



UFOP  
Universidade Federal  
de Ouro Preto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
ESCOLA DE FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS



Catarina Stivali Teixeira

**A EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM  
UM SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA  
MEDICAMENTOSA: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA**

Ouro Preto-MG

2017

Catarina Stivali Teixeira

**A experiência de mulheres com câncer de mama em um Serviço de Gerenciamento da Terapia medicamentosa: uma abordagem qualitativa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Ouro Preto-MG, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Profa. Dra Vanja Maria Veloso (UFOP)

Co-orientador: Profa Dra Djenane Ramalho de Oliveira (UFMG)

Ouro Preto-MG

2017

T266e

Teixeira, Catarina Stivali.

A experiência de mulheres com câncer de mama em um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa [manuscrito]: uma abordagem qualitativa / Catarina Stivali Teixeira. - 2017.

124f.: il.: color; graf.; tabs.

Orientador: Prof. Dr. Vanja Maria Veloso .

Coorientador: Prof. Dr. Djenane Ramalho de Oliveira.

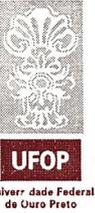
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Farmácia. Departamento de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

Área de Concentração: Fármacos e Medicamentos.

1. Atenção Farmacêutica. 2. Câncer de mama . 3. Fenomenologia. I. Veloso , Vanja Maria. II. Ramalho de Oliveira, Djenane. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU: 618.19-006

Catálogo: [www.sisbin.ufop.br](http://www.sisbin.ufop.br)



## LISTA DE PRESENÇA

Sessão de defesa da 130ª dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, que conferiu o grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas a **Catarina Stivali Teixeira**, com a defesa da dissertação intitulada: “A experiência de mulheres com câncer de mama em um serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa: Uma abordagem qualitativa”, avaliada pela banca examinadora abaixo:

Ouro Preto, 30 de junho de 2017.

Profª. Dra. Clarice Chemello  
UFMG

Prof. Dr. Alexandre de Almeida Barra  
UFOP

Profª. Dra. Vanja Maria Veloso  
UFOP

Prof. Djenane Ramalho de Oliveira  
UFMG

Ao Rodrigo,  
por acreditar em mim mesmo quando eu não acredito

## AGRADECIMENTOS

Esse trabalho não seria possível se não fossem duas mulheres incríveis que tive prazer de conhecer e trabalhar, que sem me conhecerem, sem saberem sobre as minhas facilidades e dificuldades, qualidades e defeitos me acolheram de braços abertos. E se isso já não bastasse, ainda me deram a liberdade de seguir a brisa que mais me acalmava. Djenane e Vanja, eu não tenho palavras para agradecer o que fizeram por mim. Espero que esse trabalho seja o início de muitos outros que virão. Eu sou plenamente grata por me proporcionarem essa experiência maravilhosa e por outras diversas razões que sou incapaz de enumerar. Obrigada por tudo.

Maria Ângela, agradeço por me aceitar em seu território, por sua colaboração e pelas conversas trocadas. Mais uma vez, muito obrigada.

Simone e Agnes, agradeço pela parceria, por sempre estarem dispostas a me ajudar, pela acolhida e pela generosidade de cada olhar, palavra e gesto. Obrigada por tudo.

Agradeço ao Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica, em especial Mariana, Thais, Gabi, Kirla, Hágabo e Carina pelo carinho, estímulo, por me acolherem e por fazerem do CEAF uma nova casa. Obrigada CEAF, obrigada meninas.

Ana, Adriana, Miguel e Janaína nunca cheguei a agradecer, mas saibam que sou muito grata pelo apoio, pelas conversas sobre os projetos (de vida) e por estarem ao meu lado no momento certo. Muito obrigada gente.

Agradeço a todas as mulheres que disponibilizaram suas histórias e que sem elas esse trabalho não seria desenvolvido. Obrigada guerreiras.

Rodrigo, agradeço por, em meio aos meus turbilhões e tumultos, me apoiar e estar caminhando ao meu lado de mãos dadas, mesmo sem as vezes compreender minhas razões. Agradeço por me fazer tentar. Obrigada lindo.

Flávia e família, muito obrigada pelo carinho de sempre e por tornar minha estada em Belo Horizonte ainda mais agradável, vocês são lindos! Obrigada!

Família (mãe, pai e irmÃES), obrigada pelo carinho, pelo apoio e pela torcida. Gu, muito obrigada por me ajudar no processo de escrita e por me mostrar que sou capaz. Obrigada família.

Aos colegas e amigos que mesmo longe torceram e mandaram suas energias positivas. Obrigada gente!

Agradeço a UFOP e CAPES pelo suporte com bolsa capaz de me oferecer tranquilidade nesses dois anos para realizar esse trabalho.

“Looking through one eye never did provide much depth of field”

*Elliot W. Eisner*



## RESUMO

A metodologia e a filosofia da Atenção Farmacêutica norteiam o serviço clínico de Gerenciamento de Terapia Medicamentosa (GTM) pelo qual o farmacêutico é capaz de oferecer um serviço de excelência que aborda várias especialidades, dentre elas a oncologia. Nesse sentido, o presente trabalho teve o propósito de conhecer e compreender a experiência vivida por mulheres com câncer de mama com o serviço de GTM no âmbito de um hospital oncológico localizado no Triângulo Mineiro. Para isso, primeiramente, foi realizada uma revisão integrativa de pesquisas qualitativas que buscaram compreender a percepção/expectativas/experiências das pacientes atendidas por serviços clínicos farmacêuticos. A estratégia de busca foi aplicada nas bases de dados PubMed, Scopus e Lilacs sem restrição de data de início e término em agosto de 2016. Posteriormente, foi desenvolvido um estudo qualitativo fenomenológico com base no método proposto por Max Van Manen, para o qual foram realizadas doze entrevistas com seis mulheres em tratamento de câncer de mama atendidas pelo serviço de GTM. Como resultado da revisão integrativa, 387 artigos foram identificados, dos quais, 19 foram elegíveis e incluídos para a análise temática. Os principais temas e subtemas foram, “Eu após o serviço”, “Confiança estabelecida e os benefícios vistos”, “Profissional não responsável pelo cuidado” e “Má explicação sobre o serviço oferecido”. Como resultado do estudo fenomenológico, pode-se elaborar cinco narrativas que possibilitaram a criação da personagem nomeada como Vanessa, que representou a vivência de todas as participantes. As narrativas que compuseram o significado da experiência vivida por essas mulheres abrangeram os seguintes temas: “O diagnóstico”, “A primeira consulta farmacêutica”, “Experiências com o uso de medicamentos e o serviço de GTM”, “Rotina e a relação profissional-paciente” e “A luta segue”. A revisão integrativa e a pesquisa qualitativa fenomenológica, possibilitaram a compreensão de aspectos essenciais da experiência vivida dos pacientes com a filosofia da prática estudada. A Atenção Farmacêutica, o serviço prestado de GTM, significou para as mulheres com câncer de mama, o resgate do conhecimento, a promoção da autonomia e da confiança.

**Palavras-chave:** Atenção Farmacêutica, Fenomenologia, Experiência vivida, Gerenciamento da terapia medicamentosa, Câncer de mama e Revisão.

## ABSTRACT

The methodology and philosophy of Pharmaceutical Care guide the Medication Therapy Management Services (MTM) by which the pharmacist is able to offer a service of excellence that addresses several specialties, among them oncology. In this sense, the present study had the purpose of knowing and understanding the experience lived by women with breast cancer with the MTM service in the scope of an oncological hospital located in the Triângulo Mineiro. First, an integrative review of qualitative research was carried out to understand the perception / expectations / experiences of the patients served by clinical pharmaceutical services. The search strategy was applied in the PubMed, Scopus and Lilacs databases with no start and end date restriction in August 2016. Subsequently, a phenomenological qualitative study was carried out based on the process proposed by Max van Manen for which performed twelve interviews with six women in breast cancer treatment attended by the MTM service. As a result of the integrative review, 387 articles were identified and 19 were eligible and included for thematic analysis. The most frequent themes and sub-themes were "I after service," "Trust established and benefits seen," "Professional not responsible for care" and "Poor explanation of service offered." As a result of the phenomenological study, it is possible to elaborate, from the interviews, 5 narratives that allowed the creation of a character named Vanessa, who represented the experience of all the participants. These narratives that comprised the meaning of the experience lived by these women covered the topics: "The diagnosis", "The first pharmaceutical consultation", "Experiences with the use of medicines and the service of MTM ", "Routine and the professional-patient relationship "And" The fight goes on ". The integrative review and phenomenological qualitative research made possible the understanding of essential aspects of the lived experience of the patients with the philosophy of the studied practice. Attention Pharmaceutical, the service provided by MTM, meant for women with breast cancer, the rescue of knowledge, the promotion of autonomy and trust.

Keywords: Pharmaceutical care, Phenomenology, Lived experience, Medication Therapy Management Services, Breast cancer, Review

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Check list de inclusão dos artigos .....	34
Figura 2 -Fluxograma de seleção dos artigos de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão. ....	51

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Descritores elegíveis.....	34
Tabela 2 - Estudos incluídos e suas principais características.....	53
Tabela 3 - Principais temas abordados conforme estudos incluídos .....	59
Tabela 4 - Temas mais frequentes e narrativas correspondentes.....	62

## LISTA DE SIGLAS

AF - Atenção Farmacêutica

DeCs - Descritores em Ciências da Saúde

EUA - Estados Unidos da América

GTM - Gerenciamento de Terapia Medicamentosa

MeSH - *Medical Subject Headings*

MTM - Medication Therapy Management

PNM - Política Nacional de Medicamentos

PW- *Pharmacotherapy Workup*

SUS - Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>3. A BUSCA POR UMA IDENTIDADE</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1 O médico, o boticário e o farmacêutico</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2 O início dos questionamentos e a crise de identidade</b> .....	<b>19</b>
<b>3.3 A Atenção Farmacêutica (Pharmaceutical Care)</b> .....	<b>23</b>
<b>3.4 O cuidado e os aspectos do câncer de mama</b> .....	<b>27</b>
<b>4. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>29</b>
<b>5. PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
<b>6. MÉTODOS</b> .....	<b>32</b>
<b>7. O MÉTODO DE REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	<b>33</b>
<b>8. A METODOLOGIA FENOMENOLÓGICA</b> .....	<b>36</b>
<b>8.1 O estudo</b> .....	<b>37</b>
8.1.1 <i>Local de realização</i> .....	37
8.1.2 <i>Participantes</i> .....	37
8.1.3 <i>Métodos de coleta de dados</i> .....	39
8.1.3.1 <i>Observação Participante</i> .....	39
8.1.3.2 <i>Entrevistas</i> .....	40
8.1.3.3 <i>Diário de Campo</i> .....	41
8.1.4 <i>Aspectos Éticos</i> .....	42
8.1.5 <i>Rigor da pesquisa qualitativa</i> .....	43
8.1.6 <i>Análise e interpretação dos dados</i> .....	44
<b>8.2 A escrita e exposição dos temas</b> .....	<b>46</b>
<b>9. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>50</b>
<b>9.1 Resultados Revisão Integrativa: A experiência de pacientes com serviço clínico farmacêutico</b> .....	<b>51</b>
<b>9.2 Discussão</b> .....	<b>66</b>
<b>9.3 Resultados do estudo fenomenológico</b> .....	<b>70</b>
9.3.1 <i>O diagnóstico</i> .....	71
9.3.2 <i>A primeira consulta farmacêutica</i> .....	72
9.3.3 <i>Experiências com o uso de medicamentos e o serviço de GTM.</i> 74	
9.3.4 <i>Rotina e a relação profissional-paciente</i> .....	76
9.3.5 <i>A luta segue</i> .....	78
<b>9.4 Discussão</b> .....	<b>80</b>
<b>10. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIA</b> .....	<b>101</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>111</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>114</b>
<b>APÊNDICE C</b> .....	<b>116</b>
<b>ANEXO I</b> .....	<b>118</b>
<b>ANEXO II</b> .....	<b>120</b>



## 1. APRESENTAÇÃO

Pretende-se aqui promover a abertura de um espaço de discussão em torno da atuação do farmacêutico em serviços clínicos, bem como o significado desse atendimento para pacientes. Para isso, antes de iniciar o trabalho propriamente dito, julgo necessário, brevemente, expor meu interesse pelo tema. Isso fará com que o leitor possa me conhecer melhor e entender a razão de meu entusiasmo para a execução do trabalho.

Durante a graduação em Farmácia, tive a oportunidade de ser bolsista de um projeto de extensão em Atenção Farmacêutica para pacientes geriátricos em Ouro Preto. No início, me deparei com sentimentos clássicos como insegurança, medo e ansiedade. Ao longo das consultas, esses sentimentos foram passando, mas o espaço que eles deixaram, preencheu-se de questionamentos, frustrações e impotência. Não sentia que com a prática que exercia seria capaz de satisfazer as pessoas atendidas.

Sentia que sempre faltava alguma coisa. Me questionando: falta-me conhecimento técnico? Há limitações no projeto? Ou falta-me maior interação com outros profissionais? Hoje sei que era um pouco de tudo, mas, apesar de me questionar sobre isso, me recordo claramente de determinados momentos em que alguns pacientes telefonaram me parabenizando em datas comemorativas, ou ainda, saíam do consultório com gestos simples e olhos cheios d'água me agradecendo pelas informações e cuidado oferecido.

Depois de formada, trabalhei em um centro oncológico, mas meu contato com pacientes acabou sendo limitado a conversas informais e ao trabalho voltado para processos administrativos. Não que eu não gostasse da parte gerencial que exercia, até me surpreendi com o sucesso que obtive ao executá-la, mas ao mesmo tempo em que estava por perto, na verdade, me sentia muito longe das pessoas que frequentavam a clínica. E, aos poucos, foi crescendo em mim o interesse em trabalhar com pessoas com diagnóstico de câncer.

Trabalhei quase dois anos na área de oncologia, mas por motivos que não vem ao caso comentar, resolvi sair e ingressei no mestrado pelo programa CIPHARMA da UFOP. E foi nesse percurso, ao ler a dissertação de mestrado de Erika Lourenço de Freitas (2005) que todo esse exposto veio à tona. Os meus questionamentos na época da graduação e as manifestações de carinho dos pacientes que passaram pela minha trajetória, tudo isso começou a ficar vivo em minha memória e me deixou inquieta.

Comecei a ver que tudo isso parecia contraditório. Como eu poderia me sentir limitada e eles manifestarem gratidão? Eu deveria saber o que significa para as pessoas serem atendidas por profissionais farmacêuticos? O que eles esperam que nós façamos por eles? Eles sabem o que podemos fazer por eles?

Ora, conhecer o significado da vivência de indivíduos atendidos em Serviços de Atenção Farmacêutica seria uma referência para nos guiar nessa prática profissional. Assim sendo, fui instigada a investigar como um Serviço de Gerenciamento de Terapia Medicamentosa (GTM), que é a forma que a atenção farmacêutica é traduzida como um serviço clínico nos sistemas de saúde, é vivenciado por pacientes oncológicos. Pretendeu-se, então, compreender as unidades de significado que compõem essa vivência, e sem os quais descaracterizaria esse fenômeno.

Entretanto, esse meu desejo só seria alcançado caso fosse praticada uma escuta legítima, inclusa a uma conexão íntima com essa experiência. Sendo assim, uma vez que a vivência é a forma de nos colocar no mundo e não se manifesta por si só, sendo, então, necessário criar uma relação com o outro (AMATUZZI, 2009), a escolha metodológica se constituiu pelo método qualitativo.

## 2. INTRODUÇÃO

No Brasil, a prevalência de morbimortalidade relacionada a medicamentos é superior a países como os Estados Unidos e Alemanha (SOUZA *et al.*, 2014). Dessa forma, a Atenção Farmacêutica (AF) surge com o propósito de atender à necessidade social de controlar a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, através de uma prática centrada na pessoa (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

A metodologia dessa prática profissional juntamente com sua filosofia norteiam o serviço clínico de Gerenciamento de Terapia Medicamentosa (GTM) pelo qual o farmacêutico é capaz de oferecer um serviço de excelência em diversos cenários com diferentes especialidade (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011). Dentre as diversas especialidade a oncologia se destaca em virtude do uso crônico de medicamentos e de todos os efeitos adversos que o tratamento pode causar.

Nesse sentido, alguns estudos avaliam, por meio de questionários estruturados, a experiência de pacientes oncológicos com serviços de AF (RUDER *et al.*, 2010; RIU *et al.*, 2016). Entretanto, esse tipo de abordagem não é capaz de compreender com profundidade qual o significado dessa experiência para as pessoas. O estudo qualitativo, torna-se então apropriado para responder a esse tipo de questionamento.

Na pesquisa qualitativa o interesse em pesquisar se volta para o significado das coisas, das intenções e ações, possibilitando, conforme Minayo e Sanches (1993, p.247), “aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente”.

O paradigma qualitativo inclui diferentes metodologias, como por exemplo, a fenomenologia, teoria fundamentada nos dados, pesquisa ação e etnografia. Para propor uma metodologia deve-se primeiro definir o problema e a pergunta de pesquisa, já que a mesma está interligada ao fenômeno de interesse e se apoia em diferentes orientações teóricas (MORSE, 2003).

Visando compreender a experiência de mulheres com câncer de mama com o GTM, a escolha e a aplicação do método fenomenológico se deram a fim de responder a seguinte pergunta: qual o significado que a mulher com câncer de mama atribui ao cuidado recebido no atendimento realizado no GTM pelo farmacêutico? Ademais, em relação a metodologia proposta, diante da vasta literatura e linhas de trabalho sobre a

fenomenologia, o emprego e a leitura do material sobre essa metodologia foi feita com base no processo metodológico proposto por Max van Manen. Em seu último livro “*Phenomenology of Practice*”, Max van Manen oferece uma extensa exploração de tradições e métodos de ciências humanas fenomenológicas, referindo ao significado e prática da fenomenologia em diversos contextos profissionais e, entre eles, a área da saúde. O autor descreve detalhadamente aspectos-chaves da fenomenologia e suas evoluções. Explora reflexões fenomenológicas essenciais nessa metodologia, bem como métodos empíricos e escrita (VAN MANEN, 2014). Vale ressaltar, que este autor é amplamente utilizado nos trabalhos na área de saúde, principalmente na enfermagem.

Em concordância com os dizeres de Amatuzzi (2003), citado por Andrade e Holanda (2010), os sujeitos aqui pesquisados são chamados de colaboradores ou participantes, já que entende-se que na pesquisa fenomenológica tanto o pesquisador quanto o pesquisado compõem o trabalho. Dessa forma, “parte-se do pressuposto metodológico de que o colaborador é quem melhor sabe de sua experiência, ao passo que o pesquisador se propõe a aprender com quem já vivenciou ou vivencia a experiência sobre a qual ele quer aprimorar seus conhecimentos” sendo, surpreendente o fato de que “nessa troca, ambos saem transformados” (ANDRADE; HOLANDA, 2010).

Diante do exposto, o presente trabalho, inicia-se com uma breve exposição do processo histórico da farmácia, a fim de demonstrar o conflito de identidade da profissão situando e contextualizando historicamente o GTM. Em sequência, será apresentada a revisão integrativa que irá expor a produção científica sob a ótica qualitativa de trabalhos com pessoas atendidas em Serviços Clínicos Farmacêuticos. Para finalizar, será exposto todo processo da pesquisa fenomenológica que buscou apreender a experiência vivida de mulheres com câncer de mama em um serviço de GTM.

### **3. A BUSCA POR UMA IDENTIDADE**

*“Enquanto processo histórico e social o desenvolvimento da Farmácia tem se caracterizado pelo tensionamento entre relações de afirmação e expansão, em oposição aos fenômenos e interesses diversos que contribuem para sua desprofissionalização” (da SILVA, 2009, p.75)*

#### **3.1 O médico, o boticário e o farmacêutico**

Atividades como de preparação e dispensação de medicamentos, hoje responsabilidade dos farmacêuticos, antes do século X eram exercidas por médicos. A chamada farmácia possuía caráter ambulante e artesanal, com nenhuma especialização em suas preparações. Contudo, a partir do século XI, com o crescente desenvolvimento do ensino universitário da medicina, em paralelo com aumento da perícia e técnicas de preparação dos medicamentos adequadas para a época, abriu-se espaço para a efetivação das boticas e abandono das atividades manuais pelos médicos (DIAS, 2005).

Houve, então, a separação das duas profissões e o primeiro caso oficial relatado na história ocorreu em 1162 na França. Posteriormente, após quase 180 anos (em 1240), pela promulgação do Édito de Melfi por Frederico II, imperador Romano-Germânico, onde proibia a sociedade entre médicos e farmacêuticos, introduzia a necessidade de dispensação junto à prescrição médica e adotava um certo controle nos preços dos medicamentos bem como a inspeção das atividades de sua preparação (DIAS, 2005).

Dando um salto na história e entrando no comércio brasileiro, só em 1640 houve a autorização da comercialização de medicamentos nas boticas brasileiras. Em decorrência disso, devido à facilidade de abertura desse tipo de estabelecimento e como promessa de enriquecimento, os boticários ambulantes foram diminuindo e o número de boticas no Brasil foram aumentando. Entretanto, os boticários ainda não tinham estudos relacionados às suas “mercadorias”. O ensino da farmácia iniciou após quase 200 anos, a princípio como disciplina do curso de medicina (em 1824) e posteriormente como escola (em 1839) (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

Sendo o boticário por mais de 200 anos o responsável pelo medicamento, já seria de se esperar que, para os legisladores e para a população, os farmacêuticos e boticários não apresentariam grandes diferenças. Isso tornou o caminho para a oficialização da

exclusividade do farmacêutico na produção de medicamentos muito árduo, sendo conquistado somente em 1886 (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

Por muitos anos, o farmacêutico foi considerado o profissional responsável pela produção do medicamento, mantendo certa proximidade com o médico e paciente. Todavia, a partir da industrialização do setor, em meados 1935, ocorreu a perda da propriedade intelectual e operativa do farmacêutico, sendo essas repassadas à indústria, o que culminou em uma ruptura do elo entre farmacêutico/médico e farmacêutico/paciente (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011; SATURNINO, *et al.*, 2012).

*De farmacêutico a responsável técnico, de liberal a assalariado, eis a trajetória do profissional no âmbito da farmácia propriamente dita, marcada por uma redução na dimensão técnica e social do seu trabalho e um ampliar na dimensão burocrática e comercial (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011, p.246)*

### **3.2 O início dos questionamentos e a crise de identidade**

A transposição da atividade central do farmacêutico no século XX para a indústria despertou uma série de questionamentos sobre o real papel desse profissional, principalmente no que diz respeito aos 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, 1990; LIN, 2012).

Houve, então, o redirecionamento de suas atividades, distanciando dos aspectos relacionados ao medicamento. A necessidade de inserção de especializações, a fim de ampliar as atribuições dos farmacêuticos, se mostrou uma preocupação para o meio acadêmico e adjetivos como bioquímico, analista clínico, industrial e de alimentos começaram a ser utilizados para designar o profissional não apenas farmacêutico (PERINI, 1997 *apud* PEREIRA; NASCIMENTO, 2011, p.247).

Consequentemente, a fim de atender as demandas das indústrias e dos laboratórios, as atividades envoltas da profissão farmacêutica foram estruturadas, sendo esse processo o responsável pela consolidação da farmácia, propriamente dita, como um estabelecimento comercial em detrimento à saúde (FURTADO, 2008).

A partir de meados da década de 70, todo o exposto, somado à falta de preparo dos profissionais no âmbito social, à elevação da expectativa de vida e da prevalência de

doenças crônicas não transmissíveis, além do agravamento e surgimento de doenças infecto parasitárias, contribuíram para o consumo descontrolado de medicamentos. O impulso da indústria e as inovações tecnológicas fortaleciam o mercado da automedicação, e a crença da cura imediata por meio do uso da "pílula mágica", levaram muitas pessoas a recorrerem a uma consulta médica a fim de obterem a prescrição (LEFÈVRE, 1987; QUEIROZ,1994; BALLESTER *et al.*, 2010; PEREIRA; NASCIMENTO, 2011).

A medicalização que é focada apenas nos processos orgânicos é uma forma equivocada de se pensar o fenômeno saúde/doença, visto que ignora a importância de outros interferentes que são complexos e multifatoriais. Ademais, desconsidera que a farmacoterapia é individual e que cada indivíduo deve ser avaliado como um todo, incluindo aspectos sociais, culturais e psicológicos (LEFÈVRE, 1987).

Nesse contexto, tendo em mente as inquietações ocasionadas pelo conflito de identidade do profissional farmacêutico, começa a ser discutida a necessidade de se explorar o campo do uso racional de medicamentos, pois seu mal-uso acarretaria em problemas e consequências sanitárias, sociais e econômicas (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011; MOREIRA-DE-SOUZA, 2015).

A morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos é caracterizada pela incidência de enfermidades e/ou agravos produzidos pela terapia medicamentosa, elevando as admissões hospitalares e ambulatoriais e, conseqüentemente, os gastos com a saúde (ERNST; GRIZZLE, 2001; SOUZA *et al.*, 2014).

Sendo assim, foram notórias a insatisfação e a necessidade de mudança de atitude profissional, o que levou, em 1960, professores e estudantes universitários de São Francisco (EUA) a criarem o movimento “Farmácia Clínica” (PEREIRA; FREITAS, 2008). O objetivo dessa atividade seria reaproximar o farmacêutico das pessoas e criar um ambiente propício para a análise farmacoterapêutica dos pacientes e, conseqüentemente, uma aproximação com a equipe de saúde (MOREIRA-DE-SOUZA, 2015).

Contudo, a Farmácia Clínica se restringia ao ambiente hospitalar e por ter o foco na análise da farmacoterapia dos usuários, acaba por se distanciar deles, ficando, o farmacêutico restrito à proximidade apenas com a equipe de saúde (PEREIRA; FREITAS, 2008; MOREIRA-DE-SOUZA, 2015).

Após 15 anos do movimento “Farmácia Clínica”, Mikeal e colaboradores, com intuito de expandir a atuação profissional do farmacêutico e colocando a pessoa em uso de medicamento como objetivo principal, deram início aos fundamentos que, posteriormente, em 1990 foi chamado de “*Pharmaceutical Care*” (MIKEAL *et al.* 1975 *apud* PEREIRA; FREITAS, 2008). Em 1980, Brodie, Parish e Poston ajustaram a proposta de Mikel e colaboradores e propuseram a realização e a oferta de todos os serviços que são necessários para a eficácia de um tratamento farmacoterapêutico pelo farmacêutico (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Entretanto, os conceitos propostos ainda pareciam focar no medicamento, não na pessoa, não levando em consideração a responsabilidade do farmacêutico no processo que envolve o uso racional de medicamentos. Nesse sentido, em 1987, Hepler destaca a necessidade da relação farmacêutico/paciente, sendo esse profissional o detentor de conhecimentos e habilidades necessárias para assumir a responsabilidade pelo uso adequado de medicamentos (HEPLER 1987 *apud* MOREIRA-DE-SOUZA, 2015).

A identidade profissional foi tomando forma até que, finalmente, em 1990 Hepler e Strand introduziram o termo “*Pharmaceutical Care*”, definindo-o como a “provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados concretos na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”. Em 1998, Cipolle, Strand e Morley propuseram a metodologia *Pharmacotherapy Workup of Drug Therapy* (PWDT) e *Pharmaceutical care* como uma prática profissional com todos os componentes fundamentais de qualquer profissão. Esta prática pode ser exercida em qualquer cenário de prática e oferecida a qualquer indivíduo, com qualquer problema de saúde (CIPOLLE; STRAND; MORLEY 1998; 2004; 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Na mesma década, na Universidade de Granada, era discutido o Método Dáder de “*Atención Farmacéutica*” como seguimento farmacoterapêutico (MACHUCA; FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, 2003). Cabe ressaltar que os modelos citados (Dáder e PWDT) são os modelos de seguimento farmacoterapêuticos mais utilizados no mundo (PEREIRA; FREITAS, 2008). Cada qual com suas peculiaridades, principalmente no que se refere à forma de classificação dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM). Apesar de no Brasil ser mais comum o uso do método Dáder, o presente trabalho estudou especificamente o modelo norte Americano (PW) por ser o mais difundido mundialmente, além de representar o marco teórico inicial, de onde todos os outros modelos derivaram.

