Brummel AR, de Oliveira DR, Moen DW. Managing Drug-related Morbidity and Mortality in the Patient-centered Medical Home. *MedCare* 2012; 50: 997-1001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N°. 4283, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais_ Brasília: Ministério da Saúde, 2010. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4283_30_12_2010.html Accessed 10 June 2017.
14. Brasil. Conselho Federal de Farmácia. CFF. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 25 set 2013 a; Seção 1.
15. Cheng Y, Raisch DW, Borrego ME, Gupchup GV. Economic, clinical, and humanistic outcomes (ECHO) of pharmaceutical care services for minority patients: A literature review. *Res Social AdmPharm* 2013; 9:311-29.
16. Mailhiot GB. *Dinâmica e gênese dos grupos: atualidade das descobertas de Kurt Lewin; atualidade das descobertas de Kurt Lewin*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
17. Hermann Kristina. *Field Theory and Working With Group Dynamics in Debriefing*. *Simulation & Gaming* 2015; 46(2): 209-220.
18. Kristiansen M, Bloch-Poulsen J. Participation in action research: between the methodology and worldview, participation and co-determination. *Trabalho & Educação* 2013; 22(1): 37-53.
19. Franco MAS. *Pesquisa-Ação: a Produção Partilhada de Conhecimento*. UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ 2010; 11(1): 05-14.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. DATASUS. *Cadernos de informação de Saúde: região sudeste* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015 b. [citado 2015 Nov 30]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/> Accessed 10 June 2016.
21. Bazeley P. Analysing qualitative data: more than 'Identifying Themes'. *J Qualitative Res* 2009; 2:6–22.
22. Braun V, Clark V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research Psychology* 2006; 3 (2):77-101.
23. Brasil. CEAF/UFMG: Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica do Departamento de Farmácia Social da Universidade Federal de Minas Gerais. <http://www.farmacia.ufmg.br/ceaf-2/apresentacao-7/> Accessed 11 March 2016.
24. Bion WR. *Experiência com grupos*. São Paulo: EDUSP, 1975.
25. Dahl JR, Hall AM. A scale to measure pharmacy students' self - efficacy in performing medication therapy management services. *Am J Pharm Educ* 2013;77(9): 191.

26. Lui E, Ha R, Truong C. Applying the pharmaceutical care model to assess pharmacists services in a primary care setting. *Can Pharm J (Ott)* 2017; 150 (2):90-93.
27. Freire P. *Pedagogia do oprimido*; 54th ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 2013.
28. Freitas EL, Ramalho de Oliveira D, Perini E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática: um Diálogo Possível? *Acta Farmaceutica Bonaerense* 2006; 25 (3):447-453.
29. Detoni KB, Nascimento MMG, Oliveira IV, Alves MR, Gonzáles MM, Ramalho de Oliveira D. Comprehensive medication management services in a Brazilian specialty pharmacy: a qualitative assessment. *Int J Pharm Pharm Sci* 2017; 9(3): 227-232.
30. Oliveira GCB de, Alves MR, Ramalho de Oliveira D. Action research as a tool for transformation of the pharmacist's praxis in primary care. *Int J Pharm Pharm Sci* 2017; 9 (3):180-185.
31. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *El Ejercicio de la atención farmacéutica*. Madrid: McGraw-Hill, 1998.
32. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice: the clinician's guide*. 2nd. ed. New York: McGraw-Hill, 2004.
33. Garrido G, Saltorato P, Moreira CAA. Reflexões psicanalíticas sobre a Resistência à Mudança organizacional. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* 2015; 15(2): 212-223.
34. Rosenthal M, Austin Zubin, Tsuyuki Ross T. Are Pharmacists the Ultimate Barrier to Pharmacy Practice Change? *Can Pharm J* 2010; 143: 37-42.
35. Hall J, Rosenthal M, Family Hannah, Sutton J, Hall K, Tsuyuki Ross T. Personality Traits of Hospital Pharmacists: Toward a Better Understanding of Factors Influencing Pharmacy Practice Change. *Can J Hosp Pharm* 2013; 66(5):289-95.
36. Lewin K. *Field theory in social science; selected theoretical papers*. New York: Harper and Row, 1976.
37. Amante LN, Rosseto AP, Schneider DG. Systematization of the nursing assistance at the intensive care unit (ICU) based on Wanda Horta's Theory. *RevEscEnferm USP* 2009; 43 (1):54-64.
38. Sousa LF, Bastos PRHO. Interdisciplinaridade e formação na área da farmácia. *Trabalho, Educação e Saúde* 2016; 14(1): 97-117.
39. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centered care in interprofessional collaborative practice. *Interface (Botucatu)* 2016; 20(59): 905 -16.
40. Makowsky MJ, Schindel Tj, Rosenthal M, Campbell K, Tsuyuki RT, Madill HM. Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: A qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. *Journal of Interprofessional Care* 2009; 23(2): 169-184.
41. Alsharif NZ, Roche VF, Qi Y. Students' Perception of Self-Efficacy Following Medicinal Chemistry Skills Laboratory Exercises. *Am J Pharm Educ* 2016; 80 (5):76.
42. Torisu EM, Ferreira AC. The social cognitive theory and the mathematic teaching-learning process: considerations on the self-efficacy beliefs in mathematics. *Ciências & Cognição* 2009; 14 (3): 168-177.

43. Oliveira IV, Freitas EL, Detoni KB, Ramalho de Oliveira D. Use of the patient's medication experience in pharmacists' decision making process. *Int J Pharm* 2017; 7(1):1-8.
44. Sorensen TD, Pestka D, Sorge LA, Wallace ML, Schommer J. A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems. *Am J Health Syst Pharm* 2016; 73(5):307-14.
45. Moreno IM, Siles J. Pensamiento crítico em enfermagem: de La racionalidad técnica a La práctica reflexiva. *Aquichan* 2014; 14 (4): 594-604.
46. Zeichner KM. Uma análise crítica sobre a “reflexão” como conceito estruturante na formação docente. *Educ Soc* 2008; 29(103):535-554.
47. Hepler CD, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47(3):533-543.
48. Brasil. Cuidado farmacêutico na atenção básica — Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde — caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
49. Menelau S, Santos PMF, Castro BGA, Nascimento TG. Realizar pesquisa sem ação ou pesquisa-ação na área de Administração? Uma reflexão metodológica. *R. Adm* 2015; 50 (1): 40-55.
50. Mendonça SAM, Meireles BL, Freitas EL de, Ramalho de Oliveira D. Pharmacy practices experiential programs in the context of clinical education. *Int J Pharm Pharm Sci* 2017; 9 (2):35-41.

5.2 Artigo 2: Redesenhando a prática clínica farmacêutica durante implementação do Gerenciamento da Terapia Medicamentosa

Redesigning clinical practice during the implementation of Medication Therapy Management

Maria Ângela Ribeiro^{1,2}, Yone de Almeida Nascimento¹, Agnes Fonseca Ribeiro Filardi¹, Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos², Djenane Ramalho-de-Oliveira¹ _¹Center for Pharmaceutical Care Studies/Federal University of Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brazil²Federal University of Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brazil ribeiromaribeiro@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Descrever a formação vivenciada por residentes farmacêuticos no contexto da implementação e sistematização de um serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) para pacientes com câncer de mama. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo, guiado pela pesquisa-ação à luz de Kurt Lewin e os princípios éticos e clínicos da Atenção Farmacêutica. Participaram do estudo cinco farmacêuticos residentes do programa de residência multiprofissional e uma pesquisadora/preceptora entre Agosto de 2014 a Dezembro de 2016. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação participante e análise de documentos. **Resultados:** Foram identificados três grandes temas: 1 - Um segundo curso de Farmácia! 2 - Redesenhando a prática farmacêutica: da filosofia à auto-eficácia. 3-Formação para o SUS e para a vida: o Papel da Educação Permanente. **Considerações Finais:** O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa é uma opção eficaz na formação de farmacêuticos clínicos durante a aprendizagem em serviço da residência multiprofissional.

Descritores DeCs: Atenção Farmacêutica, Neoplasias da mama, Internato e residência, Conduta do tratamento medicamentoso, pesquisa qualitativa.

Descritores Mesh: Pharmaceutical Care, Breast Neoplasms, Internship and Residency, Medication Therapy Management, Qualitative Research.

Descritores Palabras Clave: Atención farmacéutica, neoplasias de mama, pasantía y residencia, administración de terapia de medicamentos, investigación cualitativa.

