

VOL.2



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde

Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico

VOLUME 2

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica:
aplicação do método clínico

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde



BRASILIA - DF
2020



Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios,
bloco G, 7º andar
CEP: 70058-900 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6101
Site: www.aps.saude.gov.br
E-mail: cgctab@saude.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO
OSWALDO CRUZ (HAOC)
R. João Julião, 331, Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, bloco G, anexo
B, sala 144
Zona Cívico-Administrativo
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Grupo executivo:

Hospital Alemão Oswaldo Cruz:
Aline Fajardo
Karen Sarmento Costa
Samara Kielmann
CONASEMS:
Elton da Silva Chaves
Hisham Mohamad Hamida
Ministério da Saúde:
Olivia Lucena de Medeiros
Hannah Carolina Tavares Domingos
Izabella Barbosa de Brito

Coordenação geral do projeto:
Ana Paula N. Marques de Pinho
Samara Kielmann

Coordenação técnica do curso:
Leonardo Régis Leira Pereira

Gestão do projeto:
Aline Fajardo
Camila Tavares de Sousa
Flávia Landucci Landgraf
Mariana Castagna Dall'Acqua

Innovativ (HAOC):
Gestão dos processos de EaD:

Débora Schuskel
Modelagem Instrucional e Pedagógica:
Débora Schuskel
Gestão dos Processos do Curso:
Gicelma Rosa dos Santos
Adrielly Saron Alves Silva Lopes
Gestão do ambiente virtual
de aprendizagem:
Aline Tibério
Produção audiovisual:
Anders Rinaldi Angelin
Designer Instrucional:
Daniel Tschisar

Elaboração do conteúdo e texto:
André de Oliveira Baldoni
Bárbara Cristina Barreiros
Camilo Molino Guidoni
Dayde Lane Mendonça da Silva
Fabiana Rossi Varallo
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Fernanda Plessmann de Carvalho
Leonardo Régis Leira Pereira
Mauro Silveira de Castro
Patrícia Sampaio Chueiri
Paulo Roque Obreli Neto

Rangel Ray Godoy
Samuel Amano Maximo
Simone Barbosa da Silva Bier
Thaís Teles de Souza
Tiago Marques dos Reis

Revisão técnica:
Alice Aparecida de Olim Bricola
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Karen Sarmento Costa
Leonardo Régis Leira Pereira
Orlando Mário Soeiro

Colaboração técnica:
Dayde Lane Mendonça da Silva
Mauro Silveira de Castro

Coordenação editorial:
Júlio César de Carvalho e Silva

Revisão de texto:
Julia Nader Dietrich – Educomunicação e
Jornalismo

Projeto gráfico e capa:
Laura Camilo – L7 Design

Normalização:
Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica : aplicação do método clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. –
Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
5 v. : il.

Conteúdo: v. 1. O Cuidado farmacêutico no contexto do sistema de saúde. v. 2. Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico. v. 3. Método clínico: acolhimento e coleta de dados. v. 4. Método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia. v. 5. Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas.

ISBN 978-85-334-2850-8 (coleção)
ISBN 978-85-334-2852-2 (volume 2)

1. Prática farmacêutica baseada em evidências. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Procedimentos clínicos. I. Título.

CDU 615.12

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0310

Título para indexação:

V. 2. Professional Skills to develop Pharmaceutical Care

Sumário

Prefácio	08
Abertura	09
Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS	
Atribuições e competências clínicas do farmacêutico para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico	14
Introdução	16
Desenvolvimento histórico da formação profissional do farmacêutico no Brasil	16
O Cuidado Farmacêutico: arcabouço legal	18
O conceito de competência profissional	29
Competências necessárias ao Cuidado Farmacêutico	30
Conhecimentos necessários para o Cuidado Farmacêutico	33
Habilidades necessárias para o Cuidado Farmacêutico	40
Atitudes necessárias para o Cuidado Farmacêutico	43
Síntese da Aula	44
Referências	44
Material Complementar	47

Prática em saúde baseada em evidências	48
Introdução	50
A dúvida na prática clínica	50
Formulação da pergunta	55
A estratégia PICO	56
Estratégia de busca por evidências científicas	57
Fontes de informação: classificação e onde encontrá-las	57
Vocabulário controlado	64
Equação de busca	68
Síntese da Aula	74
Referências	74
Material Complementar	76

Tomada de decisão clínica e terapêutica baseada em evidências 77

Introdução 79

Tomada de decisão clínica e terapêutica 79

Avaliação da qualidade das evidências 83

 Etapa 1: a questão PICO da evidência é a mesma que a minha? 85

 Etapa 2: quais as fontes de informação ou os tipos de estudo selecionados? 85

 Etapa 3: interpretação dos resultados 101

Aplicação da evidência científica na prática clínica: tomada de decisão 107

Síntese da Aula 108

Referências 108

Estratégias de comunicação na prática clínica: abordagem entre o farmacêutico e o usuário	110
Introdução	112
A arquitetura comunicacional na prestação dos cuidados em saúde	114
A comunicação paraverbal e não verbal	117
A comunicação no contexto clínico do cuidado farmacêutico	124
A comunicação clínica: habilidades de um profissional do cuidado	126
As barreiras comunicacionais	132
Estratégias práticas para melhorar sua comunicação com o paciente durante a consulta: treinar e adquirir experiência	135
Síntese da Aula	136
Referências	136
Material Complementar	139

Estratégia de comunicação entre farmacêutico e equipe de saúde 140

Introdução 142

A prática interprofissional colaborativa em saúde 144

 Sistemas e tecnologias de registro e compartilhamento de informação 145

 Sistemas e tecnologias de informação informais 146

 Os agentes comunitários de saúde (ACS) 147

 Matriciamento: atividades técnico-pedagógicas de educação permanente, discussão de casos, clínica ampliada 147

 Projeto Terapêutico Singular 149

 Consultas domiciliares 150

 Consultas compartilhadas 151

A comunicação do farmacêutico com o médico e outros profissionais enquanto prática essencial do cuidado farmacêutico	153
Estratégias comunicacionais entre o farmacêutico e a equipe de saúde	154
Conclusão	161
Síntese da Aula	162
Glossário	162
Referências	162
Material Complementar	164

Prefácio

Este livro é fruto de uma parceria estratégica e fundamental entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), para o fortalecimento da Atenção Básica/Primária (AB/APS) em Saúde no Brasil.

O projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços farmacêuticos e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde* é um convite à reflexão sobre os serviços farmacêuticos na AB/APS visando maior integração destes na rede de saúde e qualificação de sua oferta aos usuários. É com essa perspectiva e considerando as necessidades de saúde da população e do próprio Sistema de Saúde do nosso país que desenvolvemos um conjunto diversificado de iniciativas ao longo do projeto.

Dentre elas, destacamos a construção e a oferta aos municípios brasileiros de forma inédita do curso *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico*, direcionado aos profissionais farmacêuticos, que visa contribuir para o desenvolvimento do raciocínio clínico do farmacêutico, por meio de um método clínico utilizado no cuidado farmacêutico, voltado ao enfrentamento de problemas relacionados à farmacoterapia.

Foram também desenvolvidos três outros cursos voltados a profissionais – nível médio e/ou técnico, nível superior, e gestores - que atuam junto aos serviços farmacêuticos municipais, cujo material é apresentado, respectivamente, nas coleções *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde*, *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e no livro *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*.

Nesta publicação, estruturada a partir do curso para farmacêuticos, o leitor poderá acompanhar os conteúdos e reflexões propostos como uma ação de formação continuada adequada à rotina desses profissionais. A mesma tem como objetivo fornecer os fundamentos teóricos e práticos para que os farmacêuticos possam ampliar a sua atuação clínica na AB a partir da compreensão das dimensões do cuidado em saúde, do cuidado centrado na pessoa, do cuidado farmacêutico no contexto do Sistema de Saúde, assim como as competências do farmacêutico no desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico e os aspectos da aplicação do método clínico.

A fim de apoiar o leitor na compreensão da proposta original do curso, foram mantidas as estruturas das aulas, congregando a cada volume, um conjunto de unidades de aprendizagem sempre enriquecidas por exemplos práticos do cotidiano do profissional nos serviços de saúde e por ilustrações que facilitam a compreensão das discussões enunciadas. A cada unidade são compartilhadas, ainda, referências e materiais complementares para aprofundamento.

O HAOC espera que, em consonância com a sua missão, este projeto e esta publicação possam contribuir para fortalecer a Atenção Básica no SUS por meio da atuação integrada de profissionais qualificados, da promoção de mudanças no processo de trabalho do farmacêutico e na sua integração na equipe de saúde, proporcionando melhoria da qualidade da assistência e do cuidado ao usuário do sistema.

Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Abertura



Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS

Samara Kielmann, Aline Fajardo, Camila Tavares de Sousa, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Karen Sarmento Costa, Leonardo Régis Leira Pereira, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS

Samara Kielmann, Aline Fajardo, Camila Tavares de Sousa, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Karen Sarmento Costa, Leonardo Régis Leira Pereira, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Um dos recursos de maior custo-efetividade empregado na área da saúde é o medicamento quando utilizado de forma racional. Nos casos de uso de forma inadequada, este se torna um significativo problema de saúde pública¹. Assim, para que se tenha uma utilização efetiva e segura dos medicamentos é necessário que eles estejam no foco da atuação dos diferentes profissionais de saúde, de forma a propiciar melhores resultados advindos com a utilização da farmacoterapia e evitar as graves consequências relacionadas ao seu uso inadequado².

Embora essa discussão esteja bastante consensuada no âmbito da saúde, de forma concreta as ações da Assistência Farmacêutica restritas à provisão do acesso aos medicamentos não dão conta de responder às reais necessidades da atenção integral à saúde e minimizar os riscos causados pelo uso inadequado destes. É necessário que as pessoas sejam orientadas sobre a utilização apropriada dos medicamentos e a importância do tratamento terapêutico farmacológico para o controle das doenças³.

Nesse sentido, faz-se necessário que os serviços farmacêuticos estejam organizados, estruturados e integrados aos demais serviços de saúde, tendo como foco garantir a disponibilidade de medicamentos, assim como a qualidade e conservação (gestão do medicamento). Ainda no contexto dos serviços farmacêuticos é importante prestar serviços assistenciais, com foco na efetividade e na segurança da terapêutica: avaliar, obter e difundir informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e da educação permanente das equipes (gestão do cuidado em saúde)^{4,5}.

A Política Nacional de Atenção Básica inova ao explicitar as diretrizes da assistência farmacêutica na atenção básica, propondo

desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado⁶.

Para tanto, a atuação do profissional farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na Atenção Básica/Primária em Saúde, deve ser também orientada para além das ações relacionadas ao planejamento e à gestão do medicamento e envolver as ações voltadas ao cuidado das pessoas, com o desenvolvimento das competências (conhecimento + habilidade + atitude) voltadas à clínica.

É fundamental preparar o farmacêutico para desempenhar suas “novas funções” atendendo às expectativas do sistema de saúde, inserido em uma equipe de saúde, trabalhando de forma integrada, em qualquer nível do SUS. Dessa forma, para exercer essa “nova atribuição” mais voltada à clínica, exige-se que o farmacêutico tenha acesso a uma formação de qualidade desde a graduação e continuando com a capacitação em serviço.

Assim, em vista da demanda de formação adequada dos farmacêuticos para atender as necessidades da população brasileira e do próprio sistema de saúde do país, a equipe do Projeto da Atenção Básica formulou, desenvolveu e ofereceu aos farmacêuticos dos municípios brasileiros o *Curso Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico*, com o objetivo de fornecer os fundamentos teóricos e práticos para que os profissionais farmacêuticos na Atenção Básica/Primária em Saúde possam desenvolver o raciocínio clínico por meio de um método clínico utilizado no cuidado farmacêutico, voltado ao enfrentamento de problemas relacionados à farmacoterapia.

A elaboração do curso foi fundamentada no construtivismo com ênfase na participação ativa do estudante na qual ele é instigado a experimentar e (re) construir o conhecimento. A abordagem pedagógica construída contribui para o desenvolvimento de estruturas conceituais e para a construção reflexiva e crítica do conhecimento dos farmacêuticos - elementos principais na aprendizagem significativa proposta pela formação. Esse tipo de abordagem requer desses farmacêuticos uma postura proativa no processo ensino-aprendizagem para estudarem com autonomia e com comprometimento com o curso, planejando o tempo de dedicação e criando uma rotina de estudos adequada à sua vida pessoal e profissional, como esquematizado na Figura 1, a seguir.

Adotamos no curso o conceito de Cuidado Farmacêutico como:

um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação, incluindo não só a dimensão clínico-assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde^{5:115}.

Os conteúdos abordados percorrem desde a compreensão das dimensões do cuidado em saúde, do cuidado centrado na pessoa e do cuidado

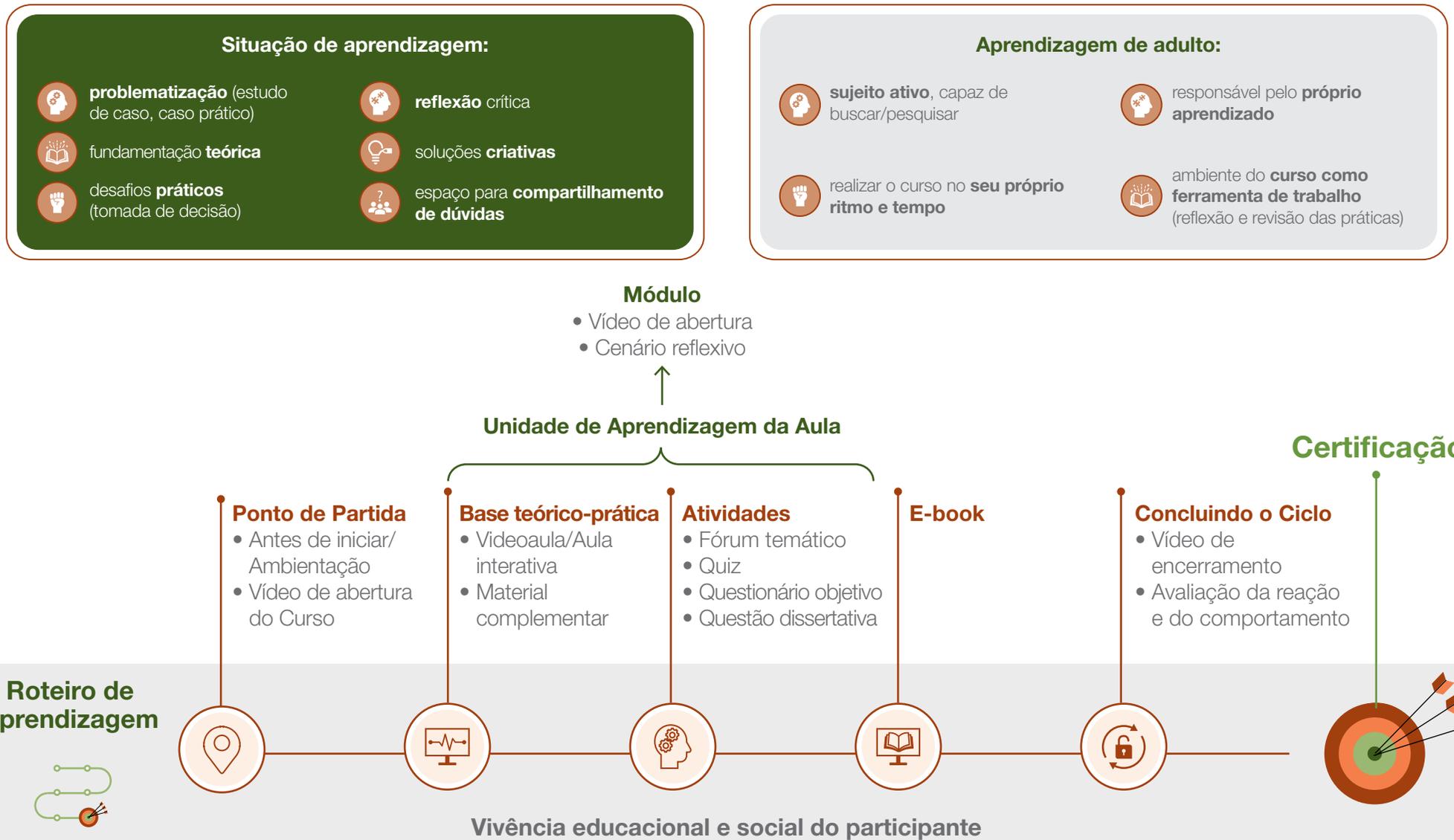
farmacêutico no contexto do Sistema de Saúde, além das competências necessárias do profissional farmacêutico no desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico e os aspectos relacionados à aplicação do método clínico.