Vale retornar alguns anos e entrar no cenário brasileiro para comentar sobre um marco inédito na história do país. Em 30 de outubro de 1998 houve a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) com a reorientação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria n. ° 3.916 do Ministério da Saúde. Isso ocorreu tendo como finalidade a garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promovendo uma Assistência Farmacêutica voltada ao uso racional de medicamentos e apoio às ações de saúde (BRASIL, 1998; SATURNINO *et al.*, 2012).

A partir desse marco, os farmacêuticos se inserem no chamado ciclo da Assistência Farmacêutica que abrange de modo geral a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. Mas, como muito bem coloca Saturnino e colaboradores:

Nesse ambiente de mudanças da prática profissional e do novo modelo do sistema de saúde, notou-se certa falta de sintonia entre o conceito de assistência farmacêutica proposto pela PNM e a nova demanda social do farmacêutico (SATURNINO *et al.*, 2012 p 14)

Entende-se por essa nova demanda social uma Assistência Farmacêutica voltada para a pessoa e não somente para o medicamento, que tenha conhecimentos técnicos e habilidades capazes de reduzir a morbimortalidade causada por medicamentos. Ademais, vale ressaltar que, nesse cenário de criação de novos conceitos (Farmácia Clínica, Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica) há uma certa confusão no que tange o papel social do farmacêutico para a população, para os profissionais da saúde e para eles próprios (FREITAS, 2005; FREITAS, RAMALHO-DE OLIVEIRA, PERINI, 2006; VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009).

Isso tudo culminou em 2002 na proposta de consenso brasileiro de Atenção Farmacêutica que adotou e oficializou o termo Atenção Farmacêutica, conceituando-o como:

*Modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002, p.16).*

Mesmo que no Brasil a proposta tenha sido feita após 12 anos do conceito original de Hepler e Strand (1990), houve questionamentos quanto ao estabelecimento de um consenso sobre um modelo ainda em implantação. Além disso, como muito bem identificado por Silva (2009), a proposta brasileira vincula a “racionalidade biomédica, que tenta objetivar o fenômeno saúde/doença, ao destacar a primazia dos ‘resultados definidos e mensuráveis’”. Além disso, a proposta incluiria várias atividades ditas como tradicionais da profissão (dispensação e orientação) como parte do conceito de Atenção Farmacêutica (FREITAS; RAMALHO-DE OLIVEIRA; PERINI, 2006)

Portanto, para que não haja confusão conceitual diante dos modelos e conceitos apresentados, interessa para o presente trabalho o modelo norte americano proposto por Hepler, Strand (1990) e depois melhor definido por Cipolle, Strand e Morley (1998; 2004; 2012).

### **3.3 A Atenção Farmacêutica (*Pharmaceutical Care*)**

*A circulação intercoletiva através do contato com as vertentes humanistas da psicologia ou fenomenológicas da enfermagem, parece exercer uma influência contra-hegemônica ajudando a transformar o conceito da Atenção Farmacêutica e seus pressupostos. Estaria em curso um novo deslocamento epistemológico no qual a atenção está dirigida para a complexidade do uso de medicamentos pelas pessoas (SILVA, 2009, p.206).*

A Atenção Farmacêutica é uma prática profissional que envolve o cuidado direto e centrado na pessoa, no qual o farmacêutico assume o compromisso, bem como a responsabilidade do atendimento às necessidades do indivíduo em relação ao uso de medicamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998). O modelo clínico que se baseia a Atenção Farmacêutica vai contra o modelo tradicional biomédico, por este ser considerado um paradigma de cuidado limitado, falho, por não abordar o indivíduo de forma holística e, trazendo, dentre outras coisas, insatisfação dos pacientes. No modelo biomédico o foco é a doença e os profissionais, deixando de lado a perspectiva da pessoa (BALLESTER *et al.*, 2010).

Como qualquer outra prática profissional a Atenção Farmacêutica possui três componentes fundamentais. O primeiro deles é a filosofia de prática que define os valores e as responsabilidades do profissional. O segundo é o processo de cuidado que inclui um método racional e sistemático de tomada de decisão em farmacoterapia. E, por fim, o

processo de gestão que compreende todos os recursos e suportes necessários para oferecimento de um serviço com qualidade e eficiência (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2011).

Sete anos após a introdução do termo “*Pharmaceutical Care*”, Johnson e Bootman (1997) criaram um modelo que estimou o impacto econômico sob a morbimortalidade. Eles conseguiram verificar que a AF reduziria os resultados terapêuticos considerados negativos e, conseqüentemente, os custos financeiros com a saúde. Os autores apontaram a AF como uma ferramenta capaz de minimizar os problemas e conseqüências relacionados com o uso de medicamentos. Posteriormente, estudos mostraram que ao garantir a necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos, pode haver redução dos custos e melhora na qualidade de vida dos pacientes impactando de forma positiva nos indicadores de saúde (ERNST; GRIZZLE, 2001; GURWITZ *et al.*, 2003; CORRER *et al.* 2009; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; BRUMMEL; MILLER, 2010; BLAGBURN *et al.*, 2016).

A filosofia e os princípios metodológicos desta prática guiam o oferecimento de um serviço clínico denominado Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM). O termo é derivado do vocábulo americano MTM (*Medication Therapy Management*) reconhecido em 2003 a partir da lei “*Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003*”. O GTM tem impacto nos resultados clínicos, econômicos e humanísticos, evidenciados em vários estudos nacionais e internacionais (BOZOVICH; RUBINO; EDMUNDS, 2000; FISCHER *et al.*, 2000; LEE; GRACE; TAYLOR, 2006; AMARAL; REIS; PICON, 2006; MURRAY *et al.*, 2009; PLANAS *et al.*, 2009; JARAB *et al.*, 2012). Destaca-se o trabalho desenvolvido por Ramalho de Oliveira, Brummel e Miller (2010) que avaliaram um serviço de AF de 10 anos quando foi possível demonstrar o impacto do GTM nos custos associados à saúde, além de impactos humanísticos e clínicos para os pacientes.

Para o oferecimento do serviço de GTM, além do conhecimento científico, faz-se necessário o respeito ao indivíduo, bem como a promoção do diálogo de forma que haja um envolvimento do paciente e do farmacêutico em todo processo (VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009). Segundo Possamai e Dacoreggio (2008) “o núcleo fundamental da Atenção Farmacêutica é a relação que se estabelece entre o farmacêutico e o paciente”. Dessa forma, é importante estudar os aspectos subjetivos que envolvem

essa relação, já que é através dela que se pode investigar os aspectos humanísticos relacionados ao serviço de GTM.

Nesse sentido, faz-se necessário um profissional que exerça a prática centrada na pessoa, capaz de avaliar a necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos, identificando e prevenindo os PRM e atuando em corresponsabilidade com o paciente, sendo essa atividade, considerada uma nova função do farmacêutico (HEPLER; STRAND, 1990; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; VARELA 2008).

Embora essa “nova” prática tenha sido proposta em 1990 por Hepler e Strand, observa-se no Brasil uma baixa produção científica sobre GTM em comparação com os outros países, havendo a necessidade de promover melhoria na quantidade e qualidade das publicações (ANDRADE *et al.*, 2013). Funchal-Witzel e colaboradores (2011) apontaram a importância de estimular a realização de estudos qualitativos, que possam contribuir para uma melhor compreensão dos fenômenos envolvidos com o uso de medicamentos na sociedade.

Nesse contexto, após 15 anos da proposta de Hepler e Strand (1990), Freitas (2005) realizou um estudo por meio de entrevistas em profundidade em que foi possível demonstrar, dentre outras coisas, que o trabalho do farmacêutico tradicional é indistinguível do papel exercido pelo balconista, sendo este, associado, à venda de medicamentos. A imagem do profissional farmacêutico como mero comerciante está tão arraigada nas percepções da população que nem em atividades educacionais (palestras), cujo foco é a promoção do uso racional de medicamentos, o farmacêutico é visto como um profissional de saúde que estabelece vínculo com as pessoas (VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009).

Nessa linha de raciocínio é pertinente questionar: Será que essa imagem que a sociedade tem do farmacêutico pode, de alguma forma, influenciar os serviços de GTM? Se, em consultas médicas a expectativa do paciente influencia o resultado final do atendimento (BALLESTER *et al.*, 2010), quais são as expectativas que as pessoas têm nas consultas farmacêuticas se os mesmos são vistos muitas vezes como balconistas?

A promoção da saúde é uma tarefa que implica atitudes filosóficas, éticas e existenciais. Sendo assim, o profissional que deseja promover o cuidado deve assumir o paradigma humanístico em sua prática (LYRA JR *et al.*, 2005). Nesse sentido, a inclusão das dimensões referentes às perspectivas do paciente possui relação positiva em seus resultados clínicos justificando o modelo centrado na pessoa (BALLESTER *et al.*, 2010).

Em um cuidado clínico humanístico, a satisfação do indivíduo reflete suas carências e expectativas em relação ao atendimento. Essas, por sua vez, podem estar associadas à competência do profissional e à relação profissional/paciente (LYRA JR *et al.*, 2005).

Nesse sentido, trabalhos como de Teixeira e Levêvre (2001) e D'Andréa e colaboradores (2012) abordam a relação e comunicação efetiva dos farmacêuticos com pacientes no acompanhamento farmacoterapêutico de idosos, sendo essa a etapa fundamental no processo de cuidado pois é capaz de promover o uso racional de medicamentos. Um desses estudos demonstram ainda a deposição de confiança dos idosos nos farmacêuticos para solucionar seus problemas de saúde e esclarecer dúvidas referentes aos medicamentos (D'ANDRÉA *et al.*, 2012).

Ademais, em serviços clínicos farmacêuticos em que o trabalho é desenvolvido em equipe sendo possível estabelecer bom relacionamento tanto com o paciente quanto com outros profissionais da saúde, há a promoção de intervenções farmacoterapêuticas favoráveis (ALANO; CORRÊA; GALATO, 2012). Todavia, quanto ao entendimento do que é e para que serve o serviço clínico, os participantes do mesmo acabam desconhecendo o seu real significado. Isso é demonstrado nos resultados do estudo de Ahn e colaboradores (2015), em que observaram que todos os participantes não sabiam que o serviço clínico era um processo contínuo, em que há necessidade de monitorar o progresso das recomendações feitas pelo farmacêutico. Esse achado, mostra a necessidade da afirmação do serviço para com todos os profissionais envolvidos.

Além da relação médico/profissionais da saúde/farmacêutico, farmacêutico/paciente e da capacidade técnica e competência do profissional farmacêutico, existem outros fatores que interferem no processo terapêutico do paciente. No caso específico do câncer, os significados acerca da patologia estão diretamente relacionados a forma de enfrentamento e adaptação frente à doença e ao tratamento medicamentoso (GIMENES, 1998 *apud* ALMEIDA *et al.*, 2010).

O medo, a inconformidade e o desespero são aspectos relevantes, impactantes e experienciados com o diagnóstico de câncer (SILVA, 2008). Assim, é interessante questionar como os significados acerca do câncer influenciam o tratamento e, conseqüentemente, as percepções dos indivíduos sobre o serviço clínico farmacêutico.

### 3.4 O cuidado e os aspectos do câncer de mama

*Ameaça temida é a possibilidade de perder o controle sobre si e o próprio corpo, que vê sua integridade e individualidade invadidas por forças avassaladoras; é a perspectiva de ficar com a vida por um fio, à mercê dos caprichos de uma doença insidiosa e proliferativa, que acentua a experiência paradoxal de estar vivo, dada a dualidade vida-morte que pontua o caminhar humano (AMBROSIO; SANTOS, 2011, p.479)*

Mesmo que o GTM possa ser desenvolvido em diversas especialidades, é importante que o farmacêutico saiba que o diagnóstico do câncer muitas vezes vem acompanhado de pensamentos e significados ligados à possibilidade de morte próxima que, por sua vez, provoca sentimentos de decepção, descrença, angústia, ansiedade, tristeza e sofrimento (LOTTI *et al.*, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2010; WHITE-MEAN *et al.*, 2016). Esses sentimentos estão diretamente relacionados ao tempo de tratamento que quanto mais duradouro, maior será o comprometimento emocional (NICOLUSSI, SAWADA, 2011; CALEGARI; FELDENS; SAKAE, 2011). Ademais, vários fatores relacionados ao tratamento oncológico são vistos pelas mulheres portadoras de câncer de mama como algo negativo. Destacam-se a mastectomia, quimioterapia, radioterapia, bem como alguns efeitos adversos dessas terapias como náuseas, vômitos, fadiga, depressão, menopausa precoce, diminuição do desejo sexual, diminuição da lubrificação da vagina e dor durante o ato sexual (LOTTI *et al.*, 2008; SANTOS; VIEIRA, 2011; MURPHY *et al.*, 2012).

O adoecer e o tratar implicam em mudanças físicas na vida das pessoas e comprometem a autoestima e a imagem corporal. Mas, o impacto de uma intervenção cirúrgica depende sempre do significado que a mama tem para cada mulher. Muitas temem a mastectomia por considerá-la uma mutilação e até mesmo por atemorizar o não despertar do desejo sexual do parceiro, bem como a insatisfação de sua própria imagem corporal (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS; SOUZA, 2009; SANTOS; VIEIRA, 2011).

Felizmente, existem recursos de enfrentamento que contribuem para que o processo de adoecimento não venha vinculado a problemas emocionais e ao comprometimento farmacoterapêutico. Dentre eles destacam-se a qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde multiprofissional, o apoio familiar e/ ou conjugal, o suporte religioso (espiritualidade/fé) e narrativas autobiográficas que podem melhorar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama (SANTICHI, 2012; ATKINSON; RUBINELLI, 2012).

As narrativas, podem colaborar para uma troca de informações ativas sobre os aspectos envolvidos da doença e ajudar em questões que envolvem a capacidade funcional, a tensão financeira e o estresse sobre as relações com amigos e familiares (ATKINSON; RUBINELLI, 2012). Nesse sentido, a investigação empírica e o uso clínico de narrativas de paciente com câncer têm fornecido informações ricas capazes de melhorar a prestação de cuidados e ampliar a gama de apoio aos serviços clínicos disponíveis (ATKINSON; RUBINELLI, 2012).

Vale ressaltar que a experiência da mastectomia carrega significados específicos relacionados com a imagem corporal, feminilidade e sexualidade. No entanto, a pesquisa baseada em narrativa revela que, embora haja discussões sobre esses aspectos, há pouca evidência de uma preocupação estreita ou dominante em relação a feminilidade e sexualidade. Muito pelo contrário, as narrativas revelam uma ampla gama de preocupações em todas as questões médicas, funcionais e aspectos amplos do gênero feminino. Dessa forma, “é necessário ter cuidado para evitar análises simplistas, tipologias gerais das narrativas e suposições estereotipadas das necessidades das pessoas com câncer” (ATKINSON; RUBINELLI, 2012, p.7).

Nesse sentido, White-Means e colaboradores (2016) sugeriram em sua pesquisa que o cuidado centrado na paciente com câncer de mama deve se concentrar no que elas identificam como lacuna no processo de cuidado. Pois essa abordagem desmistifica essa neoplasia, impactando sobre a forma como as mulheres lidam com a doença e respondem como beneficiárias de informações sobre o seu diagnóstico.

Diante deste cenário, se o GTM utiliza uma abordagem centrada na pessoa, o significado que as pacientes atribuem ao cuidado será de extrema importância para os profissionais identificarem as lacunas que a prática apresenta.

#### 4. JUSTIFICATIVA

Embora haja alguns trabalhos que expõem de forma profunda diferentes componentes essenciais para o cuidado (FREITAS, 2005; BISSELL *et al.*, 2008; RENBERG; LINDBLAD; TULLY, 2006), grande parte dos estudos realizados com esse foco acabam utilizando questionários de satisfação e qualidade de vida para avaliar o benefício do atendimento clínico farmacêutico (ROUGHEAD; SEMPLE; VITRY, 2005; LYRA JUNIOR *et al.*, 2005; AGUWA; UKWE; EKWUNIFE, 2008; CORRER, *et al.*, 2009; MONTGOMERY *et al.*, 2010; AMARANTE *et al.*, 2010; RUDER *et al.*, 2010; D'ANDRÉA *et al.*, 2012; DASHTI-KHAVIDAKI *et al.*, 2013; RIU *et al.*, 2016; YANG, S. *et al.*, 2016). Essa característica é comum em pesquisas quantitativas que, por questões metodológicas, não trazem aspectos profundos como o significado do cuidado feito no serviço de GTM, a percepção do paciente no relacionamento estabelecido com o farmacêutico no serviço de GTM e suas expectativas com os resultados clínicos.

Nesse sentido, e apropriando-se do questionamento de Freitas (2005): “como o farmacêutico pode exercer um papel expressivo junto aos pacientes, se desconhece o significado que essas pessoas atribuem ao atendimento por ele realizado? ”, faz-se necessária uma abordagem qualitativa para ser possível explorar aspectos não mensuráveis como significados, valores e vivências, obtendo assim, uma compreensão profunda do fenômeno de interesse partindo da perspectiva dos indivíduos que estão nele inseridos (GUBA; LINCOLN, 1994).

Vale ressaltar que poucos dados foram publicados sobre o impacto da clínica farmacêutica em oncologia (RUDER *et al.*, 2010). E no que se refere ao cerne do presente trabalho, não se encontrou nenhum artigo que aborda o significado do cuidado proporcionado pelo GTM em pacientes oncológicos.

Para o farmacêutico, profissional com conhecimentos técnicos suficientes para gerenciar a terapia medicamentosa e treinado para desenvolver a prática clínica fundamentada pela AF, o presente estudo poderá guiar sua atividade. Além disso, ajudará outros profissionais (envolvidos com o GTM) a compreenderem a importância dessa prática sobre a perspectiva do paciente, oferecendo-lhes um cuidado mais holístico e humano.

Perante o exposto, uma vez que se pretende estudar a experiência vivida, a fenomenologia foi a metodologia escolhida, pois permite acessar o mundo subjetivo e

privado apreciável em uma pesquisa qualitativa, e, por meio desta metodologia, estudar a experiência vivida de mulheres com câncer de mama em um serviço de GTM em um hospital oncológico.

## **5. PERGUNTA DE PESQUISA E OBJETIVOS**

Diante do que foi exposto, fica evidente a necessidade de conhecer e compreender a experiência de pacientes com o GTM. Nesse contexto, emerge a seguinte pergunta de pesquisa: o que significa para a mulher com câncer de mama, ser atendida por farmacêuticas em um serviço de Gerenciamento de Terapia Medicamentosa?

Com base nesse questionamento, objetivou-se, inicialmente, realizar um levantamento de estudos qualitativos que abordassem a percepção de pacientes em relação a serviços clínicos farmacêuticos. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa, a fim de servir como base para discussão e promover reflexões acerca dos temas identificados. Posteriormente, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa fenomenológica com informantes chave, com o objetivo de compreender a experiência vivida por mulheres com câncer de mama atendidas no serviço de GTM em um hospital oncológico.

## **6. MÉTODOS**

A metodologia será dividida em dois blocos. Primeiramente, são apresentados os métodos utilizados na revisão integrativa para, posteriormente, serem apresentados os métodos utilizados na pesquisa fenomenológica.

## 7. O MÉTODO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Vale destacar que, inicialmente, pretendeu-se realizar uma revisão integrativa de artigos que pesquisaram os serviços clínicos farmacêuticos com abordagem qualitativa, para compreender a perspectiva dos pacientes em oncologia. Para isso, foram selecionados descritores após vasta leitura e discussão entre os profissionais envolvidos. Com base nisso, traçou-se uma estratégia de busca (APÊNDICE A) cruzando palavras relacionadas como “pharmaceutical care”, “qualitative research”, “patient perspectives” e “oncology”.

Contudo, não foram encontrados artigos que preenchessem os critérios de inclusão. Por esse motivo, optou-se por excluir os descritores referentes à oncologia, já que julgou-se ser importante abordar a percepção de pacientes com serviços clínicos farmacêuticos sem restringir o cenário de atuação.

Assim, foi realizada uma revisão integrativa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005) de pesquisas qualitativas que investigaram a percepção, satisfação e experiências de pacientes atendidos em diferentes serviços clínicos farmacêuticos. A revisão integrativa permite analisar questões metodológicas de um tópico específico incorporando diversas metodologias a fim de capturar o contexto, o processo e elementos subjetivos em relação a um fenômeno de interesse (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A fim de se alcançar o rigor exigido em uma revisão integrativa, todo o processo de identificação do problema, busca de dados, seleção e análise foram realizadas a partir das diretrizes de Whittmore e Knafl (2005) conforme descrito a seguir.

A busca foi conduzida nas bases de dados PubMed, Scopus e Lilacs sem restrição de data de início e término em agosto de 2016. Para a localização dos estudos foi desenvolvida uma estratégia de busca (APÊNDICE B) baseando-se em padrões válidos e publicados na literatura acadêmica. Tentou-se abranger ao máximo os termos contidos no MeSH/DeCs (Medical Subject Headings/Descritores em Ciências da Saúde). Assim sendo, os termos foram cuidadosamente selecionados após revisão e discussão entre os profissionais envolvidos (TABELA 1). Vale destacar que para cada base de dados os descritores e as estratégias foram adaptados e foram utilizados os operadores booleanos OR e AND.

**Tabela 1 - Descritores elegíveis**

**Bases de dados consultadas: MEDLINE/PUBMED, LILACS (BVS) e SCOPUS**

"life experience"	AND	"audiotaped"	AND	"pharmaceutical services"
OR		OR		OR
"patient perspectives"		"ethnography"		"pharmaceutical service*"
OR		OR		OR
"patient preference"		"focus group"		"pharmaceutical care"
OR		OR		OR
"patient satisfaction"		"phenomenology"		"pharmacy service"
OR		OR		OR
"patient view"		"qualitative research"		"medication therapy management"
		OR		OR
		"personal narratives"		"drug therapy management"
		OR		OR
		"lived experience"		"clinical pharmacist"
		OR		OR
		"empiricism"		"clinical pharmacy"
		OR		OR
		"interview"		"pharmacy practice"
				OR
				"community pharmacists"

Para a seleção dos artigos foi elaborado um *check list* (FIGURA 1) aplicado em todos os artigos elencados na busca, a fim de contemplar critérios para inclusão dos mesmos.

**O objetivo dessa revisão é selecionar artigos que falem sobre as percepções de pacientes em relação a serviços clínicos farmacêuticos. Os artigos incluídos deverão contemplar todos os critérios abaixo (resposta SIM e TALVEZ para a primeira fase e apenas SIM para a segunda fase). Seguir a ordem das questões, uma resposta “NÃO” já exclui o artigo.**

1. É um artigo que utiliza metodologia qualitativa?
2. O artigo fala da percepção e/ou satisfação e/ou experiência de pacientes?
3. A “avaliação” é feita em torno de algum serviço farmacêutico?
  - 3.1 Esse serviço farmacêutico pode ser considerado de alguma forma clínico? (Não precisa ser como é preconizado o GTM).

**Figura 1 - Check list de inclusão dos artigos**

A etapa de seleção foi dividida em duas fases. Na primeira realizou-se a leitura de todos os títulos e resumos, e apenas os artigos que atenderam aos critérios de inclusão ou deixaram dúvidas quanto a esse juízo (resposta SIM ou TALVEZ) foram selecionados para leitura na íntegra. Assim, na segunda fase prosseguiu-se com a leitura completa dos artigos e, novamente, realizou-se conferência dos critérios de elegibilidade pré-estabelecidos. Nessa etapa as respostas para as questões presentes no *check list* foram obrigatoriamente afirmativas (SIM).

Para a classificação do motivo de exclusão dos artigos seguiu-se a ordem das perguntas presentes na Figura 1. Vale destacar que o emprego da palavra pacientes na segunda pergunta do *check list* implica no artigo ser realizado com pessoas que passaram pelo serviço. Então, se o estudo abordasse a experiência tanto de pessoas que passaram pelo serviço, quanto de pessoas que não passaram pelo serviço, apenas os resultados referentes às que de fato tiveram contato real com o serviço é que foram analisados. No entanto, se o serviço tivesse sido apresentado por meio de palestras ou apresentações via *software* de apresentação, ou ainda, não separavam os resultados entre quem estava no serviço e quem não estava, essas publicações foram excluídas da análise.

## 8. A METODOLOGIA FENOMENOLÓGICA

Para compreensão dos significados que o serviço de GTM tem sob a perspectiva dos pacientes atendidos, fez-se necessária a utilização de uma abordagem qualitativa, através da qual é possível conhecer o fenômeno por meio das experiências subjetivas dos atores envolvidos (MINAYO; SANCHES, 1993). Além disso, vale ressaltar que o presente estudo partiu do pressuposto epistemológico do subjetivismo, que assume que não há separação entre o objeto investigado e o pesquisador. Assim, todo o processo da pesquisa foi estabelecido por meio de coparticipação dos autores, ou seja, tanto o pesquisador quanto os indivíduos investigados foram agentes participativos do fenômeno estudado (DALY, 2007).

Diante da pergunta de pesquisa e dos objetivos propostos, a metodologia utilizada foi a fenomenologia, visando revelar o significado dos participantes com a experiência vivida com o fenômeno estudado. Essa escolha se deu, já que a pesquisa fenomenológica é o estudo das experiências vividas objetivando a compreensão de uma experiência em um grupo específico, informantes chave, descobrindo, assim, a “essência”, ou o significado de uma dada vivência (VAN MANEN, 1990).

Para Max Van Manen (1990, p.5), “do ponto de vista fenomenológico, investigar, é sempre questionar o modo como experienciamos o mundo, é querer conhecer o mundo no qual vivemos como seres humanos”. E completa “porque, de certa forma, conhecer o mundo, é estar no mundo de uma dada maneira, então, o ato de pesquisar-questionar-teorizar é intencional, um ato intencional de nos ligarmos ao mundo, fazermos parte dele, ou melhor, nos tornarmos mundo”.

Em outras palavras, a pesquisa fenomenológica tenta construir uma compreensão acerca do fenômeno estudado por meio da apreensão da intencionalidade revelada nos relatos (experiência vivida). Parte do pressuposto de que quem discursa atribui sentido a uma dada vivência. A fenomenologia hermenêutica se presta ao reconhecimento do "outro lado" das experiências cotidianas e permite um local para a descoberta de significados ocultos. Apresenta como pressuposto que nas experiências há um horizonte invisível e silencioso em que inicialmente não se pode ver nem ouvir (IHDE, 1976 *apud* KOOKEN; HAASE; RUSSELL, 2007).

Sendo assim, para descrever e compreender a experiência vivida de mulheres com câncer de mama no serviço de GTM, fez-se necessário utilizar a fenomenologia

hermenêutica. Como referencial teórico dessa metodologia optou-se por utilizar os preceitos de Max van Manen, por fornecer um arcabouço teórico didático e não se restringe à perspectiva filosófica e, sim, expande o método fenomenológico para a pesquisa empírica, orientando a forma de condução da pesquisa.

## **8.1 O estudo**

### ***8.1.1 Local de realização***

O estudo foi realizado no setor de oncologia de um hospital de nível terciário, na região do Triângulo Mineiro, em Minas Gerais. Este hospital é uma instituição pública e universitária, referência em média e alta complexidade, totalmente destinada ao atendimento de pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), prestando serviços para três milhões de pessoas de 86 municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, nas mais diversas especialidades da área da saúde (BRASIL, 2016).

O setor de oncologia apresenta um corpo amplo de profissionais formado, dentre outros, por médicos especialistas, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos. Em relação ao serviço de GTM, dentre os 5 farmacêuticos efetivos presentes no hospital, apenas um realiza o atendimento clínico. Esse profissional conta com a colaboração de três farmacêuticos residentes.

O atendimento é realizado três vezes por semana no período da tarde, com média de 50 atendimentos ao mês. A escolha dos pacientes que são atendidos pelo GTM ocorre com base em busca ativa de utentes em uso de mais de 3 medicamentos.