Introdução

Nos últimos anos, devido ao aumento de morbidade e mortalidade relacionadas ao uso de medicamentos^(1,2), as mudanças dos sistemas de saúde e ao aumento das doenças crônicas^(1,3), dentre estas o câncer⁽³⁾, os farmacêuticos têm assumido um importante papel no cuidado à saúde das pessoas^(1,4,5). O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é um serviço

abrangente e centrado no paciente, que visa otimizar o uso de medicamentos, reduzindo os eventos adversos e melhorando a adesão ao tratamento⁽⁴⁻⁶⁾. Em colaboração com outros profissionais, o farmacêutico acompanha o paciente, para que todos os medicamentos sejam apropriados, efetivos, seguros e que sejam usados conforme recomendado. Centrado no paciente, o serviço envolve um processo de cuidado estruturado que permite ao farmacêutico clínico tomar decisões racionais^(7,8). Envolve ainda um processo de escuta e de diálogo, criando uma relação terapêutica de confiança fundamentada no respeito mútuo, comunicação aberta, cooperação e empatia. Estabelece também como princípio a colaboração entre paciente e profissional, a promoção da autonomia do paciente, visto como uma pessoa, capaz de assumir as responsabilidades pelas intervenções e recomendações⁽⁷⁾. Dessa forma, os profissionais farmacêuticos são capacitados para a oferta de um serviço de GTM, embasado pelo arcabouço teórico da Atenção Farmacêutica^(4,5,7,8). A *performance* do profissional clínico parte de suas experiências⁽⁷⁾, dentre elas a formação acadêmica, seguida e compartilhada pela convivência no ambiente de trabalho, motivação pela profissão e inserção cultural no tempo e no espaço⁽⁵⁾. Entretanto, a primeira e principal condição, uma formação acadêmica adequada não tem sido cumprida pelas instituições formadoras de profissionais farmacêuticos^(9,10): o ensino tem priorizado o conhecimento biomédico, sem o foco nas habilidades humanísticas e nas atitudes. Isso significa que o preparo do profissional visa tratar o corpo e a doença, mas não a pessoa⁽⁹⁾. Algumas escolas de farmácia nem sequer oferecem o conhecimento técnico necessário para cuidar dos pacientes, e muito menos desenvolvem uma educação centrada na pessoa. Os farmacêuticos não aprendem a tomar decisões sobre farmacoterapia nem a realizar anamnese ou interpretar exames clínicos^(10,11,12). Nesse contexto surgiram, a partir de 2005, os programas de residência multiprofissional em saúde, com o objetivo de formar trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS) e promover uma qualificação do trabalho neste cenário. Para tal, defendem metodologias ativas, participativas, e a educação permanente como eixo norteador do processo ensino-aprendizagem⁽¹³⁾, em consonância com as novas diretrizes curriculares para o curso de farmácia⁽¹⁴⁾. Na literatura revisada nenhum estudo abordou a experiência do profissional farmacêutico com a prática clínica no atendimento de pacientes com câncer de mama, o *setting* desse estudo. É necessário compreender a experiência desses profissionais no serviço e no manejo diário dos pacientes, bem como os fatores que dificultam o avanço da prática. Partindo dessas considerações, o estudo se orientou pela perspectiva da educação permanente em saúde, com destaque para as experiências que constituíram esse processo, e as mudanças e percepções ocorridas durante a formação para a prática clínica.

Objetivo:

O objetivo do presente estudo foi descrever a formação vivenciada por residentes farmacêuticos, no contexto da implementação e sistematização de um serviço de GTM para pacientes com câncer de mama.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais e os participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia é instituição co-participante do projeto.

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação à luz de Kurt Lewin⁽¹⁵⁾ e os princípios éticos e clínicos da Prática da Atenção Farmacêutica^(7,8).

Procedimentos metodológicos**Cenário do estudo:**

Os dados foram coletados em um grande hospital público de alta complexidade no estado de Minas (MG), Brasil. Este hospital é referência para mais de 3 milhões de pessoas de 86 municípios. É também uma referência importante para o tratamento de mulheres com câncer de mama na região.

Fonte de dados:

Participaram do estudo cinco farmacêuticos residentes do programa de residência multiprofissional, entre 2014 e 2016, e uma pesquisadora/preceptora, que foi participante ativa do processo de sistematização e implementação de um serviço de GTM para pacientes com câncer de mama. Os residentes eram procedentes de três estados do Brasil e com formação acadêmica variada – pública e privada. O critério de inclusão foi intencional, ou seja, ser farmacêutico residente, estar envolvido na implementação e sistematização do serviço de GTM no setor de oncologia como co-pesquisador e ter aceitado participar da pesquisa. Os instrumentos de coleta de dados foram: os diários de campo, documentos usados na prática clínica e entrevista semi-estruturada. Um roteiro norteou as entrevistas, com mínimas intervenções da pesquisadora. Os seguintes tópicos foram explorados: 1– Perspectivas e entendimentos sobre a prática da Atenção Farmacêutica. 2– Trajetória com o cuidado farmacêutico anterior à residência. 3– Experiências prévias que podem ter influenciado sua prática e o oferecimento do serviço de GTM. 4– Experiências e pontos de vista sobre o processo de formação em atenção farmacêutica. 5– Experiências associadas à

implementação e sistematização de um novo serviço clínico, com uma nova filosofia de prática. As entrevistas, com duração média de 40 minutos, foram gravadas em um *smartphone* e transcritas na íntegra. A pesquisadora/preceptora, esteve imersa no campo de prática clínica, ao colher dados, promover e participar da discussão de casos clínicos, além de ministrar aulas de formação teórica e teórico-prática. Todo esse processo foi registrado em diários de campo. Os residentes desenvolveram projetos individuais de pesquisa, com temas e objetivos que colaboraram no envolvimento com a prática clínica, auxiliando e promovendo também a implementação e sistematização do GTM no cenário estudado. Segundo Lewin, não basta estudar o problema, pois o mais importante é participar e conviver com todas as suas nuances; também recomenda envolver os participantes na pesquisa, como co-pesquisadores. Além das entrevistas semi-estruturadas, a pesquisadora/preceptora manteve diálogos com os residentes, aproveitando as pausas das atividades e os intervalos entre os atendimentos, registrando esses momentos nos diários de campo, o que possibilitou a triangulação dos dados. O programa de Residência Multiprofissional em Saúde _ atenção em oncologia _ é parte integrante da educação permanente e concebida como

(...) modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados (preceptoria e tutoria), em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de ensino e serviços de saúde⁽¹³⁾.

Este programa se iniciou no cenário de prática clínica em 2010. Além de pesquisadora, a primeira autora é preceptora e tutora dos residentes participantes desta pesquisa. Na condição de tutora orienta projetos de conclusão de residência. Os farmacêuticos residentes seguiram o arcabouço teórico da prática da atenção farmacêutica, desenvolvida por Cipolle, Strand e Morley (2012) e ensinado por Ramalho de Oliveira (2011), e utilizado como estrutura para interpretar os dados do processo de sistematização e consolidação do serviço de GTM, e as respostas dos participantes^(7,8). Em cada encontro com o paciente eram avaliados todos os seus problemas de saúde e os medicamentos em uso, com ênfase na indicação, efetividade, segurança e conveniência para o paciente, ou seja, o entendimento e a disposição do mesmo para utilizar o medicamento. Com base nesse raciocínio, o farmacêutico era capaz de fazer um julgamento clínico sobre a existência ou não de Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM); caso fossem identificados, procurava-se resolvê-los com o paciente e com os outros profissionais envolvidos no cuidado^(7,8). O trabalho de campo desses residentes durou em média onze meses, o equivalente a 790 horas de prática clínica em consultório, entre agosto de 2014 a dezembro de 2016. Os residentes exercitaram, concomitante com a prática clínica, três módulos de um curso de capacitação, além de atividades em sala de aula

com registros da prática reflexiva, seminários e simulação realística. A prática colaborativa envolveu outras categorias profissionais da residência multiprofissional, assim como da residência médica, enfatizando encontros diários para discussão de questões técnicas por meio de artigos científicos e discussão de casos clínicos.

Análise dos dados

Os dados foram tratados pelo *software* NVIVO 10. Assim foi feita a análise temática indutiva dos dados: (a) Familiarização com os dados brutos ao ouvir as gravações, verificar a precisão das transcrições, grifar ideias-chave e temas recorrentes; (b) elaboração das categorias analíticas, ao decompor o descrito em elementos estruturantes dos discursos; (d) interpretação dos temas atribuídos pelos participantes ⁽¹⁶⁾.

Resultados

A análise dos dados levou à identificação dos temas abaixo, que serão apresentados e discutidos a seguir: 1– Um segundo curso de Farmácia! 2– Redesenhando a prática farmacêutica: da filosofia à auto-eficácia. 3– Formação para o SUS e para a vida: o papel da Educação Permanente.