Considerando o ineditismo e a importância desse material para a formação de farmacêuticos no SUS e levando em conta a situação imposta pela pandemia do novo Coronavírus, que exige a busca de novas alternativas dentro da realidade da Atenção Básica/Primária em Saúde para orientar os usuários na utilização adequada dos medicamentos, principalmente aquelas pessoas que são consideradas grupo de risco para a COVID-19, o Grupo Executivo do Projeto, constituído pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde (MS/SAPS), propôs a organização dessa coleção, a partir do material didático elaborado no curso, com a expectativa de ampliar o conhecimento e as oportunidades dos profissionais farmacêuticos na implantação e/ou ampliação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.

O conteúdo dos módulos, aqui apresentados em formato de volumes, foi pensado de forma encadeada para que o farmacêutico passe por todas as unidades de aprendizagem de forma fluída e organizada como um ciclo. Por essa razão, cada volume desta coleção é composto por um conjunto de unidades de aprendizagem. São, ao todo, cinco volumes:

- » Vol. 1 - O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde
- » Vol. 2 - Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico
- » Vol. 3 - Método clínico: acolhimento e coleta de dados
- » Vol. 4 - Método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia
- » Vol. 5 - Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas

Figura 1. Desenho pedagógico do curso



Fonte: Elaboração própria.

Para apoiar a compreensão dos leitores, seguindo a própria organização dos cursos, cada volume e suas respectivas unidades de aprendizagem são ilustradas com quadros e figuras que facilitam a apresentação das informações, bem como referências e indicações de leituras complementares. A cada aula, também são apresentados os objetivos de aprendizagem e um breve resumo do conteúdo apresentado.

Esperamos que o farmacêutico no contexto da Atenção Básica/Primária em Saúde possa se tornar um profissional de saúde protagonista no processo de cuidado das pessoas, utilizando a sua formação clínica para diminuir a morbimortalidade relacionada aos medicamentos, contribuindo com os resultados alcançados nos tratamentos medicamentosos, além de melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida das pessoas atendidas no SUS. Para isso é estratégica a implementação de um novo processo de trabalho do profissional farmacêutico junto às equipes de saúde no contexto da Atenção Básica.

Desejamos que essa publicação democratize o conhecimento voltado à formação clínica entre os farmacêuticos e sirva como um incentivo a esses profissionais para implantarem o Cuidado Farmacêutico em seus municípios e modificarem a realidade da atuação profissional, também voltada às atividades clínicas, mas sem negligenciar e retroceder os avanços já conquistados na gestão do medicamento.

Boa Leitura!

Referências

1. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2006; 42(1):137-46.
2. Santos FTC. Aula 5, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 07 maio 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos basados em la atención primaria de salud y las buenas prácticas em farmacia. Washington, DC: OPAS; 2013. 20 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 384 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 17 ago 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

6

Aula



Atribuições e competências clínicas do farmacêutico para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico

Autores: Samuel Amano Maximo e Simone Barbosa da Silva Bier



Ementa da aula



Esta aula aborda as atribuições e competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) clínicas do farmacêutico para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico integrado e compartilhado em saúde.

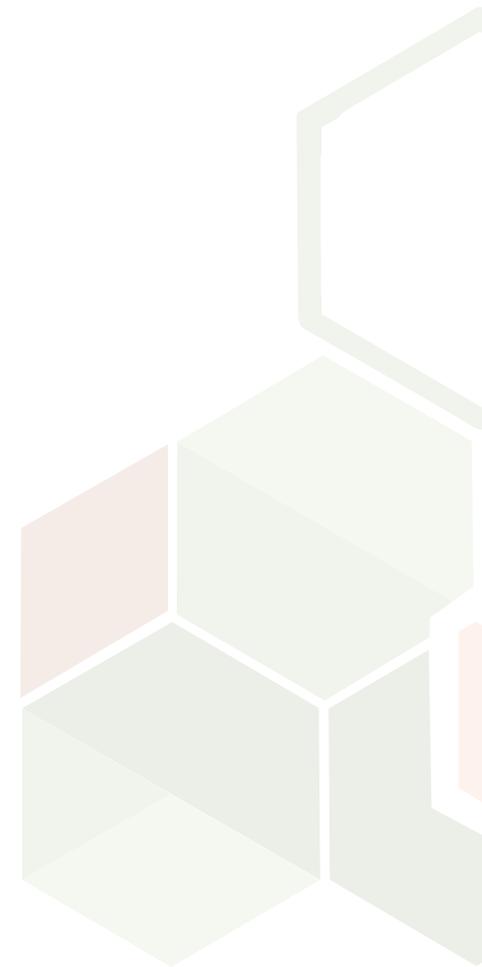
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Compreender e refletir sobre as competências clínicas necessárias para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

Nesta aula, abordaremos as competências necessárias para a prática do Cuidado Farmacêutico. Qualquer que seja a definição adotada para “competência”, é inegável a sua importância, referindo-se à capacidade do profissional em executar ações em um cenário da vida real.

É importante reconhecer que a competência é considerada básica para o exercício da profissão, em termos de condições profissionais satisfatórias, para assegurar o cuidado ao paciente. Dessa forma, o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, ligado às funções profissionais no cuidado em saúde, e a reflexão da prática devem estar associados a uma assistência qualificada, resolutiva e que atenda às necessidades da população.

Para que se compreenda as noções de competências clínicas para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico, deve-se considerar:

- » i) o contexto histórico da formação farmacêutica no Brasil;
- » ii) as atribuições clínicas do profissional farmacêutico;
- » iii) as legislações que contribuíram para a regularização do Cuidado Farmacêutico;
- » iv) o conceito de competência enquanto capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho efetivo das atividades requeridas no contexto do trabalho.

Desenvolvimento histórico da formação profissional do farmacêutico no Brasil

Ao longo do tempo, a profissão farmacêutica passou por uma série de transformações e vivenciou um avanço significativo. Nesse sentido, é importante refletir sobre a evolução da formação do farmacêutico no Brasil, e verificar se ela acompanhou, ou não, as mudanças sofridas na prática de atuação desse profissional no decorrer dos anos.

A profissão farmacêutica, do ponto de vista histórico, possui três fases: tradicional, de transição e de cuidado ao paciente, sendo esta última a que atualmente nos encontramos¹.

Até a década de 1930, observamos a fase tradicional da profissão, em que o farmacêutico era responsável pela manipulação e dispensação de medicamentos e fornecia informações indispensáveis à saúde. Essa relação atribuiu ao profissional um papel relevante perante a sociedade².

Após a II Guerra Mundial (1939-1945), com a industrialização farmacêutica desencadeada pelo desenvolvimento de novos fármacos, a padronização de medicamentos e sua produção em larga escala, ocorreu a evasão da figura do farmacêutico das farmácias comunitárias, caracterizando o fim da fase tradicional e início da fase de transição³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A partir do momento em que o medicamento começa a chegar pronto na farmácia, os profissionais farmacêuticos passam a desenvolver atividades menos elaboradas nesse ponto de atenção (atendimento primário), uma vez que se iniciou a prática da mera entrega de medicamentos, mediante uma ordem médica (prescrição) e isenta de orientações que foram substituídas pelas bulas de medicamentos industrializados, caracterizando o medicamento como mercadoria e as farmácias como estabelecimentos comerciais extremamente lucrativos^{3,4}.

Esse cenário promoveu a migração dos profissionais para a indústria de medicamentos em atendimento à crescente demanda e exigiu uma adequação da formação do farmacêutico. Na década de 1960 foi estabelecido o currículo mínimo voltado às áreas de indústria de medicamentos, análises clínicas e bromatologia, direcionado para uma atuação tecnicista e fragmentada, descaracterizando a classe profissional⁴.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A reforma no ensino de farmácia no Brasil acompanhou o movimento da Reforma Sanitária e a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a construção do conceito de Assistência Farmacêutica⁵.

A partir da década de 1980, foram realizadas diversas discussões sobre a formação e atuação do profissional farmacêutico. Concomitante as discussões curriculares, a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM nº 3.916/1998) e da Política Nacional de Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/1999) influenciaram o papel do farmacêutico nas farmácias comunitárias, demandando um profissional capacitado para prestar orientações à população sobre o uso racional e a intercambialidade de medicamentos⁶.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Diante desse cenário, no ano de 2002, ocorreram alterações nas Diretrizes Curriculares dos cursos de farmácia (Resolução CNE/CES nº 2/2002), com o objetivo de estabelecer o farmacêutico como um profissional da saúde integrante da equipe multidisciplinar, com responsabilidades e autonomia de condutas condizentes com o seu cargo⁷.

Com a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002, inicia-se a proposta de resgate do papel do farmacêutico como profissional da área de saúde com a reconstrução da identidade e do papel do profissional na sociedade atual. Sua formação volta a ser humanística, centrada no cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. O cenário de atuação agora é o SUS, o que exige desse profissional novas competências interpessoais e comunicacionais articuladas com políticas públicas em atendimento as necessidades sociais, que as novas diretrizes que vieram a seguir visam contemplar^{1,4}.

Em suma, depois de anos com uma formação exclusivamente técnica, a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 2002, foi um importante marco histórico para a profissão ao incluir disciplinas relacionadas a saúde pública e atenção farmacêutica na formação de um farmacêutico com perfil generalista^{8,9}.

Uma nova proposta de atualização das DCNs do curso de graduação em farmácia (Resolução CNE/CES nº 6/2017) foi publicada no ano de 2017, na qual o novo curso de farmácia reserva 50% da sua carga horária para atividades no eixo de cuidado em saúde (Resolução nº 6/2017 – Art. 7º § 2º) e institui a obrigatoriedade dos estágios curriculares como critério para a formação profissional e a exigência de contemplação da prática em cenários do SUS¹.

O Art. 6º da referida resolução determina que:

“O Curso de Graduação em Farmácia deve estar alinhado com todo o processo de saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, com a realidade epidemiológica, socioeconômica, cultural e profissional, proporcionando a integralidade das ações de Cuidado em Saúde, Tecnologia e Inovação em Saúde e Gestão em Saúde”¹.

Isso demonstra a importância do componente cuidado e das habilidades clínicas voltadas para a melhoria dos resultados em saúde da população. Nesse sentido, as residências multiprofissionais na atenção básica se apresentam como alternativas para se operacionalizar uma formação clínica e voltada para o paciente. Essa integração ensino-serviço contribui para uma formação profissional na área da saúde em consonância com as diretrizes e princípios do SUS⁸.

Aliado ainda à formação farmacêutica, há vários cursos de pós-graduação lato sensu sobre esse tema, entretanto, a maioria não apresenta atividades práticas, tampouco estão vinculados a serviços de extensão universitária ou a algum serviço de saúde, o que representa um obstáculo para a implantação e a oferta de serviços de Cuidado Farmacêutico¹⁰.

Vamos refletir!

Diante dessas transformações sociais e profissionais, quais competências são necessárias para que um farmacêutico exerça uma atividade clínica na atenção básica?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

O Cuidado Farmacêutico: arcabouço legal

Nas últimas quatro décadas, o Brasil vem passando por crescentes transformações demográficas, sociais e econômicas, que repercutem diretamente nas condições de vida e na situação de saúde e de adoecimento da sua população¹¹.

Associado à tríplex carga de doenças (envelhecimento populacional aliado ao aumento das doenças crônicas; uma agenda não superada de carências e doenças infecciosas; e uma carga importante de causas externas como violência urbana e acidentes de trânsito), a morbimortalidade relacionada aos medicamentos tem representado um desafio para a saúde pública, produzindo novas necessidades sociais, relacionadas não apenas à construção de redes de apoio sociais mais amplas, mas também à criação de novos arranjos de cuidado, à incorporação de novos profissionais e à intensificação do trabalho em equipe com o objetivo de oferecer uma atenção contínua e integral considerando as características singulares desse novo cenário de saúde¹¹.

Nesse contexto, a atuação em equipe multiprofissional abriu a possibilidade de inserção do farmacêutico na atenção básica, permitindo a esse profissional que realize não apenas ações de gestão e organização da assistência farmacêutica, mas, também, ações de cuidado à saúde dos usuários¹².



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

No entanto, podemos afirmar que o farmacêutico ainda é um profissional pouco integrado à equipe multiprofissional da atenção básica, e seu processo de trabalho consiste, essencialmente, nas atividades administrativas e de gerenciamento dos medicamentos, não atuando diretamente na clínica¹².

A atuação do farmacêutico, integrado às equipes multiprofissionais, é fundamental no âmbito de se garantir um modelo de atenção à saúde com foco no enfrentamento das condições crônicas e para melhoria dos resultados em saúde, particularmente no nível da atenção básica¹².

Como descrito por Mendes¹³:

“ as questões logísticas, fundamentais para a garantia da acessibilidade aos medicamentos, não devem ser sobrevalorizadas como única e exclusiva atribuição dos profissionais farmacêuticos, em uma visão equivocada que institui como objeto da assistência farmacêutica, o medicamento. Uma proposta consequente de assistência farmacêutica desloca o seu objeto do medicamento, colocando, como seu sujeito, as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde (p. 126)¹³. ”

A assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento, já integra o sistema de saúde pública desde a consolidação do SUS com a execução de ações de “assistência terapêutica, integral, inclusive farmacêutica”, como define a Lei nº 8.080/1990, que estabelece a organização dos serviços de saúde no país^{14,15}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

No Brasil, observamos o crescimento das atividades clínicas do farmacêutico nas últimas décadas, movimento este impulsionado pelo marco da publicação da Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, em 2002, que definiu o conceito de Atenção Farmacêutica como:

“[...] um 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 e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitada as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (p. 16-17)¹⁶. ”

Em 2004, a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), visava à superação do entendimento da Assistência Farmacêutica, com foco no medicamento, de forma a também enfatizar o cuidado com as pessoas¹², e conforme a Resolução nº 338/2004:

“ A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional¹⁷. ”



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica apresentava variações na forma de atuação e contribuição da Assistência Farmacêutica no contexto de saúde, por meio da expansão das atribuições profissionais do farmacêutico, que passou a prover a garantia dos cuidados relacionados aos medicamentos, com o propósito de atingir resultados definitivos que melhorassem a qualidade de vida dos pacientes nos diversos níveis de atenção à saúde¹⁷.

“ IV – as ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde¹⁷. ”

Em consonância com o processo evolutivo da Assistência Farmacêutica, e trazendo inovações relevantes para a época, no que diz respeito aos cuidados e serviços farmacêuticos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) editou, após consulta pública, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 44/2009, referente às Boas Práticas Farmacêuticas. Essa RDC se aplica às farmácias públicas e privadas em todo o território nacional, apresentando alguns avanços em relação aos Cuidados Farmacêuticos¹⁸. O Quadro 1 apresenta um resumo das boas práticas propostas pela resolução.

Quadro 1. Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias

O ambiente para prestação dos serviços que demandam atendimento individualizado deve garantir a privacidade e o conforto dos usuários, possuindo dimensões, mobiliário e infraestrutura compatíveis com as atividades e serviços a serem oferecidos
A prestação de serviço de atenção farmacêutica deve compreender a atenção farmacêutica domiciliar, a aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico e a administração de medicamentos
A atenção farmacêutica deve ter como objetivos a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos, promover o uso racional dos medicamentos, a fim de melhorar a saúde e qualidade de vida dos usuários
Para subsidiar informações quanto ao estado de saúde do usuário e situações de risco, assim como permitir o acompanhamento ou a avaliação da eficácia do tratamento prescrito por profissional habilitado, fica permitida a aferição de determinados parâmetros fisiológicos e bioquímico do usuário, nos termos e condições dessa Resolução
A aferição de parâmetros fisiológicos ou bioquímico oferecida na farmácia e drogaria deve ter como finalidade fornecer subsídios para a atenção farmacêutica e o monitoramento da terapia medicamentosa, visando a melhoria da sua qualidade de vida, não possuindo, em nenhuma hipótese, o objetivo de diagnóstico
Os parâmetros fisiológicos, cuja aferição é permitida nos termos dessa Resolução, são pressão arterial e temperatura corporal
O parâmetro bioquímico, cuja aferição é permitida nos termos dessa Resolução, é a glicemia capilar
Verificada discrepância entre os valores encontrados e os valores de referência constantes em literatura técnico-científica idônea, o usuário deverá ser orientado a procurar assistência médica
Ainda que seja verificada discrepância entre os valores encontrados e os valores de referência, não poderão ser indicados medicamentos ou alterados os medicamentos em uso pelo paciente quando estes possuírem restrição de “venda sob prescrição médica”
Fica permitida a administração de medicamentos nas farmácias e drogarias no contexto do acompanhamento farmacoterapêutico
Devem ser elaborados protocolos para as atividades relacionadas à atenção farmacêutica, incluídas referências bibliográficas e indicadores para avaliação dos resultados
As ações relacionadas à atenção farmacêutica devem ser registradas de modo a permitir a avaliação de seus resultados
A atenção farmacêutica domiciliar consiste no serviço de atenção farmacêutica disponibilizado pelo estabelecimento farmacêutico no domicílio do usuário, nos termos dessa Resolução

Fonte: Anvisa – RDC nº 44/2009¹⁸.