### ***8.1.2 Participantes***

Na pesquisa qualitativa, a amostragem se dá de forma intencional, em que há a busca proposital de indivíduos que vivenciam o problema em foco. Sendo assim, a amostra é reduzida, quando comparada a pesquisas quantitativas, visto que o interesse não está na quantidade final dos elementos, mas na representatividade e na qualidade das informações obtidas. Neste sentido, a preocupação com o número de sujeitos acaba sendo

impertinente, dessa maneira, a quantidade de colaboradores foi delimitada em campo pelo pesquisador por critério de saturação dos dados, entendida como o momento em que as informações foram recorrentes/repetitivas ou o acréscimo de novos dados foram ínfimos, não justificando a análise, ou seja, quando foi identificada certa redundância nos relatos referentes aos significados do fenômeno estudado (TURATO, 2005; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Contudo, para uma boa seleção de entrevistados é essencial que o pesquisador se familiarize com o cenário de estudo. Sendo assim, além de entrevistas semiestruturadas, foram realizadas entrevistas informais e observação participante para melhor identificação dos informantes chave.

Para a inclusão dos sujeitos foram necessários o cumprimento dos seguintes critérios: mulheres com câncer de mama maiores de 18 anos, que passaram por pelo menos 2 atendimentos após avaliação inicial no serviço de GTM, pacientes que, na avaliação do farmacêutico do serviço, possuíam boa capacidade cognitiva e que aceitaram participar das entrevistas de forma voluntária. Sendo assim, 6 mulheres foram selecionadas para realização das entrevistas, cujos dados referentes a idade, filhos, amamentação, início no GTM, diagnóstico e tratamento são referenciados na tabela 2.

**Tabela 2 - Dados relativos ao diagnóstico e tratamento das 6 participantes da pesquisa**

Participante	IRFL	MASP	RSO	NMS	ASS	LAD
Idade	56	71	45	60	65	63
Filhos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Amamentação	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
Início no GTM (mês/ano)	04/2015	05/2016	05/2015	06/2016	01/2015	05/2016
Dados do diagnóstico	T1N1M0 Carcionoma Ductal Invasivo Menarca: 11 anos Menopausa: 47 anos	T2N1M0 Carcionoma Ductal Infiltrante Menarca: s/ informação Menopausa: s/ informação	T1N0Mx Carcionoma Ductal Infiltrante Grau II Menarca: 13 anos Menopausa: ø	T2N0Mx Carcionoma Ductal Infiltrante SOE focal Grau III Menarca: s/ informação	T1aN0Mx Carcionoma Ductal Infiltrante SOE focal Grau III Menarca: 12 anos Menopausa: 45 anos	T2N1M0 Carcionoma Ductal Infiltrante Grau III Menarca: 13 anos Menopausa: 51 anos

				Menopausa: 38 anos		
Mastectomia	SIM	SIM				SIM
Quadran- tectomy			SIM	SIM	SIM	
Radioterapia		SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Quimioterapia	SIM	SIM		SIM	SIM	SIM
Hormonio- terapia	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Modulador seletivo de receptores de estrogênio	SIM	SIM	SIM		SIM	
Inibidor de aromatase	SIM			SIM	SIM	SIM

### ***8.1.3 Métodos de coleta de dados***

O caminho metodológico abrangeu uma variação de métodos de investigação incluindo a observação participante, entrevistas formais e informais, e anotações feitas em diário de campo. Todo o processo envolveu uma atitude reflexiva da pesquisadora. Essa triangulação interna de métodos, dentro da própria abordagem qualitativa, permitiu um olhar amplo e por diversos ângulos, capaz de atingir uma compreensão mais completa do fenômeno e, de certa forma, confirmar os achados em campo (MINAYO, 2012).

#### **8.1.3.1 Observação Participante**

A observação participante não se resume no olhar apenas para ver o fenômeno e sim em um olhar crítico capaz de examinar e interpretar os fatos expondo-os em sua forma natural. A técnica foi conduzida seguindo todos os passos necessários (aproximação do fenômeno, coleta de informações, sistematização e organização das narrativas) e registrando todas as informações em diário de campo (QUEIROZ *et al.*, 2007).

O presente trabalho utilizou desse método de coleta de dados para se familiarizar com o ambiente em que é realizado o serviço. Antes de realizar as entrevistas houve um

período de 4 semanas, que chamo de adaptação, pelo qual, por meio de observação de atendimentos clínicos realizados pela farmacêutica do hospital, foi possível conhecer o serviço que era ofertado às pacientes.

Após esse período inicial, as entrevistas foram sendo realizadas e as observações continuaram com o intuito de observar as pacientes durante as consultas com a farmacêutica. Essas observações permitiram à pesquisadora fazer questionamentos sobre as experiências das mulheres, que, posteriormente, foram checados com outras participantes da pesquisa.

### **8.1.3.2 Entrevistas**

A entrevista foi a principal fonte de coleta de dados, sendo definida, de acordo com Fraser e Gondim (2004), como “uma forma de interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo privilegiados das relações humanas, por meio da qual os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade que os cerca” visto que “ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos”.

No trabalho proposto, foram realizadas 12 entrevistas formais individuais semiestruturadas com 6 colaboradoras da pesquisa e entrevistas informais. Essa última modalidade baseia-se na espontaneidade da construção das perguntas decorrentes de uma interação natural entre os participantes que ocorre, tipicamente, como parte da observação participante. Em outras palavras, o pesquisador não precisa seguir nenhum tipo específico de questões e sim basear-se na interação com o participante para orientar o processo de entrevista (TURNER, 2010). Assim, todas as conversas realizadas com a farmacêutica ou com os residentes em que objetivou esclarecimentos em relação ao serviço e, ainda, conversas com pacientes que não necessariamente foram colaboradores do presente trabalho, foram consideradas entrevistas informais, e as reflexões acerca dessas conversas foram registradas em diário de campo.

Já as entrevistas formais individuais semiestruturadas são caracterizadas pela prévia formulação das questões, baseadas em teorias e hipóteses, relacionadas ao objeto de estudo, que foram extraídas da literatura, gerando um “tópico guia”. Há uma certa sistematização, mas há flexibilidade quanto à sequência, forma e quanto ao exame de

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

Dessa forma, com o recolhimento das informações extraídas da literatura e das observações vivenciadas em campo e entrevistas informais, foi possível elaborar um tópico guia que foi utilizado no momento da entrevista com as mulheres que participaram da pesquisa (APÊNDICE C).

As entrevistas foram realizadas duas vezes com cada participante, a fim de esclarecer dúvidas que surgiram ao longo da análise, bem como validar as informações coletadas, totalizando assim 12 entrevistas (duas com cada colaboradora). Vale destacar que, novos tópicos guias foram elaborados conforme a revelação de novas informações durante o processo de entrevista formais, informais e observação participante.

A pesquisadora assumiu durante todo o trabalho uma postura acolhedora e facilitadora e atuou como uma interlocutora capaz de auxiliar as participantes no acesso de sua experiência mais concreta e originária.

As entrevistas foram realizadas individualmente, face a face, e gravadas em áudio, mediante o consentimento das participantes, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I), em local apropriado (conforme preferência da colaboradora), com condições adequadas de conforto e privacidade.

Foram registrados minuciosamente expressões de sentimentos, gestos, atitudes, silêncios, bem como as impressões da pesquisadora, com a finalidade de captar todas as informações contidas na gravação.

### **8.1.3.3 Diário de Campo**

Diário de campo consiste em um diário de notas, onde é registrado, regularmente, expressões, atitudes, gestos, impressões, ações, diálogos, enfim, tudo aquilo que é observado pelo investigador (MINAYO, 2012; PEZZATO; L'ABBATE, 2011). Neste trabalho o diário de campo foi mantido durante todo o período de estudo (5 meses). As anotações iniciais (entrada em campo) foram feitas de forma descritiva para

posteriormente abranger com detalhamento as observações, tendo sempre como foco o fenômeno estudado. Vale destacar que, em alguns casos, por questão de praticidade, em determinadas observações o pesquisador realizou a gravação de sua fala e a mesma foi transcrita como anotação do diário de campo.

#### ***8.1.4 Aspectos Éticos***

Quanto ao aspecto ético, o presente trabalho é parte de um projeto “guarda-chuva” intitulado “Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde”. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética da UFMG em maio de 2014 (CAAE- 25780314.4.0000.5149). Além disso, a inclusão da pesquisadora no projeto de pesquisa foi realizada e aprovada (ANEXO II).

Cabe destacar que os voluntários foram informados sobre a importância de sua participação, assegurando-lhes o anonimato e a liberdade de desistir sem nenhuma perda pessoal ou financeira. Quem optou por participar da pesquisa ficou ciente de que os dados obtidos serão apresentados a elas, bem como publicados em veículos de propagação científica sejam eles favoráveis ou não. Após todos os esclarecimentos, o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A metodologia proposta para a realização da coleta de dados não ofereceu nenhum tipo de risco direto ao sujeito da pesquisa, uma vez que não se utilizou nenhum tipo de instrumento que pudesse causar dor ou dano físico e nenhum tipo de atividade que comprometesse a integridade física dos participantes. Pode ser entendido que alguma participante não se sintia à vontade de responder alguma questão ou utilizar o gravador de voz. Contudo, vale destacar que não houve a necessidade de desligar o gravador de voz bem como pular alguma pergunta, já que as participantes não manifestaram e nem relataram constrangimentos sobre os assuntos abordados.

### ***8.1.5 Rigor da pesquisa qualitativa***

Para garantir o rigor e qualidade de uma pesquisa qualitativa, quatro aspectos foram utilizados. O primeiro deles denomina-se **credibilidade**, que seria a veracidade daquilo que está sendo pesquisado (o que foi concluído pelo pesquisador é verdade?) (NAGEL, 2014). Para garantir esse critério, o presente estudo procurou seguir e descrever criteriosamente a metodologia e métodos utilizados (realizou triangulação de métodos), bem como tentou ao máximo utilizar das vozes (fala) que surgiram ao longo da condução da pesquisa, aumentando, assim, a credibilidade de que os resultados obtidos são reais.

O segundo aspecto do rigor metodológico, que está diretamente ligado à credibilidade, denomina-se **confiabilidade**. Esse, por sua vez, reflete o quão confiável os resultados são (NAGEL, 2014). Para garanti-lo foi necessária a obtenção da saturação das informações, além da manutenção de todas as notas e registros gerados pela pesquisa.

Quando se fala em **confirmabilidade**, faz-se referência ao fato dos dados e interpretações do estudo, representarem as informações/experiências fornecidas pelos participantes (NAGEL, 2014). Para que o estudo em questão aumentasse esse aspecto do rigor metodológico, ao interpretar ou supor compreensão de um fato, houve a confirmação com o entrevistado sobre as conclusões feitas, a fim de saber a veracidade das minhas interpretações em relação às informações dos participantes. Essa etapa foi feita por meio de narrativas que será melhor explicado adiante. Além disso, foi realizada análise colaborativa dos dados por meio de reuniões com pesquisadoras parceiras a fim de auxiliar na análise temática.

Quando se realiza uma pesquisa qualitativa, não se diz e nem se pensa em generalização dos resultados e sim e **transferabilidade**. Esse aspecto do rigor metodológico seria a capacidade dos resultados poderem ser transferidos ou utilizados em outros cenários e contextos semelhantes (NAGEL, 2014). Para assegurar esse critério houve a permanência em campo o máximo de tempo possível permitindo a contextualização do cenário e envolvimento com o fenômeno estudado. Além disso, a escolha de exposição dos resultados, por meio de narrativas, favorece esse aspecto do rigor, já que se torna mais fácil a visualização dos contextos vividos, bem como a transposição da vivência do leitor ao que está sendo exposto.

### ***8.1.6 Análise e interpretação dos dados***

Os dados reunidos das entrevistas e registros em diários de campo foram transcritos integralmente e transferidos para análise no software NVIVO® (versão 11) e constituíram o corpus de análise.

Vale destacar que para organização dos resultados das entrevistas foram identificados os temas que compõe a comunicação, o que possibilita evidenciar todos os estímulos que o sujeito é submetido (MINAYO, 2012). As observações e as entrevistas informais, convertidas em diário de campo foram lidas repetidas vezes, a fim de 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 expostos em unidades temáticas.

Para Max van Manen (1990) a pesquisa fenomenológica hermenêutica pode ser vista como uma interação dinâmica entre seis atividades de pesquisa para, assim, se identificar e explicar os temas. O presente estudo procurou seguir todas as etapas descritas por Max van Manen: (1) voltando-se para o fenômeno que nos interessa e nos compromete com o mundo; (2) investigando experiência tal como ela é vivida, em vez de como nós conceituamos; (3) refletindo sobre os temas essenciais que caracterizam o fenômeno; (4) descrevendo o fenômeno através da arte de escrever e reescrever; (5) manutenção de uma forte e orientada relação pedagógica com o fenômeno e (6) equilibrando o contexto de pesquisa, considerando o todo e suas partes.

Vale destacar que as experiências vividas por meio do corpo, das relações interpessoais em um determinado tempo e espaço podem desenvolver um arcabouço no qual pesquisadores poderiam descrever e interpretar a experiências humanas (MAX VAN MANEN, 1990). Sendo assim, para descrição/interpretação do fenômeno em questão, os discursos e todo material produzido, foram estudados com base em quatro aspectos, denominados categorias existenciais, que são: o espaço vivenciado, o tempo vivenciado, a corporeidade vivenciada e os relacionamentos interpessoais vivenciados.

Assim, divido o processo de coleta de dados em duas fases: a primeira em que foram realizadas entrevistas com 6 mulheres em tratamento de câncer de mama em acompanhamento farmacoterapêutico, e a segunda em que houve o retorno a elas com os dados coletados em formato de narrativas. Nesse segundo momento houve o

esclarecimento de alguns pontos que exigiam aprofundamento, bem como a validação das narrativas contendo as categorias elencadas.

Assim sendo, para a realização da análise temática seguiu-se os processos descritos por Max Van Manen (2014). Logo, procurou-se realizar primeiramente uma leitura holística de todo conteúdo transcrito tentando formular uma questão que abrangesse o significado capturado do texto. Para facilitar esse processo foram elaborados fragmentos constituintes de possíveis significados da vivência, utilizando as próprias falas das colaboradoras, a fim de facilitar a visualização dos temas e obter uma descrição da experiência vivida de forma mais uniforme (VAN MANEN, 2014).

Os fragmentos foram agrupados para construção de uma narrativa que representava um tema que emergiu nas falas das participantes. Essas narrativas foram posteriormente apresentadas às participantes para validação. Esse segundo momento foi necessário para que elas confirmassem as informações extraídas das entrevistas, validassem a interpretação da pesquisadora, e esclarecessem alguns pontos que precisavam de maior aprofundamento.

Após esse segundo momento seguiu-se a análise com leitura holística, seletiva e detalhada da narrativa com o complemento de alguns pontos. Na leitura holística volta-se para o texto como um todo e procura-se elaborar uma frase que expressasse o significado da experiência. Na leitura seletiva procedeu-se a escuta da entrevista e a leitura da narrativa repetidas vezes, sempre questionando: qual afirmação ou frase captura o que é considerado particularmente essencial ou revelador sobre o significado fenomenológico ou o significado principal do texto como um todo? Na leitura detalhada, o olhar se volta a cada sentença e cada uma é questionada: o que essa frase ou sentença pode revelar sobre o fenômeno ou experiência que está sendo descrito? (VAN MANEN, 2014).

Para elucidar esse processo, destacamos como exemplo a fala de umas das participantes sobre a primeira consulta com a farmacêutica:

*“Lembro que ela me deixou tranquila na consulta, gostei, me senti bem, ela conversou comigo, me tratou com carinho, me explicou tudo, falou o porquê estava ali. O jeito que ela conversa comigo me deixa à vontade, não me sinto travada igual fico com médico, lá a gente brinca, a conversa flui, temos liberdade uma com a outra de conversar. Foi nesse dia que ela me pediu exame de sangue, glicose, esses trem tudo. Nesse dia ela me pediu 5 exames e todo mês eu passo por ela. Eu acho isso bom porque eu fiquei muito tempo sem fazer exame e quando eu terminei a radio aí que eles me pediram todo tipo de exame, depois não me pediram mais. Por você já ter tido câncer eles*

*deviam ser mais cautelosos, deviam pedir mais exames, porque o câncer é traiçoeiro, ao mesmo tempo que ele está aqui ele aparece ali. Isso me deixava muito ansiosa”. (RSO)*

Considerando esse trecho como um texto completo e procedendo a análise, após leitura holística uma possível frase que aborda o tema da descrição dessa experiência pode ser: quando uma mulher com câncer de mama é consultada pela farmacêutica sua preocupação se volta para aspectos subjetivos envolvidos da relação paciente/profissional e aspectos objetivos relacionados ao câncer.

Na leitura seletiva uma frase essencial do significado do fenômeno pode ser revelada questionando duas sentenças: porque a experiência que ela teve com o atendimento com a farmacêutica é diferente de outros profissionais? Uma possível resposta seria: “ela conversa comigo me deixa à vontade, não me sinto travada”. E ainda se questiona: o que a deixa ansiosa? E a resposta pode ser: “*por você já ter tido câncer eles deviam ser mais cautelosos, deviam pedir mais exames **assim como a farmacêutica fez e faz todo mês, ela me acompanha***”.

A leitura detalhada se procede fazendo questionamentos em cada sentença. Por exemplo: na frase “*lembro que ela me deixou tranquila na consulta, gostei, me senti bem, ela conversou comigo, me tratou com carinho, me explicou tudo, falou o porquê estava ali*”, questiono: o que essa sentença fala sobre a experiência dessas mulheres com o GTM? Uma possível resposta para essa questão seria: a experiência com o GTM envolve diálogo.

Dessa forma, em decorrência desse processo, os temas foram evidenciados de forma que compreendessem o significado da experiência vivida por mulheres com câncer de mama em um serviço de GTM.

## **8.2 A escrita e exposição dos temas**

Após uma exaustiva análise para compreensão da estrutura essencial da experiência vivida das mulheres com câncer de mama no atendimento do GTM, os temas foram organizados a partir das narrativas e das falas que expressaram os significados atribuídos ao fenômeno estudado. Durante o processo de coleta de dados e, principalmente, após o segundo encontro com as colaboradoras das entrevistas em que de fato consegui agradecê-las pela disponibilidade e boa vontade de contar suas histórias e

experiências, me questioneei sobre a forma como iria prosseguir com a exposição dos resultados.

Essa preocupação se baseava na necessidade de ser fiel às experiências vividas por essas mulheres, já que durante a análise inicial dos dados, foi possível observar que as formas pelas quais as participantes descreveram suas experiências eram muito fortes e ricas. Não me agradava a ideia de expor essa experiência em fragmentos isolados e desconexos da história da pessoa que vivenciou a experiência. Acredito que se fosse seguida a forma tradicional de texto qualitativo, iria correr o risco de não distribuir adequadamente os devidos significados do processo analisado e acabaria atribuindo mais importância a minha própria interpretação do que às vivências e vozes dessas mulheres.

A pretensão foi então apresentar ao leitor uma forma de escrita que ele pudesse visualizar a experiência, tornando aquilo que foi vivido pelas mulheres algo palpável e melhor representado. O objetivo foi de que o leitor testemunhasse a transformação e a humanidade dessas mulheres guerreiras diante de um diagnóstico e tratamento de câncer de mama. Para tanto optou-se por expor os temas em forma de narrativa a fim de criar situações e sentimentos reais, permitindo que os leitores se vejam nos dramas vividos por essas mulheres e que de fato o processo de transferibilidade fosse configurado.

Fenomenólogos interpretativos podem usar uma variedade de técnicas para transmitir descobertas, como o uso da metáfora, a produção de arte, ou a criação de uma interpretação dramática da experiência. Como foi feito por Kooken, Haase e Russell (2007) que por meio de poemas apresentaram seus resultados referentes à experiência de mulheres afro-americanas sobreviventes ao câncer de mama.

O uso de narrativas já é defendido por alguns autores, não como forma da arte sobressair à escrita científica tradicional, mas como a narrativa sendo vista como alternativa, como uma prática produtiva e reveladora (BANKS, 2008). Uma escrita evocativa “é uma forma de equilibrar a visão isolada da investigação científica com a reação emocional ao conteúdo” (KOOKEN; HAASE; RUSSELL, 2007). Essa escrita evocativa oferece ao leitor uma forma mais fácil de ouvir e compreender as experiências.

Essa forma de exposição dos resultados como parte de uma pesquisa científica é denominada “Pesquisa baseada em artes” que pode ser definida como:

*Um tipo de investigação de orientação qualitativa que utiliza procedimentos artísticos, sejam estes literários, cênicos, visuais ou performativos, para dar conta de práticas de experiências nas que tanto os diferentes sujeitos (pesquisador, leitor, colaborador) como as interpretações sobre suas*

*experiências revelem aspectos que não são visíveis em outro tipo de investigação (OLIVEIRA; CHARREU, 2016, p.372).*

Esta “nova espécie” de método qualitativo oferece aos pesquisadores alternativas aos métodos tradicionais que podem falhar em representar questões específicas que se deseja estudar ou até mesmo falhar em alcançar essas questões (LEAVY, 2008).

*O que a arte procura não é a descoberta das leis da natureza sobre a qual se podem dar declarações ou explicações verdadeiras, mas sim a criação de imagens que as pessoas poderão atribuir significados e das quais suas visões falíveis de mundo podem ser alteradas, rejeitadas ou tornadas mais seguras. A verdade implica singularidade e monopólio. O significado implica relativismo e diversidade (EISNER, 1981, p. 9, tradução nossa).*

No trabalho de Campos e Furtado (2008) os autores abordam, por meio de uma revisão, diversos papéis da narrativa na pesquisa qualitativa em saúde, fazendo um convite para o desenvolvimento de uma modalidade diferente de pesquisa. Assim, a escolha da produção de narrativas, bem como a exposição delas nos resultados mostrou-se uma estratégia conveniente que almejou provocar o leitor, sendo fiel às vozes das participantes, envolvendo-as em suas próprias histórias ao realizar a retomada da narrativa. Objetivou-se, então, utilizar as narrativas como ferramentas metodológicas “para pesquisarmos as mediações entre o que se diz e o que se faz (discurso e ação). Entre eventos ocasionais e questões mais estruturadas. Entre os sujeitos individuais e os coletivos” (CAMPOS; FURTADO, 2008).

Nesse sentido, sempre que possível, as palavras das narrativas foram as mesmas usadas pelas participantes ao descreverem suas experiências. As palavras das participantes foram combinadas para criar uma única narrativa de experiências que abrange vários subtemas encontrados. Palavras da própria pesquisadora foram usadas para preencher lacunas poéticas e por meio de ferramentas de escrita ficcional foram elaboradas as narrativas (CAULLEY, 2008).

Dessa forma, para apresentação dos temas, foram trabalhadas as narrativas de todas as mulheres na figura de uma personagem fictícia nomeada aqui como Vanessa, que representa as experiências das vivências com o serviço de GTM no percurso de tratamento do câncer de mama. Este nome, predominantemente feminino, carrega consigo a simbologia de um lindo inseto, a borboleta, que representa a transformação e a renovação, fato este muito marcante nas mulheres a partir de um diagnóstico de câncer de mama.

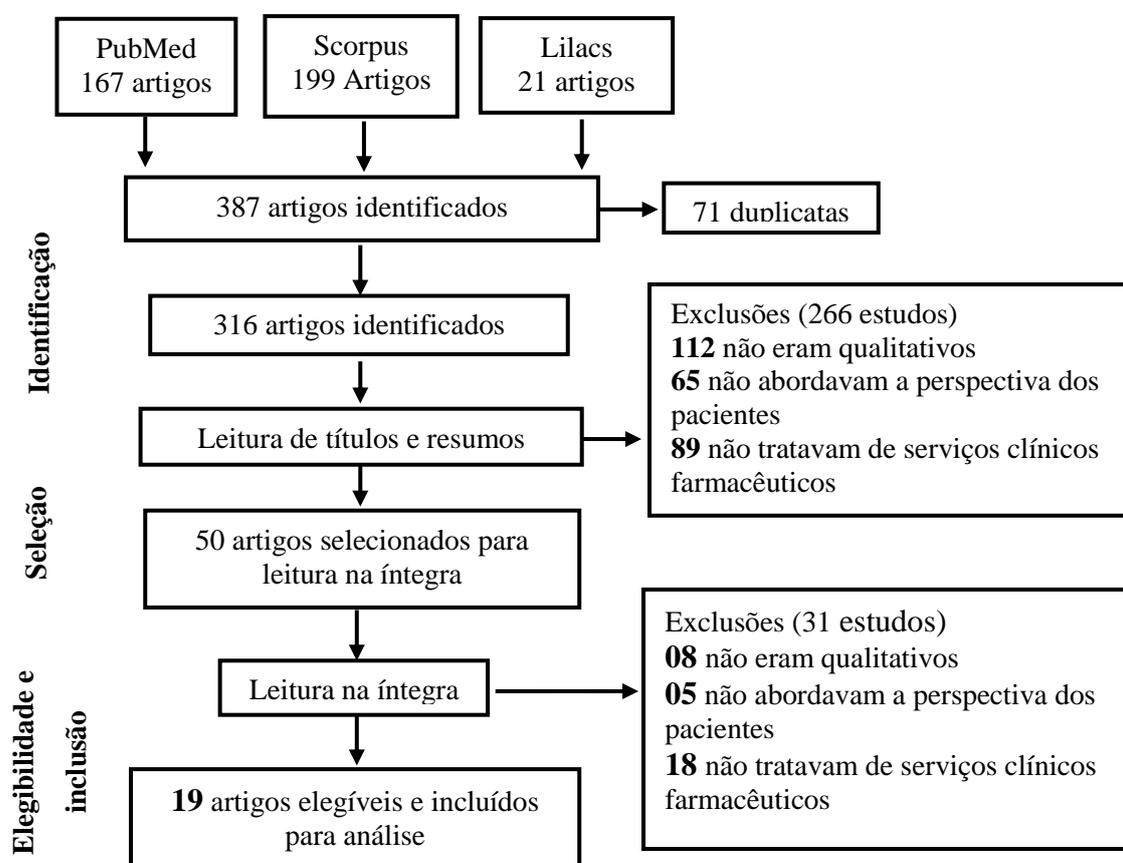
*Esforçamo-nos por transformar as nossas experiências numa forma utilizável onde as outras pessoas possam ver-se retratadas de modo a explorarem, elas próprias, as suas dúvidas e certezas inconstantes. Observamos o que criámos com a ajuda dos outros, não com o intuito primário de encontrarmos lacunas e imperfeições, mas para comungarmos o surgimento de outras possíveis interpretações da experiência humana (RIBEIRO, 2011, p.8).*

## **9. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Assim como ocorreu na metodologia, os resultados e a discussão são apresentadas em blocos. Primeiramente serão expostos os resultados e a discussão da revisão integrativa para, em seguida serem apresentados os resultados e a discussão do estudo fenomenológico.

## 9.1 Resultados Revisão Integrativa: A experiência de pacientes com serviço clínico farmacêutico

Na primeira fase de seleção, foram identificados 387 artigos potencialmente elegíveis. Após análise por meio do uso do software gerenciador de referências e de arquivos denominado Mendeley®, verificou-se que 71 artigos estavam duplicados. Dessa forma, realizou-se a leitura de 316 títulos e resumos, dentre os quais, 50 foram selecionados para leitura na íntegra e desses 19 foram elegíveis e incluídos para a análise. A Figura 2 demonstra o passo a passo do processo de seleção.



**Figura 2 -Fluxograma de seleção dos artigos de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão.**

Os estudos elegíveis foram nomeados com a letra “E” seguido do número de leitura (E1, E2, ...E19). Para ordenar os artigos, optou-se por agrupá-los conforme o serviço clínico, a fim de mostrar possíveis semelhanças entre os tipos de serviços (E1-E6 Revisão de Medicamentos, E7-E13 Manejo de Doenças, E14 – E16 Prescrição Suplementar E17 – E19 Atenção Farmacêutica). Apenas 3 artigos empregaram os

pressupostos metodológicos da Atenção Farmacêutica (E17, E18, E19). Predominou-se as metodologias de Revisão de Medicamentos e Manejo de doenças nos serviços clínicos expostos pelos estudos encontrados.