Um segundo curso de Farmácia!

Aqui, o farmacêutico residente faz uma analogia entre a residência e “um segundo curso de farmácia”. Essa fala remete aos ensinamentos recebidos na residência, que não foram vistos durante o curso de farmácia.

[...] o que aprendi foi... uma “Atenção Farmacêutica” que era uma gota dentro de um oceano de conhecimento. Não foi dada a ênfase que a Atenção Farmacêutica merece. Talvez por não saberem o que é realmente Atenção Farmacêutica! Confundem com Assistência Farmacêutica. Hoje com a metodologia do GTM... para mim foi um segundo curso de Farmácia!

Outro residente complementa:

[...] eu tive um curso de farmácia sem fôlego, estudei muito e com muito conteúdo (bioquímica, patologia, farmacologia, farmacotécnica, fisiologia e outras tantas...), no entanto, com uma aplicabilidade prática superficial.

A narrativa seguinte ilustra o significado de “ganhar clareza” sobre a responsabilidade profissional do farmacêutico no processo de cuidado e entender a dicotomia entre teoria e prática, tendo como pano de fundo o arcabouço da atenção farmacêutica:

[...] eu sei que eu tenho um déficit de farmacoterapia... entre conhecer a teoria e aplicar?! Quando comecei atender no GTM oncologia, a minha preceptora me pediu para estudar um caso que já tínhamos atendido juntas...estudei o estadiamento todinho com um tanto de dúvidas; lógico né?; isso é pra diagnóstico! Daí a minha preceptora disse: cuidado! Você não vai fazer diagnóstico da doença... o seu diagnóstico é medicamentoso!

Precisa encontrar os PRM e resolvê-los ou prevení-los; você não vai estadiar... por meio do estadiamento você vai entender se o tratamento está bem indicado. Leia no NCCN [National Comprehensive Cancer Network]; no MOC (Manual de Oncologia Clínica); no Manual da SBOC (Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica); ...xi! e nada... eu não conseguia identificar sequer, resolver os PRM da paciente. Já procurou na ASCO (Sociedade Americana de Oncologia Clínica)?... Ah! ASCO... agora sim. Confrontei no Micromedex e Uptodate ... mas ainda não... volta no MOC. Voltei no MOC para entender o tipo de câncer... era um triplo negativo! Para cada estadiamento é usado um protocolo diferente! Entendi a doença, avaliei todos os medicamentos em uso, aqueles prescritos pelo cancerologista; os não prescritos, as ervas – pacientes com câncer recebem sugestões de muitas ervas “garrafadas” e usam!, e os medicamentos prescritos para comorbidades, e verifiquei se todos estavam adequados para classificar PRM de indicação; em seguida verifiquei se os medicamentos estavam sendo efetivos; depois, a segurança. Depois juntei com as informações subjetivas da paciente... centrado nela... e ao final avaliei se a paciente está cumprindo as etapas do tratamento; está conveniente? Está com adesão? É um ciclo, que a gente não consegue fechar na primeira vez. Afinal, entendi que necessito de fisiopatologia também... quando embarço na farmacoterapia... preciso entender a doença. A minha responsabilidade é pelo o “todo”.

E um residente abordou os conceitos: clínico e cuidado. O enfoque dado ao cuidado farmacêutico, na faculdade, não deixa isso claro para o profissional. E, ‘ele’, o residente percebeu isso durante o aprendizado da prática clínica e acrescentou...

[...] quando me apresentaram a Atenção Farmacêutica ... no estágio da graduação, fiquei me questionando, isso é cuidado farmacêutico? Atenção Farmacêutica é isso? Quando pediram para eu organizar caixinhas de remédios no domicílio, eu arrumava como entendia que ficaria bom para a pessoa, mas e a pessoa? O que eu sabia dela! Nada. Não voltei para avaliar resultado... então é inútil!

As ações não estabeleciam um propósito de enfoque nos resultados, nem sequer a clareza da responsabilidade social do profissional, apesar de denominarem as atividades de Atenção Farmacêutica.

Redesenhando a prática farmacêutica: da filosofia à auto-eficácia!

Os participantes reprisaram os momentos com os pacientes; a compreensão para a Atenção Farmacêutica, e incorporaram a filosofia durante os cursos de capacitação e nas atividades práticas. O residente trabalhou de forma centrada no paciente e conseguiu estabelecer uma relação terapêutica:

[...] estabelecer uma relação terapêutica a ponto de sentir no paciente a maneira como ele encara a doença... como encara o medicamento e adaptar ao paciente... para mim foi bem diferente. Eu me adaptei... e adaptei o meu conhecimento ao paciente. Encontrar o momento certo, sem imposição, para fazer uma intervenção juntos.

Percebe-se um despertar da filosofia na prática, seguida de uma responsabilidade centrada no paciente, abrindo os horizontes para o resgate da experiência do paciente.

Outro residente relata:

[...] a relação terapêutica centrada no paciente faz com que os pacientes fiquem mais confiantes e lidem bem com a enfermidade; passam a entender o tratamento e a cumpri-lo adequadamente. Torna o ambiente hospitalar um ambiente feliz apesar de tudo! Esta cumplicidade estabelecida é um elo “chave-fechadura”...cada pessoa é única e isso é a tradução de “centrado no paciente”.

Desde o primeiro módulo de curso de capacitação foi apresentado aos residentes o texto “Escutatório”, escrito por Rubem Alves, usado no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG (CEAF/UFMG) e adaptado ao cronograma dos três módulos dos cursos de capacitação durante a implementação e sistematização do serviço de GTM. É um texto cômico, persuasivo, que estimula o leitor a prestar atenção no que as outras pessoas falam. Usá-lo no curso ajudou a treinar a escuta empática, assim:

[...] eu nunca imaginei que escutar... escutar mesmo! Não é só ouvir... fosse tão importante! Desde a leitura de “escutatório” aprendi a escutar... falar pouco...só o necessário para a pessoa se abrir; “olho no olho” e escutar! Na primeira consulta, a preceptora sugeria descruzar os braços e evitar anotações enquanto a pessoa fala: eu percebia a relação terapêutica nas atitudes, na fala e nas expressões das pacientes.

E outro residente reafirma:

[...] aprendi que escutar o outro me faz crescer profissionalmente [...] ao invés de impor o que temos como certo, podemos absorver o novo do paciente... e com esta fusão de ideias certamente tomaremos a decisão mais correta, porque estamos caminhando na trilha do paciente.

A consideração dos residentes é muito importante, “aprendi a escutar”. A “escuta” é uma habilidade desenvolvida durante a aprendizagem em serviço, porque os pacientes não falam de forma explícita sobre as suas experiências. O farmacêutico precisa garimpar informações.

No tema a seguir um residente expressa:

[...] só quem experimenta, apropria-se do conhecimento e aprende de verdade!

A competência clínica necessária ao farmacêutico foi avaliada aplicando um *checklist*. O documento considera as habilidades integradas de pensar, sentir e agir na prática, além do desenvolvimento da auto-eficácia. Esta última é vital para confirmar a mudança no comportamento dos residentes.

E outro pondera...

[...] E eu acredito que “ não há nada mais perfeito do que praticar um cuidado empoderado, confiante. Agora eu acredito que classifiquei certo o PRM; que explorei bem os conhecimentos do paciente e que tomei a melhor decisão para a situação, e no momento certo.

Os temas apresentados mostram que os participantes tomaram consciência das transformações relacionadas a eles e aos pacientes, “redesenhando a prática farmacêutica”.

Formação para o SUS e para a vida: o papel da Educação Permanente

Percebe-se que os profissionais, dentro do programa de residência multiprofissional em saúde, programa de atenção em oncologia, ainda são formados com o modelo tradicional e/ou muito incipiente às possibilidades do cuidado clínico.

[...] eu não esperava encontrar na residência esse tipo de formação. A formação clínica aqui da nossa residência precisa ser divulgada para outros programas. Provamos que é possível implantar serviços de GTM com residentes.

O conhecimento produzido pelos estudos educacionais favorece o redirecionamento da experiência; durante o processo da pesquisa-ação, os participantes tomaram consciência das transformações, em si mesmos e no processo.

[...] O farmacêutico não transforma só o serviço oferecido... ele sofre uma mudança para melhor... como ser humano, sabe?

A residência é uma modalidade de educação permanente que deve ser mantida em função do tempo de total imersão no campo de prática, com possibilidades de manter o residente como profissional do serviço de saúde contratando-o ou dando oportunidades à execução de concursos.