Apesar dessa regulamentação sanitária proporcionar o avanço das atividades clínicas dos farmacêuticos em todo o país, ainda se faziam necessárias estratégias mais assertivas, que de fato subsidiassem os profissionais em relação as suas atribuições. O que veio a acontecer quatro anos depois, com a regulamentação das atribuições clínicas do farmacêutico no país por meio da Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585/2013 .

BB *Art. 2º As atribuições clínicas do farmacêutico visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.*

Parágrafo único. As atribuições clínicas do farmacêutico visam proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente (p. 4)¹⁹. **DD**

As atribuições dispostas na referida resolução correspondem aos direitos, responsabilidades e competências do farmacêutico no que se refere as suas atividades clínicas, e estão organizadas em três eixos: i) cuidado à saúde nos âmbitos individual e coletivo, ii) comunicação e educação em saúde, e iii) gestão da prática, produção e aplicação do conhecimento¹⁹.

A atuação clínica do farmacêutico busca a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, considerando todos os aspectos relacionados ao uso de medicamentos, como a seleção farmacoterapêutica, e a administração e adesão aos medicamentos pelos usuários. Trata-se de um conjunto de atividades que se materializam por meio das atribuições clínicas relativas ao cuidado à saúde no âmbito individual e coletivo, conforme definido na Resolução CFF nº 585/2013 e elencadas no Quadro 2.

Quadro 2. Atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde nos âmbitos individual e coletivo

I	Estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente
II	Desenvolver, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a prevenção de doenças e de outros problemas de saúde
III	Participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, para que o paciente utilize de forma segura os medicamentos de que necessita, nas doses, frequência, horários, vias de administração e duração adequados, contribuindo para que tenha condições de realizar o tratamento e alcançar os objetivos terapêuticos
IV	Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos
V	Realizar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde, com o propósito de auxiliar na seleção, adição, substituição, ajuste ou interrupção da farmacoterapia do paciente
VI	Participar e promover discussões de casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde
VII	Prover a consulta farmacêutica em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento

VIII	Fazer a anamnese farmacêutica, bem como verificar sinais e sintomas, com o propósito de prover cuidado ao paciente
IX	Acessar e conhecer as informações constantes no prontuário do paciente
X	Organizar, interpretar e, se necessário, resumir os dados do paciente, a fim de proceder à avaliação farmacêutica
XI	Solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia
XII	Avaliar resultados de exames clínico-laboratoriais do paciente, como instrumento para individualização da farmacoterapia
XIII	Monitorar níveis terapêuticos de medicamentos, por meio de dados de farmacocinética clínica
XIV	Determinar parâmetros bioquímicos e fisiológicos do paciente, para fins de acompanhamento da farmacoterapia e rastreamento em saúde
XV	Prevenir, identificar, avaliar e intervir nos incidentes relacionados aos medicamentos e a outros problemas relacionados à farmacoterapia
XVI	Identificar, avaliar e intervir nas interações medicamentosas indesejadas e clinicamente significantes
XVII	Elaborar o plano de cuidado farmacêutico do paciente
XVIII	Pactuar com o paciente e, se necessário, com outros profissionais da saúde, as ações de seu plano de cuidado
XIX	Realizar e registrar as intervenções farmacêuticas junto ao paciente, família, cuidadores e sociedade
XX	Avaliar, periodicamente, os resultados das intervenções farmacêuticas realizadas, construindo indicadores de qualidade dos serviços clínicos prestados
XXI	Realizar, no âmbito de sua competência profissional, administração de medicamentos ao paciente

XXII	Orientar e auxiliar pacientes, cuidadores e equipe de saúde quanto à administração de formas farmacêuticas, fazendo o registro destas ações, quando couber
XXIII	Fazer a evolução farmacêutica e registrar no prontuário do paciente
XXIV	Elaborar uma lista atualizada e conciliada de medicamentos em uso pelo paciente durante os processos de admissão, transferência e alta entre os serviços e níveis de atenção à saúde
XXV	Dar suporte ao paciente, aos cuidadores, à família e à comunidade com vistas ao processo de autocuidado, incluindo o manejo de problemas de saúde autolimitados
XXVI	Prescrever, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional
XXVII	Avaliar e acompanhar a adesão dos pacientes ao tratamento, e realizar ações para a sua promoção
XXVIII	Realizar ações de rastreamento em saúde, baseadas em evidências técnico-científicas e em consonância com as políticas de saúde vigentes

Fonte: CFF – Resolução nº 585/2013 (p. 4-5)¹⁹.

De forma complementar às ações clínicas, as atividades técnico-pedagógicas visam a troca de saberes e conhecimentos, ou seja, a educação e o empoderamento da equipe e da comunidade com foco na promoção do uso racional de medicamentos, envolvendo assim ações voltadas para a coletividade e que têm como objetivo a formação em saúde. Nesse sentido, as atribuições do farmacêutico voltadas para a comunicação e educação em saúde envolvem processos de integração com outros profissionais, além do compartilhamento de saberes e práticas, que são fundamentais para a melhoria dos resultados dos processos em saúde e estão de acordo com as diretrizes da Atenção Básica. Além disso, envolvem atividades voltadas para os pacientes, suas famílias e comunidades e o desenvolvimento da sua autonomia, por meio dos programas educativos e de construção compartilhada do conhecimento¹².



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 3. Atribuições clínicas do farmacêutico relacionadas à comunicação e educação em saúde

I	Estabelecer processo adequado de comunicação com pacientes, cuidadores, família, equipe de saúde e sociedade, incluindo a utilização dos meios de comunicação de massa
II	Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde
III	Informar, orientar e educar os pacientes, a família, os cuidadores e a sociedade sobre temas relacionados à saúde, ao uso racional de medicamentos e a outras tecnologias em saúde
IV	Desenvolver e participar de programas educativos para grupos de pacientes
V	Elaborar materiais educativos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de doenças e de outros problemas relacionados
VI	Atuar no processo de formação e desenvolvimento profissional de farmacêuticos
VII	Desenvolver e participar de programas de treinamento e educação continuada de recursos humanos na área da saúde

Fonte: CFF – Resolução nº 585/2013 (p. 5-6)¹⁹.

O processo saúde/doença/cuidado compreende uma diversidade e uma complexidade de fatores que impactam e reorientam a vida das pessoas. O medicamento, produto do trabalho historicamente atribuído ao farmacêutico, tem um papel fundamental nesse processo, transformando-se em um símbolo reconhecido pelos atores sociais envolvidos¹². Nesse sentido, deixa de ser apenas um produto para integrar o conjunto de instrumentos necessários à saúde e ao bem-estar em nossa sociedade, o qual, quando utilizado de maneira racional, se apresenta como um recurso de maior custo-efetividade. Entretanto, quando utilizado de forma inadequada, vem a ser um problema de saúde pública mundial¹⁴.

Nesse contexto, o farmacêutico pode atuar na gestão do conhecimento, por exemplo, no levantamento, análise e avaliação de dados quanto à utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde (Quadro 4). O modelo de gestão por processos, nos serviços farmacêuticos, possibilita organizar o trabalho de forma a contribuir com informações e indicadores para o monitoramento, a avaliação, a qualificação dos serviços e a obtenção de resultados. Isso nos permite considerar a importância de que a gestão e a clínica sejam faces do mesmo serviço e que devem estar articuladas para assegurar o sucesso das ações profissionais dos farmacêuticos no processo de cuidado¹².

Quadro 4. Atribuições clínicas do farmacêutico relacionadas à gestão da prática, produção e aplicação do conhecimento

I	Participar da coordenação, supervisão, auditoria, acreditação e certificação de ações e serviços no âmbito das atividades clínicas do farmacêutico
II	Realizar a gestão de processos e projetos, por meio de ferramentas e indicadores de qualidade dos serviços clínicos prestados
III	Buscar, selecionar, organizar, interpretar e divulgar informações que orientem a tomada de decisões baseadas em evidência, no processo de cuidado à saúde
IV	Interpretar e integrar dados obtidos de diferentes fontes de informação no processo de avaliação de tecnologias de saúde
V	Participar da elaboração, aplicação e atualização de formulários terapêuticos e protocolos clínicos para a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde
VI	Participar da elaboração de protocolos de serviços e demais normativas que envolvam as atividades clínicas

VII	Desenvolver ações para prevenção, identificação e notificação de incidentes e queixas técnicas relacionados aos medicamentos e a outras tecnologias em saúde
VIII	Participar de comissões e comitês no âmbito das instituições e serviços de saúde, voltados para a promoção do uso racional de medicamentos e da segurança do paciente
IX	Participar do planejamento, coordenação e execução de estudos epidemiológicos e demais investigações de caráter técnico-científico na área da saúde
X	Integrar comitês de ética em pesquisa
XI	Documentar todo o processo de trabalho do farmacêutico

Fonte: CFF – Resolução nº 585/2013 (p. 5-6)¹⁹.

No ano de 2014, com a aprovação da Lei nº 13.021/2014, o farmacêutico passa a ter amparo legal para reorganizar seu processo de trabalho e desempenhar seu papel como profissional de saúde, através da prestação de cuidado aos pacientes, suas famílias e comunidade. Além disso, a referida lei muda o conceito de farmácia, suplantando o caráter de estabelecimento comercial para se transformar em unidades de prestação de assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva. A lei ainda reitera a obrigatoriedade da presença permanente e reponsabilidade técnica exclusiva do farmacêutico nas farmácias de qualquer natureza, deixando mais claro o que já determinava a Lei nº 5.991/1973. No Quadro 5 reproduzimos as principais disposições da Lei nº 13.021/2014.

Quadro 5. Disposições sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas

[...]

Art. 2º Entende-se por assistência farmacêutica o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional

Art. 3º Farmácia é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, officinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos

[...]

Art. 4º É responsabilidade do poder público assegurar a assistência farmacêutica, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de universalidade, equidade e integralidade

[...]

Art. 6º Para o funcionamento das farmácias de qualquer natureza, exigem-se a autorização e o licenciamento da autoridade competente, além das seguintes condições:

I – ter a presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento

[...]

Art. 13 Obriga-se o farmacêutico, no exercício de suas atividades, a:

[...]

III – proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, internados ou não, em estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, de natureza pública ou privada

[...]

V – estabelecer o perfil farmacoterapêutico no acompanhamento sistemático do paciente, mediante elaboração, preenchimento e interpretação de fichas farmacoterapêuticas

VI – prestar orientação farmacêutica, com vistas a esclarecer ao paciente a relação benefício e risco, a conservação e a utilização de fármacos e medicamentos inerentes à terapia, bem como as suas interações medicamentosas e a importância do seu correto manuseio

Fonte: Lei federal nº 13.021/2014²⁰.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Como podemos observar, existe amparo na legislação, regulamentação sanitária e resoluções profissionais, que permitem ressignificar a prática profissional do farmacêutico. Entretanto, apenas a existência de legislações relacionadas ao Cuidado Farmacêutico não é suficiente, uma vez que e se faz necessário um processo de transição das competências profissionais, assunto que iremos discutir mais adiante. Mas, antes, vamos relembrar todo esse percurso legal:

Figura 2. Arcabouço legal do Cuidado Farmacêutico

Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990)

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002)

Define o conceito de Atenção Farmacêutica no Brasil: [...] interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida [...]

Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004)

Visava à superação do entendimento da Assistência Farmacêutica, com foco no medicamento, de forma a também enfatizar o cuidado com as pessoas.

Anvisa - RDC nº 44 (2009)

Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para a prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

CFF - Resolução nº 585 (2013)

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Lei nº 13.021 (2014)

Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

Fonte: Elaborada a partir das legislações¹⁶⁻²⁰.

O conceito de competência profissional

A competência profissional é imprescindível para o exercício de qualquer profissão. No entanto, definir e avaliar competências não são tarefas simples, pois existem inúmeras definições para o conceito de competência. Termos como valores, comportamento, desempenho, tarefas e objetivos são usados muitas vezes de maneira intercambiável, e mesmo entre especialistas na área não existe consenso²¹.

O conceito de competência teve origem no ambiente do trabalho, a partir da necessidade por parte das empresas de estabelecer critérios de seleção dos trabalhadores e torná-los mais produtivos. Para tanto, era necessário definir: quais tarefas esses trabalhadores deveriam realizar; como tais tarefas deveriam ser realizadas; e quais seriam os critérios de desempenho para se concluir que o trabalhador era competente²¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Durand (citado por Ruas²²) estabeleceu o conceito de competência em três dimensões interdependentes: conhecimento (*saber* – o quê e o porquê); habilidades (*saber fazer* – técnica); e atitudes (*saber agir* – determinação), sendo este provavelmente o conceito mais bem-aceito e utilizado nas organizações.

Vamos tentar compreender o que são essas características ou dimensões interdependentes:

O conhecimento (*saber*) significa todo o acervo de informações, conceitos, experiências e aprendizagem que possuímos. Como o conhecimento é mutante e dinâmico, pois se altera constantemente em função da mudança e da inovação, é imprescindível ao profissional atualizar-se continuamente. O conhecimento é necessário e fundamental, mas não é o suficiente. A este precisam ser acrescentadas as habilidades e atitudes²³.

Habilidade (*saber fazer*) é a capacidade de transformar o conhecimento em ação, resultando em um desempenho desejado. As habilidades podem ser subdivididas em três tipos: técnicas (envolvem o conhecimento especializado), humanas (relacionamento interpessoal e grupal) e conceituais (visão da organização como um todo)²³.

Atitudes (*saber agir*) significa o comportamento pessoal do profissional diante das situações com as quais se depara no ambiente de trabalho, caracterizando o saber ser e agir do profissional. Deve-se saber agir de modo a empregar adequadamente os seus conhecimentos e habilidades²³.

Essas dimensões *saber*, *saber fazer* e *saber agir* estão inter-relacionadas e às vezes se confundem. Nesse sentido, outros autores atribuem ao conceito de competência uma amplitude maior de significados, abrangendo capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas^{22,23}.

Ruas²² afirma que a competência não se reduz ao *saber*, nem ao *saber fazer*, mas, sim, à capacidade de mobilizar e aplicar esses conhecimentos e técnicas em determinada condição, com recursos e restrições presentes.

Nesse sentido, a Pirâmide de Miller (Figura 3), modelo conceitual proposto pelo estudioso da educação médica norte-americano George Miller, no início dos anos 1990, representa um método de avaliação de habilidades e competências práticas especialmente interessante para as áreas clínicas das profissões de saúde.

Nesse modelo hierárquico de avaliação da competência clínica, composto por quatro níveis, pressupõe-se que a prática profissional, o *fazer*, é embasada por conhecimentos fundamentais, que constituem o *saber*²⁴.

Figura 3. Pirâmide de Miller



Fonte: Miller²⁴ e Imagem - Freepik ©.

Os dois níveis da base pertencem à área cognitiva – o primeiro representa o *saber* (conhecimento); o segundo nível é o *saber como fazer*, que envolve habilidades para resolver problemas e realizar procedimentos. O terceiro e o quarto níveis correspondem respectivamente a *mostrar como fazer* (desempenho) e *fazer* (ação) que se refere à prática em situações clínicas reais²⁴.

O fato de as pessoas possuírem conhecimentos, habilidades e atitudes, não garante benefícios diretamente para um determinado trabalho, pois

os indivíduos entregam o que uma organização espera ou necessita de diferentes maneiras, uma vez que conhecimento, habilidade e atitude se articulam de formas diferentes entre as pessoas²⁵.