Os estudos que abordaram Revisão de Medicamentos dizem respeito aos serviços cujo o foco foi a adesão e orientações aos pacientes em uso de polifarmácia, sendo limitado a um encontro inicial e/ou sempre que algum medicamento era adicionado a prescrição, sem um acompanhamento periódico. Já os estudos que abordavam serviços de Manejo de Doenças, executavam ações de orientação exclusivas de especialidades médicas, ou seja, grupo de pessoas com patologia específicas recebiam orientações diversas quanto ao seu problema de saúde a fim de atingir algum objetivo específico como uso adequado de dispositivo e medicação para asma, perda e controle de peso, adesão, bem com autocuidado em insuficiência cardíaca e minimizar desperdícios, uso racional e adesão à anticoagulantes. Os estudos que se referiram à Prescrição Suplementar implicam na prescrição farmacêutica independente, que permite o gerenciamento de condições diagnosticadas e não diagnosticadas, prescrevendo qualquer medicamento licenciado dentro da competência de cada profissional (especialidade), sem necessidade de colaboração médica formal. Por fim, os estudos que retrataram serviços de Atenção Farmacêutica dizem respeito ao seguimento farmacoterapêutico com classificação de PRM e acompanhamento de resultados.

Os principais dados de cada estudo incluído foram extraídos (autores, título, país, ano, periódico, objetivos, metodologia/método, serviço clínico avaliado e número de participantes). Com esses dados foi confeccionada a Tabela 2. Nessa tabela observa-se que 7 (E2, E3, E7, E8, E9, E10 e E11) foram conduzidos na Austrália, 9 no Reino Unido (E1, E4, E5, E6, E12, E13, E14, E15 e E16), 2 nos Estados Unidos da América (E17 e E18) e 1 na Espanha (E19). Nenhum estudo encontrado foi conduzido no Brasil. A faixa de ano de publicação compreende 2000 até 2015. Os periódicos que publicaram com maior frequência foram *International Journal of Pharmacy Practice* (E1, E9 e E16) e *International Journal of Clinical Pharmacy* (E6, E11 e E12). Em relação ao método de coleta de dados utilizado, predominaram as entrevistas semiestruturadas e sem especificação da metodologia qualitativa utilizada.

**Tabela 2 - Estudos incluídos e suas principais características**

Autores	Título	País	Ano	Periódico	Objetivos	Metodologia/ Método	Serviço Clínico Farmacêutico autointitulado	Amostra (n°)
E1	Nathan, A., <i>et al.</i>	Inglaterra Reino Unido	2000	International Journal of Pharmacy Practice	Explorar e descrever pontos de vista de pacientes sobre o valor de um serviço de revisão de medicamentos	Teoria fundamentada/ entrevistas	Brown bag medication review	20 pacientes que participaram de um serviço de revisão de medicamentos
E2	Ahn, Julie <i>et al.</i>	Austrália	2015	Home Medicines Review	Compreender qual o entendimento, as expectativas e as percepções de benefício e dificuldades encontradas por pacientes que experienciam um serviço de revisão domiciliar de medicamentos	Qualitativa/ Entrevistas semiestruturadas analisadas por meio de análise temática	Home Medicine Review	15 pacientes que participaram do serviço. Homens e mulheres adultos com alta e média escolaridade
E3	Swain, L. S., Barclay, L.	Austrália	2015	Rural and Remote Health	Explorar a perspectiva dos Aborígenes e dos Nativos do Estreito de Torres no programa de revisão domiciliar de medicamentos, a fim de promover uma melhora no acesso a esse serviço	Qualitativa/ Grupo focal	Home Medicines Review	102 pacientes Aborígenes e Nativos do Estreito de Torres (23 usuários do programa e 79 não usuários)
E4	Latif, A., Boardman, H. F., Pollock, K.	Reino Unido	2013	Research in Social and Administrative Pharmacy	Relatar a perspectiva do paciente com o serviço de revisão de medicamentos.	Etnografia/ entrevista e observação	Medicines Use Review	54 pacientes participantes do serviço (desses 34 foram entrevistados)

**Tabela 2 - Estudos incluídos e suas principais características - Continuação**

E5	Latif, A., Pollock, K., Boardman, H. F.	Medicines use reviews: a potential resource or lost opportunity for general practice?	Reino Unido	2013	BMC Family Practice	Investigar a perspectiva do paciente sobre o serviço de revisão de medicamentos e examinar o escopo para uma colaboração médico/farmacêutico mais eficaz	Etnografia/ entrevista e observação	Medicines Use Review	54 pacientes participantes do serviço (desse 34 foram entrevistados) e 5 farmacêuticos
E6	van den Berg, M. Donyai, P.	A conceptual framework of patient satisfaction with a pharmacy adherence service	Reino Unido	2014	International Journal of Clinical Pharmacy	Desenvolver uma estrutura conceitual específica para a satisfação do paciente com o serviço de revisão de medicamentos como uma ferramenta da farmácia cognitiva focada na adesão, com base em critérios utilizados pelos próprios pacientes.	Qualitativa/ Entrevista semiestruturada e observação não participante	Medicines Use Review	15 pacientes que receberam o serviço
E7	Bereznicki, B. <i>et al.</i>	Perceived feasibility of a community pharmacy-based asthma intervention: a qualitative follow-up study	Austrália	2011	Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics	Explorar as opiniões e experiências de clínicos gerais, farmacêuticos comunitários e pacientes sobre uma farmácia comunitária com base no programa de intervenção para asmáticos, a fim de determinar alterações que possam ser necessárias para a implementação do serviço em escala nacional.	Fenomenologia/ Entrevista em profundidade	Community pharmacy-based asthma intervention	10 pacientes asmáticos participantes de um grupo de intervenção, maioria mulher com mais de 50 anos
E8	Panvelkar, P. N., Armour, C., Saini, B.	Community Pharmacy-Based Asthma Services—What Do Patients Prefer?	Austrália	2010	Journal of Asthma	Explorar as preferências do paciente pelos serviços de manejo de asma prestados por farmacêuticos comunitários, comparar as preferências entre pacientes que tiveram um serviço especializado em asma em uma farmácia comunitária com aqueles que não tiveram e identificar os aspectos importantes do serviço oferecido	Qualitativa/ entrevistas em profundidade semiestruturadas	Community pharmacy-based asthma services	10 pacientes que não passaram pelo serviço e 8 que experienciaram o serviço de manejo da asma

**Tabela 2 - Estudos incluídos e suas principais características - Continuação**

E9	Naik-Panvelkar, P. <i>et al.</i>	A pharmacy asthma service achieves a change in patient responses from increased awareness to taking responsibility for their asthma	Austrália	2015	International Journal of Pharmacy Practice	Explorar a experiência e a acessibilidade de pacientes com o serviço farmacêutico de manejo da asma.	Qualitativa/grupo focal e entrevistas com roteiros semiestruturados (podendo elas serem telefônicas)	Pharmacy-based asthma care service	37 pacientes participante do serviço farmacêutico de manejo da asma
E10	Saini, B <i>et al.</i>	Asthma disease management—Australian pharmacists' interventions improve patients' asthma knowledge and this is sustained	Austrália	2011	Patient Education and Counseling	Avaliar qualquer melhoria no conhecimento de pacientes asmáticos após um programa de educação sob medida ministrado por farmacêuticos com 3 a 4 encontros e medir a sustentabilidade de quaisquer melhorias. Verificar as percepções dos pacientes sobre qualquer mudança no seu conhecimento.	Qualitativa/entrevista e grupo focal	Pharmacy-based asthma care service	37 pacientes com asma que foram acompanhados pelo serviço
E11	Um, I. S. <i>et al.</i>	Developing and testing evidence-based weight management in Australian pharmacies: A Healthier Life Program	Austrália	2015	International Journal of Clinical Pharmacy	Desenvolver e avaliar um serviço de controle de peso não centrado no produto realizado por farmácias comunitárias na Austrália, bem como avaliar a satisfação dos consumidores com o programa e determinar a sua disponibilidade para pagar.	Quanti-quali/Entrevistas semiestruturadas	Pharmacy-based weight management service	26 pacientes participantes do programa de perda de peso.
E12	Lowrie, R., <i>et al.</i>	Experiences of a community pharmacy service to support adherence and self-management in chronic heart failure	Reino Unido	2014	International Journal of Clinical Pharmacy	Explorar a visão dos pacientes e farmacêuticos em um serviço de farmácia comunitária que visa o controle de insuficiência cardíaca.	Qualitativa/grupo focal e entrevistas telefônicas com roteiros semiestruturados	Community pharmacy based Heart Failure service	10 farmacêuticos e 64 pacientes que receberam o serviço.

**Tabela 2 - Estudos incluídos e suas principais características - Continuação**

E13	Morecroft, C. W. <i>et al.</i>	Inpatients' expectations and experiences of hospital pharmacy services: qualitative study	Reino Unido	2013	Health Expectations	Explorar as expectativas e experiências dos pacientes com um serviço de farmácia hospitalar.	Qualitativa/entrevista semiestruturada	Hospital-based pharmacy services	74 pacientes internados em um hospital que experienciaram um serviço de farmácia clínica
E14	McCann, L. M. <i>et al.</i>	A patient perspective of pharmacist prescribing: 'crossing the specialisms-crossing the illnesses'	Reino Unido	2012	Health Expectations	Explorar visões e percepções de pacientes sobre o papel dos farmacêuticos na prescrição	Qualitativo/Grupo focal	Non-medical prescribing	34 pacientes atendidos por farmacêuticos prescritores nos cenários de hipertensão e hipercolesterolêmia ou manejo cardiovascular e diabetes ou em um atendimento secundário de anticoagulação
E15	Hobson, R.J., Scott, J., Sutton, J.	Pharmacists and nurses as independent prescribers: exploring the patient's perspective	Reino Unido	2010	Family Practice	Explorar as opiniões dos pacientes sobre o desenvolvimento da prescrição feita por farmacêuticos e enfermeiros	Fenomenologia/Entrevista semiestruturada	Non-medical prescribing	18 pacientes da atenção primária e secundária
E16	Stewart, D. C. <i>et al.</i>	Views of pharmacist prescribers, doctors and patients on pharmacist prescribing implementation	Reino Unido Escócia	2009	International Journal of Pharmacy Practice	Explorar as perspectivas do farmacêutico complementar, do médico e dos pacientes sobre a prescrição farmacêutica.	Qualitativa/entrevista e vídeo	Pharmacist supplementary prescribers	18 pacientes pertencentes ao serviço de prescrição na área de reumatologia/dor, pneumologista, cardiologia e diabetes.



A fim de se ter uma melhor visualização dos temas abordados em cada estudo, optou-se por montar uma tabela (Tabela 3) em que é possível verificar os temas e subtemas mais importantes e os mais frequentes entre os estudos. Dessa forma, merece destaque os temas “Eu após o serviço” e a “Confiança estabelecida e os benefícios vistos” em que apresentam os subtemas mais citados nas publicações. Dois subtemas merecem destaque por serem frequentemente citados (estão fora dos temas mais citados): “Profissional não responsável pelo cuidado”, “Má explicação sobre o serviço oferecido”.

Mais uma vez optou-se por separar, agora por cores, os estudos conforme o tipo de serviço clínico que foi avaliado em cada estudo, a fim de destacar possíveis padrões pertencentes à cada tipo de serviço e facilitar a visualização. Com base nisso, a cor verde faz referência aos estudos E1-E6 de Revisão de Medicamentos, a cor rosa claro se refere aos estudos E7-E13 de Manejo de Doenças, a cor bege aos estudos E14 – E16 de Prescrição Suplementar e a cor amarela aos estudos E17 – E19 de Atenção Farmacêutica.

Merece destaque a grande frequência de subtemas relacionados as barreiras em relação aos serviços de Revisão de Medicamentos. Além disso, todos os três estudos (E17-19) em que envolveram serviço de Atenção Farmacêutica houve a presença dos subtemas “farmacêutico com conhecimento técnico capaz de realizar gestão de medicamentos”, “conhecimento/tempo ofertado e boas relações estabelecidas” e “falta informação/resolução durante a consulta médica”.

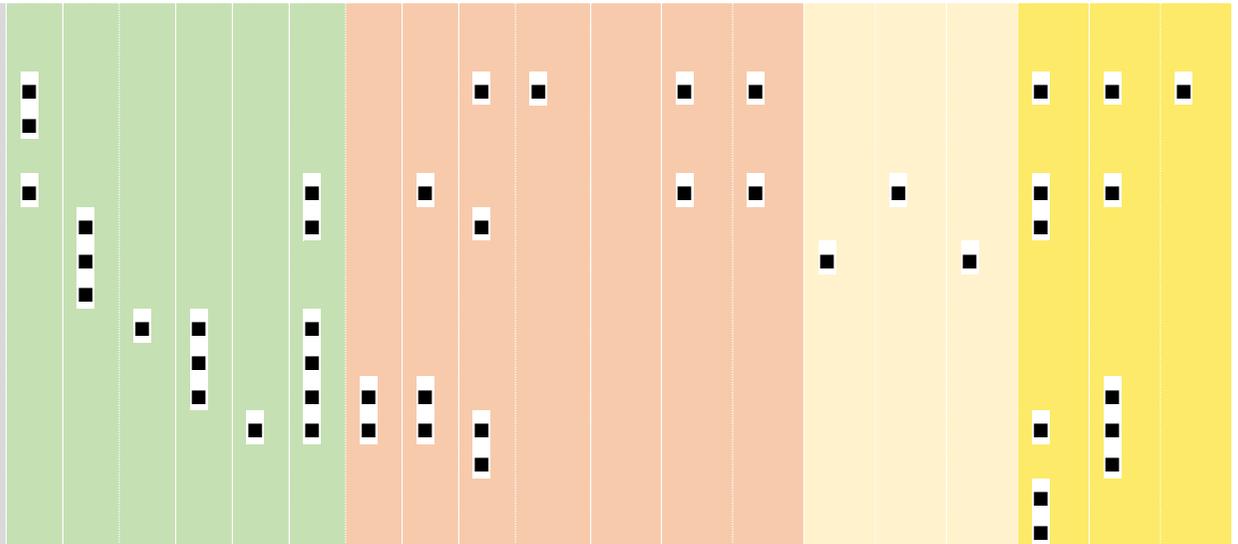
**Tabela 3 - Principais temas abordados conforme estudos incluídos**

Temas Subtemas	Estudos																		
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19
<b>Papel do farmacêutico para a sociedade</b>																			
Profissional não responsável pela farmacoterapia.	■			■	■	■							■						
Profissional não responsável pelo cuidado	■			■	■		■	■					■		■				
Sem conhecimentos para prescrever															■				
O farmacêutico clínico como conhecedor de doenças, de medicamentos e tratamentos não farmacológicos																		■	
<b>Expectativa com o serviço</b>																			
Foco no medicamento		■																	
Nenhum conhecimento sobre a atividade clínica do farmacêutico				■			■						■	■					
<b>Eu após o serviço</b>																			
Autoconfiança como resultado do conhecimento adquirido (Saber que estou fazendo a coisa certa)	■	■			■	■		■	■	■			■				■	■	
Melhor compreensão do que eu estou utilizando (o que eu utilizo, para que serve, quais os efeitos benéficos e indesejáveis, porque é importante utilizar).	■	■		■	■	■		■	■			■	■			■	■	■	
Tomando conhecimento e controle de minha doença	■	■			■		■	■	■	■		■	■	■			■	■	
Mais confiança em conversar com o médico												■						■	■
<b>A confiança estabelecida e os benefícios vistos</b>																			
Ter alguém que se importa comigo, olha para os meus medicamentos e conversa comigo, que me acompanha	■			■		■			■			■		■		■	■	■	
Farmacêutico com conhecimento técnico capaz de realizar gestão de medicamentos	■	■		■		■			■			■	■	■	■		■	■	■
Conhecimento/tempo ofertado e boas relações estabelecidas	■					■	■		■	■	■	■	■	■	■		■	■	■
Espaço adequado, privacidade e fácil acesso						■													
“Lealdade” a farmácia que oferece o serviço								■											
Relações farmacêutico/paciente fácil/casual											■	■							



**Necessidade/Procura/Aceitabilidade em relação ao serviço e sua permanência**

- Falta informação/resolução durante a consulta médica.
- Reforçar e reciclar os conhecimentos ao longo dos encontros (veem necessidade de continuar com o serviço).
- Fácil acesso e tempo disponível oferecido pelo farmacêutico
- Resolução de problema relacionados ao medicamento
- Encaminhamento do médico
- Boa experiência refletindo na indicação do serviço
- Profissional com conhecimento amplo
- Cordialidade para com o farmacêutico
- Confiança e bom relacionamento com o profissional
- Oportunidade de adquirir conhecimento
- Necessidade social
- Prevenção de agravamento da doença
- Incentivo monetário inicial



Legenda das cores x tipo de serviço clínico

Revisão de Medicamentos	
Manejo de Doenças	
Prescrição Suplementar	
Atenção Farmacêutica	

Com base nos dados obtidos na Tabela 3, foi possível, elaborando a Tabela 4, representar os temas e subtemas mais frequentes e as narrativas correspondentes.

**Tabela 4 – Temas e subtemas mais frequentes e narrativas correspondentes nos diferentes serviços**

Temas e subtemas mais frequentes e estudos encontrados	Narrativas dos pacientes (estudos)
<p><b>Papel do farmacêutico para a sociedade</b>            Profissional não responsável pela farmacoterapia.            E1, E4, E5, E6 e E13</p>	<p>"Não, eu nunca teria pensado em perguntar. Mesmo sobre a medicação que estava me dando uma erupção cutânea, eu nunca perguntei, eu pensei que era apenas normal." E1            "Não muito, frequentemente costumava entrar e pedir-lhe pequenas coisas, mas não gostava de perguntar sobre medicamentos (...)." E1            "[Se eu tivesse um efeito colateral com a medicação] eu iria ao médico. Eu não perguntaria isso para o farmacêutico..." E4            "Eu pensei 'para que ela [a farmacêutica] quer fazer isso [conferir minhas medicações]?" E6</p>
<p>Profissional não responsável pelo cuidado.            E1, E4, E5, E7, E8, E13 e E15</p>	<p>"O médico, realmente. Ele sabe, ele é o único que sabe suas queixas, e ele sabe tudo sobre você e ele tem o nosso histórico." E1            "Não, se eu tiver quaisquer perguntas em tudo eu pediria ao médico." E1            "Não, nunca fazemos isso porque colocamos nossa confiança no médico." E1            "Se eu precisasse de algum conselho eu iria até os médicos." E7            "Eu só espero que eles [farmacêuticos] dispensem sua medicação para você, quando você estiver precisando toma-las, sabe? Ele está lá para isso." E13            "O médico sabe muito mais sobre você, geralmente, olhando para você, sentindo o seu pulso, a temperatura e pode saber um pouco mais sobre o que há de errado com você. O farmacêutico só "oh, parece que você pode ter um problema cardíaco ou qualquer outra coisa." E15</p>
<p><b>Eu após o serviço</b>            Autoconfiança como resultado do conhecimento adquirido (Saber que estou fazendo a coisa certa).            E1, E2, E5, E6, E8, E9, E10, E13, E17 e E18</p>	<p>"Antes eu não sabia o que eu estava tomando. Não perguntava por que eu estava tomando e para que serve. Agora eu tenho o conhecimento. Estou bem ciente do que estou usando e não é mais uma aposta." E2            "Meu Deus, eu estou fazendo algo certo de uma vez por todas ... Eu me sinto ótimo." E2            "Isso me deu alguma paz de espírito, saber que eu estava fazendo tudo certo." E2</p>

	<p>“Acho que dá mais confiança, me faz, me dá mais confiança para pensar que estou fazendo a coisa certa e tomar o remédio certo.” E5</p> <p>"O acompanhamento me torna mais confiante na minha capacidade de controlar a diabetes." E17</p>
<p>Melhor compreensão do que eu estou utilizando (o que eu utilizo, para que serve, quais os efeitos benéficos e indesejáveis, porque é importante utilizar).</p> <p>E1, E2, E4, E5, E6, E8, E9, E12, E13, E16, E17 e E18</p>	<p>“Minha principal preocupação era usar os medicamentos... Eu não tinha certeza de como usá-los corretamente e quando usá-los também... Também eu estava confuso quando eu deveria usar cada medicamento que utilizo. Mas desde que eu participei neste serviço, eu sei o que fazer agora.” E8</p> <p>"Bem, com todos os tipos diferentes de medicação você não sabe para que cada um serve. O farmacêutico explica o que eles são e o que eles fazem, sabe ... sobre o meu comprimido o beta-bloqueador e coisas assim.” E12</p> <p>"O farmacêutico explica que o que eu tomo é essencial, que a dosagem é essencial, quando tomá-lo e o que fazer se esquecer. E se eu fizer as coisas certas vou obter um resultado adequado. E o que fazer se as coisas correrem mal. " E12</p> <p>“Eu aprendi a ter cuidado ao tomar quaisquer outros medicamentos junto a medicação para diabetes." E17</p>
<p>Tomando conhecimento e controle de minha doença</p> <p>E1, E2, E5, E7, E8, E9, E10, E12, E13, E14, E17 e E18</p>	<p>"Depois do acompanhamento, comecei a usar outro medicamento para o diabetes, e consegui abaixar meus açúcares no sangue." E2</p> <p>"Bem, fiquei surpreso, sabe? Aprendendo que esse é o nome do que eu tinha de errado. Eu sabia que havia algo errado, mas eu não sabia que era chamado insuficiência cardíaca. Sabe, eu pensei que alguém que tinha insuficiência cardíaca tinha morrido. " E12</p> <p>"O farmacêutico me contou todas as coisas, sobre a falta de ar que sinto ao subir as escadas para o meu quarto e sobre o inchaço dos meus tornozelos. O farmacêutico explicou tudo isso para mim”. E12</p> <p>“Eles [farmacêutico] devem dar conselhos e dizer-me como é e para que servem os comprimidos, o que cada comprimido faz e como isso afeta seu corpo. Igual o remédio de coração, ele explicou que minha pressão arterial tinha caído muito por causa que a dose que eu estava usando era muito alta. Então ele explicou tudo isso.” E13</p> <p>"[O programa] me mostrou que eu poderia controlar o diabetes em vez dela me controlar!." E17</p>
<p><b>A confiança estabelecida e os benefícios vistos</b></p> <p>Ter alguém que se importa comigo, olha para os meus medicamentos e conversa comigo, que me acompanha</p> <p>E1, E4, E6, E9, E12, E14, E16, E17 e E18</p>	<p>"... acho que provavelmente também tem o efeito psicológico aqui. Você pode falar com alguém, você entende? E mesmo se for para você receber uma confirmação do que o médico receitou, é uma grande ajuda. " E12</p>

	<p>“Oh, acho que é muito bom. É difícil dizer, mas primeiro eu acho que eles [farmacêutico] te trazem muito mais perto, sabe? Bem, quero dizer, os médicos, eles são ok, mas de uma forma ou de outra você não pode falar com eles do mesmo jeito que fala com o farmacêutico.” E12</p> <p>“ Isso é o que [o serviço] faz para mim, é você saber que tudo o que você está tomando vai ser verificado em um mês ou 6 semanas ou quando combinarmos.” E14</p>
<p>Farmacêutico com conhecimento técnico capaz de realizar gestão de medicamentos E1, E2, E4, E6, E9, E12, E13, E14, E15, E17, E18 e E19</p>	<p>"Mas se eu tiver alguma dúvida ... eu costumo perguntar ao farmacêutico primeiro e depois ele sugere se eu tenho que ir a um médico ou uma enfermeira ou qualquer outra coisa, sabe." E12</p> <p>“Excelente ideia [farmacêutico prescrever], porque os farmacêuticos entendem de medicamentos, é a sua especialidade. Provavelmente você gostaria que a consulta inicial fosse com o médico para se certificar de que o diagnóstico foi feito direito... se você tem uma condição crônica, algo como pressão arterial elevada .... Eu acho que é aí que o farmacêutico realmente entra para modificar e ajustar a sua medicação para torná-la adequada à você. ” E14</p>
<p>Conhecimento/tempo ofertado e boas relações estabelecidas E1, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E17, E18 e E19</p>	<p>"O médico só falou sobre a minha condição cardíaca e me deu comprimidos e me deixou seguir com isso. Mas, o que o farmacêutico me explicou foi o feedback de todo o resto, o que está acontecendo e quais são as razões para as doses, e quando eles explicam é compreensível." E12</p> <p>"Bem, para ser honesto com você, às vezes, quando eu vou ao médico, há tantas coisas que você quer dizer a ele. Mas, às vezes, eu sinto como se eu estivesse ocupando muito o tempo dele, sabe? Então, quando eu vou ao farmacêutico, posso obter a explicação de tudo." E12</p> <p>“Eu achei muito relaxante. Eu poderia conversar sem problemas com o médico, mas eu me senti mais à vontade com o farmacêutico.” E14</p>
<p><b>Barreiras refletindo na confiança e/ou efetividade do serviço</b> Má explicação sobre o serviço oferecido E2, E4, E13, E14, E15 e E16</p>	<p>“[falaram que o serviço] é para os idosos quando eles não são capazes de cuidar de si mesmos. Mas eu não sou idoso. ” E2</p> <p>“Se eu tivesse uma melhor explicação do serviço, eu poderia ter falado com ela sobre a prednisolona e os efeitos colaterais e se ela teria alguma ideia sobre o que eu poderia fazer.” E4</p> <p>“É difícil, porque você não esperaria falar com um farmacêutico, normalmente você liga o farmacêutico</p>

---

com a dispensação de medicamentos, não é realmente o caso de ver o que é que você precisa, entende? Você pensaria que isso é coisa para o médico.” E13

---

**Necessidade/Procura/Aceitabilidade em relação ao serviço e sua permanência**

Falta informação/resolução durante a consulta médica.

E1, E9, E10, E12, E13, E17, E18, E19

"Seria uma boa ideia, porque um monte de gente toma remédios e você pergunta: Para que serve?, E eles dizem que não sabem porque os médicos, os hospitais nem sempre explicam tudo a nós. O farmacêutico abre os olhos para o funcionamento dos medicamentos e os efeitos dele." E1

"Eu acho que é bom porque o médico não explica isso. Ele só te dá as pílulas e é isso, você sabe o que eu quero dizer? Você está tomando eles e você não sabe nada sobre eles. " E12

“Reconfortante é a palavra que eu usaria. Ela também me ajudou a alcançar ou atingir metas que eu não poderia ter sido capaz de fazer por conta própria ou através de um clínico geral ou outro profissional.” E14

---

Fácil acesso e tempo disponível oferecido pelo farmacêutico

E1, E6, E8, E12, E13, E15, E17 e E18

"Eu acho que os farmacêuticos parecem ter mais tempo para explicar. O médico prescreve um medicamento para uma determinada doença e nem sempre fala sobre ela.” E1

“Os farmacêuticos estão disponíveis durante todo o dia para que você tenha mais condição de superar o seu problema.” E15

---

## 9.2 Discussão

Alguns esclarecimentos tornam-se importantes quando tentamos compreender a percepção de pacientes sobre diferentes serviços clínicos farmacêuticos. O primeiro deles seria sobre o cenário de atuação do farmacêutico. A atividade clínica desse profissional pode ser desenvolvida em hospitais, domicílios, farmácias comunitárias, ambulatórios, entre outros. Para tanto, além de levar em consideração as percepções e bagagens individuais, é importante ter em mente que as peculiaridades de cada cenário interferem também nas percepções.

Além disso, o trabalho desenvolvido não objetivou procurar exclusivamente publicações que utilizasse a metodologia da Atenção Farmacêutica. Essa intenção foi devida a necessidade de se observar parâmetros similares nas diversas formas de se trabalhar a clínica. Dessa forma, as publicações encontradas, não restringiram nem metodologia, nem público e nem cenário, havendo, então, a necessidade de se encontrar uma linha comum que perpassa e vai além dessas distinções.

Tendo isso como base, discute-se, inicialmente, a porta de entrada para um serviço clínico farmacêutico. Faz-se isso, levando em consideração três subtemas, farmacêutico como “Profissional não responsável pela farmacoterapia”, como “Profissional não responsável pelo cuidado” e “Má explicação sobre o serviço oferecido”.

Para tal fim, lança-se mão do trabalho de Schimith e colaboradores (2012) em que os autores objetivaram compreender as relações entre profissionais de saúde e usuários, durante a realização de suas práticas. Nesse estudo os autores afirmam que:

“os usuários dos serviços de saúde buscam profissionais qualificados, comprometidos, preparados para escutá-los e realizar uma comunicação acolhedora, com a valorização dos discursos e que tenha resolutividade para as **suas necessidades.**” [SCHIMITH, *et al.*, 2012, p. 485 grifo nosso].