Discussão

Os resultados deste estudo mostraram que os residentes farmacêuticos, embora lhes tenha sido apresentado o termo “Atenção Farmacêutica” dentro da Assistência Farmacêutica, no curso de graduação em farmácia, não tiveram a oportunidade de compreender uma filosofia profissional ou de vivenciar os seus conceitos. Além disso relatam ter recebido um vasto conteúdo teórico mas incapaz de ser aplicado no mundo real, promovendo uma dicotomia entre teoria e prática⁽¹⁷⁾. Segundo os depoentes, a maioria dos docentes de hoje nunca tenha vivenciado as atividades clínicas⁽¹⁸⁾. Segundo Ramalho de Oliveira (2011), um educador deve servir de modelo, demonstrando na prática as mesmas atitudes e comportamentos esperados do profissional⁽⁸⁾. O entendimento do termo ‘cuidado’ e ‘clínico’ mencionado pelo participante, como pouco ensinado no curso de farmácia, é também pouco discutido na literatura. É uma lacuna conceitual com implicações na atuação dos profissionais

de saúde. Inicia-se pela abordagem dos termos ‘clínico’ ou ‘clínica’. Em geral ‘clínica’ tem tido o sinônimo de doença^(19,20) e não tem foco na pessoa doente. É um modelo pautado no referencial biomédico, quando as respostas que determinam o processo de adoecimento já estão dadas e definidas por um conjunto de saberes dos quais o sujeito adoecido não fez parte da construção; muitas vezes, nem os profissionais atuantes na clínica o fizeram: executam o processo de forma mecânica e automática⁽²⁰⁾. Quando é reportada à sua origem etimológica, a clínica vem do grego *kliniko*, e se concerne à palavra *leito*; *kline*, se refere ao repouso; e de *klino*, que é relativo a inclinar, dobrar. Neste sentido, a clínica tem a função de acolher e assistir⁽²⁰⁾, o que implica uma abordagem de prática centrada no paciente, no conhecimento do paciente em relação aos seus medicamentos, envolvendo-o no contexto de tomada de decisão^(7,8). Por outro lado, na atividade do *cuidado* os principais beneficiários das ações do profissional, seja farmacêutico ou outro, são as pessoas, que devem ser vistas como indivíduos com conhecimento, experiência e princípios. O paciente tomará as decisões finais acerca da sua terapia medicamentosa, pois vivenciará as consequências do processo. Tanto o profissional quanto o paciente são especialistas em seu próprio campo: o primeiro nos assuntos clínicos e no conhecimento técnico e o segundo em sua experiência, sentimentos, medos, esperanças e desejos. Cuidar, nesse contexto, requer que ambas as partes reconheçam e respeitem a área de habilidades do outro⁽¹²⁾. Os participantes demonstraram em suas falas, pontos-chaves da Filosofia da Prática: construção da relação terapêutica, estar centrado no paciente e valorização da sua experiência^(7,8). E ainda o processo de escuta, cuja habilidade é requerida na relação terapêutica com o paciente. Comunicar-se não é só falar... escutar também é uma etapa da comunicação⁽²¹⁾. A habilidade de “escuta” propicia entendimento das experiências subjetivas com medicamentos experienciados pelos pacientes e o modo como estas pessoas decidem sobre os seus medicamentos; fatores que auxiliam o farmacêutico na tomada de decisão^(21,22).

A Teoria Experimental de Aprendizagem (ELT) desenvolvida por Kolb, inspirada particularmente a partir do modelo de Kurt Lewin⁽²³⁾, sugere ao praticante desenvolver as atividades e elaborar conclusões que levem a novas percepções e entendimentos, o que, por sua vez, proporciona novas oportunidades para reflexão. É uma teoria que envolve refletir sobre as experiências para apoiar o processo de aprendizagem ao longo da vida. Neste processo, as conexões são extraídas do conhecimento teórico adicionado à experiência em serviço. Isso faz com que o interesse na execução da tarefa aumente, visto que a educação é enfatizada enquanto uma reconstrução contínua das experiências da prática. Portanto, a

aprendizagem experiencial desempenhou neste estudo um papel crucial na educação permanente, uma vez que permitiu que os farmacêuticos residentes experimentassem a prática no mundo real. Portanto, residentes, estudantes e profissionais de farmácia que desenvolverem suas habilidades usando práticas de aprendizagem reflexiva serão capazes de refletir sobre as razões pelas quais uma tarefa específica poderia ter sido realizada de forma diferente; analisar criticamente e desenvolver estratégias para melhorar as experiências e resultados futuros^(24,25). Os resultados da reflexão podem incluir uma nova maneira de fazer algo, esclarecer uma questão, o desenvolvimento de uma habilidade e até a tomada de decisão.

Embora, desde 2002, as diretrizes curriculares da profissão farmacêutica destaquem a importância da formação para a complexidade do trabalho em saúde⁽¹¹⁾, na prática esta formação está muito incipiente. As novas diretrizes curriculares, aprovadas em outubro de 2017, preveem o direcionamento para a formação de um profissional majoritariamente voltado ao cuidado, o que pode ser uma alternativa para minimizar o descompasso experimentado pelos residentes⁽¹⁴⁾.

“Eu me adaptei e adaptei o meu conhecimento no paciente” foi um discurso em que o residente demonstra um deslocamento do papel centrado no conhecimento profissional com uma postura de vigilância sobre o paciente inculcadas pelo modelo tradicional de ensino na área da saúde para o foco centrado no paciente. O residente liberta-se de sua “atitude natural”, cuja definição retrata um profissional com foco na farmacologia⁽⁸⁾.

Neste estudo, a residência mostrou-se um percurso formativo de destaque na educação permanente para área de saúde; além de proposta inovadora na área de atenção em oncologia, articulou elementos que demarcaram o espaço do farmacêutico na atuação multiprofissional^(13,26) e sobressaiu-se ao modelo de formação tradicional. Os processos de trabalho e o território de prática foram espaços de aprendizagem, favoráveis a diluir a dicotomia⁽¹⁷⁾ entre teoria e prática, dentro dos princípios do SUS.

O impacto dos serviços prestados por residentes, preceptores e tutores é um produto da parceria entre a universidade e o serviço de saúde. Esse conhecimento pode ser benéfico não só para a gestão do serviço clínico-farmacêutico, mas também para ajudar a promover o diálogo e as negociações com gerentes e usuários, com vistas a expandir o serviço⁽²⁷⁾. Além disso observa o alcance das habilidades integradas de pensar, sentir e agir na prática, além do desenvolvimento da auto-eficácia^(7,8,23-25,28,29). O tema "Redesenhando a prática farmacêutica: da filosofia à auto-eficácia!", sugeriu que o profissional estava superando sua insegurança;

além de utilizar o seu conhecimento ou habilidades para melhorar os resultados dos pacientes com o tratamento oncológico⁽²⁸⁾. A autoeficácia significa uma confiança incorporada no profissional associada a uma forte motivação quando se está realizando tarefas^(28,29).

Como um farmacêutico residente mencionou:

"...não há nada mais perfeito do que praticar um cuidado empoderado, confiante. Agora eu acredito que classifiquei certo o PRM; que explorei bem os conhecimentos do paciente e que tomei a melhor decisão para a situação, e no momento certo".

Considerações finais

Nesse estudo foi possível demonstrar que a Atenção Farmacêutica operacionalizada pelo serviço de GTM é uma opção eficaz na formação de farmacêuticos clínicos durante a aprendizagem em serviço nos programas de residência multiprofissional. Além disso, os programas de educação permanente no formato de Residência Multiprofissional, no contexto da saúde, propiciam a construção de coletivos fortalecidos, pois fomentam aprendizagens significativas e ampliam a possibilidade de implementação das mudanças almejadas nas ações de educação em serviço. Considerando estas aprendizagens como motivo para mudança, a aposta é que, como facilitadores, sigamos investindo nessa lógica que ativa os processos e desperta o protagonismo dos seus pares em direção à renovação e à recriação do trabalho clínico do farmacêutico, com o oferecimento dos serviços de GTM.

Limitações do estudo: Este estudo enfrentou vários desafios durante a implementação do serviço de GTM e dentre estes: o envolvimento colaborativo e interdisciplinar com pessoas oriundas de uma prática cartesiana.