O desenvolvimento de competências contribui significativamente para a formação dos indivíduos e para a mudança de atitude em relação à prática de trabalho. Qualquer que seja a definição dada para competência, é inegável a sua importância em termos de condições profissionais satisfatórias²⁶.

Competências necessárias ao Cuidado Farmacêutico

Para que o farmacêutico possa desenvolver o papel de provedor de cuidados em saúde, é preciso ter bem definidas as suas atribuições, responsabilidades e as competências necessárias para praticar uma abordagem focada no usuário²⁷. O profissional precisa buscar desenvolver habilidades para o trabalho clínico e então colocá-lo em prática, para assim mostrar seu potencial a gestores, a outros profissionais de saúde e à comunidade²⁸.

As competências do farmacêutico se manifestam na capacidade do profissional em fazer escolhas dentro de um repertório específico de conhecimentos, valores pessoais e responsabilidades. O desenvolvimento de tais competências é fundamental para o farmacêutico prestar serviços de cuidado em saúde e responsabilizar-se pelos resultados da farmacoterapia.

O documento intitulado *Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud y las buenas prácticas en farmacia*, publicado em 2013 pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em parceria com a Federação Internacional Farmacêutica (FIP), adota uma definição de competência, similar à de Durand (citado por Ruas²²) mencionada anteriormente, afirmando que: competências são características (conhecimentos, habilidades e atitudes) das pessoas, que são colocadas em prática ao executar determinada tarefa ou trabalho e estão relacionadas com o desempenho exitoso da atividade laboral²⁹.

O referido documento atribui ainda a seguinte classificação com relação a competências²⁹.

1

Genéricas: essenciais para o adequado desenvolvimento das tarefas de equipe; são comuns e compartilhadas entre todos os membros da equipe e são aquelas que permitem que os profissionais se adaptem às novas condições de trabalho, se mantenham atualizados e superem os problemas que devem enfrentar em seus respectivos cargos, dentre as quais, abordam a comunicação, o manejo da informação e a gestão de recursos e saúde pública.

2

Humanísticas: dizem respeito ao conjunto de valores éticos dos profissionais para o uso e aplicação dos conhecimentos adquiridos. Referem-se ao exercício profissional e a sua responsabilidade social perante a comunidade (ética profissional).

3

Específicas: predominam os aspectos técnicos e são inerentes a cada profissão. Estão ligadas aos processos e contribuições individuais e coletivas, dependendo dos conhecimentos e habilidades.

Além disso, a publicação estabelece as competências específicas para os serviços farmacêuticos e as boas práticas em farmácia, considerando as necessidades e condições de cada país, região ou instituição, e o perfil de graduação dos profissionais. Dentre as principais competências apresentadas, destacamos²⁹:

- 1) Desenvolver e implementar programas e políticas públicas;
- 2) Manter-se atualizado em relação a regulamentações e diretrizes específicas;
- 3) Contribuir para a proteção da saúde da população;
- 4) Planejar, gerenciar e avaliar os serviços farmacêuticos de forma integrada às redes de atenção à saúde;
- 5) Realizar seleção de medicamentos e outros insumos;
- 6) Desenvolver e implementar sistema de gestão da qualidade;
- 7) Promover o uso racional de medicamentos;
- 8) Documentar as informações dos pacientes atendidos;
- 9) Realizar aconselhamento do paciente em relação aos sintomas menores;
- 10) Realizar seguimento farmacoterapêutico;
- 11) Realizar farmacovigilância;
- 12) Promover informações sobre os medicamentos aos demais membros da equipe;
- 13) Realizar educação permanente da equipe de saúde;
- 14) Promover o desenvolvimento profissional contínuo.

Em 2017, o *American College of Clinical Pharmacy* publicou o documento intitulado *ACCP Clinical Pharmacist Competencies*, no qual apresenta as seis principais competências clínicas necessárias para o farmacêutico atuar no cuidado ao paciente de maneira individual ou integrado a uma equipe multiprofissional (Quadro 6)³⁰.

Quadro 6. Competências Clínicas do Farmacêutico (ACCP)

Competência	Elementos
Atendimento direto ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar pacientes e suas necessidades • Avaliar a terapia medicamentosa • Desenvolver planos terapêuticos • Acompanhar e monitorar os resultados dos planos terapêuticos • Colaborar com outros membros da equipe
Conhecimento da farmacoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar conhecimentos de farmacologia, farmacoterapia, fisiopatologia, sinais e sintomas, e história natural de doenças • Localizar, avaliar, interpretar e assimilar evidências científicas/clínicas e outras informações relevantes • Utilizar evidências científicas/clínicas como base para a tomada de decisão terapêutica • Promover atualização do conhecimento farmacoterapêutico
Cuidado baseado no sistema de saúde e população	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar sistemas de informação para otimizar o atendimento aos pacientes • Participar da melhoria dos sistemas de informação em saúde • Resolver problemas relacionados à medicação para melhorar a saúde da população • Aplicar conhecimentos de farmacoeconomia baseados na população • Participar no desenvolvimento de processos para melhorar as transições de cuidados • Desenvolver processos de melhoria de qualidade para melhorar o uso de medicamentos
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação eficaz com pacientes e profissionais de saúde • Fornecer consultas claras e concisas • Desenvolver comunicação escrita • Comunicação adaptada ao ambiente clínico • Assertividade, confiança, empatia e respeito
Profissionalismo	<ul style="list-style-type: none"> • Integralidade e honestidade • Relacionamento de confiança com os pacientes • Ser um líder e modelo de profissional • Atuar na formação de futuros farmacêuticos clínicos e envolvimento ativo em comissões profissionais
Desenvolvimento profissional contínuo	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometer-se com a excelência e aprendizagem ao longo da vida • Demonstrar habilidades de autoavaliação e autodesenvolvimento • Implementar estratégias de melhoria e desenvolvimento profissional contínuo • Fornecer educação profissional a estudantes ou outros profissionais de saúde

Fonte: ACCP Clinical Pharmacist Competencies³⁰.

No mesmo ano, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publicou o relatório intitulado “Competências para atuação clínica do farmacêutico”, resultado dos trabalhos realizados no I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica, e teve como produto final uma proposta de Matriz de Competências para Atuação Clínica, resultante da Consulta Pública/CFF nº 01/2016, cujo objetivo é servir como instrumento norteador para a formação clínica de farmacêuticos no país³¹.

A matriz proposta é organizada em três áreas de competência – cuidado à família e à comunidade; cuidado ao paciente; organização e gestão de serviços/desenvolvimento profissional e pessoal para o cuidado à saúde – considerando competência, conforme Hager, Gonzi e Athanasou (1994 citados por CFF), como:

“[...] a mobilização de diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, problemas da prática profissional, em diferentes contextos. Esses recursos ou atributos são as capacidades cognitivas atitudinais e psicomotoras mobilizadas, de modo integrado, para a realização de ações profissionais (p. 122)³¹.”

Esse conceito de competência define objetivos instrucionais cognitivos (conhecer e saber como fazer), atitudinais (demonstrar como fazer e fazer propriamente dito em ambientes reais), e meta-habilidades bem definidas, como aprender a aprender, autoavaliação, liderança, trabalhar em grupo, expressão e comunicação, reflexão sobre a práxis, entre outras. As competências-chave listadas para estas três áreas são³¹:

- 1) Identificar e avaliar a demanda de saúde da comunidade;
- 2) Planejar, executar e avaliar ações de saúde coletiva;
- 3) Realizar o acolhimento ou identificação de demanda;
- 4) Identificar as necessidades e os problemas de saúde do paciente;
- 5) Elaborar o plano de cuidado;
- 6) Realizar intervenções estabelecidas no plano de cuidado;
- 7) Avaliar os resultados das intervenções realizadas;
- 8) Reconhecer e avaliar a organização dos serviços de saúde e sua integração com as redes de atenção à saúde;
- 9) Realizar comunicação e gestão da tecnologia de informação em saúde, e atuar com competência cultural;
- 10) Gerenciar pessoas;
- 11) Desenvolver comportamento ético, legal e responsabilidade profissional;
- 12) Gerenciar processos administrativos e clínicos no cuidado à saúde;
- 13) Gerenciar conhecimento e educação permanentes;
- 14) Gerenciar políticas públicas de saúde.

»» Conhecimentos necessários para o Cuidado Farmacêutico

Para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico é essencial a incorporação da filosofia do cuidado em saúde pelo farmacêutico, a qual deve estar alicerçada em uma série de conhecimentos essenciais para a plena compreensão do indivíduo e sua realidade biopsicossocial, indo para além da sua dimensão orgânica e biológica¹².

O autorreconhecimento como profissional de saúde é vital para que o farmacêutico incorpore a filosofia do cuidado em saúde e utilize seus conhecimentos para realizar as atividades clínicas e, assim, destacar-se na equipe de saúde²⁸.

Nesse sentido, os farmacêuticos devem possuir um conhecimento profundo das **bases de farmacologia** (farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacoterapêuticas) e das **evidências científicas** que constituem o uso racional de medicamentos. Para que se obtenha um serviço clínico de qualidade, que melhore desfechos em saúde com farmacêuticos, é preciso que os profissionais estejam em constante atualização desse conhecimento que é crítico na tomada de decisões que otimizam os resultados da terapia medicamentosa^{12,32}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Em relação as **bases de farmacologia**, destacamos o processo da farmacoterapia, tendo em vista que este obtém sucesso quando resultados, como prevenção de doenças, controle, cura, normalização de parâmetros laboratoriais e/ou alívio de sintomas, são alcançados conforme esperado. Dessa forma, a farmacoterapia pode ser considerada “ideal” de acordo com quatro princípios (Figura 4)³³:

Figura 4. Princípios da farmacoterapia ideal



Fonte: Adaptado de Correr, Noblat e Castro³³.

Contudo, estudos demonstram que os problemas relacionados à farmacoterapia vêm produzindo mais danos do que as próprias doenças de base que geraram a necessidade da utilização desses medicamentos. Nesse sentido, as principais condutas farmacêuticas na atuação clínica estão relacionadas à prevenção, identificação e resolução de problemas da farmacoterapia, e têm o propósito de auxiliar os usuários a atingirem suas metas terapêuticas e obterem o máximo de benefício dos medicamentos^{32,33}.

Ao contrário do que possa parecer, trabalhar com problemas da farmacoterapia exige do profissional uma visão integral do usuário, da família, de suas relações e determinantes sociais, além de uma postura voltada para o cuidado e não para o produto³³.

Destaca-se que “problema relacionado à farmacoterapia” é uma expressão abrangente com vários sinônimos na literatura, dentre os quais “problemas relacionados aos medicamentos (PRM)”, e pode ser entendida como qualquer evento indesejável vivenciado pelo usuário que envolva a farmacoterapia e que interfere com o alcance das metas terapêuticas do tratamento³³.

Nesse contexto, um problema relacionado à farmacoterapia, sempre possui três componentes principais³³:

- 1)** Um evento indesejável ou o risco de um evento indesejável é vivenciado pelo paciente, através de uma queixa clínica, sinal, sintoma, diagnóstico, doença, agravamento, disfunção, exames laboratoriais alterados ou uma síndrome;
- 2)** A farmacoterapia (produtos e/ou regime posológico) faz parte do problema;
- 3)** Há uma relação existente ou suspeita entre o evento e a farmacoterapia através de uma relação direta causa-efeito, ou pode requerer a adição ou modificação da farmacoterapia para sua resolução ou prevenção.

Os efeitos da farmacoterapia podem ser avaliados por meio de metas terapêuticas, que devem ser definidas na elaboração do plano de cuidado e monitoradas durante o seguimento do usuário. Uma meta terapêutica deve ser atingível, mensurável e específica para a condição clínica do usuário, além de possuir relação com o desfecho desejado³³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Ao se buscar uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, o farmacêutico deve apropriar-se de parâmetros clínicos e laboratoriais classificados conforme protocolos e diretrizes clínicas, os quais incluem, normalmente, sinais observáveis (frequência cardíaca, temperatura corporal, pressão arterial), sintomas (dor, melancolia, cansaço, prurido) ou exames clínicos e laboratoriais (glicemia, LDL-C, TSH, eletrocardiograma, densidade óssea, dosagem de creatinina e ureia, testes de função hepática e monitorização dos níveis terapêuticos dos fármacos).

Os exames laboratoriais são, comumente, utilizados como parâmetros de monitorização pelas seguintes razões:

- 1) servem como referência basal (*baseline*) antes do início da farmacoterapia;
- 2) indicam o progresso em direção às metas terapêuticas;
- 3) orientam o ajuste de dose do medicamento em relação à função renal e hepática do usuário;
- 4) podem indicar efeitos adversos e tóxicos, assim como doses subterapêuticas, dos medicamentos em uso (p. 229)³³.

É fundamental que os farmacêuticos busquem aperfeiçoar e facilitar o processo de uso de medicamentos de forma integrada com a equipe de saúde, compartilhando metas terapêuticas com foco em desfechos clínicos definidos que beneficiem e que estejam de acordo com as vontades do paciente³².

Entretanto, nem todos os desfechos da farmacoterapia são descritos como desfechos clínicos. Considerando o método clínico centrado na pessoa, os “desfechos humanísticos” são igualmente importantes e, em alguns casos, prioritários. Um desses desfechos que podemos considerar essencial é a qualidade de vida dos usuários³³.

A qualidade de vida é um desfecho humanístico subjetivo e complexo, que surge da percepção do usuário sobre sua vida e sua saúde. Existem questionários validados, disponíveis no Brasil, para medir a qualidade de vida, mas que também podem ser utilizados tanto para medidas genéricas – por exemplo, o WHOQOL, o SF-36 e o Perfil de Saúde de Nottingham –, como para medidas específicas de doenças, tais como diabetes mellitus (DQOL-Brasil) e hipertensão (Minichal)^{32,33}.

Leitura complementar!

Para aprofundamento no tema, recomendamos a leitura dos seguintes artigos:



- Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos, de Seidl e Zannon, publicado em 2004 no periódico Caderno de Saúde Pública. [Leia aqui.](#)
- Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil, de Melchior e colaboradores, publicado em 2010 no periódico Arquivos Brasileiros de Cardiologia. [Clique aqui.](#)

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Da mesma maneira, a adesão terapêutica vem a ser um comportamento observável, entretanto, não basta somente medir esse comportamento, é necessário adotar uma abordagem centrada no usuário para compreender os motivos que levam a não adesão. Entre os fatores que podem influenciar estão:

- 1) fatores ligados ao tratamento: complexidade da farmacoterapia, duração do tratamento, custo do tratamento e reações adversas aos medicamentos;
- 2) fatores ligados à condição de saúde: doenças crônicas, condições assintomáticas e condições com prognóstico ruim;

3) fatores ligados ao paciente: baixo letramento em saúde, limitações cognitivas e funcionais, conhecimento sobre as condições de saúde, conhecimento sobre os medicamentos, dificuldades físicas e motoras, crenças, preocupações, percepção do paciente sobre seu estado de saúde e seu tratamento;

4) fatores sociais e econômicos: falta de suporte familiar e social, crenças culturais, falta de acesso aos serviços de saúde, falta de acesso aos medicamentos; e

5) fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde: falta de acompanhamento e orientação dos pacientes, problemas na seleção, na programação, na aquisição e na distribuição dos medicamentos (p. 104)³².

Existem vários métodos, técnicas e instrumentos para avaliar a adesão ao tratamento, porém nenhum com precisão exata. Dentre eles, os mais utilizados para avaliação do grau de adesão ao tratamento na prática clínica são³²:

- 1)** Teste de Haynes e Sackett;
- 2)** Teste de Morisky Green;
- 3)** ARMS – Adherence to Refills and Medications Scale;
- 4)** BMQ – Beliefs About Medications;
- 5)** BMQ 2 – Brief Medication Questionnaire.

Além de considerar os possíveis desfechos e a adesão ao tratamento, ao avaliar os problemas relacionados à farmacoterapia é importante que o farmacêutico conheça os seus processos (Figura 5), organizados em uma sequência lógica que tem início a partir da seleção do medicamento como forma de prevenção ou tratamento e se encerra com a obtenção de resultados terapêuticos (positivos ou negativos)³².

Figura 5. Processos da farmacoterapia



Fonte: Elaborada a partir de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 2³².