A partir da palavra em destaque, se os usuários de saúde buscam profissionais com as características citadas e que resolvam suas premências, será que a população vê alguma necessidade que os farmacêuticos possam suprir? Para não correr o risco de fazer suposições, me aproprio de trabalhos como de Freitas (2005), Nathan e colaboradores (2000), Latif, Boardman e Pollock (2013), van den Berg e Donyai (2014), Bereznicki e colaboradores (2011), Panvelkar (2015), Morecroft e colaboradores (2013) e Hobson, Scott e Sutton (2010), que de forma distintas nos dizem que não. A população vê o

farmacêutico como profissional do medicamento, da dispensação, da venda e do comércio, não alguém capaz de realizar um serviço clínico que supra as necessidades dos indivíduos (necessidade essas que parece estar apenas no imaginário desses profissionais).

Pensando no oferecimento de um serviço clínico farmacêutico e tendo o papel desse profissional na sociedade visto como uma barreira, faz-se prioridade haver uma boa explicação da atividade clínica farmacêutica. Isso é necessário para que os indivíduos visualizem o potencial dessa prática para a melhora de sua qualidade de vida e que rompa com a imagem comercial desse profissional.

Uma vez inserido em um serviço clínico farmacêutico existem uma serie de benéficos vistos pelos pacientes, desde melhor compreensão sobre os medicamentos e doença, até autoconfiança e autocontrole sobre o uso de medicamentos como resultado do conhecimento adquirido, como relatado em 15 publicações analisadas (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13, E14, E16, E17 e E18). Mas, para haver esses benefícios precisa-se estabelecer uma relação terapêutica fundamentada em confiança, posto que a mesma é vista como crucial no ambiente de saúde (SCHIMITH *et al.*, 2012).

Gidman, Ward e McGregor (2012) tentaram entender possíveis razões do estabelecimento da confiança da população no médico quando comparado com o farmacêutico. Seus achados indicam que a natureza e o contexto das interações públicas com os médicos fomentaram familiaridade com esse profissional que permitiu o desenvolvimento da confiança interpessoal, além da compreensão do nível de treinamento e do papel desse profissional que alcançou um status na sociedade. Em contrapartida, a exposição dos participantes de sua pesquisa aos farmacêuticos comunitários acabou sendo limitada, fazendo com que a população em estudo não estabelecesse uma relação de confiança, não alterando, assim, a visão delas sobre esses profissionais.

No caso do serviço clínico oferecido pelo farmacêutico, a confiança parece ter um caráter individual, ou seja, não se confia no profissional por conta de um “status” preestabelecido em virtude da profissão que ele exerce, e sim, a confiança se dá naquele indivíduo específico que atende o paciente. Sendo assim, os farmacêuticos que exercem ou pretendem exercer essa atividade não podem contar com uma confiança inata, eles têm que buscar entender os aspectos envolvidos dessa relação, se baseando em atitudes bem vistas pelos pacientes.

Nesse sentido, quando há o reconhecimento dos indivíduos de maneira integral, não focando apenas em aspectos biológicos e sim, considerando valores e crenças individuais, faz com que o estabelecimento de uma relação terapêutica seja favorecido e que as decisões terapêuticas sejam realizadas em conjunto. Os usuários de serviços de saúde reconhecem quando há respeito, atenção, elo de afetividade, confiança e credibilidade (SCHIMITH *et al.*, 2012). Por isso, é possível reconhecer nos discursos dos trabalhos avaliados subtemas como “ter alguém que se importa comigo, olha para os meus medicamentos e conversa comigo, que me acompanha”, já que os farmacêuticos dos serviços desenvolvidos conseguiram estabelecer esse elo de confiança.

Assim, no estudo de Sara S. McMillan e colaboradores (2014) viu-se que a confiança, o respeito mútuo e a sensibilidade oferecida em farmácias comunitárias em que se promovem cuidado centrado no paciente, são importantes atributos que fazem os clientes procurarem uma farmácia e fidelizá-la, ou seja, há a mudança de foco do medicamento para o cuidado ao indivíduo.

Mesmo nesse caso, se pensando em consumidores e não em pacientes, visualiza-se que os aspectos subjetivos envolvidos em uma relação podem sobressair aos aspectos técnicos. Assim como afirma Schimith e colaboradores (2012), algumas pesquisas afirmam que o cuidado não pode estar centrado apenas no elemento técnico, mas principalmente no relacionamento entre o profissional e o usuário.

É claro que dar essa importância aos aspectos subjetivos não significa dizer que o profissional não deve ser capacitado para tal atividade e nem que os aspectos técnicos não são necessários. Muito pelo contrário, o profissional que for exercer a Atenção Farmacêutica deve dominar essa prática. Dizer que o respeito e a sensibilidade são importantes é o mesmo que falar que são atributos que devem ser incorporados a esses profissionais.

Vale destacar que, Kucukarslan e colaboradores (2012) identificaram o forte desejo dos pacientes de estarem envolvidos nas decisões de tratamento. Tendo isso em mente, a eficácia dos serviços de gestão da terapia medicamentosa pode ser melhorada se os farmacêuticos se basearem no desejo das pessoas de participarem das decisões de seus tratamentos. Os autores enfatizam ainda a importância de ajudá-los a compreenderem o papel dos medicamentos, os seus riscos, bem como os resultados esperados no contexto da percepção de doença e estratégias de enfrentamento desejadas.

Para finalizar, três temas merecem destaque: “Fácil acesso e tempo disponível oferecido pelo farmacêutico”, “Falta informação/resolução durante a consulta médica” e “Conhecimento/tempo ofertado e boas relações estabelecidas”. Esses temas apresentam como cerne a palavra tempo que nesse caso é usada como sinônimo de disponibilidade e atenção e estão presentes em 14 (E1, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E17, E18 e E19) das 19 publicações selecionadas.

Nesse sentido, deve-se considerar que a falta de disponibilidade ou tempo dispensado em uma consulta faz com que haja um distanciamento entre profissional e paciente. Esse último, por sua vez, sente, muitas vezes que “está tomando tempo” ou ainda “atrapalhando” o profissional da saúde. Essa falta de oferta de tempo e, de certa forma, atenção ao paciente compromete a resolução de problemas e o estabelecimento de vínculo terapêutico, características essas essenciais para a efetividade de uma consulta (FREITAS, 2005; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2010).

Além disso, uma consulta nesses moldes impede que haja empatia e se baseia em buscas sólidas por sintomas expressos e claros. Quando se disponibiliza pouco tempo para se avaliar determinadas situações do paciente por meio de consultas rápidas e impessoais, vários aspectos são perdidos ou nem consolidados. Dessa forma, consultas breves, além de comprometer o estabelecimento da relação terapêutica, compromete a efetividade da mesma.

*Importante também é considerar que as consultas médicas, principalmente no setor público, obedecem à lógica de metas de produção, o que impossibilita um atendimento integral à saúde dos pacientes. Esta pesquisa demonstrou que, para um olhar e escuta das queixas não faladas dos pacientes, é fundamental um tempo maior na consulta [...]. Ainda que o pouco tempo da consulta possa ser um elemento que dificulte o diagnóstico, devem ser levadas em conta, na escuta, as palavras e queixas do paciente. Elas são como que subtraídas ao que foi trazido para o encontro médico-paciente (PAVÃO, 2013, pag. 277-278).*

### **9.3 Resultados do estudo fenomenológico**

Abaixo estão listados os temas com seus respectivos subtemas que serão posteriormente apresentados por meio de narrativas que os representam.

#### ***O diagnóstico***

Comunicando uma má notícia

Minimizando o impacto do diagnóstico: o papel do familiar

“Porque comigo? ”

Vislumbrando a possibilidade da morte

#### ***A primeira consulta farmacêutica***

Desconhecimento da atividade clínica do farmacêutico: “*eu não tinha ideia do que ela poderia fazer*”

Excesso de confiança na prática médica

O significado da autonomia profissional: “*eu gostei de vê-la pedindo exames*”

Encontrando uma prática farmacêutica holística: “*foi uma pesquisa bem minuciosa*”

Estabelecendo uma relação de confiança

#### ***Experiências com o uso de medicamentos e o serviço de GTM***

Singularidades e subjetividades na rotina de uso de medicamentos

Acompanhamento do uso do medicamento e a validação das experiências das pacientes: o papel do farmacêutico da atenção farmacêutica

Tranquilidade em ter um profissional que avalia os medicamentos

#### ***Rotina e a relação profissional-paciente***

Um novo significado para o consultório

Valorizando as experiências da paciente

O tempo na consulta farmacêutica

Empoderamento e liberdade: a relação terapêutica

## ***A luta segue***

Cuidado centrado na pessoa

Fé/religiosidade

Gratidão

### ***9.3.1 O diagnóstico***

*Me lembro como se fosse hoje de quando recebi o diagnóstico. Tinha tanta coisa para fazer naquele dia, mas quis aproveitar minha ida ao médico para fazer compras com minha filha. Como eu era muito impaciente e detestava esperar, deixei combinado para que meu marido me buscasse o quanto antes. Tinha avisado a ele que não iria demorar, que teria só mais uma consulta de rotina. Enquanto aguardava ser chamada, minha filha, que me acompanhava, fez uma lista de todas as coisas que precisávamos comprar.*

*Aí a recepcionista me chamou:*

*- Vanessa, pode ir até o consultório 3, a doutora já está aguardando.*

*Me levantei e me dirigi ao consultório. Pedi a minha filha que me acompanhasse, pois seria coisa rápida.*

*- Boa tarde, podem se sentar.*

*Fui me acomodando na cadeira dura e fria.*

*- Vanessa, é Vanessa, né? A senhora tem câncer, câncer de mama, vai ter que fazer cirurgia e quimioterapia, seu cabelo vai cair... você já sabe, né? Bom não é...*

*A partir de um determinado momento eu não ouvi mais nada. Eu não consegui conversar. Eu não perguntei nada, mesmo com muitas dúvidas ocupando minha cabeça como: eu tenho CÂNCER? Eu vou MORRER?*

*Lembro da minha filha apertando a minha mão bem forte, muito forte. Era como se ela quisesse me pedir calma, me lembrar de que ela estava lá e que eu iria sair dessa.*

*Hoje, refletindo sobre esse dia, penso que aquela mulher, aquela profissional da saúde, achava que eu sabia, pois ficou sem graça e saiu do consultório. Logo depois veio um outro profissional e falou assim:*

*- Não precisa chorar, não! Agora é correr atrás do tratamento!*

*Não precisa chorar, não? O que ele esperava que eu fizesse? Risse? Não tem jeito, né? Foi tudo muito bruto, muito agressivo. A notícia em si já não é boa de se ouvir, ainda mais quando é dada dessa forma. Achei muito ruim, não gostei, eu fiquei chocada!*

*Mesmo recebendo o diagnóstico, fui fazer compras com a minha filha, na tentativa de me distrair. Mas não deixei de chorar muito naquele dia. Chorei muito porque eu não esperava. Aquela rotina de ir ao médico era normal para mim, já havia tido displasia mamária antes e caroço durante a amamentação, então eu pensei: outro caroço, normal, é uma coisa normal. Não podia imaginar que era câncer.*

*Lembro-me de ir caminhando pelas lojas e questionar Deus. Pensei: nossa, por que comigo? Hoje eu vejo que se aconteceu comigo é porque Deus sabia que eu tinha capacidade de passar por tudo isso.*

*Acabei tendo que ir ao posto de saúde no final do dia. Porque eu fiquei muito ansiosa e minha pressão subiu. E lá eu achava que ia receber outra notícia ruim.*

*- Vanessa, você tem que cuidar da sua pressão e ir pensando positivo, porque pressão mata muito mais do que câncer de mama.*

*Essas foram as palavras da moça que me atendeu no posto. Por fim, ela tinha mesmo razão.*

*De qualquer forma, uma hora ou outra, eu me pegava pensando em morte. Foi muito difícil eu aceitar tudo isso, mas decidi lutar. Eu queria me curar dessa doença. Mas o processo todo é muito difícil. No início, sempre que se fala que tem câncer, alguém vai te ver morta e enterrada. Minha família mesmo, no dia em que eu operei, ficou em peso chorando na porta do hospital. A impressão que passa é que você vai morrer, que entrou para a sala de cirurgia e que vai sair de lá morta. Se você falou que tem câncer, não tem jeito, alguém sempre irá pensar que você vai morrer. Quando esse pensamento não passava pela minha cabeça, eu tinha certeza que alguém estava pensando nisso por mim.*

*Mas, independentemente de tudo, eu escolhi lutar, lutar pela minha vida.*

### **9.3.2 A primeira consulta farmacêutica**

*Comecei a ser atendida pela farmacêutica por causa de uma pesquisa, alguma coisa relacionada ao medicamento que eu estava utilizando para tratamento do câncer.*

*Lembro-me que eu estava na recepção, aguardando me chamarem para pegar meu medicamento, quando uma moça se aproximou e perguntou.*

*- Você já passou pela farmacêutica aqui no hospital?*

*- Farmacêutica? Você diz na farmácia para pegar meu medicamento, né?*

*- Não, não, em uma consulta com ela, para ela ver seus medicamentos, conversar sobre os efeitos deles e ver como a senhora os usa.*

*- Isso aí não.*

*- Posso agendar um atendimento?*

*Sem saber o porquê, respondi que sim. Afinal, mal não iria fazer. Mas, para falar a verdade, não sabia muito bem como uma farmacêutica poderia ajudar. Já havia falado com outros profissionais sobre alguns efeitos que estava sentindo com a medicação que utilizava, mas eles não disseram nada. Na época eu pensei: se eles não resolveram, porque uma farmacêutica resolveria? Acabei aceitando ir à consulta por curiosidade.*

*Quando cheguei na consulta não esperava nada. Eu não imaginava que eles faziam o que fazem, nem sabia que farmacêutico pudesse consultar. Pensava que farmacêutico era só de farmácia mesmo, aquele que vai lá entregar o remédio e, aplicar tipo aqueles remédios para não engravidar. Pensei, então, que ia só tirar minhas dúvidas em relação ao meu medicamento para o câncer e pronto. Mas não foi assim.*

*Logo no início da primeira consulta a farmacêutica me explicou o que ela iria fazer. Falou que iria estudar sobre os remédios que eu estava tomando, sobre os horários, queria ver se eu conseguiria diminuir um pouco os meus remédios, que eram muitos. Dei muita informação, todos os dados, tudo que ela perguntou eu respondi, como a lista de toda a medicação que eu tomava e como eu tomava.*

*Ela perguntou de tudo, pesquisou bem a fundo, gostei de ver. Foi uma pesquisa bem minuciosa. E foi já nessa consulta que eu vi o tanto que ela poderia me ajudar e que, de fato, eu não tinha ideia do que ela poderia fazer:*

*- Vanessa, eu gostaria de pedir alguns exames para a gente ver melhor como estão algumas funções do seu corpo. É importante que a gente saiba se você realmente precisa dos medicamentos que está usando e se eles estão sendo seguros e efetivos.*

*Nossa! Eu gostei de vê-la pedindo exames. Fazia um tempão que não me pediam exames e isso me deixava ansiosa porque eu penso que os médicos deveriam ser mais cautelosos. O câncer ele é traiçoeiro, ao mesmo tempo que está aqui, pode aparecer ali.*

*Ela me pediu exames de colesterol, glicose, vitamina D e pediu ainda para usar meu aparelho de pressão e medir duas vezes por dia durante uma semana.*

*Cheguei na próxima consulta já perguntando:*

*- E aí, e os exames? Deu alguma coisa?*

*Foi por meio desses exames que ela descobriu que o meu colesterol estava alto. Não achei que ia ficar fazendo exame, que ia ter essas explicações de tudo. Ela me deu a oportunidade de todo mês fazer exames e me ajudar a ver melhor o que tenho e o que preciso fazer para melhorar. Pensando sobre esses momentos, vejo que hoje eu cuido melhor do meu corpo por saber sobre os resultados desses exames.*

*- Vanessa, vamos ter que cuidar melhor da alimentação e sempre lembrar que existem alguns alimentos que, devido ao tratamento do câncer, você deve evitar.*

*Ela seguiu me dando uma série de recomendações, me orientando no que devo fazer para melhorar minha saúde.*

*- E hoje, como você está se sentindo? Ela me perguntou assim que terminou de responder minhas dúvidas sobre os exames.*

*- Estou sentindo muita fraqueza, estou com muito enjoo.*

*Ela então mediu minha pressão e me explicou como devo utilizar meus medicamentos, qual horário é melhor para fazer mais efeito no organismo.*

*- Alguma coisa te incomodando?*

*- Sim, estou ficando com muitas varizes em lugares sem necessidade e isso está me incomodando porque gosto muito de usar roupa curta, como você já deve ter reparado.*

*Nós duas caímos na gargalhada pelo meu desabafo. Ela me explicou sobre esse efeito adverso e pude entender mais sobre o que estava acontecendo comigo.*

*É...depois que conheci o serviço eu vi que eu realmente precisava dele. Me lembrei que acontecia certas coisas no meu corpo que ninguém sabia me explicar, mesmo antes do câncer.*

### ***9.3.3 Experiências com o uso de medicamentos e o serviço de GTM***

*Sou muito sensível a medicamentos. Desde pequenininha tenho dificuldades de utilizar remédio. Sou daquelas que sempre sente os efeitos adversos. Minha vida toda eu ouvi coisas do tipo:*

*- Para, Vanessa! Isso é coisa da sua cabeça.*

*Ou ainda*

*- Eu uso esse remédio e não me dá isso.*

*Me sentia insegura, mas isso não me impedia de tomar o medicamento mesmo que me fizesse mal. Acabei me acostumando com essa situação e comecei a achar que aquilo que sentia quando usava alguns medicamentos era normal, porque ninguém me entendia. Até eu encontrar uma médica farmacêutica... e ela é médica, né? Então ela sabe das coisas.*

*Lembro de minha segunda consulta com ela. Ela tinha feito uma tabela separando todo os remédios, os que eu podia tomar, os que eu podia tomar junto com outros, e os que eu tinha que tomar longe e separado. Comecei a fazer do jeito que ela me passou e a dor de cabeça que sentia acabou. Depois de determinado tempo eu voltei a tomar dois comprimidos por dia de um remédio sem ter a dor de cabeça que eu estava tendo.*

*Eu fazia tudo errado antes de me consultar com ela. Na primeira consulta eu contei para ela que tomava um remédio em jejum, mas logo em seguida eu tomava meu café da manhã. Eu não sabia que tinha que esperar meia hora para depois tomar o café, eu já fazia tudo de uma vez.*

*Lembro-me que tomava um medicamento que me dava enjoos e reclamei disso para ela, que trocou o horário da medicação e me orientou a tomá-lo de estômago cheio. E o enjoo sumiu.*

*- Você utiliza esse medicamento para que Vanessa? Você sabe me dizer?*

*- Esse remédio é pra...*

*Eu não sei nem para quê que ele era. Depois ela me perguntou se eu sentia alguns sintomas específicos e eu nunca tive nenhum deles.*

*- O que você acha de suspender esse medicamento?*

*- Uai, se eu não tenho esses sintomas que você me falou, eu acho que é uma boa, já uso medicamento demais.*

*- Então vamos fazer assim: você vai tomar um comprimido por uma semana. Depois você vai tomar durante mais uma semana só a metade. Depois você vai parar e vamos ver se você vai ter alguma alteração ou sentir algum efeito.*

*Eu fiz do jeito que ela me falou e não houve alteração nenhuma.*

*- É, você não precisava desse remédio.*

*Parei totalmente com ele e eu continuo a mesma coisa, não mudou nada, não teve alteração nenhuma, realmente eu não precisava daquele remédio.*

*Até durante a quimioterapia ela me ajudou. Igual aqueles remédios que a gente toma fora da sessão para ajudar em alguma coisa que a gente pode sentir. Eu só tomava quando necessário, igual: o remédio de dor e o remédio de enjojo, tomava esses só quando eu precisava. Nos primeiros dias após a quimioterapia, se eu tivesse enjoada eu tomava, se eu não tivesse, não tomava. Aí eu fazia tudo assim para não estar tomando muito remédio, só os que ela achava necessários.*

*Ela me explica tudo, e eu sigo aquele ritmo que é necessário, porque se eu não tivesse aquela informação eu iria fazer as coisas diferentes, poderia fazer errado. Eu fazia errado. E sempre sofri por isso.*

#### **9.3.4 Rotina e a relação profissional-paciente**

*Depois que comecei as consultas, construí uma rotina:*

*Acordo e tomo meu medicamento de jejum. Tomo um banho, me arrumo e preparo meu café. Me sinto melhor assim. Se minha filha me chama para pegar toranja no pé e preparar um suco, me nego, eu sei que não posso fazer isso, o medicamento que uso interage com a toranja.*

*Comecei a me sentir segura, mais confiante, sabendo que estava fazendo tudo da maneira certa. Porque antes disso não era assim, antes eu tomava os remédios todos juntos, tudo misturado. Só depois que eu comecei a consultar com ela que eu vi que não podia ser assim, que tem remédio que interage com o outro e de forma negativa. Agora que estou fazendo certo eu sei dos riscos.*

*Estou tentando seguir uma alimentação mais saudável. A farmacêutica já me alertou quanto às alterações nos últimos exames. Disse a ela que irei mudar e melhorar esses resultados, não quero tomar ainda mais remédio.*

*É tudo muito agradável quando eu tenho consulta com ela. Eu me sento numa cadeira confortável, olho para aquele rosto amigável e me transporto para outro lugar. Não estou mais sozinha em um ambiente frio. Não sei ao certo onde estou, só sei que não preciso sair, aquele lugar é meu também. Esse momento é meu.*

- Oi, Vanessa, tudo bom? Como você está se sentindo hoje? As dores de cabeça passaram?

Assim ela inicia a nossa conversa, sempre com muito carinho, boa vontade e interesse, me deixando tranquila, à vontade. Eu sinto o interesse dela na minha vida, no meu bem-estar. Lá a gente brinca. A conversa flui. Temos liberdade uma com a outra de conversar e, aos poucos, minha ansiedade em lhe contar sobre tudo vai sendo atendida.

- Você disse isso a ele? Me questionou a farmacêutica.

- Falei, falei sim. Mas ele me disse que isso era coisa da minha cabeça, que não tem nada a ver o que estou sentindo com o medicamento. Falou que era coisa da minha cabeça. Mas, depois eu li, eu li na bula e vi que podia ser.

- E depois vocês conversaram?

- Não, nem cheguei a falar nada com ele depois, porque não gostei de ouvir que isso é coisa do meu psicológico. Eu sei o que está acontecendo com meu corpo, com meu organismo, eu sei o que eu sinto.

- Vou conversar com ele e solicitar a retirada desse medicamento.

Ufa, ainda bem que eu tenho ela para me ajudar! Já pensou eu ficar esperando uma nova consulta com ele para tentar explicar tudo isso? É sempre bom ter a consulta com a farmacêutica, ela resolve essas coisas para a gente.

Eu converso de tudo com ela, de tudo que eu quiser, não só de medicamentos: ela procura saber da minha vida, do que eu estou passando...

- Nossa, Vanessa, você está com alergia de novo? Você não acabou a construção? Ela me pergunta enquanto se recorda de nossa última conversa sobre a reforma lá de casa.

E mais uma vez ela me orienta sobre alguns medicamentos que posso utilizar:

- Esse medicamento aqui, Vanessa, não é muito bom você utilizar, não. Acho que não tem necessidade de você comprá-lo, não, porque esse aqui que você tem em casa serve e é mais seguro também.

Nossa, é muito importante tudo que ela me fala. Às vezes eu vejo que eu iria tomar uma coisa que eu não poderia. Isso me faz me sentir mais segura porque ela é alguém que entende, que sabe o que está falando, que estudou para isso.

Ela me dá a liberdade de comentar coisas que às vezes eu estava precisando falar, desabafar. Então, vejo que ela não é só uma farmacêutica para mim... eu a vejo certas

*horas, como uma psicóloga, como uma amiga, como alguém da minha família que eu gosto de conversar, que eu confio.*

*Ela sempre me trata com carinho, me sinto aconchegada na consulta. Ela pergunta mesmo, ela quer saber de tudo. Às vezes eu até falo demais, conto até da minha vida particular. Ela dá para a gente essa liberdade. A gente não se sente paciente, a gente se sente amigo.*

*Nós então finalizamos a conversa com um sincero abraço de uma amiga. Saio de onde me encontrava mais leve, mais alegre. Eu me sinto bem e nesse momento me recordo que estou no hospital e da lista de perguntas que tinha na bolsa. Fico feliz por não ter precisado usar, tive tempo de lembrar o que queria perguntar. Ela sempre me dá esse tempo. Aí às vezes eu olho para o relógio e, nossa, já são 15:00 horas!*

### **9.3.5 A luta segue**

*- Boa tarde Vanessa, aconteceu alguma coisa? Você está com uma cara triste.*

*Só essas palavras já foram suficientes para eu desabar a chorar. Havia acabado de receber a notícia de que eu teria que usar medicamento para o câncer por mais 5 anos. Achei que tivesse acabado o tratamento.*

*-Passei tão mal com a quimioterapia, já uso tanto medicamento, não acredito que terei que usar por mais 5 anos...*

*Ela, com muita paciência me explicou a necessidade do tratamento, me pedindo para não desanimar e acreditando na minha capacidade de melhora. Com suas palavras de apoio, aos poucos, fui me acalmando e retomando minhas forças. Nessas horas eu vejo o interesse que ela tem por mim como ser humano, não apenas como paciente. Faz bem ter um profissional que a gente se sinta à vontade para interagir. Isso evita que a gente entre em depressão.*

*Quando me acalmei mostrei a ela uma prescrição de um medicamento. Era uma injeção.*

*- Sabe, eu estou tão cansada de tomar agulhada... será que não teria um comprimido para eu utilizar, ao invés de comprar esse. Sem contar que pedi para minha filha olhar para mim e achei o valor desse remédio bem caro.*

*Foi um alívio quando ela me explicou o que era e vimos que não tinha tanta necessidade de utilizar. Quando me passam algum medicamento e eu vejo que é caro, eu paro, penso e falo: e agora? Se ela não tivesse me orientado, eu teria tomado mais umas agulhadas e deixaria de comprar alguma coisa lá para casa para poder comprar esse remédio. E nós vimos que ele não iria ajudar muito, então para quê comprar?*

*Eu vejo que tenho medo de tomar uma coisa que vai prejudicar o meu tratamento. Eu prefiro sentir dor do que tomar algo que vai me prejudicar. Então eu prefiro esperar ela me dizer sobre o medicamento, para depois ver se tem necessidade de toma-lo. Ainda mais eu que sempre sinto alguma coisa, sempre penso “se aquilo me dá dor de cabeça o que mais aquilo poderia fazer? ”.*

*No caminho para casa fui refletindo sobre todas as palavras trocadas durante a consulta e senti a necessidade de pedir perdão a Deus pelo meu momento de ingratidão ao achar ruim eu ter que fazer o tratamento por mais 5 anos. Em seguida agradei. Agradei a oportunidade de poder me tratar e de ter o tratamento de graça.*

## 9.4 Discussão

*A doença grave é a perda do 'destino e do mapa' que antes guiou a vida da pessoa doente. As pessoas doentes têm de aprender a 'pensar de forma diferente'. Elas aprendem ao ouvir contar suas histórias, absorvendo as reações dos outros e experimentando suas histórias sendo compartilhadas"... "pessoas seriamente doentes são feridas, não apenas no corpo, mas em voz. Elas precisam se tornar contadoras de histórias, a fim de recuperar a voz que a doença e seu tratamento muitas vezes tira "... "aquele que sofre tem algo a ensinar ... e, portanto, tem algo a dar. (ARTHUR FRANK apud DOWSE, D., 2015, p.552)*

Antes de entrar na experiência com o GTM é importante conhecer um pouco da vivência dessas mulheres com o diagnóstico. O momento de comunicar o diagnóstico de qualquer doença é um marco na vida dos indivíduos, principalmente quando se trata de uma patologia que tem um estigma muito forte como o câncer. O diagnóstico é um episódio importante e vem acompanhado de mudanças, sentimentos negativos e possibilidade de morte próxima (GUIDRY; MATTHEWS-JUAREZ; COPELAND, 2003; LOTTI *et al.*, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2010; WHITE-MEAN *et al.*, 2016).

Existem vários estudos brasileiros que abordam o significado do diagnóstico de câncer de mama (ARAÚJO; FERNANDES, 2008; CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009). Compreender esse processo permite olhar para a experiência da mulher de forma mais humana, solícita e natural promovendo uma assistência de modo mais adequado e singular.