Contribuições para a residência multiprofissional, saúde e políticas públicas:

Os serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) tem possibilitado resultados clínicos e humanísticos satisfatórios para a recuperação dos pacientes. Para tanto, necessita desenvolver competências essenciais para atuar no Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM); dessa forma, considera-se relevante conhecer a opinião dos residentes farmacêuticos e suas experiências vivenciadas durante o processo de implementação de um serviço dessa natureza para continuar na preparação de outros residentes multiprofissionais. A interação do farmacêutico clínico com outros profissionais tem-se mostrado inovadora; logo, a residência multiprofissional apresenta potencial suficiente para romper com os paradigmas existentes em relação à formação de profissionais para o SUS

e contribui para a qualificação do cuidado que os serviços necessitam ofertar às suas comunidades, com resolubilidade e integralidade.

Referências:

1. Hassali MA, Ahmadi K, Yong GC. A need to rethink and mold consensus regarding pharmacy education in developing countries. *Am J Pharm Educ.* 2013; 77 (6): Art 112. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748293>
2. Freitas G, Balbinotto G, Hughes D, Heineck I. The Cost Of Drug-Related Morbidity That Lead To Emergency Visits In A Brazilian Hospital. *Value Heal.* 2015;18(3):A16–7. www.valueinhealthjournal.com/article/S1098...8/pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 874, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html .
4. Mendonça SAM, Freitas ELd, Ramalho de Oliveira D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. *PLoS ONE* 2017; 12(9): e0185415. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28950021>
5. Mesquita AR, Souza WM, Boaventura TC, Barros IMC, Antonioli AR, Silva WB, et al. The Effect of Active Learning Methodologies on the Teaching of Pharmaceutical Care in a Brazilian Pharmacy Faculty. *PLoS ONE.* 2015; 10(5):e0123141. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25969991>
6. Mendonça SAM, Melo AC, Pereira GCC et al. Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences,* 2016; 52(3):1-10. www.scielo.br/bjps
7. Cipolle RJ, Strand LM, Morley, PC. *Pharmaceutical care practice: the patient entered approach to medication management.* 3. ed. New York: MacGraw-Hill, 2012.
8. Ramalho de Oliveira, D. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa.* São Paulo: RCN, 2011.
9. Monteguti BR, Diehl EE. O Ensino de Farmácia no Sul do Brasil: preparando farmacêuticos para o Sistema Único de Saúde? *Trab Ed e Saúde.* 2016; 14: 77-95, 2016. www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000100077&script=sci...tIngl...
10. Silva DAM, Mendonça SAM, O'Dougherty M et al. Autoethnography as an instrument for Professional (Trans) formation in Pharmaceutical Care Practice. 2017; 22(11):2926-2942.

- 19.** Barbiani R, Dalla-Nora CR, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2721. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf
- 20.** Aued GK, et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 jan-fev; 69(1):142-9. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0142.pdf>
- 21.** D'Andréa RD, Da Silva GP, Marques, LAM, Rascado RR. A Importância da relação farmacêutico-paciente: percepções dos idosos integrantes da UNATI(Universidade Aberta à Terceira Idade) sobre a atuação do farmacêutico. *Revista Eletrônica de Farmácia*. 2012; IX (2): 49 - 60. <https://revistas.ufg.br/REF/article/viewFile/16198/11194>
- 22.** Oliveira IV, Freitas EL, Detoni KB, Ramalho de Oliveira D. Use of the patient's medication experience in pharmacists' decision making process. *Int J Pharm*. 2017; 7(1):1-8. https://www.researchgate.net/.../312176279_USE_OF_THE_PATIENT'S_MEDICATIO
- 23.** Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. 2nd ed. New Jersey: Pearson Education Inc. 2015.
- 24.** Mendonça et al. Pharmacy practices experiential programs in the context of clinical education. *Int J Pharm Pharm Sci*. 2017; 9(2):35-41. <https://innovareacademics.in/journals/index.php/ijpps/.../9612>
- 25.** Mendonça SAM, Freitas EL, Ramalho de Oliveira D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning Project. *PLoS ONE*. 2017;12(9): e0185415. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28950021>
- 26.** Ferla AA, Rocha CMF, Fajardo AP et al. (org). *Residência em Saúde e o aprender no trabalho: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes*. 1^a. Edição. Porto Alegre: Rede Unida/RS, 2017. 2576 p. www.redeunida.org.br:8080/redeunida/...saude/residencias-em-saude-e-o-aprender-no-tr...
- 27.** Oliveira GC, Alves MR, Ramalho de Oliveira D. Action Research as tool for transformation of the pharmacists praxis in primary care. *Int J Pharm Pharm Sci*. 2017; 9(3): 180-5. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/16486-81073-3-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/16486-81073-3-PB%20(2).pdf)
- 28.** Dahl JR, Hall AM. A scale to measure pharmacy students' self - efficacy in performing medication therapy management services. *Am J Pharm Educ*. 2013;77(9):Article 191. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831402>

29. Sorensen TD, Pestka D, Sorge LA, Wallace ML, Schommer J. A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems. *Am J Health Syst Pharm* 2016; 73(5):307-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26896503>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo — resultado de uma pesquisa-ação — atendeu às prerrogativas do referencial de Kurt Lewin ao integrar pesquisador e participantes no comprometimento com a transformação de uma prática e emancipação dos envolvidos. Foi uma pesquisa que estranhou, instigou, induziu, motivou e potencializou mecanismos cognitivos e afetivos, na direção da autonomia e do aprendizado. O problema inicial dessa pesquisa era sistematizar a prática clínica farmacêutica oferecida a pacientes com câncer de mama. No entanto, em seu desenrolar identificou-se a necessidade de implementar um serviço clínico como o GTM amparado por uma filosofia de prática e um processo de cuidado sistematizado; sobretudo, envolver os participantes no processo, direcionando-os na aprendizagem em serviço.

Nesse contexto, foi realizada uma pesquisa-ação para construir saberes profissionais dos farmacêuticos participantes. A pesquisa instigou transformação da prática pela produção de conhecimentos sobre o cuidado realizado pelo farmacêutico. Somaram-se a esses saberes aqueles relativos ao câncer de mama e a outras doenças crônicas. A pesquisa motivou reflexões profundas acerca do papel social do profissional. O processo de pesquisa trouxe mudanças ao desenvolvimento pessoal e profissional de todos os envolvidos, em especial desta que escreve.

O fomento dessa mudança deve-se aos ciclos reflexivos que aconteceram durante os ciclos de capacitação. Os participantes, por meio de seus discursos, enfatizaram o compromisso e a responsabilidade pelas ações implementadas, além de se perceberem mais autoconfiantes. Apontaram a importância da reflexão constante nas atividades executadas com os pacientes e equipe. Houve despertar de habilidades inerentes às atividades coletivas, tais como os exercícios da escuta e de diálogo.

Trabalhar a complexidade do processo formativo possibilitou aos envolvidos realizar ações criativas que evoluíram de acordo com a imprevisibilidade do contexto. A trajetória metodológica ofereceu aos pesquisadores espaço para o novo e o que não era previsto. Conhecimentos novos emergiram, assim como emergiu uma inteligibilidade maior dos processos. Os farmacêuticos se capacitaram para o GTM. Além de aprenderem a dialogar com a própria prática, aprenderam dialogar com a prática exercida por colegas. Nesse diálogo, foi construído um olhar crítico e reflexivo sobre elas, pois aprenderam, também, a dialogar com o contexto e os condicionantes da profissão. Tornaram-se copesquisadores; e cada um escreveu um projeto relacionado com o serviço de GTM, executando e apresentando os resultados

como trabalho de conclusão de residência. Entenderam que a Atenção Farmacêutica, operacionalizada pelo GTM, é uma espiral cíclica, essência da pesquisa-ação e requer uma reflexão permanente sobre a ação em um processo coletivo e interdisciplinar.

A pesquisa trouxe a clareza de se fazer diagnóstico do cenário de prática como alternativa ao “achismo” e a generalizações grosseiras. Isso parte do pressuposto de que o ritmo de transformação do mundo é constante e exige tanto a aquisição de novas habilidades quanto mais ações. Por causa disso, incorporar o diagnóstico contínuo dos processos deve se tornar estilo de vida. Trata-se da habilidade mais importante desenvolvida junto aos integrantes da pesquisa, pois aprenderam com seus problemas interpessoais, organizacionais e de grupo.

Pesquisar possibilitou um engajamento entre farmacêutica-pesquisadora e farmacêuticos-residentes, numa ação mútua de aprender-ensinar; de estranhar-compreender. Desenvolveu-se a autonomia e a responsabilidade. Isso se tornou possível a um profissional que se sentia ator de sua história, sujeito empoderado em pleno exercício criativo e transformador da prática profissional. Só pode ser exercido por pessoas que têm o sentimento de controle de suas decisões; sentem-se capazes de se relacionar com propriedade e conhecimento de suas atribuições; colocam todo o seu conhecimento em benefício do outro, cooperando e compartilhando saberes; enfim, que são autoeficazes, comprometidas, engajadas e éticas no compromisso social.