Conhecer esses processos configura-se uma ferramenta poderosa para que o profissional possa compreender como os resultados terapêuticos são atingidos, uma vez que falhas ocorridas em um dos processos podem comprometer toda a farmacoterapia. Essa abordagem fornece uma base na construção de um raciocínio clínico para identificar problemas relacionados à farmacoterapia e a consequente construção de um plano de cuidado eficiente³².

Essa sequência lógica dos processos da farmacoterapia pode ser utilizada como guia de estudo nos campos da Farmacologia, Farmácia Clínica e Prática Farmacêutica³².

Como estratégia alternativa, que pode ser utilizada na revisão da farmacoterapia, estão os critérios explícitos³²:

1) Lista de medicamentos inapropriados para idosos > 65 anos segundo critério de Beers: essa lista utiliza uma abordagem baseada em evidências e elenca os medicamentos considerados inapropriados e pouco seguros para serem administrados em pessoas com mais de 65 anos;

2) Lista de medicamentos inapropriados e condições clínicas sem tratamento em idosos segundo critérios STOPP/START (do inglês, *Screening Tool of Older Person's Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*): essa lista considera os medicamentos inapropriados para idosos e aqueles que devem ser iniciados em idosos com determinadas doenças;

3) Lista de indicadores de Morbidade Evitável Relacionada a Medicamentos (MERM): os indicadores MERM identificam processos de cuidados de saúde preditores de um resultado clínico negativo potencialmente evitável.

Como já vimos nesta aula, é atribuição do farmacêutico – relacionada à gestão da prática, à produção e à aplicação do conhecimento – conhecer e aplicar protocolos clínicos, sendo fundamental possuir uma base sólida de conhecimento em farmacoterapia e sobre o manejo de condições agudas e crônicas. O farmacêutico deve ter acesso a boas fontes de informação sobre medicamentos e as diretrizes mais atuais para o tratamento das condições de saúde mais prevalentes em seu atendimento^{32,33}.

As Diretrizes Clínicas são fundamentais ao se buscar estabelecer metas terapêuticas condizentes com as condições de saúde dos usuários atendidos. Trata-se de documentos de orientação da conduta profissional, baseados nas melhores evidências científicas, normalmente elaborados por entidades médicas e científicas³³.

Fontes seguras de informação sobre medicamentos são livros e compêndios que possuam informação atualizada, completa e confiável. No Brasil, é consenso entre os especialistas de que os bulários não atendem às condições necessárias e não têm qualidade suficiente para a prática do Cuidado Farmacêutico³³.

Leitura complementar!

Consideramos a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018) importantes referenciais teóricos para o Cuidado Farmacêutico na assistência às pessoas portadoras dessas patologias.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

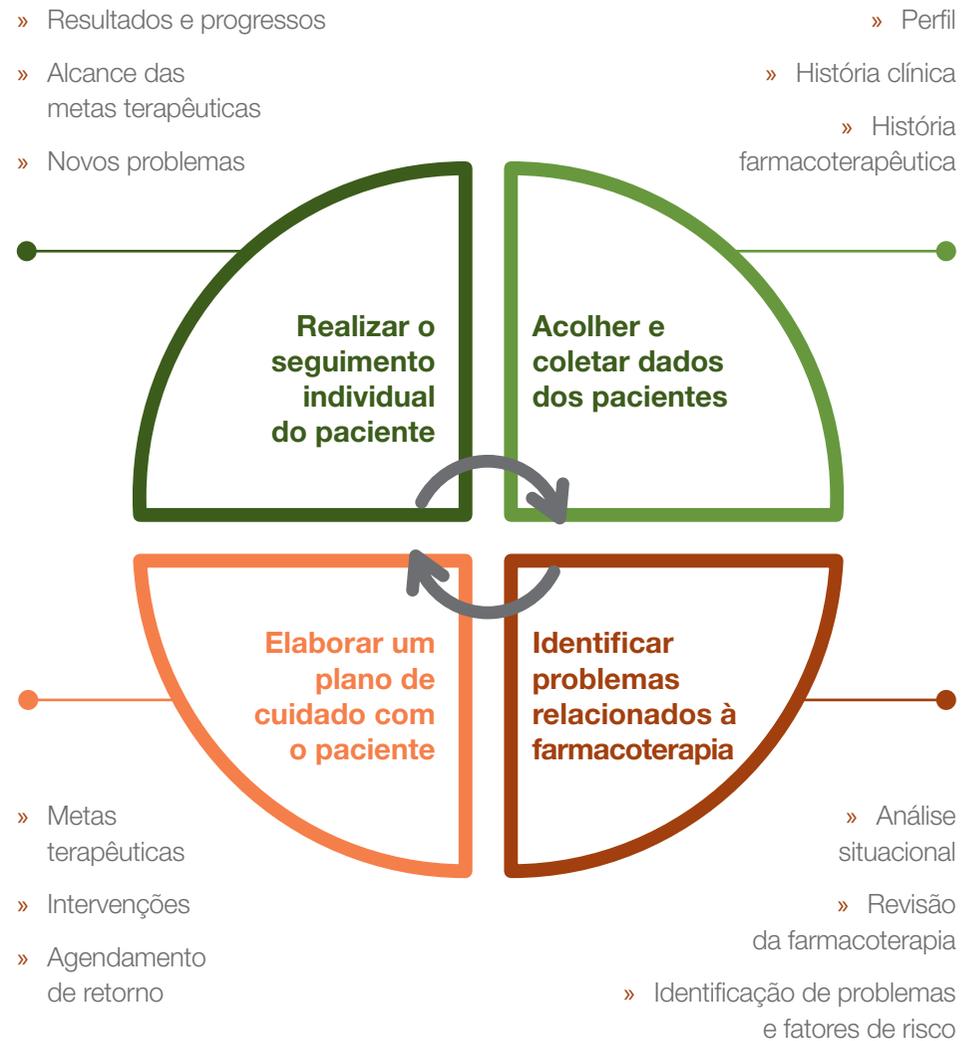
Destacamos também que o Cuidado Farmacêutico prevê uma mudança de foco do produto (medicamento) para o indivíduo. Desse modo, o profissional deve se apropriar de outras ciências, como a semiologia, fisiopatologia das principais doenças atendidas, sinais e sintomas dos diversos aparelhos, interpretação de exames laboratoriais e processo saúde-doença^{32,33}.

Os farmacêuticos clínicos devem ser capazes de usar informações baseadas em evidências, compreender, analisar, avaliar criticamente e aplicar o conhecimento das ciências biomédicas, epidemiológicas e da dimensão sociocomportamental, no atendimento ao paciente. Sem esse conhecimento, os profissionais não podem contribuir plenamente para garantir resultados positivos relacionados à medicação³⁰.

A Saúde Baseada em Evidências (SBE) é essencial para a atuação do farmacêutico, pois agrupa um conjunto de ferramentas de Epidemiologia Clínica, Estatística, Metodologia Científica e Informática para disponibilizar a informação de maior validade na tomada de decisão do profissional, para responder uma questão-problema de natureza clínica. Estabelecer um prognóstico e o tratamento adequado são tópicos centrais envolvidos na SBE que demonstram a importância do envolvimento do farmacêutico nesse processo³⁰.

Por fim, para alcançar os resultados expostos anteriormente, a consulta farmacêutica deve contar com uma sistematização das etapas a serem seguidas pelo farmacêutico, a fim de auxiliar o usuário no alcance das metas de seu tratamento. O Ministério da Saúde, no Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde, publicado em 2014, ao utilizar elementos presentes nos principais métodos clínicos da literatura, propõe que a consulta farmacêutica seja composta de quatro etapas (Figura 6)¹:

Figura 6. Etapas do método clínico do cuidado farmacêutico



Fonte: Elaborada a partir de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 1¹².

Essas etapas serão aprofundadas ao longo das aulas seguintes. Salienciamos que expandimos esse conceito trazendo o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) para dentro da consulta farmacêutica, conforme abordado na *Aula 3 – Cuidado em Saúde Centrado na Pessoa no contexto do Cuidado Farmacêutico*, no *Módulo 1**.

»» Habilidades necessárias para o Cuidado Farmacêutico

O farmacêutico no exercício das suas atribuições clínicas deve desempenhar o papel de educador em saúde com foco na pessoa, atuando como agente facilitador na compreensão de um novo estado de saúde (doença), esclarecendo sua nova realidade (tratamento), motivando-o em direção ao autocuidado (adesão e autonomia), sempre com o objetivo de aumentar a sua qualidade de vida. É necessário estimular a mudança de comportamento com vistas aos fatores de risco, evitando, assim, possíveis complicações³⁴.

Estudos mostram a capacidade do farmacêutico em influenciar positivamente os resultados da farmacoterapia por meio da prática do Cuidado Farmacêutico²⁸. Não apenas transmitindo informações, mas, também, criando condições para que o indivíduo as absorva de forma proveitosa e efetiva, organizando estratégias para o aprendizado da terapia prescrita. Sendo assim, para o alcance desses objetivos é necessário que sejam trabalhadas as habilidades relacionais e comunicacionais, tal como atitudes humanísticas do farmacêutico que deseja desempenhar o cuidado^{28,35}.



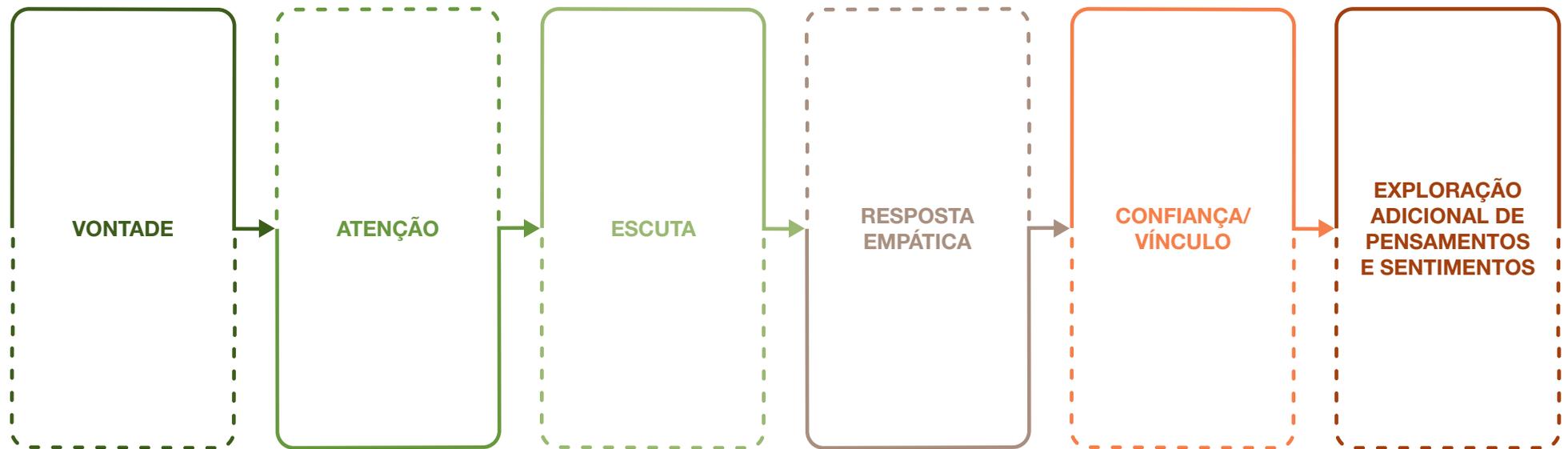
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 2* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no *vol. 1* desta mesma coleção, *O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde*.

Cabe ao farmacêutico nas suas habilidades de comunicação, a construção de relação (vínculo) com o paciente e não apenas o papel de fornecer informação. Para que seja criada tal afinidade, é necessário que o profissional escute e preste atenção ao que diz o paciente, isso permitirá demonstrar a devida importância ao problema em questão e, através dessa escuta atenta, identificar qual a necessidade de informação para uma intervenção adequada a cada situação. Diferentes características de paciente, de situações clínicas ou emocionais e dos tratamentos, exigem formas singulares de atuação para que se garanta a melhor atenção à saúde³⁵.

O farmacêutico não deve adotar a postura de sermões e discursos, sustentados pelo fato de ser o profissional, pois essa atitude quebra a condição de vínculo entre as partes³⁵. As experiências do paciente relativas ao tratamento devem ser exploradas sem ameaças e julgamentos e suas preocupações devem ser abordadas de forma legítima e não subestimadas (Figura 7). A escuta e a compreensão empática permitem ao farmacêutico reagir de maneira cuidadosa e respeitosa, o que contribui para que o indivíduo se sinta compreendido, fortalecendo o relacionamento e conseqüentemente a adesão ao seu tratamento³⁶.

Figura 7. Processo de escuta e resposta empática



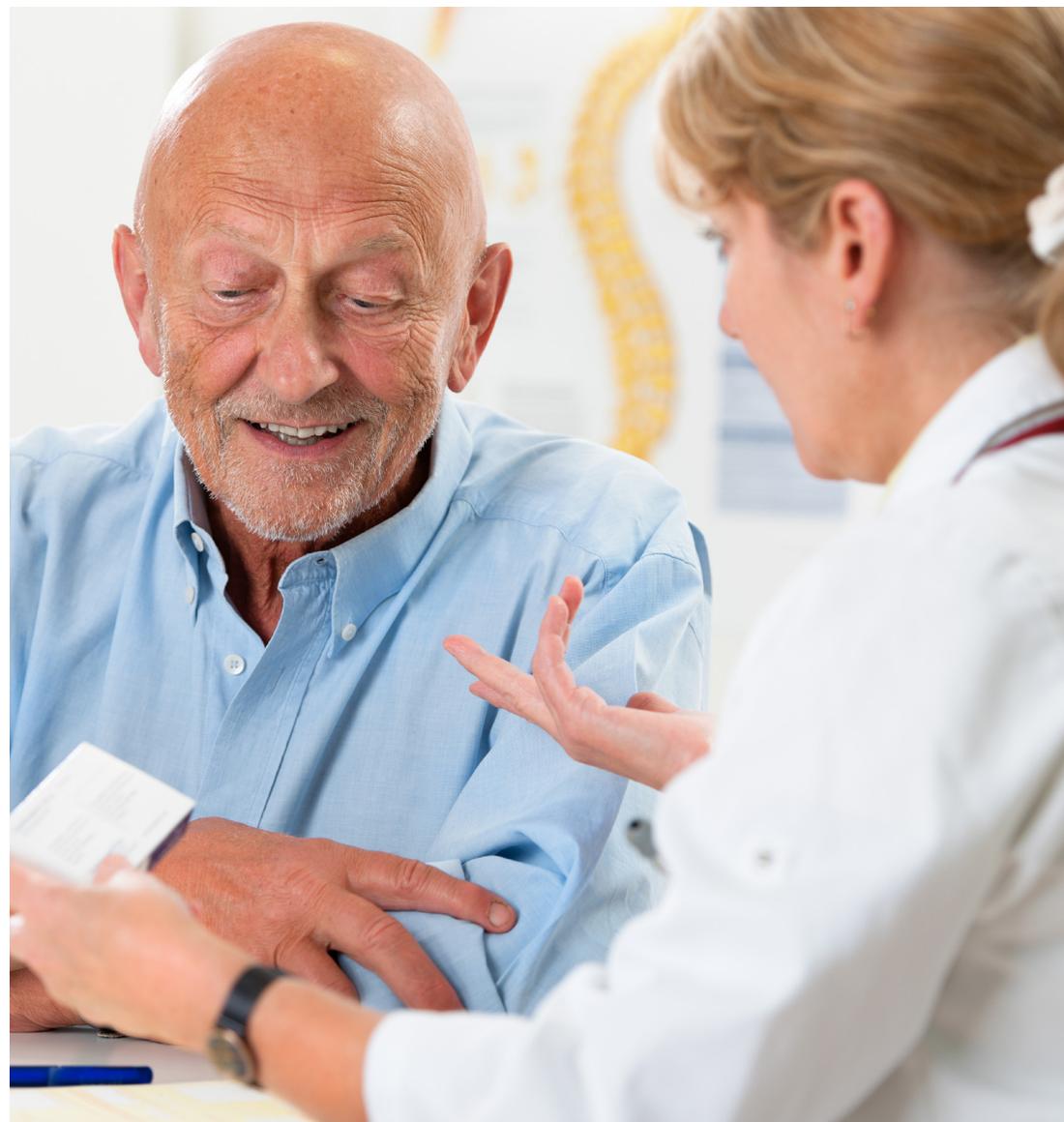
Fonte: Elaborada a partir de Berger³⁶.