No estudo de Salci, Sale e Marcon (2008) elas apontaram que uma estratégia para minimizar o impacto de comunicar a doença, destacada pelas mulheres em seu estudo, seria a presença de um acompanhante que possa oferecer ajuda nesse momento em que o desespero se faz presente. Para Vanessa, a presença de sua filha também serviu como suporte.

Foi evidenciado na narrativa de Vanessa que a presença do familiar fez com que ela não se sentisse sozinha. Mas, no momento do comunicado, Vanessa não se atenta para mais nada, e todas as informações que o médico passa não são absorvidas. A presença dos familiares no momento de comunicar o diagnóstico, além de ajudar como suporte, ajuda a tirar as dúvidas em um momento posterior com mais calma quando a pessoa estiver aberta a ouvir as informações fornecidas pelo médico.

É importante destacar que, de modo geral, os profissionais da saúde não são treinados a comunicar más notícias. O estudo de Gomes, Silva e Mota (2008) mostra que há maior taxa de omissão das informações entre os médicos não oncologistas.

Isso merece destaque, pois, ao encaminhar à paciente para um especialista comunicar o diagnóstico, esse profissional que o fará não terá estabelecido vínculo terapêutico com a pessoa, partindo do pressuposto que é a primeira vez que ambos se encontraram. Esse ambiente não favorece a comunicação da má notícia já que se torna difícil para a paciente recebê-la de um “desconhecido”, além de necessitar de maior sensibilidade do profissional comunicador. Silva, Merhy e Carvalho (2007) ainda acrescentam:

*Na realidade, há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as “lesões” e “disfunções” detectadas (SILVA; MERHY; CARVALHO, 2007, p. 125).*

Sem entrar nos aspectos éticos dessa omissão, o ato pode provocar sentimentos de angústia, impotência, apreensão, medo e ansiedade. Além disso, ao encaminhar o paciente a um especialista, o médico que já tem conhecimento do diagnóstico e que também poderia realizar o comunicado do mesmo, parece transferir sua responsabilidade a outro profissional (SILVA; MERHY; CARVALHO, 2007). Ademais, levando em consideração os portadores de neoplasias, as mulheres com câncer de mama se mostram mais insatisfeitas com a informação dada por seus provedores e são as que recebem menos informações relevantes para saúde (FUJIMORI; UCHITOMI, 2009).

No ato de comunicar, alguns profissionais acabam sendo diretos demais podendo demonstrar falta de sensibilidade. Outros são sensíveis demais e acabam omitindo determinadas informações ou provocando desespero e desesperança no paciente por achar que seu caso é muito grave (ARAÚJO; FERNANDES, 2008; JUCÁ *et al.*, 2009).

Uma forma de intervir no processo de comunicar más notícias seria o ensinamento desse ato nos cursos que formarão profissionais de saúde, principalmente nos cursos de medicina, já que é o médico o responsável pelo diagnóstico. Jucá e colaboradores (2009) confirma em seu estudo que os estudantes ao verbalizarem suas angústias, medos e ansiedades apoiando esses sentimentos na expressão cênica, possibilita organizar e entender esses sentimentos e “enriquecer a formação humanística, crítica e participativa dos indivíduos frente à realidade social que vivenciarão na prática clínica”.

Assim como Vanessa, as mulheres do estudo de Kooken, Haase e Russell (2007), eram bastantes vigilantes em relação aos cuidados com a mama, já que por causa da história familiar de câncer de mama, esperavam em algum momento serem diagnosticadas. Mas, chamo atenção ao verbo “esperar” que pode ter sentido de “confiar”, “aguardar” ou “acreditar”, contudo não creio que esse seja o real significado dessa vivência. Ter histórico familiar de câncer de mama, ou ainda vários exames em que algum problema benigno foi evidenciado não anula o desconforto e não prepara o indivíduo para um futuro diagnóstico. Por isso, ao ouvir ou ler discursos que essa palavra surge, atribuo ao verbo esperar o significado de possibilidade de desesperança.

O processo de adoecimento por si só já provoca insegurança, uma vez que há perda do domínio sobre o próprio corpo. No caso do câncer o indivíduo entra em contato com sentimentos conflituosos de fragilidades e finitude, sendo necessário o suporte de familiares e profissionais da saúde (CARVALHO; MERIGHI, 2005; ALCANTARA; SANT'ANNA; SOUZA, 2013).

Fica evidente na história de Vanessa que ela não esperava receber esse diagnóstico, ir ao mastologista para ela era algo normal já que havia recorrência no aparecimento de alterações benignas em sua mama. Mesmo que as pacientes tenham alguma alteração na mama, parece que nunca de fato esperam (apesar de usarem essa palavra em alguns discursos) que o médico irá confirmar o diagnóstico. Nesse sentido, o componente fé/esperança se torna evidente, e esse está bem arraigado no processo de adoecimento mesmo àquelas pessoas que não declaram explicitamente nenhuma religião (ARAUJO; FERNANDES 2008; SALCI; SALE; MARCON, 2008; CAETANO; GRADIM; SANTOS 2009; SANTICHI, 2012).

A falta de carinho encontrada em algumas situações de saúde foi, no estudo de Kooken, Haase e Russell (2007) contrabalançada pela consciência das mulheres de que mesmo quando parecia que ninguém mais se importava, Deus o fazia. As mulheres especificamente descreveram maneiras como sua fé as ajudaram a sobreviver. Elas memorizavam versos da Bíblia e orações, e essas foram maneiras que elas encontravam para lidar com o estresse do tratamento. Os autores encontraram que uma estratégia de enfrentamento seria a possibilidade de transcender o presente e morar em um lugar seguro com Deus e ainda acreditavam que Deus as protegeria segurando-as em suas mãos em cirurgias. Em momentos que experimentavam o medo e a dúvida, os versos memorizados da Bíblia eram seus mantras pessoais para reivindicar proteção e bênçãos de Deus.

No caso de Vanessa, apesar da negação inicial (eu tenho câncer?) e da raiva (porque comigo?), ela evoca Deus como reivindicação, como pedido de força para passar por essa fase e agradecimento pelo tratamento disponível gratuitamente. É interessante ressaltar que para ela o câncer veio como forma de “merecimento” como se Deus tivesse a feito adoecer porque sabe que ela aguenta passar por isso, como se ela tivesse que passar por isso, como se a doença fosse “dada como prova de força”.

Naquele primeiro momento, para Vanessa, não importava o que a médica tinha a dizer e quais tratamentos ela iria passar. Essas informações não eram essenciais naquele momento. Faltou sensibilidade e escuta acolhedora por parte do profissional para entender o que aquilo estava significando para aquela paciente em questão. Cada pessoa reage de uma forma, cabe ao profissional ser observador e ter tato para lidar com as peculiaridades de cada indivíduo.

Talvez para Vanessa as informações deveriam ser dadas em um segundo momento ou quando solicitadas, já que houve um susto e um questionamento como forma de negação que ocorre frequentemente: “eu tenho câncer? ”. A partir daquele comunicado ela passa a pensar na morte, como se o diagnóstico já marcasse seu futuro próximo. Nesse momento é comum também se questionar “porque comigo? ”, como tentativa de visualizar algum motivo que a torna merecedora daquela doença (ARAUJO; FERNANDES, 2008; SALCI; SALE; MARCON, 2008; CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Ademais, na narrativa de Vanessa foi demonstrado um distanciamento em relação a ela e ao profissional de saúde que realizou o comunicado do diagnóstico. É importante que no processo de comunicação, os profissionais de saúde façam referência aos pacientes pelo nome, que haja uma postura adequada onde o corpo e olho estejam atentos à pessoa e que os profissionais estejam dispostos a se comunicar com termos de fácil entendimento e possibilitem uma escuta sensível e qualificada (SCHIMITH, 2012).

Sobre esse aspecto, Victorino e colaboradores (2007) fazem um apanhado de passos necessários para promover uma boa comunicação de uma má notícia. Dentre vários fatores, esses autores dizem haver a necessidade da construção de uma interação entre profissional e paciente apropriada, colocando em prática a capacidade de empatia, compreensão e desejo de ajuda, desde o primeiro contato, sendo importante demonstrar interesse e respeito.

O comportamento profissional e a conduta são essenciais para o paciente sentir-se bem. Nesse sentido, conhecer cuidadosamente o histórico clínico do paciente que o profissional irá comunicar a má notícia, permitirá uma comunicação mais clara e fluída. Ademais, além do conhecimento técnico é importante conhecer aspectos subjetivos como quem é a pessoa a quem se oferece os cuidados, quais suas motivações, crenças, valores e seus medos. Essas informações são importantes para compreender as dificuldades que perpassam e vão além das impostas pelo adoecimento. A cuidadosa e respeitosa exploração do paciente ajudará a considerar a sua dimensão global e proporcionarão outra via de expressão de aspectos psicopatológicos (VICTORINO *et al.*, 2007).

Em relação a postura do comunicador de má notícia, Victorino e colaboradores (2007) discursam que o profissional deverá proporcionar tempo razoável para preparar o paciente mantendo contato visual e usar o toque apropriadamente, sustentar uma expressão neutra e, em seguida, informar as más notícias de maneira clara e direta, com tom de voz suave, pausado e linguagem sincera e simples. Eles ressaltam ainda que existe discordância entre o que o profissional quer dizer e o que a pessoa quer saber. Dessa forma, deve-se manter uma postura aberta e perguntar ao paciente o que ele deseja saber. O profissional deve estar consciente das próprias reações, preocupações e sentimentos proporcionando uma sensibilidade maior e melhor habilidade clínica de comunicação.

Todas essas características acima citadas como necessárias para que o profissional comunique da melhor forma possível uma má notícia estão presentes na filosofia de prática profissional da Atenção Farmacêutica. Para atuar de forma a cumprir com o que preconiza essa prática, o farmacêutico deve realizar um cuidado centrado na pessoa permitindo uma visão holística do indivíduo e admitindo conhecer, compreender e aceitar as necessidades individuais.

Apesar das colaboradoras terem aceitado consultar com a farmacêutica por diversos motivos, o que se mostrou unanime entre elas foi o fato de participarem por estarem inseridas em um hospital oncológico e buscarem todos os meios para obter a melhora. Além, é claro, da confiança estabelecida na instituição. Isso mostra, dentre outras coisas, o desconhecimento da atividade clínica da farmácia.

Dessa forma, o tema “a primeira consulta farmacêutica” se refere ao desconhecimento dessa atividade e do excesso de confiança na atividade médica, podendo essa ser uma barreira para a divulgação e estabelecimento do serviço. A comunidade necessita de um serviço que gere os medicamentos, mas isso não significa que ela

busque ou que ela saiba da existência dessa prática e ainda que o farmacêutico seria um profissional capaz de oferecer esse serviço (GARRETT; MARTIN; 2003; MORECROFT, *et al.*, 2013; AHN, *et al.*, 2015).

Vários estudos mostram que a sociedade vê o farmacêutico como um profissional não responsável pelo cuidado e até mesmo não responsável pela farmacoterapia, associando-o apenas à comercialização de medicamentos (HOBSON; SCOTT; SUTTON, 2009; PANVELKAR, *et al.*, 2010; BEREZNICKI, *et al.*, 2011; MORECROFT, *et al.*, 2013; LATIF; BOARDMAN; POLLOCK, 2013; LATIF, POLLOCK; BOARDMAN, 2013; VAN DEN BERG; DONYAI, 2014). Na concepção de Vanessa isso também não foi diferente. Ela não sabia de que forma o farmacêutico poderia ajudar mesmo apresentando o que nós farmacêuticos consideramos como problemas relacionados ao uso de medicamentos, problemas esses, que nenhum outro profissional (e nem ela) foi capaz de identificar/resolver.

No estudo de Farooqui e colaboradores (2012) os autores investigaram a opinião de pacientes oncológicos na Malásia, sobre indicação de terapia complementar feita por farmacêuticos. Do ponto de vista dos entrevistados, o papel dos farmacêuticos foi limitado apenas a dispensadores de medicamentos. Esses foram vistos como conhecedores de medicamentos para dor e resfriado e não em posição de falar sobre o câncer ou sobre medicamentos para o câncer, como mostra a fala de dois colaboradores: *“Farmacêuticos sabem sobre analgésicos ou medicamentos para resfriados, mas medicamentos contra o câncer são diferentes”...“Farmacêuticos... eles não sabem nossa condição corporal, eles dão remédios com base no que estamos dizendo, é isso, e eu acho que eles não estão na posição de falar sobre câncer”*.

Embora os serviços de farmácia clínica oncológica estejam no sistema de saúde da Malásia o papel dos farmacêuticos não são bem reconhecidos no processo de tomada de decisão (FAROOQUI *et al.*, 2012). Isso mostra tanto o desconhecimento dos pacientes sobre a atividade clínica do farmacêutico, quanto a falta de confiança nesse profissional para tratar de doenças mais graves como é o caso do câncer.

Dessa forma, o papel dos farmacêuticos no processo de tomada de decisão no tratamento de neoplasias foi limitado às suas atividades de dispensação. Os participantes relataram procurar conselhos farmacêuticos apenas para doenças menores, por causa da não confiança em suas habilidades clínicas. Na maioria dos países em desenvolvimento, há uma falta de reconhecimento, pelo público em geral e por outros prestadores de

serviços de saúde, do papel dos farmacêuticos além dos tradicionais distribuidores ou vendedores de medicamento. (FAROOQUI *et al.*, 2012).

No presente estudo, apesar do desconhecimento da prática clínica exercida pelo farmacêutico, não houve impacto negativo no sentido de não estabelecimento de confiança no profissional quando este abordou os mais amplos aspectos relacionados ao câncer. Isso pode ter ocorrido devido ao estabelecimento de vínculo terapêutico e conseqüentemente confiança no profissional. Além disso, a farmacêutica trabalhava em instituição na qual a paciente confiava. Para Vanessa, o significado do GTM ultrapassa “preconceitos” em relação ao papel do farmacêutico visto pela sociedade.

Entretanto, a forma como esse “novo” serviço é apresentado pode se tornar uma etapa crucial para a aceitação do mesmo. O excesso de confiança no médico pode ser tanto um facilitador como uma barreira para a promoção do serviço. Aquele pode ocorrer pois quando há o encaminhamento para o serviço clínico farmacêutico, feito por um profissional de confiança, o paciente acaba criando interesse e certa curiosidade em relação ao que será feito nesse atendimento (AHN, *et al.*, 2015). Contudo, quando não há o encaminhamento médico e há um excesso de confiança nesse profissional, bem como preocupação com sua opinião, a entrada para o atendimento farmacêutico fica comprometida (LATIF; BOARDMAN; POLLOCK, 2013; LATIF; POLLOCK; BOARDMAN, 2013).

Posto isso, é importante que o farmacêutico saiba realizar um *marketing* adequado de seu serviço, oferecendo uma explicação mais completa dos resultados que podem ser alcançados com a prática, dando exemplos práticos do que é feito no atendimento. No estudo de Garcia e colaboradores (2009), os autores identificaram estratégias para a comercialização de um serviço de gestão de terapêutica medicamentosa e mostraram propostas feitas por pacientes de nomes alternativos capazes de descrever melhor o serviço oferecido, e sugerem, ainda, o desuso de abreviações ou siglas como GTM.

Cabe destacar que, devido à variedade de serviços oferecidos e as possíveis confusões que podem ocorrer ao se traduzir determinados termos que envolvem a prática clínica farmacêutica, incumbe ao farmacêutico ter consciência da atividade profissional que está realizando. Isso evitaria erros como o que foi elucidado no discurso de uma paciente pertencente ao estudo de Ahn e colaboradores (2015): “[*me falaram que o serviço*] *é para os idosos quando eles não são capazes de cuidar de si mesmos. Mas eu não sou velho*”. Para a consolidação desse serviço é preciso que o profissional esteja

consciente de sua atividade e de todos os processos que envolvem a prática da Atenção Farmacêutica, inclusive para abrir e manter a porta para o serviço aberta.

Podemos separar dois momentos quando falamos da razão que fez Vanessa “buscar” o serviço. No primeiro a paciente desconhece o serviço e acha que a consulta não terá continuidade, que irá apenas tirar suas dúvidas em relação ao medicamento (quando tiver). O segundo momento seria quando a pessoa vivencia o serviço e sente necessidade de continuar já que “vai além de uma orientação sobre um medicamento, a orientação é para a vida toda” [trecho retirado do diário de campo].

Na narrativa de Vanessa, foi possível observar que ela se sentiu muito animada pelo fato da farmacêutica poder pedir exames. Isso se dá, principalmente, devido a periodicidade das consultas que são realizadas com os oncologistas. Quando elas entram na terapia hormonal (após a cirurgia, radio e quimioterapia) a consulta passa a ocorrer de 6 em 6 meses e nem sempre é feito pedido de exames.

Na instituição estudada, a periodicidade das consultas com a farmacêutica varia conforme a necessidade de avaliação de resultados e o objetivo terapêutico traçado para cada paciente, mas geralmente ocorre em períodos inferiores a 2 meses. A preocupação em relação a frequência de se realizar exames se dá devido ao fato dessas pacientes já terem tido câncer e acharem necessário um acompanhamento mais frequente.

No decorrer da história da farmácia, o farmacêutico se viu em uma situação de perda da autonomia ao desempenhar suas atividades, sendo reconhecido como um funcionário de farmácia ou drogaria, perdendo o respeito da sociedade e se distanciando do seu papel de agente de saúde (VIEIRA, 2007). Nesse sentido, o sucesso da inserção do farmacêutico clínico em um cenário de atuação pode depender, de certa forma, do resgate dessa autonomia. Algumas atividades que moldam um serviço farmacêutico clínico podem ter influência direta sobre o sucesso desse. O grau de autonomia que o farmacêutico dispõe para solicitação de exames, exame clínico e modificações no tratamento do doente é um ponto chave nesse processo e já vem sendo relatado em alguns estudos (CORRER, 2013).

No presente estudo foi observado que as farmacêuticas não tiveram dificuldades em requisitar exames e fazer alterações na farmacoterapia das pacientes, além disso, o ambiente profissional e a relação interprofissional foram vistos como positivos e como fatores que favorecem e fortalecem o GTM. O farmacêutico quando faz recomendações ao paciente ou aos profissionais de saúde pode possuir maior ou menor autonomia para

realizar modificações no tratamento (CORRER, 2013). No estudo de Canto (2016) atribuiu-se como fator limitador vivenciado no processo de implementação de um serviço de clínica farmacêutica, em uma unidade básica de saúde do município de Florianópolis, a não realização de exames laboratoriais. Essa barreira dificulta a avaliação do estado geral dos indivíduos e em alguns casos da efetividade do tratamento.

A impossibilidade de solicitar exames laboratoriais impede que o farmacêutico execute integralmente o raciocínio clínico imperativo para garantir a necessidade, efetividade e segurança de medicamentos. O objetivo do pedido de exame é o monitoramento da efetividade e segurança dos medicamentos, ou ainda verificar a necessidade de se iniciar uma nova farmacoterapia ou prover uma orientação. Contudo, esse objetivo parece não ser visto por Vanessa.

As mulheres portadoras de câncer de mama participantes do estudo de Miranda, Feliciano e Sampaio (2014), referiram com gratidão, a solicitude do profissional de saúde ao facilitar o acesso a exames, bem como a disponibilidade de ajudar no processo. Ao analisar a experiência do câncer pode-se perceber que toda a trajetória vivida apresenta características subjetivas em que determinados simbolismos são empregados. No caso em questão, discute-se a atribuição de estima sobre os exames laboratoriais. Porque é tão importante para essas mulheres realizarem exames laboratoriais frequentemente? Parece haver uma necessidade de conhecer o que está ocorrendo em seu corpo, como forma de assumir o controle pela sua saúde. É como se houvesse uma crença e uma expectativa em algo concreto, no caso, o resultado de exame (negativo).

O resultado dos exames são de extrema importância para a prática clínica farmacêutica, eles definem ações e intervenções. Porém, não fica claro que esse é de fato a real importância atribuída pelas participantes da pesquisa. Parece que o exame para essas mulheres carrega o símbolo de um informante, capaz de trazer a certeza de saúde ou doença, como se o processo de adoecimento no câncer alterasse inúmeros parâmetros laboratoriais e por isso a importância atribuída ao pedido deles durante a consulta com a farmacêutica (“eu preciso deles para me dizerem como estou me saindo”).

Outro aspecto descrito pelas colaboradoras é em relação a amplitude das perguntas que são feitas durante a realização de um serviço de GTM. Elas foram capazes de vivenciar um atendimento com foco nelas mesmas, onde o interesse do profissional fossem elas e não meramente um objeto que elas fazem uso (medicamento).

Essa vivência condiz com premissas da filosofia da prática profissional da Atenção Farmacêutica na qual há o deslocamento da ênfase do produto (medicamento) para o paciente. Há o entendimento de que “os medicamentos não têm doses, as pessoas possuem doses” (CIPOLLE, 1986). Dessa forma, o paciente se torna o centro da intervenção farmacêutica e tal mudança de foco envolve mudanças profundas nos processos cognitivos, conceitual e até emocional por parte dos envolvidos no processo de dar e receber essa prática profissional (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; 2004; 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

As histórias mostram como o GTM é fundamentalmente uma experiência relacional, uma relação de união entre o farmacêutico e o paciente. Sem essa relação o GTM deixa de existir e a experiência da paciente passa ser em relação a outro serviço que não desenvolve os preceitos da Atenção Farmacêutica.

O processo de cuidar envolve o estabelecimento de uma relação terapêutica em que há o profundo respeito e envolvimento do profissional com todos os aspectos envolvidos do processo saúde/doença e consequente do uso de medicamentos. O estabelecimento de uma aliança terapêutica se dá por meio de uma escuta legítima em que as necessidades do paciente possam ser ouvidas e atendidas (CIPOLLE; STRAND; MORLEY 1998; 2004; 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

*No viés da humanização, a comunicação é abordada no sentido de possibilitar a integralidade da atenção à saúde, pois, numa comunicação em que os sujeitos sejam escutados de maneira qualificada e satisfatória, podem interagir e compartilhar suas vivências (SCHIMITH, 2012 p.485).*

A relação terapêutica é constituída com base no diálogo e no comprometimento tanto do profissional quanto do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY 1998; 2004; 2012). O “ser bem tratada”, fato esse sentido por pacientes em estudos (NATHAN, et al., 2000; GARRETT; MARTIN, 2003; GONZALVO, et al., 2012; LATIF; BOARDMAN; POLLOCK, 2013; VAN DEN BERG; DONYAI, 2014; PANVELKAR, et al., 2015) que envolvem o cuidado clínico farmacêutico, e aqui também para Vanessa, é dar ouvidos a tudo aquilo que a pessoa quer falar.

Para Vanessa o GTM proporciona a oportunidade de alguém auxiliar tanto na solicitação de exames quanto na comunicação com outros profissionais em prol de suas necessidades, que foram ouvidas e atendidas. Para o presente estudo, deve-se destacar a importância e facilidade proporcionada pelo fato do serviço estar inserido em um

ambiente de saúde que propicia o oferecimento dessa ajuda aos pacientes. Ou seja, como já foi discutido, a inserção de um serviço clínico em um ambiente onde o farmacêutico possui autonomia para desempenhar sua função é requisito básico para a boa aceitação dessa prática.

Assim, Vanessa vê a farmacêutica, de certa forma, como uma advogada, alguém capaz de ir atrás de seus interesses. Nesse sentido, Ros Dowse (2014, 2015) uma educadora, profissional da saúde e paciente oncológica, realiza uma narrativa sobre sua doença e faz uma reflexão sobre a farmácia e o cuidado centrado na pessoa. Em seu trabalho, Ros Dowse destaca que muitas vezes sentia a necessidade de alguém dentro do sistema para falar em seu nome, ser sua advogada, e salienta que esse papel seria apropriado para um farmacêutico. Ela enfatiza que notou a ausência, durante as vezes em que foi hospitalizada, do cuidado centrado no paciente. Mais ainda, de um farmacêutico que oferecesse esse serviço e não que os profissionais fossem replicadores inconscientes da típica frase: “mas, o médico prescreveu isso, não posso fazer nada”. Os profissionais que Ros Dowse teve contato não ofereceram a mínima atenção às suas necessidades (paciente em pós-operatório de cirurgia oral, impossibilitada de deglutir os comprimidos prescritos). E naquele momento, sua vontade foi apenas de gritar na tentativa de ser ouvida.

A farmacêutica oferece a Vanessa o reconhecimento dela como uma pessoa que precisa de atenção e cuidados, não como algum paciente necessitando apenas de seus conhecimentos técnicos. Elas estabelecem assim, uma boa relação de confiança que fornece o alicerce para criar um ambiente confortável para o compartilhamento da história de doença. Isso ocorre, pois a farmacêutica se mostra preparada e disponível para ouvir ativamente e responder com empatia, discutindo opções com a paciente.

Os pacientes não são limitados a serem passivamente receptores de cuidado, muito pelo contrário, eles podem oferecer suas experiências atribuindo sentido a elas ao ensinar profissionais de saúde (DOWSE, 2014; 2015). Nesse sentido, Cipolle, Strand e Morley (1998) discursam:

*o relacionamento não é simplesmente um entendimento mútuo, apesar dele ser alcançado. É primário e indispensável o processo de como o relacionamento terapêutico é formado e sustentado. O diálogo molda expectativas, desejos, métodos e os compromissos terapêuticos. Identifica as necessidades, promove o bem-estar, e traz à relação terapêutica uma reflexão sobre o seu significado e seu propósito. O diálogo explora o senso de confiança, respeito, veracidade e autenticidade. Para alguns, falar pode ser insignificante, mas em uma*

*relação terapêutica viável, não falar pode sair caro (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998, p 25, grifo nosso).*

Os autores ainda listam as características que um profissional do cuidado deve ter sendo essas vitais para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Como exemplos dessas características podemos citar o respeito mútuo, comunicação aberta, cooperação, empatia, sensibilidade, confiança e o exercício da compreensão. Todas essas características são aspectos centrais da filosofia da prática da Atenção Farmacêutica. Nesse sentido, Dewar e colaboradores (2009), realizaram uma pesquisa com pacientes com dor crônica e observaram que é crucial o desenvolvimento de uma comunicação empática entre profissionais e pacientes posto que uma comunicação insensível afeta negativamente o indivíduo, reduz a adesão e persistência ao tratamento e, conseqüentemente, aumenta a utilização dos serviços de saúde.

O grifo no discurso de Cipolle, Strand e Morley (1998) citado acima foi feito para chamar atenção do perigo que é para qualquer profissional de saúde promover um ambiente em que não haja liberdade e abertura para o diálogo, ambiente e que o silêncio seja estimulado. No estudo de Kooken, Haase e Russell (2007), mulheres sobreviventes ao câncer de mama relataram que usavam uma comunicação simbólica para tentar lembrar aos profissionais de saúde que tinham um histórico de câncer de mama, visto que suas queixas verbalizadas não eram ouvidas. O silêncio nesse caso acaba sendo uma consequência da postura não acolhedora vivenciada na consulta. O silêncio sobre o câncer pode ser uma dificuldade para triagem dessa patologia sendo que a desconfiança e desconexão com o sistema de saúde são muitas vezes mencionadas como intimamente relacionadas ao silêncio (KOOKEN, HAASE; RUSSELL, 2007).

O diálogo no âmbito da saúde é uma tarefa difícil, ainda mais, como já foi discutido, quando há o envolvimento de doenças graves. Sobre esse assunto, Miranda, Feliciano e Sampaio (2014) realizaram um estudo em um serviço de referência para atenção à saúde da mulher, em Recife, em que foi possível apreciar a comunicação entre mastologista e paciente na percepção de mulheres com nódulo mamário e indicação de biópsia. Os autores observaram que independente do grupo de mulheres (com ou sem hipótese diagnóstica de câncer de mama), nenhuma delas obtiveram o direito de opinar sobre suas necessidades sendo elas pouco informadas e não participativas das decisões relacionadas à própria doença. Além disso, independentemente da hipótese diagnóstica

de câncer, nenhuma mulher relatou interesse do profissional por seu contexto de vida, tampouco por sua interpretação do adoecimento.

Esse dado mostra um profissional “guiado por uma visão diagnóstica e terapêutica reduzida a protocolos cada vez mais padronizados, que facultava a realização de ajustes sempre na busca de convencer o outro de que estava com a razão”. Essa postura caracteriza o poder simbólico exercido pelo profissional ao paciente, típico de uma relação hierarquizada. “Ao reproduzir a relação assimétrica ligada à dominação, parece que pacientes e profissionais não compreendem que não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas” (MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014).