A condição de tutora e preceptora permitiu olhar com abrangência para o desenvolvimento dos estudantes no contato com pacientes e profissionais de saúde, inseridos na realidade do sistema de saúde. Foi gratificante porque o estudante progrediu e desenvolveu autonomia; ficou pronto para abraçar todo e qualquer trabalho, para se envolver com a prática clínica oncológica e de pesquisa. Comprometeram-se com as necessidades da sociedade.

Realizar a pesquisa-ação exigiu, ao mesmo tempo, muita ação e muita reflexão sobre minha prática assistencial e meu relacionamento com farmacêuticos colegas do serviço e com residentes. Isso foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho, tem sido essencial em minha vida profissional e vai sê-lo durante toda ela. Espero que os leitores possam usufruir dos ensinamentos proporcionados com esta tese.

REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Rockville: [s. n.], 2013.
- ALMEIDA, J. M. T. Reflexões sobre a prática da clínica em Gestalterapia: possibilidades de acesso à experiência do cliente. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. XVI, n. 2, p 217–21, jul./dez. 2010.
- ALMEIDA, R. B.; MENDES, D. H. C.; DALPIZZOL, P. A. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma farmácia clínica. **Ver Cienc Farm Básica Apl**, v. 35, n. 3, p. 347–54, 2014.
- ANGONESI, D.; SEVALHO G. Atenção farmacêutica: fundamentação teórica conceitual e crítica pra um modelo brasileiro. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 3, p. 3.603–14, 2010.
- ARAÚJO, S.Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 4, p. 1181-1191, 2017.
- BALDUCCI, L.; GOETZ-PARTEN, D.; STEINMAN, M. A. Polypharmacy and the management of the older cancer patient. **Ann Oncol**, Oct., v. 24, Suppl. 7, p. vii36–vii40, 2013.
- BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 598–606, 2010.
- BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. 2. ed. Brasília: Plano, 2003.
- BARBIER, René. **A pesquisa-ação**. Brasília: Liber, 2007, p. 3–36 (série “Pesquisa”, v. 3).
- BARGAL, D. Personal and intellectual influences leading to Lewin’s paradigm of action research. **ActionResearch**, v. 4, n. 4, p. 367–88, 2006.
- BASTOS, C.R.G.; CAETANO R. As percepções dos farmacêuticos sobre o seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. **CienSaudeColet**, v. 15, n.3, p.3.541-550, 2010.
- BÍBLIA Ave Maria. **Eclesiástico**, capítulo 38. Disponível em: <<https://www.bibliacatolica.com.br/biblia-ave-maria/elesiastico/38/>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 de novembro de 1998, “Seção 1”.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004; Seção I nº 96.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de 2004 Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (SINITOX). Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento, Brasil. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011–2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 874**, de 16 de maio de 2013a. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. CFF. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 set. 2013b, “Seção 1”.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>. Acesso em: 16 dez. 2016.

BRASIL. **Resolução CNS 6**, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=4674&titulo=Publicadas+as+novas+DCNs+do+Curso+de+Gradua%C3%A7%C3%A3o+em+Farm%C3%A1cia>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

- BRAZ, D. S. A. **Compreendendo e transformando a prática docente**: um estudo a partir da autoscopia. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) — Universidade Católica de Santos, Santos.
- BRODIE, D. C.; PARISH, P. A.; POSTON, J. W. Societal needs for drugs and drug related services. **Aml I pharmacEduc**, v. 44, p. 276–8, 1980.
- BURSTEIN, H. J.; LACHETTI, C.; ANDERSON, H. Adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor–positive breast cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update on Ovarian Suppression. **J Clin Oncol**, may, v. 34, n. 14, p. 1.689–701, 2016.
- CAMARGO JÚNIOR, K. R. A construção das doenças na medicina ocidental contemporânea. **Revista da SBHC**, n. 9, p. 31–40, 1993.
- CANCHERINI, Â. **A socialização do professor iniciante**: um difícil começo. 2009. 212 f. Dissertação (Mestrado em Educação e Formação) — Universidade Católica de Santos, Santos.
- CANO, F. G., ROZENFELD, S. Adverse drug in hospitals: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio do Janeiro, v. 25, supl. 31, S360–S372, 2009.
- CHABNER, B. A.; LONGO, D. L. **Manual de oncologia de Harrison**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice**. New York: McGraw–Hill, 1998.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw Hill, 2000.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: the clinician’s Guide**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 2004
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: the patient centered approach to medication management**. 3. ed. New York: MacGraw-Hill, 2012.
- CONTRERAS, J. D. La investigación en la acción. **Cuadernos de Pedagogia**, Barcelona, p. 7–19, 1994.
- CORPA, E. A.; GARCIA, J. C.; HITO, P. D. Avaliação da efetividade da aplicação de evidências por meio de pesquisa-ação-participante em uma unidade de enfermagem hematológica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, jan.–fev. 2012.
- DAVIES, C.; PAN, H.; GODWIN, J. Long–term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of estrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised Trial. **Lancet**, v. 381, n. 9.869, p. 805–16, 2013.

- DETONI, K. B.; OLIVEIRA, I. V.; NASCIMENTO, M. M. G. Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Int J Clin Pharm**, v. 39, p.95–103, 2017.
- DIAS, J. P. **A farmácia e a história**: uma introdução à história da farmácia, da farmacologia e da Terapêutica. Lisboa: Faculdade de Farmácia de Lisboa, 2005.
- DUARTE R. Entrevistas em Pesquisa Qualitativas. **Educar**, Curitiba: ed. UFPR, n. 24, p. 213–25, 2004.
- ERNST, F. R.; GRIZZLE, A. J. Drug Related Morbidity and Mortality: Updating the Cost of Illness Model. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 41, n. 2, p. 1–10, 2001.
- FARIA, N. J. Gestalt-terapia, subjetividade e cultura — aproximações à luz da hermenêutica de Paul Ricoeur. 8/9 In: **GESTALT-TERAPIA e contemporaneidade — contribuições para uma construção epistemológica da teoria e da prática gestáltica**. Campinas: Livro Pleno, 2005, p. 57–81.
- FRANCO, M. A. S. The pedagogy of action research. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 483–502, set./dez. 2005.
- FRANCO, M. A. S. Pesquisa-ação: a produção partilhada de conhecimento. **Cient., Ciênc. Human. Educ.**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 5–14, jun. 2010.
- FRANCO, M. A. S. Pesquisa pedagógica: práticas de empoderamento e participação. **ETD-Educação Temática Digital**, v. 18, n. 2, p. 511–530, abr./jun. 2016.
- FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**: Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p.139–52, 2004.
- FREITAS, G.; BALBINOTTO, G.; HUGHES, D.; HEINECK, I. The cost of drug-related morbidity that lead to emergency visits in a Brazilian hospital. **Value Heal**, v.18, n. 3, p. A16–7, 2015.
- FUNCHAL-WITZEL, Maria Denise Ricetto et al. Brazilian scientific production on pharmaceutical care from 1990 to 2009. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 409–20, jun. 2011.
- GONÇALVES, L. L. C.; TRAVASSOS, E. L.; ALMEIDA, A. M. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 354–400, 2014.
- GOSS, P. E.; INGLE, J. N.; PRITCHAR, K. I. Extending Aromatase inhibitor Adjuvant Therapy to 10 Years. **N Engl J Med**, v. 375, n. 3, p. 209–19, 2016.

- HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533–43, mar. 1990.
- ISETTS, B.; SCHONDELMEYER, S.; ARTZ, M. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. **J Am Pharm Assoc**, v. 48, n. 2, p. 203–14, 2008.
- JOHNSON, J. A; BOOTMAN L. J. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. **Am J Health Syst Pharm**, v. 54, n. 5, p. 5554–8, 1997.
- LEAL, J. H. S.; CUBERO, D.; DEL GIGLIO, A. Hormonioterapia paliativa em câncer de mama: aspectos práticos e revisão da literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 4, p. 338–43, 2010.
- LEWIN, K. Action Research and minority problems. **Journal of Social Issues**, v. 2, p. 34–46, 1946.
- LEWIN, K. **Teoria de campo em ciência social**. São Paulo: Pioneira, 1965.
- LEWIN, K. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix, 1978.
- LIEKWEG, A.; WESTFELD, M.; BRAUN, M. Pharmaceutical care for patients with breast and ovarian cancer. **Support Care Cancer**, v. 20, n. 11, p. 2.669–677, 2012.
- LIN, Y. Y. Evolution of Pharm D Education and Patient Service in the USA. **J Exp Clin Med**, v. 4, n. 4, p. 227–30, 2012.
- MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**: atualidade das descobertas de Kurt Lewin; atualidade das descobertas de Kurt Lewin. Petrópolis: Vozes, 2013.
- MALLMANN, E. M. Pesquisa-ação educacional: preocupação temática, análise e interpretação crítico-reflexiva. **Cadernos de Pesquisa**, v.45, n. 155, p. 76–98, jan./mar. 2015.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v. 14, n. 34, p. 593–606, 2010.
- MALTA, D. C.; MOURA, L.; PRADO, R. R.; ESCALANTE, J. C.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599–608, 2014.
- MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 4, p. 393–406, 2005.