Além da relação farmacêutico-paciente, devemos lembrar que a comunicação interprofissional é fundamental durante o processo de cuidado ao paciente. O farmacêutico necessita se comunicar com os demais membros da equipe multiprofissional em diferentes pontos do processo de cuidado, desde a coleta e troca de informações sobre o paciente e discussão de casos clínicos, até a realização de atividades técnico-pedagógicas com a equipe³⁷.

Para que a comunicação interprofissional seja efetiva, é fundamental que o farmacêutico desenvolva habilidades de comunicação, para resolução de conflitos, por exemplo, além de possuir capacidade para construir relações positivas e seleção de técnicas de comunicação, assim como cultive habilidades pessoais, como a empatia, a assertividade, a eloquência e a capacidade de negociação³⁷.

Estudos demonstram que os farmacêuticos possuem dificuldade de comunicação com outros profissionais da saúde, especialmente com os médicos. Para superar esse obstáculo, o farmacêutico deve estar confortável em relação ao seu papel na equipe de saúde, consciente de que pode contribuir para o cuidado ao paciente, e ao mesmo tempo estar seguro em relação ao conteúdo e às fontes de informação utilizados. Dessa maneira, deve expressar suas ideias de forma clara e estar preparado para negociar³⁷.

A comunicação interprofissional é fundamental para a melhoria dos cuidados prestados em saúde. A relação entre os profissionais deve ser baseada no respeito, seguindo o princípio de colaboração dos diferentes profissionais com suas mais variadas competências, com foco no mesmo objetivo: o usuário³⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Atitudes necessárias para o Cuidado Farmacêutico

O conceito de atitudes envolve aspectos multidimensionais representados pelos comportamentos reais e hipotéticos que concebem o perfil do profissional preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais³⁸.

As atitudes são comportamentos que determinam como os profissionais se posicionam frente a determinadas situações e acontecimentos, e colaboram de maneira significativa para o desenvolvimento de habilidades no adequado tratamento ao usuário³⁸.

Para desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico é preciso que, além do conhecimento científico e das habilidades técnicas, sejam agregadas ao processo de trabalho atitudes humanísticas e éticas, visto que, na relação farmacêutico-paciente estão presentes aspectos importantes como a produção de subjetividades e a pactuação de um plano de cuidado em conjunto³³.

Nesse sentido, para lidar com os pacientes no âmbito biopsicossocial, exige-se do profissional uma postura (atitude) de envolvimento e comprometimento com o usuário³⁹.

O saber agir envolve atitudes além das esperadas e programadas. O farmacêutico deve saber combinar e mobilizar conhecimentos e habilidades numa situação de complexidade sabendo selecionar os elementos necessários dentro do contexto dos recursos e organizá-los para a realização de suas atividades⁴⁰.

Além disso, as atitudes inerentes ao bom desempenho do farmacêutico compreendem a proatividade e a flexibilidade para adquirir novos conhecimentos. A disposição para a atualização dos conhecimentos, através da educação continuada, torna-se imprescindível, uma vez que estudos apontam para a formação clínica insuficiente na graduação como uma das principais dificuldades para o exercício das atividades clínicas²⁸.

A resiliência é outra atitude que deve ser almejada pelo farmacêutico, pois, apesar dos diversos estudos que demonstram a efetividade do serviço de Cuidado Farmacêutico, grande parte dos gestores não tem interesse nas atividades clínicas ou não reconhece o farmacêutico como um profissional ligado ao cuidado aos pacientes²⁸.



Síntese da Aula

Como vimos, o perfil profissional do farmacêutico mudou e continua em transformação como resposta ao fenômeno da transição demográfica e epidemiológica observado na sociedade. A crescente morbimortalidade relativa a doenças e agravos não transmissíveis, bem como o maior acesso e consumo de medicamentos, repercutiram (e continuam repercutindo) nos sistemas de saúde, exigindo um novo perfil do farmacêutico.

Esse novo profissional, além das competências em gestão, necessita desenvolver e exercitar competências clínicas para o desenvolvimento de suas atribuições no Cuidado Farmacêutico.

Nesta aula, buscamos discutir essas competências clínicas necessárias para que o profissional farmacêutico exerça o cuidado ao paciente. Ressaltamos que as competências e atribuições aqui abordadas não são meramente “atividades” e/ou “serviços”, mas, sim, de natureza técnica do profissional. Ao discutirmos o perfil de competência, estamos abordando o profissional com suas características mais completas, através do conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes, comportamentos e valores.

Como você, farmacêutico, avalia seus conhecimentos e habilidades?

Nas próximas aulas, aprofundaremos as discussões sobre essas competências e atribuições de forma prática, aplicável ao Cuidado Farmacêutico.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2017. Seção 1, p. 30.
2. Storpirtis S, Mori ALPM, Yochy A, Ribeiro E, Porta V. Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. São Paulo: Guanabara Koogan; 2007, 489 p.
3. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2008;44(4):601-12.
4. Freitas O, Chaud MV, Ueta J, Shuhama IK. O farmacêutico e a farmácia: uma análise retrospectiva e prospectiva. Rev. Pharm. Bras. 2002;30:85-7.
5. Spada C, Chagas JR, Silva KFF, Castilho SR. Farmácia. In: Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Organizado por Haddad AE et al. Brasília: INEP, 2006. p. 169-199.
6. Angonesi D, Sevalho G. Pharmaceutical Care: conceptual and critical basis to a Brazilian model. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2010;15(supl.3):p.3603-3614.
7. Oliveira AB, Oyakawa CN, Miguel M, Zanin SMW, Montrucchio DP. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Out./dez. 2005;41(4):409-13.

8. Bosse TS, Oliveira L, Becker IRT. A formação do profissional Farmacêutico e sua inserção na Atenção Básica. Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família. 2013;1(1):53-63.
9. Bermond MD, Fernandes ZC, Costa EMMB, Cunha NS, Honda AM. Modelo referencial de ensino para uma formação farmacêutica com qualidade. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2008.
10. Ambiel ISS, Mastroianni PDC. Resultados da atenção farmacêutica no Brasil: uma revisão. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. 2013;34(4):469-74.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Brasília, 2014 (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1). 108 p.
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
14. Nicole CB, Vieira RCP. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): Percepções de graduandos em Farmácia. Interface (Botcatu). 2011;15(39): 1127-44.
15. Provin MP, Campos AP, Nielson SE, Amaral R. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. Saúde e Sociedade. 2010;19(3):717-24.
16. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Atenção farmacêutica no Brasil: “trilhando caminhos”. Organizado por Ivama AM et al. Brasília: OPAS; 2002. 24 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, 2004. Seção 1, p.52. 2004.
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 ago. 2009. Seção 1, p. 78-81.
19. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 set. 2013. Seção 1, p. 186.
20. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União, Brasília, , 11 ago. 2014. Edição extra.
21. Lima WV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface Comunicação Saúde Educação. 2005;9(17):369-79.
22. Ruas RA. Desenvolvimento de competências gerenciais e contribuição da aprendizagem organizacional. In: Fleury MTL, Oliveira Jr. MM. Gestão estratégica do conhecimento: Integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas Editora; 2001. 352 p.
23. Chiavenato I. Introdução à Teoria Geral da Administração. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. 597 p.

24. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academy of Medicine*. 1990;65(9):63-6.
25. Dutra JS. Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento. São Paulo: Ed. Gente; 2001. 118 p.
26. Bitencourt CC. Gestão de competências gerenciais – a contribuição da aprendizagem organizacional [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
27. Campese M, Soares L, Leite SN, Farias MR, Manzini F. O dever da profissão farmacêutica e a clínica farmacêutica. In: Soares L, Farias MR, Leite SN, Campese M, Manzini F, organizadores. *Assistência Farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica. Atuação clínica do farmacêutico. Volume V*. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2016. p. 21-43.
28. Freitas GRM, Pinto RS, Luna-Leite MA, Castro MS, Heineck I. Principais dificuldades enfrentadas por farmacêuticos para exercerem suas atribuições clínicas no Brasil. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*. 2016;7(3): 35-41.
29. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud y las buenas prácticas en farmacia*. Washington, DC: OPAS; 2013. 20 p.
30. Saseen JJ, Ripley TL, Bondi D, et al. ACCP clinical pharmacist competencies. *Pharmacotherapy*. 2017;37(5):630–636.
31. Conselho Federal de Farmácia (CFF). *Competências para a atuação clínica do farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2017. 124 p.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde*. Brasília, 2014 (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 2). 304 p.
33. Correr CJ, Noblat LACB, Castro MS. Modelos de seguimento farmacoterapêutico. In: Soares L, Farias MR, Leite SN, Campese M, Manzini F, organizadores. *Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, gestão e clínica. Atuação clínica do farmacêutico. Volume V*. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2016. p. 221-51.
34. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007;12(1):213-220.
35. Zubioli A. *A Farmácia Clínica na Farmácia Comunitária*. Brasília: Ethosfarma; 2001.
36. Berger BA. *Habilidades de comunicação para farmacêuticos: construindo relacionamentos, otimizando o cuidado aos pacientes*. São Paulo: Pharmabooks; 2011.
37. Conselho Federal de Farmácia (CFF). *Habilidades de comunicação do farmacêutico. Unidade 2, módulo 2 [curso online]: Prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados*. Brasília: CFF; 2015 [acesso em 17 jun. 2019]. Disponível em: [http://www.cff.org.br/userfiles/Apostila%201\(1\).pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/Apostila%201(1).pdf)
38. Andrade SC, Deus JA, Barbosa ECH, Trindade EMV. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011;35(4): 517-525.
39. Leonello VM, Oliveira MAC. Competências para ação educativa da enfermeira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem (Ribeirão Preto)*. 2008;16(2).
40. World Health Organization (WHO). *Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Handbook – 2006 edition*. Geneva: OMS; The Hague: FIP; 2006 [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf.

Material Complementar

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 13 jun. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamentoso.pdf.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017 [acesso em 17 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>

Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83 [acesso em 17 jun. 2019]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

Melchioris AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. Arq Bras Cardiol. [Internet]. Mar. 2010 [acesso em 13 jun. 2019];94(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000300013.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de Saúde Pública. Mar.-abr. 2004 [acesso em 13 jun. 2019]; 20(2):580-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.

Autores

Samuel Amano Maximo

Mestre pelo programa de Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica pela Universidade Nove de Julho (2015). Graduação em Farmácia pela Universidade de Mogi das Cruzes (2005). Atualmente é assessor técnico na Organização Social de Saúde Santa Marcelina, atua também como preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Faculdade Santa Marcelina. Possui experiência na área de Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica e Cuidado Farmacêutico.

Simone Barbosa da Silva Bier

Farmacêutica generalista formada em 2009. Especialista em Farmácia Clínica desde 2014. Atuou na Atenção Básica por 6 anos como farmacêutica responsável em Unidade Básica de Saúde Integral e Estratégia Saúde da Família onde foi responsável pela implantação dos serviços farmacêuticos e contribuiu no apoio e capacitação de farmacêuticos e técnicos de farmácia da Supervisão Técnica da Penha/Coordenadoria Sudeste no município de São Paulo em 2014 para implantação do cuidado farmacêutico no território.

Foi membro do Grupo de Trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que elaborou e publicou a Portaria Municipal do Cuidado Farmacêutico nº 1918/2016.



Aula

Prática em saúde baseada em evidências

Autora: Fabiana Rossi Varallo



Ementa da aula



Nesta aula será apresentado um caso clínico para estimular o aluno a identificar o problema e buscar as possíveis soluções por meio dos protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e *guidelines*, acessando as bases de dados confiáveis.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Conhecer e acessar as bases de dados para identificação de evidências científicas.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Nesta aula serão abordados os conceitos e fundamentos da prática em saúde baseada em evidências e a sistematização do processo para aplicá-la. Iremos descrever como formular adequadamente a questão clínica de interesse e a desenvolver a estratégia de busca das evidências. Para tanto, serão demonstradas as fontes de informação, as evidências que podem ser utilizadas (principalmente os protocolos clínicos do Ministério da Saúde, as diretrizes nacionais e as bases de dados disponibilizadas no Portal Saúde Baseada em evidências). Também será demonstrada como desenvolver a equação de busca em bases científicas, como por exemplo, na Biblioteca Virtual em Saúde, para recuperação de estudos originais.

»» A dúvida na prática clínica

A dúvida na prática clínica é uma constante em quaisquer níveis de atenção à saúde e está presente na rotina de quase todos os profissionais, inclusive na do farmacêutico. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de competências específicas para que a tomada de decisão seja a mais adequada, confiável, oportuna e assertiva para resolver a dúvida e contribuir para desfechos clínicos, humanísticos e econômicos satisfatórios. Nesse processo, também devem ser consideradas as preferências e os valores do indivíduo, da família e da comunidade.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O conhecimento na prática clínica é dinâmico. O avanço tecnológico melhorou a qualidade do cuidado à saúde, uma vez que novas opções preventivas, diagnósticas, prognósticas e terapêuticas foram disponibilizadas no mercado. Tal fato contribuiu para transição epidemiológica (de doenças infecciosas para crônicas) e para o aumento da longevidade. Todavia, a velocidade com que novas tecnologias são incorporadas faz com que os profissionais se deparem com múltiplas possibilidades de seleção, que exigem escolhas baseadas em critérios para maximizar os benefícios e minimizar os riscos aos usuários.

No início da década de 1990, David Sackett e seus colegas da MC Master University (Ontario, Canadá), cunharam o termo medicina baseada em evidências (MBE), o qual visa integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível a partir de pesquisa sistemática, com o intuito de alcançar uma melhor conduta e, conseqüentemente, um melhor desfecho para o usuário¹.

Esse movimento foi influenciado pelo epidemiologista Archie Cochrane, que em 1972 verificou a ausência de busca sistematizada de informações heterogêneas, muitas vezes de qualidade questionável, para tomada de decisões clínicas; ou, ainda, condutas baseadas em opiniões de especialistas ou no método de tentativa e erro¹.

Além desse fator, os custos assistenciais elevados e os métodos pedagógicos obsoletos também indicavam a necessidade de um novo modelo de atenção², para tentar melhorar a qualidade da informação na qual se baseavam as decisões em cuidados a saúde, bem como em aplicar e incorporar a tecnologia considerada mais útil.

Nesse contexto, definiu-se como MBE o uso criterioso, explícito e meticuloso das melhores evidências atuais na tomada de decisões relativas à assistência de cada indivíduo³. Segundo Pereira⁴, esse conceito apresenta três componentes:

- 1 Uso criterioso, explícito e meticuloso: indica a necessidade de reflexão crítica, aprendizado e conhecimento sobre o uso de produtos e dos procedimentos.
- 2 Melhores evidências atuais: análise crítica para seleção dos melhores produtos e/ou procedimentos disponíveis na literatura.
- 3 Tomada de decisão: promover os melhores desfechos aos indivíduos, considerando seus valores no processo (p. 4-5).

Inicialmente, o movimento da MBE estava restrito aos médicos, mas, atualmente, foi expandido a todos os profissionais da saúde, inclusive farmacêuticos. O termo foi substituído para prática em saúde baseada em evidências (PSBE), para englobar as diferentes áreas da prática de cuidados de saúde, bem como a experiência do profissional, os valores e as crenças dos indivíduos¹. A ampliação para prática clínica também teve como objetivo incluir a aplicação da epidemiologia e a avaliação crítica na tomada de decisão explícita⁵.

A PSBE é caracterizada pelo elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica, além de apresentar os seguintes elementos essenciais em sua abordagem¹:

- 1 reconhecer as incertezas no conhecimento clínico;
- 2 utilizar informação de pesquisa para reduzir as incertezas;
- 3 distinguir entre evidências fortes e fracas;
- 4 quantificar e comunicar as incertezas com probabilidades (p.13).

Importante!

Quando relacionado ao tratamento medicamentoso, a evidência refere-se à efetividade, eficiência, eficácia e segurança.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A *efetividade* refere-se ao tratamento que funciona em condições de uso reais, ou seja, após a obtenção do registro do medicamento, quando já comercializado e disponível no mercado. A eficiência diz respeito ao tratamento considerado barato e acessível para que os indivíduos com determinada condição de saúde possam usufruí-lo. A eficácia está relacionada ao tratamento que funciona em condições de mundo ideal, ou seja, durante a pesquisa clínica, antes da obtenção do registro do medicamento. Já a *segurança* diz respeito à ocorrência de eventos adversos a medicamentos.