Outro fato que merece destaque é a configuração da “ajuda” ou do cuidado ao fornecer e trocar informações, demonstrando sempre interesse no paciente como tentativa de estabelecer confiança. Desse modo, a confiança relatada pelas colaboradoras do estudo apresenta dois aspectos, o primeiro seria a capacidade técnica de informar e mostrar resultados claros em relação à farmacoterapia e, o segundo, e não menos importante, é transparecer interesse em todos os possíveis processos de saúde e doença que envolvem aquele indivíduo.

É importante destacar que a famosa “pílula mágica” o objeto capaz de curar tudo e a principal razão de se realizar uma consulta médica (LEFÈVRE, 1987; QUEIROZ, 1994; BALLESTER *et al.*, 2010; PEREIRA; NASCIMENTO, 2011), não mais existe com essa perspectiva para Vanessa. Após o tratamento do câncer há a ruptura dessa imagem, já que de alguma forma ela experienciou PRM. Ao ser atendida pelo GTM, Vanessa assume o controle sobre sua própria doença e o uso de medicamento que antes poderia ser visto como um problema, passa a não ser mais visto como tal, e seu uso, agora controlado, é realizado de forma mais consciente e confiante.

A importância do GTM nesse processo é percebida por Vanessa e é manifestada através da confiança que se tem no profissional que oferece o serviço, aqui no caso a farmacêutica. Ao atribuir à farmacêutica a função de dizer qual medicamento ela deve utilizar e solicitar explicações sobre o uso do mesmo, dois aspectos corroboram para a confiança no profissional se tornar evidente. O primeiro aspecto é a necessidade de se compartilhar a decisão com o paciente já que ao fazer isso o paciente se torna ativo no processo de cuidado e consciente da decisão que ambos estabeleceram, mas que sem a ciência dele o paciente apenas segue o que foi prescrito e não se apropria de seu próprio

tratamento. Ao compartilhar a decisão o profissional consolida a confiança depositada nele.

É claro que na prática da Atenção Farmacêutica o profissional deve assumir a responsabilidade pela farmacoterapia do paciente, mas isso não significa que ele deve decidir pelo paciente. Assumir a responsabilidade pela farmacoterapia significa garantir que os medicamentos utilizados sejam necessários, efetivos, os mais seguros possíveis e que sejam usados de forma conveniente, sendo possível com isso identificar, prevenir e resolver problemas relacionados ao seu uso (CIPOLLE; STRAND; MORLEY 1998; 2004; 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

O segundo aspecto é o discernimento entre as funções do médico e do farmacêutico. Estabelecendo essas diferenças o paciente consegue visualizar os limites entre as duas profissões, bem como as necessidades das atividades oferecidas por ambos profissionais sem que uma atrapalhe a outra. Esse discernimento é muito importante já que a Atenção Farmacêutica não intenciona ocupar lugar de nenhum profissional da saúde, mas sim atender a uma necessidade social que surgiu devido diversos fatores como a prescrição de múltiplos medicamentos para um só paciente, a produção acelerada de produtos e informações disponíveis no mercado, o aumento da complexidade da terapia farmacológica, o nível significativo de morbimortalidade associada ao uso de medicamentos e ao alto custo humano e financeiro que o processo de medicalização provoca (CIPOLLE; STRAND; MORLEY 1998; 2004; 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Mais uma vez, assumir a responsabilidade da farmacoterapia não exclui os conhecimentos básicos de outros profissionais, que juntos trazem amplos benefícios aos pacientes por abordarem diversas necessidades de saúde.

É interessante destacar que Vanessa vivenciou algo negativo e até um fracasso de sua farmacoterapia durante uma consulta médica. A falta de informação e até de resolução de problemas durante a consulta médica faz com que haja a necessidade, a procura e até a aceitação em relação ao serviço clínico farmacêutico (NATHAN, *et al.*, 2000; GARRETT; MARTIN, 2003; CASTRILLÓN, *et al.*, 2010; SAINI, *et al.*, 2010; GONZALVO, *et al.*, 2012; MORECROFT, *et al.*, 2013; LOWRIE, *et al.*, 2014; PANVELKAR, *et al.*, 2015). Nesse sentido, a primeira premissa da filosofia da prática profissional da Atenção Farmacêutica é a responsabilidade essencial do farmacêutico em compreender a necessidade social do uso apropriado, efetivo, seguro e conveniente de

medicamentos. Ao adotar essa atitude o paciente é capaz de ver no farmacêutico um profissional capaz de realizar o GTM.

Na narrativa de Vanessa, pode-se observar que as informações oferecidas e os resultados dos exames como produto do GTM são matérias primas para promover a autoconfiança e o empoderamento de pacientes. “Agora eu sei que estou fazendo a coisa certa” é uma categoria frequente em estudos qualitativos que relatam a experiência de pacientes com serviços clínicos farmacêuticos (NATHAN, *et al.*, 2000; SAINI, *et al.*, 2010; GONZALVO, *et al.*, 2012; LATIF; POLLOCK; BOARDMAN, 2013; MORECROFT, *et al.*, 2013; AHN, *et al.*, 2015; NAIK-PANVELKAR, *et al.*, 2015). Isso leva a crer que a experiência com GTM está fundamentada na autoconfiança como resultado do conhecimento adquirido fazendo com que o paciente saiba que está fazendo a coisa certa, já que tem maior compreensão do que, para que, e quais os efeitos do medicamento em uso. Nesse processo, o indivíduo obtém conhecimento e controle de sua doença.

Vale destacar que, o emprego constante da palavra paciente levanta a discussão do seu uso. Apesar de haverem críticas, em virtude do significado da palavra paciente como alguém que recebe um cuidado de forma passiva, no GTM o farmacêutico deve tornar o “paciente” parte ativa no processo de seu cuidado.

Novamente podemos discutir o compartilhamento de decisão, só que agora com o foco nas etapas necessárias para concretizar esse processo e obter resultados positivos. O compartilhamento de decisão depende de uma boa relação terapêutica para que haja uma efetiva troca de informações no âmbito de cada responsabilidade (profissional e paciente), sempre expondo as preferências. Ou seja, o profissional deve apoiar os pacientes para deliberar e expressar suas preferências e pontos de vista durante o processo de tomada de decisão.

Para se alcançar esse feito, Elwyn e colaboradores (2012) propõem um modelo para que esse processo seja realizado de forma prática. Esse modelo é baseado em discussão da escolha (certificar que os pacientes sabem as opções razoáveis disponíveis), discussão da opção (fornecer informações mais detalhadas sobre opções) e exposição da decisão (considerar as preferências e decidir o que é melhor). Este modelo baseia-se no apoio a um processo de deliberação e na compreensão de que as decisões devem ser influenciadas pela exploração e respeito do que mais importa para os pacientes como indivíduos.

*Para a consolidação desse serviço é preciso que o profissional esteja consciente de seu processo de tomada de decisão, reconhecendo o que pode influenciá-lo e quais as suas implicações. Isso reitera a importância de compreender profundamente esse processo e desenvolver formas de intervenções educacionais para aprimorá-lo (OLIVEIRA; RAMALHO-DE-OLIVEIRA; ALVES, 2015, p. 180).*

Apesar de tecnicamente o corpo ser objeto do GTM, na prática ele é sujeito posto que é o corpo sentindo o que molda a consulta. Ouvir o relato do corpo é de extrema importância e, mais uma vez, a relação de união entre o paciente e o farmacêutico se faz presente. Aqui é demarcado pelo conhecimento técnico oferecido pelo profissional e pelo conhecimento do paciente em relação ao seu próprio corpo.

Nesse sentido, um elemento presente na prática profissional da Atenção Farmacêutica é a abordagem centrada na pessoa. Esta prática considera o paciente como todo, sendo este visto como um indivíduo com necessidades, conhecimentos e experiências, os quais são imperativos para que o farmacêutico cumpra suas responsabilidades (CIPOLLE; STRAND; MORLEY 1998; 2004; 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

A prática centrada na pessoa requer que o farmacêutico o trate como um parceiro no planejamento de seus próprios cuidados já que é ele quem irá experimentar os benefícios e as consequências da terapia medicamentosa. Mais importante ainda é o fato dessa abordagem impedir que o paciente seja visto como um reservatório de medicamentos em um sistema de órgãos com possíveis reações aos fármacos. Essa “objetificação” do paciente não é aceitável na prática da Atenção Farmacêutica (CIPOLLE; STRAND; MORLEY 1998; 2004; 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA 2011).

Além disso, ao praticar o cuidado centrado na pessoa, todas as necessidades relacionadas com o uso de medicamentos são vistas como responsabilidade do farmacêutico. Não apenas as necessidades envolvidas de um grupo farmacológico ou uma doença específica (CIPOLLE; STRAND; MORLEY 1998; 2004; 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Isso significa que, no caso da Vanessa, não haverá o foco no câncer, mas sim, em todas as preocupações, expectativas e compreensão das doenças que ela possui e de sua farmacoterapia, tudo isso é responsabilidade do farmacêutico.

Emerson Elias Merhy em seu texto “o cuidado é um acontecimento e não um ato” oferece uma reflexão muito pertinente sobre o cuidado:

*Agora, é marcante do encontro o que caracteriza a 'alma' do campo da saúde: a promessa de que ali é um lugar de encontro de atores sociais / sujeitos, no qual uma parte está ali como expressão e portador de necessidade de saúde (que emerge sob a figura de qualquer tipo de demanda) e uma outra está ali por ser identificada como portadora de um certo saber fazer tecnológico, produtor de cuidado em saúde para o outro. Nesta promessa, as imagens que cada um produz são distintas: o trabalhador coloca-se do lugar de quem vai cuidar, por ter um conjunto de saberes e técnicas, sendo o efetivo promotor de que com isso vai resolver o problema do outro; o usuário coloca-se no lugar do objeto da ação do outro, porém supõe que isso vai dar conta de sua demanda, que no fundo carrega o pedido de ver garantido a recuperação do 'seu modo de caminhar a vida', dentro do que deseja e representa como tal (MERHY, 2011, p. 01).*

Como mostra a narrativa de Vanessa, ela teve a experiência com um profissional que teve dificuldade em ouvir suas queixas e menosprezou seus sentimentos. De acordo com Silva, Merhy e Carvalho, (2007) tem sido agente fracassado no estabelecimento de uma relação terapêutica a dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito ativo do processo, possuidor de desejos, crenças e temores. Os autores acrescentam que os usuários do sistema de saúde, de maneira geral, não criticam a falta de conhecimento técnico durante o atendimento, mas sim o desinteresse e a falta de responsabilização dos serviços de saúde, fazendo com que os pacientes se sintam, inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

Nesse sentido, no estudo de Miranda, Feliciano e Sampaio (2014) uma paciente com câncer de mama entrevistada realizou o seguinte relato sobre um profissional da saúde: “perguntou tudo, ele presta muita atenção ao que a gente fala. A gente sente confiança com um médico que realmente para pra **escutar**, pra examinar, prestar atenção no que tá fazendo”. Destaco a palavra escutar, pois assim como para Vanessa o ato de ouvir com atenção reflete confiança.

Kooken, Haase e Russell (2007) encontraram os mesmos resultados no que diz respeito à mulher com câncer de mama ser ouvida. Em sua pesquisa, mulheres afro-americanas sobreviventes ao câncer de mama, relataram muitos encontros desagradáveis com prestadores de cuidados de saúde insensíveis, que não acreditavam e validavam suas queixas.

Mesmo que a consulta com o médico seja realizada no mesmo espaço que a da farmácia, Vanessa se sente em outro lugar, não sente vontade de ir embora e nem sente que está incomodando ou tomando muito o tempo do profissional. O espaço aqui é vivenciado com base na relação horizontal estabelecida entre a farmacêutica e a paciente.

É claro que a privacidade é necessária nesses atendimentos, mas para Vanessa o lugar em si não importa já que o que molda o espaço é a relação que ela tem com o profissional. A cadeira antes dura e fria, no atendimento farmacêutico ela é sentida como um objeto confortável em um lugar propício para estabelecer um diálogo com alguém de rosto amigável.

Alguns estudos relatam que os pacientes em consultas médicas se sentem incomodados por estarem ocupando o tempo desse profissional, fato este não relatado nas consultas farmacêuticas, já que os mesmos são vistos como mais disponíveis para realizar o atendimento, muitas vezes por terem menos pacientes (GARRETT; MARTIN, 2003; VAN DEN BERG; DONYAI, 2014; PANVELKAR, *et al.*, 2015).

Arrisco aqui em dizer que não é pelo fato dos farmacêuticos terem menos pacientes para atender (comparados com os médicos), a razão deles se sentirem mais confortáveis em prolongar a consulta, mas sim pelo interesse e liberdade conferida a eles durante a consulta. É a postura profissional que faz a paciente retornar à consulta e não o serviço técnico oferecido. O GTM está propiciando uma postura profissional que faz com que a pessoa se sinta livre, a vontade e isso se deve ao arcabouço filosófico dessa prática profissional.

Além disso, o tempo pode ser visto como uma espera para as respostas não obtidas na consulta anterior, um resultado de um exame ou uma conversa que a farmacêutica ficou de ter com o médico, ou seja, um aspecto relacionado ao tempo é a espera de uma nova consulta. Essa espera interfere na forma como a próxima consulta será vivenciada, seja por ter expectativa de saber o resultado de um exame, seja para obter uma nova informação ou para relatar algo. O tempo aqui é experienciado de forma que haja expectativa de resolução do PRM, caso isso não ocorra a confiança no serviço oferecido pode ser colocada a prova. A temporalidade aqui mostra que o GTM é uma esperança de melhora.

É importante dizer ainda que a categoria existencial de tempo é vista na vivência com o GTM como um processo amplo. O que antes foi descrito com caráter de expectativa e esperança, agora pode-se discutir o tempo vivido durante a consulta, sem interferentes externos a ela. O estabelecimento de uma boa relação terapêutica faz com que o tempo decorrido da consulta não seja sentido, como se aquele episódio fosse uma conversa com uma amiga. O parecer uma psicóloga, uma amiga, um familiar significa

dizer que o profissional escuta o que a paciente quer dizer e por promover esse espaço a noção de tempo decorrido é perdida.

Vanessa não sente o tempo passar e nem sente necessidade de ir embora rápido, o que pode levar a conclusão que aquele momento é agradável para ela, aquele momento pertence a ela e ela só sairá de lá quando finalizar o propósito de sua presença. Algumas colaboradoras do presente estudo relataram que a duração da consulta é um importante aspecto vivido por elas e que contribuem para a satisfação do serviço. Isso ocorre, já que o tempo oferecido é suficiente para lembrar de tudo que se quer falar e perguntar à farmacêutica.

Vanessa relata, ainda, que antes do atendimento com a farmacêutica ela tinha que ir anotando todas as dúvidas que iam surgindo para não perder a oportunidade de respondê-las na consulta com o seu, médico que ocorre a cada 6 meses. Por último, é importante destacar que o tempo oferecido pelo farmacêutico durante a consulta, atrelado aos questionamentos e a relação terapêutica estabelecida, muitas vezes é visto como sinônimo de interesse do profissional.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora tenha-se resgatado poucos artigos que falavam das vivências de mulheres com o serviço de GTM, os estudos encontrados mostraram importantes aspectos sobre os serviços clínicos farmacêuticos que serviram de base para o desenvolvimento do estudo fenomenológico. Além disso, torna-se relevante destacar que independente do cenário de atuação do farmacêutico e da metodologia do serviço clínico, muitos temas encontrados na revisão interativa se assemelharam aos encontrados no estudo fenomenológico.

Assim, o significado do serviço de GTM para essas mulheres refletiu a filosofia da prática profissional de Atenção Farmacêutica que foi capaz de promover e até resgatar conhecimento, autonomia e confiança. O caráter holístico, humanístico e o equilíbrio entre os aspectos subjetivos e objetivos envolvidos no uso de medicamentos e ao diagnóstico do câncer contribuíram para o significado da consulta farmacêutica para essas mulheres.

Para as mulheres, o significado da experiência no GTM relacionou-se com o sentimento de serem vistas como seres humanos e não apenas como paciente. Isso possibilitou uma vivência além da doença e do uso de medicamentos, o que as permitiu assumir o controle de sua própria saúde a partir dos conhecimentos técnicos oferecidos pela farmacêutica. Essa experiência perpassa pela confiança nesse profissional e pelo estabelecimento de uma relação genuína. Sendo assim, o presente trabalho trouxe reflexões acerca do real papel de diferentes profissionais da saúde no âmbito do cuidado do paciente com câncer, servindo de base para compreensão das necessidades dessas pessoas.

O câncer de qualquer tipo, especialmente o câncer de mama, é muitas vezes considerado tabu, além de ser um marco importante e transformador na vida dessas mulheres. A consulta com o profissional farmacêutico evidenciou a necessidade e se tornou uma oportunidade para que essas pacientes pudessem conversar mais detalhadamente sobre todas as questões no entorno do câncer. Nesse ambiente, é preciso dar atenção aos pacientes.

Ao comparar a farmacêutica com a psicóloga, as pacientes demonstraram o significado real do que é o cuidado para elas. Assim, fica evidenciado a necessidade de serem ouvidas de tal modo como ocorre em uma consulta com um psicólogo. Mas, no processo de cuidado não se pode reservar a escuta como qualidade exclusiva dos

psicólogos, pois deve-se enfatizar o diálogo em detrimento do monólogo, tendência de muitos profissionais, a fim de, sobressair os seus conhecimentos técnicos.

Para que o profissional de saúde possa exercer o cuidado é necessário que seja conhecido o contexto de vida e as interpretações de seus pacientes em relação ao processo de adoecer. Ainda mais em se tratando de uma neoplasia que carrega um significado de morte para maioria das pessoas. A partir dessa compreensão é que de fato o profissional consegue entender o significado de cuidado que é extrapolado no que se chama de autonomia e autoconfiança. Ao adoecer, o indivíduo perde o controle de seu corpo e é nesse descontrole que um profissional de saúde que promove o GTM deve atuar, a fim de tentar estabilizar e devolver o controle físico e emocional. Para isso, é fundamental que o farmacêutico, primeiramente, foque na pessoa para depois promover autonomia da terapia medicamentosa.

*O diferencial do serviço, por incrível que pareça, não é a capacidade técnica da profissional, mas sim o interesse que a farmacêutica tem em ajudar no bem-estar das pacientes. Mesmo a profissional não sabendo informar de prontidão sobre algum questionamento feito por elas, o fato dela, em um segundo momento, ir atrás da informação e oferecer a resposta, denota confiança. Esse interesse, esse gosto pelo cuidado e pela profissão faz com que a paciente goste mais, se sinta bem atendida. O demonstrar interesse, o sorriso no rosto, o olhar atento se traduz em confiança, e essa é depositada no profissional que as fazem se sentir bem tratadas [trecho do diário de campo].*

## REFERÊNCIA

- AGUWA, C. N.; UKWE, C. V.; EKWUNIFE, O. I. Effect of pharmaceutical care programme on blood pressure and quality of life in a Nigerian pharmacy. *Pharmacy World and Science*, v. 30, n. 1, p. 107–110, 2008.
- AHN, J. *et al.*. Understanding, benefits and difficulties of home medicines review - patients' perspectives. *Australian family physician*, v. 44, n. 4, p. 249–253, 2015.
- ALANO, G. M.; CORRÊA, T. D. S.; GALATO, D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 757–764, 2012.
- ALCANTARA, L. S., SANT'ANNA, J. L., SOUZA, M. G. N. Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.9, p.2507-2514, 2013.
- ALMEIDA, S. S. L. *et al.*. the Senses of Corporeality in Ostimies Cancer. *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 4, p. 761–769, 2010.
- AMARAL, K. M.; REIS, J. G.; PICON, P. D. Atenção Farmacêutica no Sistema Único de Saúde : um exemplo de experiência bem sucedida com pacientes portadores de hepatite C. *Revista Brasileira de Farmácia*. v. 87, n. 1, p. 19–21, 2006.
- AMARANTE, L. C. *et al.*. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. v. 31, n. 3, p. 209–215, 2010.
- AMATUZZI, M. M. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia I*, v.26, n.1, p. 93-100, 2009.
- AMBROSIO, D.C.M., dos SANTOS, M. A. Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 27, n. 4, p. 475-484, 2011.
- ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia I*, v.27, n.2, p.259-268, 2010
- ANDRADE, Tadeu Uggere de *et al.*. Scientific production in pharmaceutical care: comparison between Brazil, USA and Spain. *Braz. J. Pharm. Sci.*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 39-47, mar. 2013.
- ARAÚJO, I. M. A., FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.12 , n.4, p.664-71, 2008.
- ATKINSON, S.; RUBINELLI, S. Narrative in cancer research and policy: Voice, knowledge and context. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, v. 84, n. SUPPL.2, 2012.

BANKS, Stephen. Writing as Theory: In Defense of Fiction. In COLE , A. L., KNOWLES, J. G. *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*. SAGE Publications, Inc, 2008, p. 155-165.

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.

BEREZNICKI, B. *et al.*. Perceived feasibility of a community pharmacy-based asthma intervention: a qualitative follow-up study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, v. 36, p.348–355, 2011.

BISSELL, P. *et al.*. Patients' experiences of a community pharmacy-led medicines management service. *Health and Social Care in the Community*. v. 16, n. 4, p. 363–369, 2008.

BLAGBURN, J. *et al.*. Person-centred pharmaceutical care reduces emergency readmissions. *European journal of hospital pharmacy.*, v. 23, n. 2, p. 80–85, 2016. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84963593351&partnerID=tZOtx3y1>>.

BOZOVICH, M.; RUBINO, C. M.; EDMUNDS, J. Effect of a clinical pharmacist-managed lipid clinic on achieving National Cholesterol Education Program low-density lipoprotein goals. *Pharmacotherapy*. v. 20, n. 11, p. 1375–83, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde; DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em 29 jan. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 novembro de 1998. Seção 1, p. 18.

CANTO, Vanessa B. *Implementação de um serviço de clínica farmacêutica em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Florianópolis: um relato de experiência*. 2016. 51f. Trabalho de Conclusão de curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Santa Catarina.

CAETANO, E. A. GRADIM, C. V. C. SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev. enferm. UERJ*, v. 17, n. 2, p. 257-61, 2009.

CALEGARI, E. G., FELDENS, V. P., SAKAE, T. M. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia em um centro de referência terciário em Tubarão/SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 40, n. 3, p. 49-55, 2011.

CAMPOS, R. T. O., FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*, v.42, n.6, p.1090-6, 2008.

CARVALHO, M.V.B., MERIGHI, M.A.B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.13, n.6, p.951-9, 2005.

CASTRILLÓN, C. C. *et al.*. Percepción de los pacientes sobre el servicio de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharmaceutical Care España*, v.12, n.1, p.4-11, 2010.

CAULLEY, D. N. Making Qualitative Research Reports Less Boring The Techniques Of Writing Creative Nonfiction. In: DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. *Qualitative Inquiry*, v.14, n.3, p. 424-449, 2008.

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. *Pharmaceutical care practice: the Clinician's Guide*. 2<sup>nd</sup> 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: McGraw-Hill Companies, 2012. 697 p.

CORRER, C. J. *et al.*. Effect of a Pharmaceutical Care Program on quality of life and satisfaction with pharmacy services in patients with type 2 diabetes mellitus. *Braz. J. Pharm. Sci.*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 809-817, Dec. 2009.

CORRER, C. J. Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas? *Acta Farmacêutica Portuguesa* v. 2, n. 1, pp. 21-34, 2013.

DALY, K. J. *Qualitative Methods for Family Studies & Human Development*. In:\_\_\_\_\_. *Qualitative Research and the Art of Learning to See*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. 2007. cap. 1, p. 1-18.

DASHTI-KHAVIDAKI, S. *et al.*. The use of pharmaceutical care to improve health-related quality of life in hemodialysis patients in Iran. *International Journal of Clinical Pharmacy*, v. 35, n. 2, p. 260–267, 2013.

D'ANDRÉA, R. D. *et al.*. 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*. v. IX, n. 2, p. 49–60, 2012.

DEWAR, A. *et al.*. Navigating the health care system: perceptions of patients with chronic pain. *Chronic Diseases*, v. 29, n. 4, p. 162-168, 2009.

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.

DOWSE, R. Patient-centred pharmacy: reflections from the patient-academic pharmacist interface. *S Afr Pharm J*, v.81, n.9, p.40-43, 2014.

DOWSE, R. Reflecting on patient-centred care in pharmacy through an illness narrative. *Int J Clin Pharm*, v.37, n1, p.551–554, 2015.

EISNER, E., W. On the Differences between Scientific and Artistic Approaches to Qualitative Research. *Educational Researcher*, v. 10, n. 4, p. 5-9, 1981.

ELWYN, G. *et al.* Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*, v. 27, n.10, p. 1361-7, 2012

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.

FAROOQUI, M. *et al.*. Complementary and alternative medicines (CAM) disclosure to the health care providers: A qualitative insight from Malaysian cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, v.18, n.1, p. 252-256, 2012.

FISCHER, R. L. *et al.*. Pharmaceutical care for patients with chronic conditions. *Journal of American Pharmaceutical Association*. v. 40, n. 2, p. 174-180, 2000.

FREITAS, E. L. DE. *Revelando a experiência do paciente com a atenção farmacêutica: uma abordagem qualitativa*. 2005. 118 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FREITAS E.L. de, RAMALHO-DE OLIVEIRA D. & PERINI E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática: um Diálogo Possível? *Acta farmacêutica bonaerense*, v. 25, n.3, 2006.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008.

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. 139-152, 2004.

FUJIMORI M, UCHITOMI Y. Preference of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *J Clin Oncol.*, v.39, n.1, p.201-16, 2009.

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. 409-420, jun. 2011.

FURTADO, V. S. *Análise do processo de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Farmácia no Estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório*. 2008. 129p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

GARCIA, G. M. *et al.*. Generating demand for pharmacist-provided medication therapy management: Identifying patient-preferred marketing strategies. *J Am Pharm Assoc*, v. 49, n.5, p.611-616, 2009.

GARRETT, D. G., MARTIN, L. A. The Asheville Project: Participants' Perceptions of Factors Contributing to the Success of a Patient Self- Management Diabetes Program. *J Am Pharm Assoc*, v.43, n.2, p. 185-90, 2003

GIDMAN, W. WARD, P. MCGREGOR, L. Understanding public trust in services provided by community pharmacists relative to those provided by general practitioners: a qualitative study. *BMJ Open*, v. 2, p.1-12, 2012.

GOMES, C. H. R. SILVA, P. V. MOTA, F. F. Comunicação do diagnóstico de câncer: análise do comportamento médico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 55, n. 2, p. 139-143, 2009.

GONZALVO, J. D. *et al.*. Patient Perceptions of Pharmacist-Managed Clinics: A Qualitative Analysis. *J Pharm Techno*, v. 28, p. 10-15, 2012

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y. S. (1994). Competing paradidgms in qualitative research. In N.K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.

GUIDRY, J., MATTHEWS-JUAREZ, P., COPELAND, V. Barriers to breast cancer control for African American women. *Cancer Supplement*, v.97, n.1, p.318-323, 2003.

GURWITZ *et al.*, 2003. Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting. *Journal of American Medical Association*. v. 289, n. 9, p. 1107–1116, 2003.

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

HOBSON, R. J., SCOTT, J. SUTTON, J. Pharmacists and nurses as independent prescribers: exploring the patient’s perspective. *Family Practice*,v. 27, p.110–120, 2010.

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

JOHNSON, J. A.; BOOTMAN, L. J. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *American Journal of Health System Pharmacy*, v. 54, p. 554-558, mar.1997.

JUCÁ, M. B. H. *et al.* A comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 1, p.57 – 64, 2010

KOOKEN, W. C.; HAASE, J. E.; RUSSELL, K. M. “I’ve Been Through Something”: Poetic Explorations of African American Women’s Cancer Survivorship. *Western Journal of Nursing Research*, v.29, n.7, 2007.

KUCUKARSLAN, S. N. *et al.* Exploring patient experiences with prescription medicines to identify unmet patient needs: Implications for research and practice. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, v. 8, p.321–332, 2012.

LATIF, A. BOARDMAN, H. F. POLLOCK, K. Understanding the patient perspective of the English community pharmacy Medicines Use Review (MUR). *Research in Social and Administrative Pharmacy*, v. 9, p. 949–957, 2013.