MENDONÇA, S. A. M.; PEREIRA, G. C. C.; SANTOS, D. M. S. S. et al. Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care. **Braz J Pharm Sci** [online], v. 52, n.3, p. 365–73, jul./set. 2016.

MESQUITA, A. R. **O uso de metodologias ativas no ensino da Atenção Farmacêutica**. 2015. 275 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) — Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621–6, mar. 2012.

MMA. Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003. **Pub. L.**, n. 108–173, 117 Stat. 2066 (January 7, 2003).

MONTEIRO, S. B et al. Considerações críticas sobre a concepção de pesquisa-ação. In: KINCHELOE, Joe, 2000. Disponível em: <<http://23reuniao.anped.org.br/textos/0406p.PDF>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MOON, Z. et al. Barriers and facilitators of adjuvant hormone therapy adherence and persistence in women with breast cancer: a systematic review. **Patient Preference and Adherence**, v. 11, p.305–22, 2017.

MOTTA, K. A. M. B.; MUNARI, C. B.; NUNES, F. C. O processo de capacitação de enfermeiros gerentes mediado pela pesquisa-ação. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 4, p. 629–38, out./dez. 2010.

NASCIMENTO, M. M. G. **Estudo Epidemiológico de Base Populacional sobre o Uso de Medicamentos Potencialmente Inadequados Entre Idosos**. 2016. 49 f. Tese (Doutorado em Ciências) — Instituto René Rachou, Belo Horizonte.

NEVES V. F. A. Pesquisa-ação e Etnografia: Caminhos Cruzados. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006.

NOGUES, X. et al. Vitamin D deficiency and bone mineral density in postmenopausal women receiving aromatase inhibitors for early breast cancer. **Maturitas**, v. 66, n. 3, p. 291–97, 2010.

NUGUS, P.; GREENFIELD, D.; TRAVAGLIA, J. The politics of action research: “if you don’t like the way things are going, get off the bus”. **Soc Sci Med**, v. 75, n. 11, p. 1.946–53, 2012.

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

- PERETTA, M. D.; CICCIA, G. **Reengenharia farmacêutica: guia para implementar a Atenção Farmacêutica**: Brasília: Ethosfarma, 2000.
- PERINI, E.; ACURCIO, F. A. Farmacoepidemiologia. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.
- PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1.297–314, 2011.
- PONTES, R. A. F. **A construção da autoria pedagógica na formação de educadores**. 2007. Dissertação (mestrado em Educação) — Universidade Católica de Santos, Santos.
- QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicação na área de saúde. **Rev Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 276–83, 2007.
- RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Experiência subjetiva com o uso de medicamentos (themedicationexperience): um conceito fundamental para o profissional da atenção farmacêutica. **Racine**, v. 113, p. 90–6, 2009.
- RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. R.; MILLER, D. B. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v. 16, p. 185–95, 2010.
- RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: RCN, 2011.
- RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Atenção farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: ACÚRCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia**. Belo Horizonte. Coopmed, 2013.
- ROSENTHAL, M.; AUSTIN, Z.; TSUYUKI, R. T. Are Pharmacists the Ultimate Barrier to Pharmacy Practice Change? **Can Pharm J**, v. 143, n. 1, p. 37–42, 2010.
- SANTOS, D. B.; COELHO, H. L. L. Reações adversas a medicamentos em pediatria: uma revisão sistemática de estudos prospectivos. **Rev Bras SaúdeMatern Infant.**, v. 4, n. 4, p. 341–9, 2004.
- SATURNINO, L. T. M. et al. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Rev. Bras. Farm.**, v. 93, n. 1, p. 10–16, 2012.
- SHOEMAKER, S. J.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. The meaning of medications for patients: The medication experience. **Pharmacy World & Science**, v. 30, p. 86–91, 2008.

SORENSEN, Todd D. et al. A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 73, n. 5, p. 307–314, 2016.

SOUZA, T. T. et al. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 4, p. 519–32, 2014.

STRAND, L.; CIPOLLE, R.; MORLEY, P.; FRAKES, M. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. **Curr Pharm Design**, v. 10, n. 31, p. 3.987–4001, 2004.

SULLIVAN, R.; PRAMESH, C. R.; BOOTH, C. M. Look beyond technology in cancer care. **Nature**, v. 549, p. 325–328, 2017.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo: USP, n. 3, set./dez. 2005.

WIEDENMAYER, K. et al. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. **Handbook** — 2006 edition. World Health Organization and International Pharmaceutical Federation, 2006.

WONG, S.-F.; BOUNTHA, V. M.; NGUYEN, C. P.; CHEN, T. Outcome assessments and cost avoidance of an oral chemotherapy management clinic. **J Natl Compr Canc Netw**, v. 14, p. 279–85, 2016.

ANEXO 1. Parecer consubstanciado do Conselho de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Djenane Ramalho de Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25780314.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 664.354

Data da Relatoria: 28/05/2014

Apresentação do Projeto:

O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é um serviço clínico embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica que auxilia pessoas que utilizam medicamentos a atingir os objetivos de seus tratamentos. O profissional do serviço de GTM trabalha identificando, resolvendo e prevenindo problemas relacionados à indicação, efetividade, segurança e/ou adesão à farmacoterapia.

Este estudo tem como objetivo avaliar resultados clínicos e econômicos e compreender aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de GTM implantados em diferentes cenários de atenção à saúde no SUS. Atualmente os serviços de saúde que estão sendo beneficiados com a implantação de serviços de GTM pelo CEA/UFMG são: unidades de Atenção Primária à Saúde das Prefeituras de Lagoa Santa e de Belo Horizonte, ambulatórios de Endocrinologia e de Hepatites Virais do Hospital das Clínicas da UFMG, ambulatório de Oncologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Serão realizadas avaliações de resultados clínicos e econômicos, além de pesquisas para compreensão de aspectos humanísticos, culturais e educacionais dos serviços de GTM implantados. Para a avaliação de resultados clínicos e econômicos, será utilizada a metodologia quantitativa por meio de estudo observacional longitudinal descritivo, com coleta de dados em prontuários. Propõe-se o desenvolvimento de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 664.354

software para registro da prática que subsidie a continuidade dessas avaliações no cotidiano dos serviços de saúde. Para a compreensão de aspectos humanísticos, culturais e educacionais, será utilizada a metodologia qualitativa. Os dados serão obtidos por meio de observação participante, descrições e reflexões em diário de campo, entrevistas individuais e grupos focais com usuários, estudantes, docentes e profissionais da equipe multiprofissional e gestores envolvidos com o oferecimento do serviço de GTM. O foco do processo de coleta de dados será: - com os usuários: a compreensão da experiência subjetiva com a doença, com o uso de medicamentos, com o serviço de GTM, e da qualidade de vida e sua relação com o recebimento do serviço de GTM; - com estudantes, docentes, profissionais de saúde e gestores: a compreensão dos aspectos humanísticos e culturais envolvidos na construção e sistematização coletiva do serviço de GTM em ambiente multiprofissional; - com estudantes e docentes envolvidos: a compreensão dos aspectos culturais e educacionais envolvidos na formação em atenção farmacêutica de forma integrada à equipe multidisciplinar. Ainda, o presente estudo pretende viabilizar a institucionalização dos serviços de GTM implantados, tornando-se referência para a prática, o ensino e a pesquisa em GTM no Brasil. Serão incluídos na avaliação dos resultados clínicos e econômicos todos os pacientes atendidos nos serviços de GTM e que consentirem em participar; serão incluídos na avaliação da compreensão de aspectos humanísticos, culturais e educacionais os indivíduos que possuam experiências com os fenômenos a serem estudados e que concordem em participar. A amostra será composta por 900 pacientes e 100 estudantes, docentes e profissionais de saúde. Terá um custo de \$25.502,86 reais e os pesquisadores encaminharão o projeto a agências de fomento à pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Avaliar resultados clínicos e econômicos e compreender aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de GTM implantados em diferentes cenários de atenção à saúde no SUS. Objetivos secundários:

Objetivo Secundário:

1. Avaliar os resultados clínicos e econômicos promovidos/obtidos pelos serviços de GTM; 2. Compreender aspectos humanísticos, culturais e educacionais relacionados à implantação, consolidação e oferta e formação para serviços de GTM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 664.354

De acordo com os pesquisadores: um dos possíveis riscos do estudo é a identificação dos participantes da pesquisa, mas garantem que esse risco será minimizado porque as consultas às documentações serão realizadas de forma a preservar o sigilo e a confidencialidade dos dados dos pacientes. Nas entrevistas, os participantes terão nomes fictícios para preservar sua identidade[^]. Benefícios:

Os resultados obtidos poderão melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários do serviço de GTM atendidos nos cenários em estudo, contribuindo para o alcance dos objetivos terapêuticos dos pacientes e melhora de sua experiência subjetiva. Também, irá auxiliar na implantação desse serviço em outros cenários e contribuirá para o processo de formação de profissionais de farmacêuticos para essa prática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo tem relevância científica e permitirá melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários do serviço de GTM, auxiliará na implantação desse tipo de serviço em outros cenários e contribuirá para o processo de formação de profissionais de farmacêuticos para essa prática. Entretanto merece alguns comentários:

TCLE:

Há 2 TCLE endereçados ao paciente e um TCLE para os estudantes, docentes e profissionais de saúde. Um para o consentimento para o estudo qualitativo e outro para o consentimento para o estudo quantitativo. Considero desnecessário 2 TCLE diferentes para os pacientes.

Não há relato sobre ônus ou bônus em nenhum dos TCLE.

Não esclarece quais procedimentos serão aplicados aos participantes no TCLE para o consentimento do estudo quantitativo.

Existe um espaço no final do TCLE para impressão dactiloscópica. Considero desnecessário.

RISCOS:

Não há relato de riscos de desconforto e constrangimento durante as entrevistas, grupos focais ou da elaboração de diário de campo no projeto, tampouco no TCLE.

MÉTODOS:

Não está definida a faixa etária dos pacientes, estudantes, docentes e profissionais de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto adequada

Parecer da Câmara Departamental i Departamento de Farmácia Social - Faculdade de Farmácia i

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 664.354

UFMG i

adequado

TCLE inadequado

Carta de anuência da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa i Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária, assinada pelo Secretário Municipal de Saúde de Lagoa Santa. Este responsável declara conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras de acordo com a Resolução 196/96, entretanto, deve ser citada a nova Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Carta de anuência da Liga Estudantil de Diabetes do Serviço de Endocrinologia e Metabologia da Faculdade de Medicina da UFMG, assinada pelo Professor Rodrigo Bastos Fóscolo. Este responsável declara conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras de acordo com a Resolução 196/96, entretanto, deve ser citada a nova Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Carta de anuência do Ambulatório de Oncologia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, assinada pelo Diretor Acadêmico do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Este responsável declara conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras de acordo com a Resolução 196/96, entretanto, deve ser citada a nova Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Carta de anuência do Ambulatório de Hepatites do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFMG, assinada pela Professora Rosângela Teixeira. Este responsável declara conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras de acordo com a Resolução 196/96, entretanto, deve ser citada a nova Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Carta de anuência do Diretor da Faculdade de Farmácia da UFMG adequada.

Protocolo de coleta de dados: Instrumento para coletar os dados.

Não foi apresentada

Declaração de comunicação à DEPE do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFMG.

Recomendações:

Solicitações devidamente atendidas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação do projeto "RESULTADOS CLÍNICOS, ECONÔMICOS, ASPECTOS HUMANÍSTICOS, CULTURAIS E EDUCACIONAIS DE SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE." da pesquisadora Djenane Ramalho de Oliveira

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 664.354

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer

BELO HORIZONTE, 28 de Maio de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO 2. Confirmação de aceite para publicação referente de artigo

Data para publicação após aceite. Maria Ângela

----- Mensagem encaminhada -----

De: Maria Angela Ribeiro Angela Ribeiro <ribeiromaribeiro@yahoo.com.br>

Para: Djenane Oliveira <djenane.oliveira@gmail.com>; Simone de Araújo Medina Mendonça <simoneamm@gmail.com>; Agnes Fonseca Ribeiro Filardi <agnesfrf@gmail.com>; ANNA CLÁUDIA YOKOYAMA Anjos <annaclaudia1971@gmail.com>

Enviado: quarta-feira, 11 de outubro de 2017 05:41:03 BRT

Assunto: Fw: Re: COPY OF PAYMENT ORDER AND MANUSCRIPT

----- Mensagem encaminhada -----

De: Editor AJPCR <editor@ajpcr.com>

Para: Maria Angela Ribeiro Angela Ribeiro <ribeiromaribeiro@yahoo.com.br>

Enviado: quarta-feira, 11 de outubro de 2017 03:59:29 BRT

Assunto: Re: COPY OF PAYMENT ORDER AND MANUSCRIPT

Dear Author

We have received your payment receipt. Your paper will be published in our upcoming issue Vol 11 issue1 January 2018.

On Wed, Oct 11, 2017 at 2:51 AM, Maria Angela Ribeiro Angela Ribeiro <ribeiromaribeiro@yahoo.com.br> wrote:

COPY OF PAYMENT ORDER OF MANUSCRIPT ACCORDING TO DATA BELOW

"Your manuscript AJPCR / 21537/17 IS REQUIRED entitled " Implementation and systematization of a comprehensive medication management (CMM) service delivered to women with breast cancer "has been recommended for publication in AJPCR in upcoming issue. "

Thank you very much.

Sincerely,

Maria Ângela Ribeiro

Sincerely,

Maria Ângela Ribeiro

--
Thanks & Regards,



Asian Journal of Pharmaceutical and clinical research
INNOVARE ACADEMIC SCIENCES PRIVATE LIMITED
Website: www.innovareacademics.in
Mobile : 9406612909

With Best Regards
Editorial Team
Asian Journal of Pharmaceutical and clinical research

ANEXO 3. Mensagem de e-mail de revista confirmando recebimento de artigo

De: Rachel Almeida <onbehalf@manuscriptcentral.com>
 Para: "ribeiromaribeiro@yahoo.com.br" <ribeiromaribeiro@yahoo.com.br>
 Cc: "ribeiromaribeiro@yahoo.com.br" <ribeiromaribeiro@yahoo.com.br>; "agnesfrf@gmail.com" <agnesfrf@gmail.com>;
 "yone.almeida1@gmail.com" <yone.almeida1@gmail.com>; "annaclaudia1971@gmail.com" <annaclaudia1971@gmail.com>;
 "djenane.oliveira@gmail.com" <djenane.oliveira@gmail.com>
 Enviado: segunda-feira, 20 de novembro de 2017 23:52:25 -02
 Assunto: Revista Brasileira de Enfermagem - Manuscript ID REBEn-2017-0877

20-Nov-2017

Dear Prof. RIBEIRO:

Your manuscript entitled "Redesenhando a profissão clínica farmacêutica a partir de um programa de residência" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Brasileira de Enfermagem.

Your manuscript ID is REBEn-2017-0877.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/reben-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/reben-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Brasileira de Enfermagem.

Sincerely,
 Revista Brasileira de Enfermagem Editorial Office

Revista Brasileira de Enfermagem



Redesenhando a profissão clínica farmacêutica a partir de um programa de residência

Journal:	Revista Brasileira de Enfermagem
Manuscript ID	REBEn-2017-0877
Manuscript Type:	Research
Key Keywords in English (5 words from DECS <u>AND</u> 5 from MESH):	Neoplasias da mama, Internato e residência, Atenção Farmacêutica, Conduta do tratamento medicamentoso, pesquisa qualitativa, Breast Neoplasms, Internship and Residency, Pharmaceutical care, Medication Therapy Management, Qualitative Research

APÊNDICE 1. Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Estudantes, docentes e profissionais de saúde (pesquisa qualitativa)

Pesquisa:

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

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

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

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

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

Os benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa serão a compreensão de aspectos relevantes do processo de implantação, sistematização e formação no serviço de GTM, de forma a contribuir

para melhorias contínuas e para novas experiências com o mesmo escopo. Não haverá incentivos financeiros ou outros bônus para sua participação na pesquisa.

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

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

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

Data: ___/___/___ Assinatura:.....

Pesquisador responsável

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

Data: ___/___/___ Assinatura:.....

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

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

Contatos:

Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira – telefone: 31 3409-6858
 Comitê de Ética em Pesquisa / UFMG – telefone: 31 3409-4592
 Endereço completo: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP 31270-901