À despeito de ser prática consagrada, amplamente disseminada e aplicada por profissionais da saúde, há controvérsias a respeito de sua utilidade, pois, alguns críticos defendem que nem todas as questões relevantes referentes ao cuidado em saúde são de natureza científica e podem ser encontradas na literatura⁶.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Cabe ressaltar, portanto, que a PSBE não substitui o julgamento clínico, mas o respalda por meio da melhor evidência disponível, a qual será integrada com outros fatores que interferem na tomada de decisão, tais como preferências e valores dos usuários. Sob essa óptica, a experiência

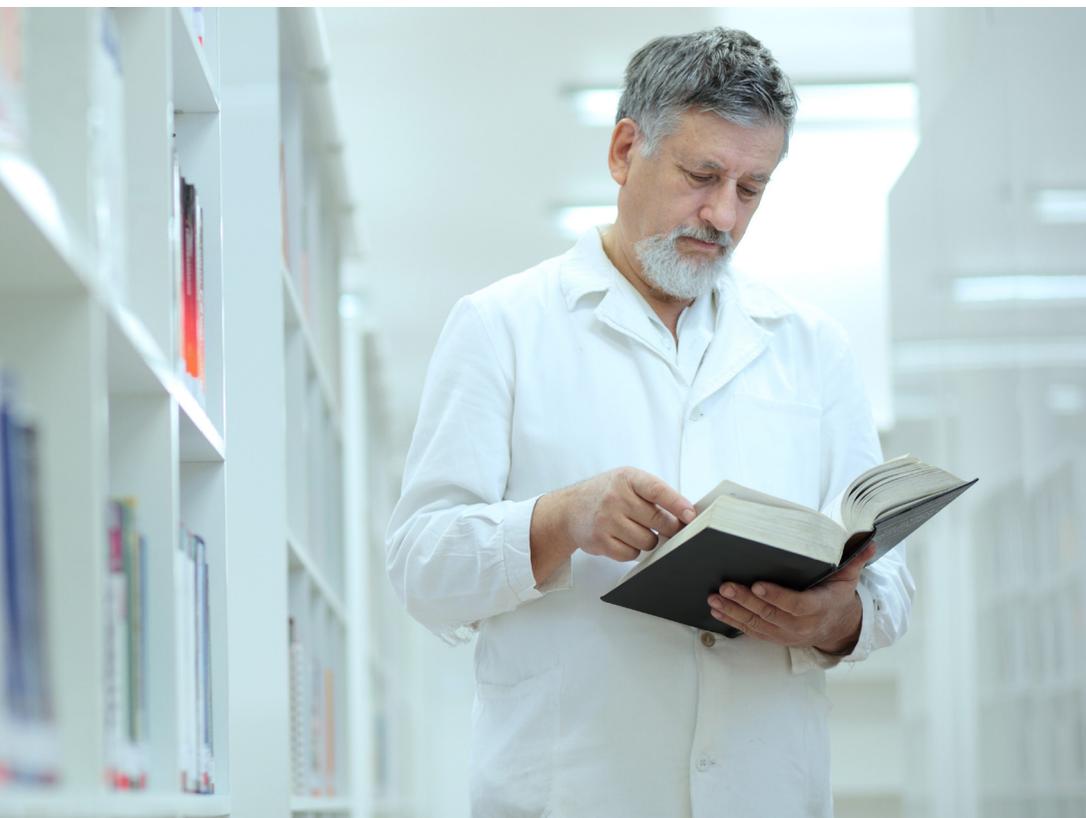
do profissional é de suma importância, a fim de avaliar se a tecnologia externa é aplicável ou não para a condição de saúde do usuário e se deve ou não ser integrada no plano terapêutico.

Também há discordâncias sobre os tipos de estudos mais robustos que deveriam embasar as tomadas de decisões. Os tipos de estudos epidemiológicos serão esclarecidos na próxima aula, porém, o que se pode adiantar é que: estudos observacionais são conduzidos em situações não controladas, aumentando-se o risco de viés de resultados em função da presença de variáveis de confusão (quando os efeitos de duas exposições sobre o risco de desenvolver o desfecho de interesse não estão separados).

Por outro lado, os ensaios clínicos randomizados, considerados padrão-ouro para avaliação de novos tratamentos, por exemplo, são desenvolvidos em situações completamente controladas e que não representam a realidade da maioria da população. Logo, tais evidências podem não ser as mais úteis em determinadas situações reais. Por isso, é preciso ter critérios para a análise da qualidade das evidências científicas, bem como verificar se é possível sua aplicação na prática clínica.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Leia um pouco mais!

Acesse o artigo completo de Paula Broeiro, intitulado [“Prática baseada em evidências e seus limites”](#). 



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Desse modo, é necessário o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para que o profissional da saúde possa aplicar a prática em saúde baseada em evidências em seu cotidiano (Quadro 7), os quais serão abordados nesta e na *Aula 8*. Tal necessidade é corroborada por Sackett et al.⁷, que reiteram que os profissionais devem ter o domínio de habilidades clínicas e de comunicação para analisar a história, os sintomas e sinais das pessoas, bem como para identificar e incorporar seus valores e expectativas no tratamento.

Quadro 7. Competências para a prática em saúde baseada em evidências

Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
Compreensão de métodos científicos	Destreza em transformar os problemas da prática clínica em perguntas	Valorização da conduta ética
Diferenciação entre opiniões clínicas e de pesquisa	Facilidade para efetuar as buscas sistemáticas em base de dados	Valorização da PSBE como forma de determinar a melhor prática clínica
Estabelecimento de fontes confiáveis para localização de evidências	Capacidade para efetuar avaliação crítica da literatura científica	Valorização das leituras em revistas científicas
Compreensão da relevância da evidência na escolha de intervenções	Desenvoltura para aplicar os resultados da avaliação crítica na tomada de decisão	Valorização da necessidade de melhoria contínua da prática clínica
	Estabelecimento de plano de cuidado individualizado pautado nos valores do indivíduo, na expertise clínica e nas evidências	

Fonte: Elaborado a partir de Pereira⁴, Schneider⁸ e Cronenwett et al.⁹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Essas competências são requeridas em todos os processos da PSBE, os quais podem ser sistematizados, didaticamente, em três etapas: 1) formulação da questão clínica; 2) busca das evidências; e 3) tomada de decisão. Para apresentá-las e discutir os seus respectivos conceitos, tomemos como exemplo o caso a seguir:

Atenção no caso!



Indivíduo de 35 anos, branco, divorciado, motorista. Nega etilismo, tabagismo e alergias medicamentosas. Previamente hígido. Há 18 meses referiu cefaleia hemicraniana/occipital intensa e frequente, que melhorou com o uso de analgésicos. Procurou a unidade de pronto-atendimento quando a dor de cabeça aumentou, sendo detectado nível pressórico elevado (PA de 230 x 120 mmHg). O médico prescreveu captopril 25 mg, 12/12 horas, para tratamento da hipertensão arterial primária e recomendou exercícios e dieta com restrição de sal. No entanto, fez uso irregular da medicação, devido à tosse intensa que atrapalhava suas viagens. Alegou não seguir as orientações sobre alimentação, justificando que viaja todos os dias e por fazer as refeições fora de casa. No retorno, o médico substituiu o captopril por losartana 50 mg, 1x/dia, para prevenir o problema de segurança e contribuir para a adesão ao tratamento. Contudo, refere receio de que as tosses piorem e, por isso, não quer seguir o tratamento.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Como mencionado anteriormente, a sistematização da PSBE inicia-se com uma questão clínica de interesse. A formulação da pergunta é uma etapa crítica e, por isso, deve ser realizada com precisão e especificidade⁶, com o intuito de reduzir erros sistemáticos (vieses) que possam influenciar na tomada de decisão equivocada.

As dúvidas que surgem na prática de cuidados em saúde podem estar relacionadas aos aspectos básicos e de definição de doenças ou ao manuseio da pessoa¹⁰. As principais questões podem ser classificadas quanto ao tipo em: a) intervenção (o que fazer sobre essa condição ou problema?); b) etiologia e fatores de risco (o que causa o problema?); c) diagnóstico (essa pessoa tem a condição clínica ou problema?); d) prognóstico e predição (quem irá desenvolver o problema ou condição clínica?); e) frequência e taxa (quão comum é o problema?); f) fenômenos ou conceitos (quais são os tipos de problemas?)¹. As questões básicas contribuem para a compreensão das questões clínicas, portanto, não as substituem no processo de tomada de decisão¹⁰.

No caso clínico apresentado anteriormente, o indivíduo possui diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e relata não querer utilizar a losartana devido às crises de tosse associadas ao tratamento anterior que prejudicaram seu ofício como motorista. Logo, a questão que deverá ser elaborada é sobre o tipo de intervenção, pois busca-se comparar a segurança da losartana com a do captopril. De modo simplificado, a dúvida a ser respondida é: será que a losartana também causa tosse como o captopril?

Pode-se elaborar essa pergunta de modo preliminar e à medida que as informações forem sendo encontradas é necessário especificá-la. A falta de sistematização na formulação da questão clínica pode dificultar vários aspectos associados ao processo de busca dos estudos, aplicação da evidência, comparação e monitoramento dos resultados. Assim sendo, é importante demandar período adequado para a construção, pois a tomada de decisão dependerá dessa etapa.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Formulação da pergunta

A formulação da pergunta é uma etapa importante do processo da prática em saúde baseada em evidências, pois conduzirá a estratégia de busca. Perguntas elaboradas corretamente aumentam a probabilidade de recuperar evidências de modo específico e assertivo.

»» A estratégia PICO

Questões clínicas bem formuladas devem especificar os tipos de população (participantes) ou problema clínico; tipos de intervenções (e comparações) e os tipos de desfechos de interesse. O acrônimo PICO (**P**articipantes, **I**ntervenção, **C**omparador/**C**ontrolado, **O**utcome/Desfecho clínico) foi desenvolvido para auxiliar na formulação adequada da questão clínica e pode ser utilizado para elaborar questões clínicas de naturezas diversas (Quadro 8)¹¹.

Quadro 8. Componentes essenciais para formulação de uma boa pergunta clínica

Acrônimo	Definição	Descrição da situação problema
P	População ou problema	Indivíduo ou grupo de indivíduos com uma condição particular ou um problema de saúde
I	Intervenção	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica, preventiva, diagnóstica ou prognóstica
C	Comparação ou grupo controle	Definida como uma intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção
O	Outcome ou desfecho	Resultados esperados

Fonte: El Dib (p. 18)¹¹.

Ressalta-se que a construção do PICO não tem como objetivo o desenvolvimento de uma revisão sistemática pelo profissional da saúde. A formulação da pergunta por meio desse acrônimo tem a função de auxiliar o direcionamento e a racionalização da elaboração de estratégia de busca, para que sejam recuperados os estudos (evidências) desenvolvidos por pesqui-

sadores que mediram os desfechos de interesse ao profissional da saúde. Portanto, os achados dos pesquisadores poderão ajudar os profissionais de saúde na tomada de decisão.

Para o nosso caso clínico, teríamos a seguinte composição:

Acrônimo	Definição	Descrição da situação problema
P	População ou problema	Indivíduo adulto com hipertensão
I	Intervenção	Losartana
C	Comparação ou grupo controle	Captopril
O	Outcome ou desfecho	Reação adversa ou tosse

Assim, uma pergunta específica possível seria:

A administração de losartana 50 mg, 1x/dia, está associada à menor ocorrência de tosse quando comparada à administração de captopril 25 mg, 12/12 horas, em indivíduos adultos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?

Atenção!

Questões clínicas bem formuladas facilitam a sistematização da busca por evidências e interpretação dos resultados.

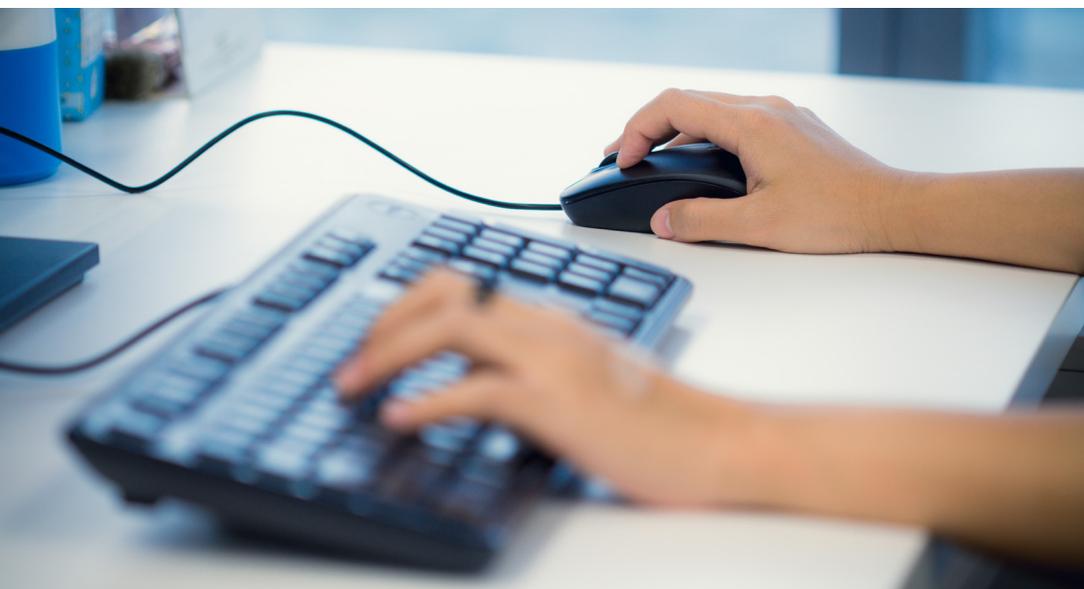


Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Devido à eficiência na recuperação efetiva das evidências pelo acrônimo PICO, a [MEDLINE/PubMed](#), principal base de dados eletrônica em saúde, dispõe de uma interface para inserção direta dos quatro componentes da estratégia¹². De posse da questão clínica, o próximo passo é saber onde buscar as evidências e o que exatamente procurar. Para tanto, será necessário elaborar uma estratégia de busca por evidências.

Estratégia de busca por evidências científicas

A estratégia de busca inclui três etapas: identificação das fontes de informação; seleção dos termos do vocabulário controlado e a construção da equação de busca para recuperação das evidências científicas.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

» Fontes de informação: classificação e onde encontrá-las

Fonte de informação significa qualquer recurso que responda a uma demanda de informação por parte dos usuários. Como propedêutica, as fontes de informação são classificadas em três grandes categorias, segundo o conteúdo do documento e o caráter da mensagem informativa, a saber: primárias, secundárias e terciárias^{13,14}. De acordo com Cunha¹⁵, reproduzimos a seguir as respectivas definições:

- 1 As fontes primárias são documentos que contêm principalmente novas informações ou interpretações de ideias ou fatos acontecidos (p.172)¹⁵.

Como exemplo tem-se: congressos e conferências, normas técnicas, patentes, periódicos, estudos originais, que por sua vez podem ser publicados em periódicos científicos, primários (pesquisadores coletaram os dados diretamente dos participantes) ou secundários (pesquisadores coletaram dados de estudos primários).

- 2 As fontes secundárias contêm informações sobre documentos primários ou arranjados de acordo com um plano definitivo; são, na verdade, os organizadores dos documentos primários e levam os usuários aos documentos originais (p. 178)¹⁵.

Exemplos: arquivos e coleções científicas, bases de dados e bancos de dados que apresentem coletâneas de periódicos, bibliografias e índices, tais como bases de dados eletrônicas que indexam diversos periódicos científicos de estudos primários e secundários (Pubmed, Biblioteca Virtual da Saúde, Scielo, Cochrane Library, etc.).

3 As fontes terciárias são os documentos com informações selecionadas e colecionadas de fontes primárias e secundárias (p. 178)¹⁵.

Exemplos: Dynamed, Uptodate, Micromedex, Drugs.com, Epocrates, protocolos clínicos e Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Importante!

Recomenda-se, aos profissionais da saúde, iniciar a busca em fontes terciárias, as quais sintetizam os resultados de investigações primárias.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A vantagem de iniciar a busca em fontes terciárias é obter, em um só documento, os achados essenciais sobre o assunto, pois as informações originais são reproduzidas, comentadas e avaliadas criticamente, de acordo com a metodologia preconizada pela epidemiologia clínica¹⁶.