LATIF, A., POLLOCK, K., BOARDMAN, H. F. Medicines use reviews: a potential resource or lost opportunity for general practice? *BMC Family Practice*, v. 14, n. 57, p.1-8, 2013.

LEAVY, Patricia. Social Research and creative arts: an introduction. In:\_\_\_\_\_ *Method Meets Art : Arts-Based Research Practice*. New York, NY, USA: Guilford Press, 2008. cap. 1. p. 1-24.

LEE, J. K.; GRACE, K. A; TAYLOR, A. J. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. v. 296, n. 21, p. 2563–2571, 2006.

LEFÈVRE, F. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, p. 64–7, 1987.

LIN, Y. Y. Evolution of Pharm D Education and Patient Service in the USA. *J Exp Clin Med*, v.4, n. 4, p. 227-230, 2012.

LOTTI, Renata, C. B., *et al.*. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008.

LOWRIE, R. *et al.* Experiences of a community pharmacy service to support adherence and self-management in chronic heart failure. *Int J Clin Pharm*, v. 36, p.154–162, 2014.

LYRA JUNIOR, D. *et al.*. Satisfaction as an outcome of a pharmaceutical care program for elderly in Ribeirão Preto-São Paulo (Brazil). *Seguimento Farmacoterapêutico*, v. 3, n. 1, p. 30–42, 2005.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M.J. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapêutico. Granada: UGR, 2003. 43 p

MCMILLAN, S. S. *et al.*. How to attract them and keep them: the pharmacy attributes that matter to Australian residents with chronic conditions. *International Journal of Pharmacy Practice*, v. 22, p. 238–245, 2014.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. 2011. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-17.pdf>. Acesso em: dezembro de 2016.

MINAYO, M.C.S., e SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. 108 p.

MIRANDA, A. C. A., FELICIANO, K. V. O., SAMPAIO, M. A. A comunicação médico-paciente na percepção de mulheres com nódulo mamário e indicação de biópsia. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v.14, n.3, p.251-260, 2014.

MONTGOMERY, A. T. *et al.*. Receiving a pharmaceutical care service compared to receiving standard pharmacy service in Sweden-How do patients differ with regard to perceptions of medicine use and the pharmacy encounter? *Research in Social and Administrative Pharmacy*. v. 6, n. 3, p. 185–195, 2010.

MORECROFT, C. W. *et al.*. Inpatients' expectations and experiences of hospital pharmacy services: qualitative study. *Health Expectations*, v.18, p.1009–1017, 2013.

MOREIRA-DE-SOUZA, W. *Avaliação De Competências Necessárias Para A Prática Da Atenção Farmacêutica*. 2015. 196 f. Tese (Pós-Graduação em Medicina, Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe. Sergipe

MORSE, J. M. A Review Committee's Guide for Evaluating Qualitative Proposals. *Qualitative Health Research*, v. 13, n. 6, p. 833, 2003.

MURPHY, Caitlin C. *et al.*. Adherence to Adjuvant Hormonal Therapy among Breast Cancer Survivors in Clinical Practice: A Systematic Review. *Breast Cancer Res Treat.*, v. 134, n. 2, p. 459–478, 2012.

MURRAY, M. D. *et al.*. Effect of a pharmacist on adverse drug events and medication errors in outpatients with cardiovascular disease. *Archives of internal medicine*. v. 169, n. 8, p. 757–763, 2009.

NATHAN, A. *et al.* Patients' views of the value of “brown bag” medication reviews. *The international journal of pharmacy practice*, v.8, p. 298-304, 2000

NAGEL, D. A. Knowing the person in a virtual environment: protocol for a grounded theory study of telehealth in nursing practice. *International Journal of Arts & Sciences*. v.03, n.07, p. 391–408, 2014.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 759-66, 2011.

OLIVEIRA, I. V., RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D., ALVES, M. R. Processo de tomada de decisão em gerenciamento da terapia medicamentosa: Da compreensão ao desenvolvimento de um modelo para ensino. *Investigação Qualitativa em Saúde*, v.1, n.1, p. 177-80, 2015.

OLIVEIRA, M. O., CHARREU, L. A. Contribuições da perspectiva metodológica “investigação baseada nas artes” e da a/r/tografia para as pesquisas em educação. *Educação em Revista*, v.32, n.01, p. 365-382, 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: OPAS, 2002. 24 p.

PANVELKAR, N. *et al.*. A pharmacy asthma service achieves a change in patient responses from increased awareness to taking responsibility for their asthma. *International Journal of Pharmacy Practice*, v.23, p. 182–191, 2015.

PAVÃO, M. T. B. O impasse na suspeita ou na confirmação de abuso sexual infantil: a necessidade de encontrar marcas físicas. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 14, n. 3, p. 274-79, 2013

PEREIRA L. R. L., FREITAS O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Braz J Pharm Sci.*, v. 44, n. p. 601-612, 2008.

PEREIRA, M. L.; NASCIMENTO, M. M. G. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. *Rev. Bras. Farm.* v. 92, n. 4, p. 245-252, 2011.

PLANAS, L. G. *et al.*. Evaluation of a hypertension medication therapy management program in patients with diabetes. *Journal of the American Pharmacists Association.* v. 49, n. 2, p. 164, 2009.

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. 1297-1314, 2011

POSSAMAI, Fabricio Pagani; DACOREGGIO, Marlete dos Santos. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 473-490, 2008.

QUEIROZ, D. T. *et al.*. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *R Enferm UERJ*, v. 15, n. 2, 2007.

QUEIROZ, M. S. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. DE S. (Eds.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 153-156.

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

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

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

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, Djenane; VARELA, Niurka Dupotey. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. *Rev. Bras. Cienc. Farm.*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 763-772, 2008.

RENBORG, T.; LINDBLAD, A. K.; TULLY, M. P. Exploring subjective outcomes perceived by patients receiving a pharmaceutical care service. *Research in social & administrative pharmacy.* v. 2, n. 2, p. 212–31, 2006.

RIBEIRO, D. P. Investigação baseada nas artes: caminhos de metáfora e escrita performativa. *Performa '11 – Encontros de Investigação em Performance* Universidade de Aveiro, 2011.

RIU, G *et al.*. Implementation of a pharmaceutical care programme for patients receiving new molecular-targeted agents in a clinical trial unit. *European Journal of Cancer Care*, p. 1- 15, 2016.

ROUGHEAD, E. E.; SEMPLE, S. J.; VITRY, A. I. Pharmaceutical care services: a systematic review of published studies, 1990 to 2003, examining effectiveness in improving patient outcomes. *International Journal of Pharmacy Practice*. v. 13, n. 1, p. 53–70, 2005.

RUDER, A. D. *et al.*. Is there a benefit to having a clinical oncology pharmacist on staff at a community oncology clinic? *J Oncol Pharm Practice*, v.17, n.4, p. 425–432, 2010.

SAINI, B. *et al.* Asthma disease management—Australian pharmacists’ interventions improve patients’ asthma knowledge and this is sustained. *Patient Education and Counseling*, v.83, p. 295–302, 2011.

SALCI, M. A. SALES, C. A. MARCON, S. S. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. *Rev. enferm. UERJ*, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2008.

SANTICHI, Eliane Cristina *et al.*. Rastreo de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. *Psicologia Hospitalar*, v. 10, n. 1, p. 42-67, 2012.

SANTOS, Daniela Barsotti, VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.5, p. 2511-2522, 2011.

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.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, v. 9 n. 3, p. 479-503, 2012.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manuel Antônio dos; SOUZA, Laura Vilela e. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia*, v. 14, n. 1, p. 41-50, 2009.

SILVA, J. A, MERHY, E.E., CARVALHO LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2007. p. 113-28.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol. estud.*, v.13, n.2, 2008 .

SILVA, W. B. *A Emergência da Atenção Farmacêutica: Um Olhar Epistemológico e Contribuições Para o Seu Ensino*. 2009. 305 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Tecnológica) - Universidade Federal de Santa Catarina, Educação Científica e Tecnológica. Florianópolis

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. 519–532, 2014.

TEIXEIRA, J. J.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 207–213, 2001.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, June 2005.

TURNER, D. W. Qualitative Interview Design : A Practical Guide for Novice Investigators. *The Qualitative Report*, v. 15, n. 3, p. 754–760, 2010.

VAN DEN BERG, M., DONYAI, P. conceptual framework of patient satisfaction with a pharmacy adherence service. *Int J Clin Pharm*, v. 36, p.182–191, 2014.

VAN MANEN, M. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press, 1990. 202 p.

VAN MANEN, M. *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. 13 ed. Walnut Creek: Left Coast Press, 2014.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 213–220, 2007.

VICTORINO, A. B. *et al.*. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev. SBPH*, v.10, n.1, p. 53-63. 2007

VINHOLES, Eduardo Rocha; ALANO, Graziela Modolon; GALATO, Dayani. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. *Saude soc.*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 293-303, Jun. 2009.

WHITE-MEANS et al.. African American Women: Surviving Breast Cancer Mortality against the Highest Odds. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v.13, n.6, p.1-15, 2016.

WHITTEMORE R; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. *J AdvNurs*. vol.52, n. 5, p. 546-53, 2005.

YANG, S. *et al.*. A comparison of patients' and pharmacists' satisfaction with medication counseling provided by community pharmacies: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, v.16, n. 131, p.1-8, 2016.

## APÊNDICE A

### Estratégia de busca COM descritores de oncologia

#### A) Base de dados: PubMed:

Resultou em 4 artigos e nenhum elegível

((("patient preference"[MeSH Terms] OR "patient preference"[All Fields]) OR ("patient satisfaction"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "satisfaction"[All Fields]) OR "patient satisfaction"[All Fields]) OR ("life experience"[All Fields] OR "Patient view"[All Fields] OR "patient perspectives"[All Fields]) OR (lived[All Fields] AND experience[All Fields]) OR "lived experience"[All]) AND (("pharmaceutical services"[MeSH Terms] OR "pharmaceutical services"[All Fields] OR "pharmaceutical care"[All Fields] OR "pharmacy service"[All Fields]) OR ("medication therapy management"[MeSH Terms] OR ("medication"[All Fields] AND "therapy"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "medication therapy management"[All Fields]) AND ("communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields]) AND Care[All Fields] AND Center[All Fields]) OR ("pharmacists"[MeSH Terms] OR "pharmacists"[All Fields]) OR "clinical pharmacist"[All Fields] OR ("clinical pharmacy"[All Fields] OR "clinical pharmacy"[All Fields]) OR "drug therapy management"[All Fields] OR "pharmacy practice"[All Fields] OR "community pharmacists"[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])) AND (((((((("Personal Narratives"[Publication Type] OR "Personal Narratives as Topic"[Mesh] OR "Empiricism"[Mesh]) AND Humans[Mesh])) OR ("Interview"[Publication Type] OR "Interviews as Topic"[Mesh]) AND Humans[Mesh])) OR (qualitative[Text Word] AND Humans[Mesh])) OR (("qualitative research"[MeSH Terms] OR qualitative research[Text Word]) AND Humans[Mesh])))) OR ("audiotaped"[All Fields] OR "ethnography"[All Fields] OR "focus group"[All Fields] OR "phenomenology"[All Fields] OR (lived[All Fields] AND experience[All Fields]) OR "lived experience"[All])) AND ("breast neoplasms"[MeSH Terms] OR breast cancer[Text Word] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR oncology[Text Word] OR "oncology service, hospital"[MeSH Terms] OR hospital oncology service[Text Word] OR "mastectomy"[MeSH Terms] OR mastectomies[Text Word] OR

"antineoplastic combined chemotherapy protocols"[MeSH Terms] OR antineoplastic chemotherapy protocol[Text Word] OR "antineoplastic combined chemotherapy protocols"[MeSH Terms] OR "radiotherapy"[Subheading] OR "radiotherapy"[MeSH Terms] OR radiotherapy[Text Word])

## **B) Base de dados: SCOPUS**

Resultou em 4 artigos e nenhum elegível

( TITLE-ABS-KEY ( "life experience" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "patient perspectives" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "patient preference" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "patient satisfaction" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "patient view" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "audiotaped" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "ethnography" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "focus group" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "phenomenology" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "qualitative research" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "personal narratives" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "lived experience" ) OR TITLE-ABS-KEY("Personal Narratives" OR "Personal Narratives as Topic" OR "Empiricism" AND Humans) OR TITLE-ABS-KEY("Interview" OR "Interviews as Topic" AND Humans) OR TITLE-ABS-KEY(qualitative AND Humans) OR TITLE-ABS-KEY("qualitative research" OR qualitative research AND Humans) AND TITLE-ABS-KEY ( "pharmaceutical services" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "pharmaceutical service\*" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "pharmaceutical care" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "pharmacy service" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "medication therapy management" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "drug therapy management" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "clinical pharmacist" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "clinical pharmacy" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "pharmacy practice" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "community pharmacists" ) ) AND TITLE-ABS-KEY("breast neoplasms") OR TITLE-ABS-KEY("neoplasms") OR TITLE-ABS-KEY(oncology) OR TITLE-ABS-KEY("oncology service, hospital") OR TITLE-ABS-KEY(hospital oncology service) OR TITLE-ABS-KEY("mastectomy" OR mastectomies) OR TITLE-ABS-KEY("antineoplastic combined chemotherapy protocols") OR TITLE-ABS-KEY(antineoplastic chemotherapy protocol) OR TITLE-ABS-KEY("radiotherapy")

## **C) Base de dados: LILACS**

Resultou e nenhum artigo

(tw:(("qualitative research" OR "personal narratives" OR "audiotaped" OR "ethnography" OR "focus group" OR "phenomenology" OR "lived experience" "Personal Narratives" OR "Personal Narratives as Topic" OR "Empiricism" OR "Interviews as Topic")) AND (tw:( "pharmaceutical services" OR "pharmaceutical service\*" OR "pharmaceutical care" OR "pharmacy service" OR "medication therapy management" OR "drug therapy management" OR "drug therapy management" OR "clinical pharmacist" OR "clinical pharmacy" OR "pharmacy practice" OR "community pharmacists"))) AND (tw:( "patient satisfaction" OR "life experience" OR "patient perspectives" OR "patient preference" OR "patient view")) AND (tw:(("breast neoplasms" OR "neoplasms" OR "oncology" OR "oncology service, hospital" OR hospital oncology service OR "mastectomy" OR mastectomies OR "antineoplastic combined chemotherapy protocols" OR antineoplastic chemotherapy protocol OR "radiotherapy"))

## APÊNDICE B

### Estratégia de busca SEM descritores de oncologia

#### A) Base de dados: PubMed:

((("patient preference"[MeSH Terms] OR "patient preference"[All Fields]) OR ("patient satisfaction"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "satisfaction"[All Fields]) OR "patient satisfaction"[All Fields]) OR ("life experience"[All Fields] OR "Patient view"[All Fields] OR "patient perspectives"[All Fields]) OR (lived[All Fields] AND experience[All Fields]) OR "lived experience"[All]) AND (("pharmaceutical services"[MeSH Terms] OR "pharmaceutical services"[All Fields] OR "pharmaceutical care"[All Fields] OR "pharmacy service"[All Fields]) OR (("medication therapy management"[MeSH Terms] OR ("medication"[All Fields] AND "therapy"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "medication therapy management"[All Fields]) AND ("communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields]) AND Care[All Fields] AND Center[All Fields]) OR ("pharmacists"[MeSH Terms] OR "pharmacists"[All Fields]) OR "clinical pharmacist"[All Fields] OR ("clinical pharmacy"[All Fields] OR "clinical pharmacy"[All Fields]) OR "drug therapy management"[All Fields] OR "pharmacy practice"[All Fields] OR "community pharmacists"[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])) AND (((((((("Personal Narratives"[Publication Type] OR "Personal Narratives as Topic"[Mesh] OR "Empiricism"[Mesh]) AND Humans[Mesh])) OR (("Interview"[Publication Type] OR "Interviews as Topic"[Mesh]) AND Humans[Mesh])) OR (qualitative[Text Word] AND Humans[Mesh])) OR (("qualitative research"[MeSH Terms] OR qualitative research[Text Word]) AND Humans[Mesh])))) OR ("audiotaped"[All Fields] OR "ethnography"[All Fields] OR "focus group"[All Fields] OR "phenomenology"[All Fields] OR (lived[All Fields] AND experience[All Fields]) OR "lived experience"[All]))

**B) Base de dados: SCOPUS**

( TITLE-ABS-KEY ( "life experience" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "patient perspectives" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "patient preference" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "patient satisfaction" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "patient view" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "audiotaped" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "ethnography" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "focus group" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "phenomenology" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "qualitative research" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "personal narratives" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "lived experience" ) AND TITLE-ABS-KEY ( "pharmaceutical services" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "pharmaceutical service\*" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "pharmaceutical care" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "pharmacy service" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "medication therapy management" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "drug therapy management" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "clinical pharmacist" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "clinical pharmacy" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "pharmacy practice" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "community pharmacists" ) )

**C) Base de dados: LILACS**

(tw:( "qualitative research" OR "personal narratives" OR "audiotaped" OR "ethnography" OR "focus group" OR "phenomenology" OR "lived experience" "Personal Narratives" OR "Personal Narratives as Topic" OR "Empiricism" OR "Interviews as Topic" )) AND (tw:( "pharmaceutical services" OR "pharmaceutical service\*" OR "pharmaceutical care" OR "pharmacy service" OR "medication therapy management" OR "drug therapy management" OR "drug therapy management" OR "clinical pharmacist" OR "clinical pharmacy" OR "pharmacy practice" OR "community pharmacists" )) AND (tw:( "patient satisfaction" OR "life experience" OR "patient perspectives" OR "patient preference" OR "patient view" ))

## **APÊNDICE C**

### **Instrumentos de coleta de dados**

#### **Entender a experiência do paciente com a prática de atenção farmacêutica**

Este tópico guia têm como objetivo orientar as entrevistas e outros métodos de coleta de dados na pesquisa qualitativa. Além de orientar-se pelo roteiro de perguntas, é importante que o pesquisador deixe o entrevistado se colocar. Realizar perguntas abertas e estar atento ao que o entrevistado fala e como ele se expressa corporalmente. Antes de realizar a entrevista, o pesquisador deve concentrar-se e tentar “colocar entre parênteses” tudo o que pensa que o entrevistado irá lhe dizer. O importante é estar aberto e curioso para perceber o que o entrevistado tem a lhe apresentar. Diminuir a violência simbólica que é exercida através de si mesmo e assumir uma postura acolhedora. Se apresentar, explicar os objetivos da pesquisa e reforçar o TCLE (sigilo e neutralidade da pesquisa). Começar sempre com perguntas menos reflexivas (período de relaxamento). Aproveitar algo da fala para aprofundar e seguir com a entrevista. Lembrar de não finalizar a entrevista nem nenhum tópico abruptamente, sempre perguntar: você deseja acrescentar algo? Trazer sempre a entrevista para o campo experiencial (sempre buscando exemplos concretos de situações vividas).

#### **Tópico guia para pesquisa com os usuários buscando a compreensão da experiência subjetiva com o serviço de GTM**

#### **Compreender as expectativas e percepções dos pacientes em relação a um serviço de GTM**

- 1- Conte-me sobre sua última consulta de GTM (o que aconteceu? No começo, e depois? Tentar conduzir o paciente a construir uma história).
- 2- Gostaria que me contasse como foi no início, quando começou a ser atendido pelo farmacêutico. Como você ficou sabendo sobre GTM? Alguém te encaminhou para o serviço de GTM? Quem? Você sabe porquê? O que te levou a voltar?
- 3- Para você, o que significa ser atendida pela farmacêutica? Como você se sente em relação ao acompanhamento?
- 4- O que você espera da consulta?
- 5- Como você se sente quando está sendo atendida pela farmacêutica?
- 6- Houve algo que lhe marcou durante o período em que foi acompanhada pelo farmacêutico?
- 7- Existe algo que você não gosta no atendimento com a farmacêutica?
- 8- Me conte como é o local em que ocorre a consulta
- 9- Existe algo que gostaria de me dizer sobre sua experiência com o serviço de atenção farmacêutica/GTM?

#### **Compreender a influência dos atendimentos GTM na percepção da paciente sobre sua qualidade de vida**

- 1- Existe algo que a consulta com a farmacêutica te ajudou em relação a forma como você vê a doença e o tratamento?
- 2- Você se lembra de alguma consulta em que foi feita alguma intervenção e você se sentiu melhor/mais disposta?
- 3- Como você acha que o atendimento te ajuda?
- 4- Como você se sente quando sai do atendimento?

**Entender como o paciente percebe a integração do serviço de GTM com outros serviços oferecidos no contexto estudado**

- 1- O que acontece quando ela sugere alguma intervenção? Como você se sente em relação a isso?
- 2- Você conversa com seu médico sobre o atendimento com a farmacêutica? E com outro profissional da saúde? Por quê?
- 3- Já foi sugerido a você que realizasse algum atendimento com outro profissional (psicólogo, nutricionista...)?

Existe algo que você queira completar ou acrescentar? Algo que a gente não conversou tão bem?

**MUITO OBRIGADA!**

Lembrar de falar que entrará em contato novamente para realizarmos outro encontro

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Paciente

Pesquisa Resultados Clínicos, Econômicos e Aspectos Humanísticos, Culturais e Educacionais de Serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa no Sistema Único de Saúde.

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

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

Sua participação é muito importante e totalmente voluntária. Você não receberá nenhum bônus ou incentivo financeiro para participar dessa pesquisa, entretanto, poderá ocorrer reembolso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa e a reparação de possíveis danos que eventualmente possam ser gerados. Os benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa serão a compreensão de aspectos relevantes da relação profissional-paciente e dos resultados do serviço de GTM, que contribuirão para melhorias na conduta ética e clínica do farmacêutico nesse serviço. Toda a informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a sua identificação será mantida como informação sigilosa.

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

Suas informações são muito valiosas para o desenvolvimento desta pesquisa.

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

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

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

Pesquisador responsável

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

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

Este termo é arquivado, pelo pesquisador responsável, por um período de \_\_\_\_\_ para consultas e verificações.

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

Contatos:

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

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

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

## **ANEXO II**

Continuação do Parecer: 1.691.212

para o desenvolvimento deste sistema de documentação, de forma que dialogue com estes prontuários. Para a avaliação dos resultados clínicos serão descritos dados sócio-demográficos e clínicos dos usuários, os problemas relacionados ao uso de medicamentos identificados e resolvidos, as intervenções farmacêuticas realizadas, os objetivos terapêuticos alcançados assim como as alterações na situação clínica do paciente comparando-se o início e o último dia de atendimento. Para a avaliação dos resultados econômicos serão descritos os custos do serviço prestado e a estimativa de economia com serviços e insumos de saúde devido às intervenções farmacêuticas.- Acesso a dados secundários: procedimentos e forma de acesso. Trata-se de etapa que prevê exclusivamente acesso a dados secundários. Os mesmos serão consultados de forma a preservar o sigilo e a confidencialidade dos dados dos pacientes.

2- Compreender aspectos humanísticos, culturais e educacionais relacionados à implantação, oferta e formação para serviços de GTM: Pesquisa qualitativa: serão utilizados os métodos da 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. Serão desenvolvidos tópicos guia para orientar as entrevistas em profundidade e os grupos focais a serem desenvolvidos ao longo do estudo. Tais tópicos guia tratam-se de uma sequência de perguntas abertas relacionadas ao tema da pesquisa que permitirão ao pesquisador orientar o processo de construção dos dados com os sujeitos da pesquisa.

3. Elaboração de instrumentos de avaliação de qualidade para serviços de GTM e validação por profissionais de GTM e especialistas por meio da técnica de Delphi.

**Critério de Inclusão:**

Nas pesquisas de avaliação dos resultados clínicos e econômicos serão incluídos todos os pacientes atendidos nos serviços de GTM, acima de 18 anos e que consentirem em participar da pesquisa, através da avaliação da documentação dos atendimentos. Nas pesquisas que utilizarem metodologia qualitativa, serão incluídos indivíduos que possuam experiências com os fenômenos a serem estudados, acima de 18 anos e que concordem em participar da pesquisa. Na validação

**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: 1.691.212

dos instrumentos para avaliação de qualidade do serviço serão incluídos profissionais farmacêuticos com ampla experiência em serviços de GTM.

**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.

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;
3. Construir indicadores de qualidade do serviços de GTM e validá-los com especialistas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Um dos possíveis riscos das pesquisas é a identificação dos participantes da pesquisa, entretanto, 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 e consultas a especialistas, os participantes serão informados sobre o sigilo das informações e na apresentação dos dados serão utilizados nomes fictícios para preservar a identidade dos entrevistados.

Benefícios:

Os resultados obtidos com essas pesquisas poderão melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários do serviço de GTM atendidos nesses cenários, contribuindo para alcance dos objetivos terapêuticos dos pacientes e melhora de sua experiência subjetiva. Também, irá auxiliar na implantação desse serviço em outros cenários, visto que vai demonstrar o processo de implantação e revelar a experiência dos envolvidos. Irá contribuir para o processo de formação de profissionais de farmacêuticos para essa prática, pois irá compreender os aspectos educacionais envolvidos na formação para esses serviços.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Justificativa da Emenda é pela inclusão da Assistente de Pesquisa: Catarina Stivali Teixeira.

**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: 1.691.212

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Presentes:

Folha de Rosto

Parecer da Câmara do Departamento de Farmácia Social - Faculdade de Farmácia UFMG.

TCLE

Carta de anuência da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa - Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária, assinada pelo Secretário Municipal de Saúde de Lagoa Santa.

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.

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.

Carta de anuência do Ambulatório de Hepatites do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFMG, assinada pela Professora Rosângela Teixeira.

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

Protocolo de coleta de dados.

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

**Recomendações:**

Aprovação da Emenda que solicita inclusão da Assistente de pesquisa Catarina Stivali Teixeira.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis à aprovação da emenda ao projeto "RESULTADOS CLÍNICOS, ECONÔMICOS, ASPECTOS HUMANÍSTICOS, CULTURAIS E EDUCACIONAIS DE SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE" da Pesquisadora Responsável Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira, com a inclusão da Assistente de pesquisa Catarina Stivali Teixeira.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma 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: 1.691.212

notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_770916E7.pdf	05/08/2016 14:21:49		Aceito
Outros	25780314parecer.pdf	30/06/2016 13:47:18	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	257803144emenda.pdf	30/06/2016 13:46:53	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	25780314aprovacao.pdf	28/04/2016 17:17:09	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_SMS_Betim.pdf	07/12/2015 14:57:26	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_Plataforma_Brasil_enviado_outubro.pdf	01/10/2014 22:44:57		Aceito
Outros	PBH_carta de anuência.pdf	19/09/2014 22:36:11		Aceito
Outros	Carta de anuência SES.pdf	19/09/2014 22:33:15		Aceito
Outros	carta_anuencia_amb_hepatites_virais_HC_UFMG.jpg	25/05/2014 17:48:27		Aceito
Outros	Declaracao_comunicacao_DEPE_HC_UFMG.pdf	25/05/2014 05:51:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_geral_alteracao_solicitada.pdf	25/05/2014 05:42:23		Aceito
Outros	Carta de Anuência GTM Liga de Diabetes.jpg	01/05/2014 10:51:59		Aceito
Outros	Carta de Anuência GTM APS Lagoa Santa.jpg	01/05/2014 10:47:34		Aceito
Outros	Carta de Anuência GTM Ambulatório Oncologia UFU.pdf	01/05/2014 10:40:57		Aceito
Outros	Parecer_Dep_Farm_Social_final.docx	27/02/2014 13:35:00		Aceito
Outros	Termo compromisso Proponente.jpg	13/12/2013 16:49:27		Aceito
Outros	Instrumentos de coleta de dados_geral.pdf	13/12/2013 16:39:39		Aceito
Outros	Parecer projeto Djenane_003.jpg	13/12/2013		Aceito

**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: 1.691.212

Outros	Parecer projeto Djenane_003.jpg	14:55:06		Aceito
Folha de Rosto	folha de Rosto Projeto Djenane.jpg	13/12/2013 14:50:45		Aceito
Outros	257803144parecer.pdf	23/08/2016 14:28:14	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144emenda2.pdf	23/08/2016 14:28:22	Vivian Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 23 de Agosto de 2016

---

**Assinado por:**  
**Vivian Resende**  
**(Coordenador)**