Segundo Nobre et al.¹⁶, as fontes primárias servem primordialmente às atividades de pesquisa, elaboração de diretrizes ou à necessidade de informação mais recente para aplicação clínica, ao passo que as fontes terciárias servem principalmente aos profissionais que exercem atividades clínicas, precisam de informação confiável e usam a maior parte do seu tempo para cuidar da saúde das pessoas.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

De acordo com Haynes¹⁷, a ordem de prioridade de consulta e busca das evidências pelos profissionais da saúde deve ser:

1 **Sistemas:** integram e resumizam, sucintamente, todas as fontes de evidência relevantes e importantes sobre um problema ou condição clínica (na verdade, aborda uma série de perguntas PICO em um só documento). A informação contida no sistema deve passar por atualizações periódicas para incluir toda e qualquer importante e nova evidência disponível. Exemplos de sistemas: bases de dados, guias e protocolos.

2 **Sinopses:** incluem evidências atuais, confiáveis e pré-processadas, ou seja, já com a análise crítica e reflexiva de estudos individuais ou revisões. A sinopse perfeita deve providenciar informações suficientes que respaldem uma ação clínica. Exemplo: ACP Journal Club, BMJ Evidence-Based Medicine e base de dados NNT®.

3 **Sínteses:** compreendem as revisões sistemáticas com ou sem meta-análise. Consideram a melhor evidência disponível e atual para responder somente a uma questão PICO específica. Podem ser encontradas, por exemplo, na base de dados da Cochrane.

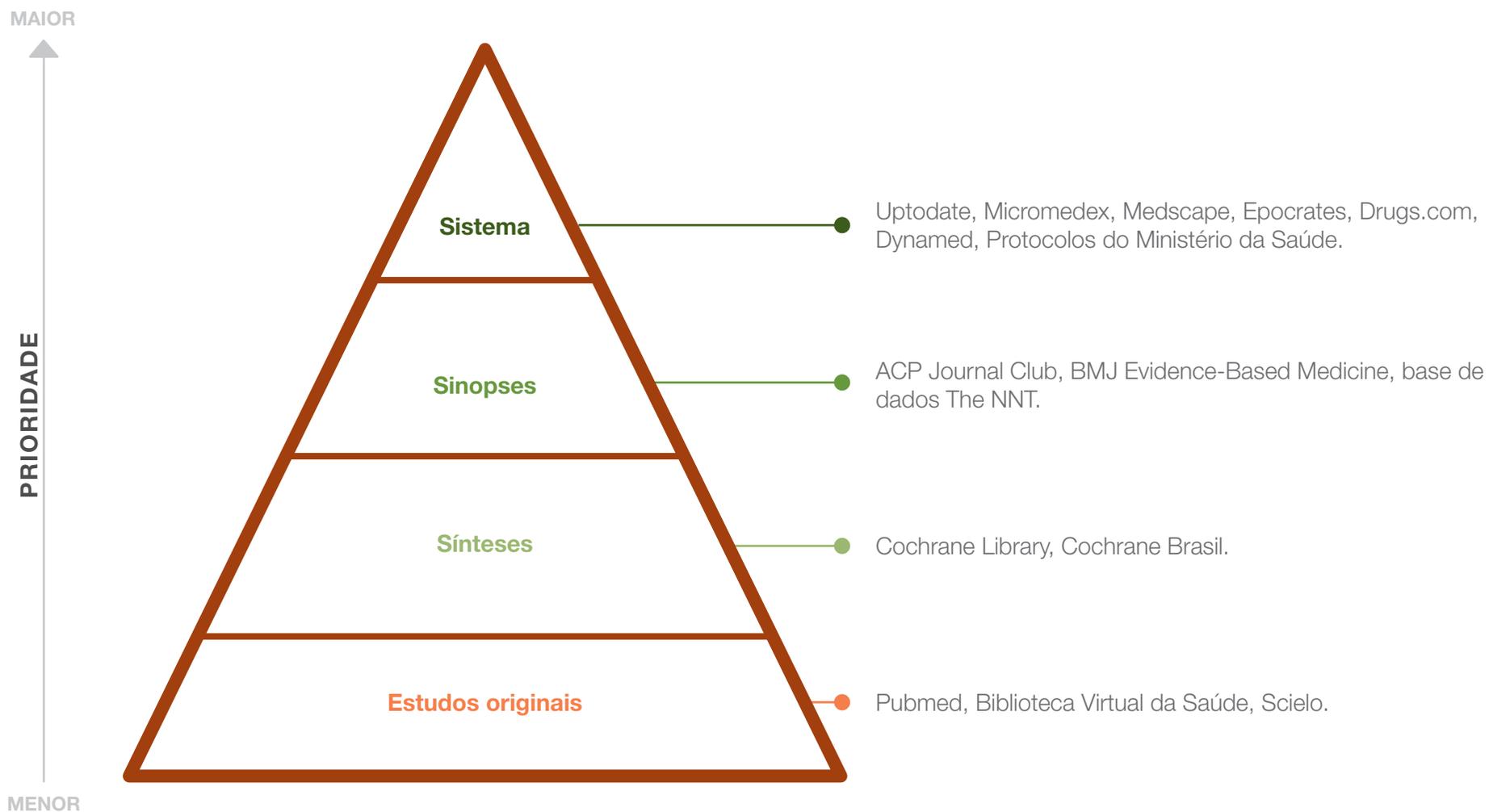
4 **Estudos originais:** estes devem ser pesquisados, no contexto clínico, apenas quando houver falha na recuperação de informação buscada nas fontes anteriores. A busca por esses estudos geralmente é realizada nas seguintes bases de dados: Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e MEDLINE/Pubmed.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A Figura 8 sumariza os quatro níveis de prioridade para organização da busca por uma evidência científica. Aumenta-se a prioridade da base para o topo da pirâmide.

Figura 8. Níveis de prioridade para busca de evidências científicas



Legenda: ACP: American College of Physicians; BMJ: British Medical Journal; NNT: Number-Needed-to-Treat.

Fonte: Traduzido e adaptado de Haynes¹⁷.

Destaca-se que nem sempre o acesso às bases de dados é gratuito. Por exemplo, Uptodate®, Micromedex® e Dynamed® requerem pagamento de inscrição para que seja possível obter a informação. Entretanto, com o intuito de disseminar conteúdo atualizado, confiável e melhorar os atendimentos em saúde, o Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), oferta a todos os profissionais de saúde do Brasil, por meio do [Portal Saúde Baseada em Evidências](#),  bases de dados científicas para auxiliá-los na tomada de decisão clínica e de gestão.

Para tanto, é necessário que o profissional subscreva-se ao portal para acessar as informações contidas nas seguintes bases de dados: Access Medicine; BVS-APS; BVS-Enfermagem; BVS-Odontologia; Bulário eletrônico; Carenotes™, Dynamed, Epistemonikos; Micromedex 2.0, Nursing Reference Center; Proqualis; RBITS; REBRATS; Rehabilitation Reference; OVID Discovery; 5 Minute Clinical Consult; Visual DX; Health Library; Lippincott Nursing Procedures e Lippincott Procedimentos.

Portanto, em alguns momentos, as bases de dados podem ficar temporariamente indisponíveis para consulta, ou ainda, serem retiradas em definitivo do portal. Trata-se de uma limitação desta ferramenta.

Saiba mais!

Conheça outras estratégias para a localização de estudos originais no artigo de Malagoli, [“Como sobreviver sem assinar revistas científicas”](#). 



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

A maioria das fontes de informação supracitadas estão redigidas no idioma inglês, o que pode ser um fator limitante para utilização desses recursos. No entanto, é possível que o profissional lance mão de outras fontes para a busca de evidências confiáveis, tais como os não menos importantes protocolos clínicos.

Os protocolos clínicos são documentos que incluem recomendações e são elaborados por meio de revisões sistemáticas das evidências, as quais incluem avaliação dos riscos e dos benefícios das opções terapêuticas e são destinadas a otimizar o cuidado do indivíduo¹⁸. As recomendações incluem os cuidados a serem prestados às pessoas com condições específicas de saúde, informações e conselhos, diagnóstico, tratamento, gerenciamento e manejo a longo prazo. Além de subsidiarem e respaldarem a tomada de decisão, direcionam e otimizam o uso dos recursos em saúde, aumentando a eficiência do serviço.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

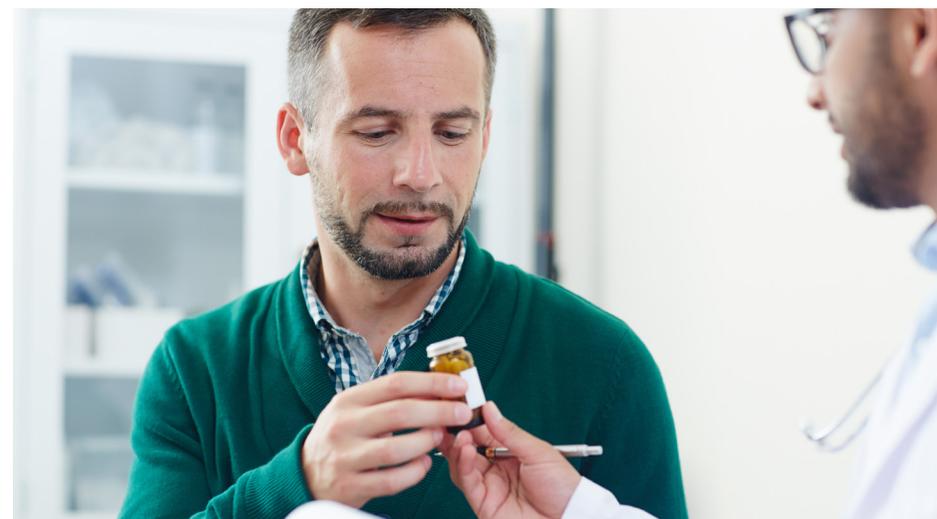
As linhas de cuidado abrangem os protocolos clínicos, mas também evidenciam a descrição sucinta das atividades e a correspondência dos sistemas de referência e de contrarreferência, na rede de atenção, necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida¹⁹.

No Brasil, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) assessora o Ministério da Saúde na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que podem ser consultados no sítio eletrônico: <http://conitec.gov.br/protocolos-e-diretrizes>. 

Outros protocolos nacionais disponíveis gratuitamente para consulta são: as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) em Oncologia, as quais diferem dos PCDT no que tange ao sistema de financiamento; as Diretrizes Nacionais Brasileiras e os Cadernos de Atenção Básica, que se encontram disponíveis em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index/MQ==/Mg==>. 

De posse dessas informações, conseguimos buscar a dúvida PICO do caso clínico nas fontes dos sistemas, ou seja, nos protocolos clínicos do Ministério da Saúde, mais especificamente nos Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica ([Caderno nº 37](#)),  de 2013. Todavia, nessa publicação, não há menção sobre tosse.

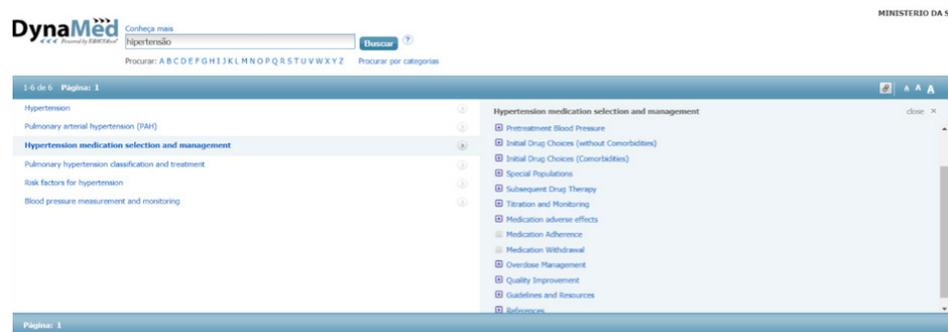
Outra evidência redigida na língua portuguesa que ainda pode ser consultada é a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, publicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia ([leia aqui](#)),  cujo capítulo 7 (Tratamento Medicamentoso) traz informações sobre os eventos adversos dos medicamentos utilizados para o manejo da hipertensão arterial. Mais, especificamente, na página 37, há informações acerca dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA). Observa-se que a tosse é um evento adverso muito comum durante a utilização do captopril. No entanto, não há informação sobre esta manifestação clínica para a losartana, apesar da baixa possibilidade de ocorrência de reação adversa a medicamento para essa classe terapêutica.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A fim de verificar se a ocorrência de tosse em indivíduos com hipertensão tratados com losartana é menor quando comparada com indivíduos com hipertensão em uso de captopril, podemos, ainda, consultar o Portal da Saúde Baseada em Evidências, disponível em <http://www.psbe.ufrn.br/>. Acessemos, como exemplo, a base de dados Dynamed. Na caixa de busca, digitemos o termo “hypertension” e, na página em que for direcionado, selecionemos a opção “Hypertension medication selection and management” e, em seguida “Medication adverse events” (Figura 9).

Figura 9. Exemplo de estratégia de busca na base de dados Dynamed



Fonte: Portal da Saúde Baseada em Evidências.

Ao buscarmos a informação de segurança, por classe terapêutica, nos deparamos com as seguintes assertivas: tosse é um efeito comum entre os IECA e a recomendação de tratamento é a descontinuação do uso do captopril. Já os BRA, apesar de apresentarem os mesmos problemas de segurança dos IECA, não causam tosse.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Assim sendo, nossa questão PICO foi respondida, ou seja, há evidências que a losartana causa menos tosse que o captopril em indivíduos com diagnóstico de hipertensão.

A depender da dúvida clínica que teremos de esclarecer é possível que, mesmo após a consulta às fontes de informação supracitadas, a questão PICO não tenha sido encontrada. Nesses casos, torna-se necessário recorrer aos estudos originais. Para a identificação dos estudos primários, o primeiro passo da estratégia de busca por evidências científicas é definir os termos adequados para a recuperação dos estudos realizados pelos pesquisadores nas bases de dados que possuem a

coletânea de diversos periódicos, tais como Pubmed e Biblioteca Virtual da Saúde. Desse modo, é preciso saber onde e como pesquisar os descritores para recuperação das evidências.

A seguir, serão explicados os fundamentos para proceder com a busca de artigos originais, ou seja, como identificar os descritores para a busca, operadores booleanos e equação de busca. Posteriormente, praticaremos esses conceitos com o exemplo do caso clínico sugerido.

»» Vocabulário controlado

A utilização do vocabulário controlado, ou seja, termos pré-definidos²⁰ permite o aumento da eficiência da recuperação das evidências nas fontes de informação secundárias. Por isso, é importante considerá-los no planejamento da elaboração da estratégia de busca. A seleção do vocabulário controlado para a busca de evidências científicas é útil, uma vez que recuperam os artigos que utilizaram diferentes palavras-chave para descrever o mesmo conceito, além de providenciar informações para além das que estão descritas no título e no resumo dos estudos.

Esses termos seguem a lógica hierárquica, iniciando do mais genérico ao mais específico e são utilizados para indexação de artigos nas bases de dados. Apresentam estrutura ramificada em árvore que cobre uma ampla gama de sinônimos, devido à característica denominada *explode* que permite captura de uma sub-ramificação inteira de termos dentro de uma única palavra¹. Os vocabulários de descritores controlados mais conhecidos são o MeSH (MEDLINE/PubMed), o DeCS (Biblioteca Virtual em Saúde) e o Emtree (EMBASE)¹².

No entanto, recomenda-se a utilização de estratégia complementar para a busca de evidências, empregando-se, também, o uso de vocabulário não controlado, que representa as palavras textuais e seus sinônimos, variações de grafia, siglas e correlatos. Isto se faz necessário para não perder os artigos que foram incompletamente codificados nas bases de dados¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

■ Vocabulário controlado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

O vocabulário controlado criado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS) recebe o nome de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e é adaptado do Medical Subject Headings (MeSH), vocabulário desenvolvido pela National Library of Medicine (NLM), dos EUA. Está disponível em quatro idiomas (português, espanhol, francês e inglês) e contém descritores distribuídos e organizados em vinte categorias.

A consulta ao DeCS deve ser iniciada pela escolha do idioma dos termos de pesquisa (português, inglês ou espanhol). A consulta por palavra permite duas opções: por termo exato ou por palavra contida no descritor (Figura 10).

Figura 10. Consulta ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por palavra, por índice e por idioma



Fonte: Descritores em Ciências da Saúde. DeCS.



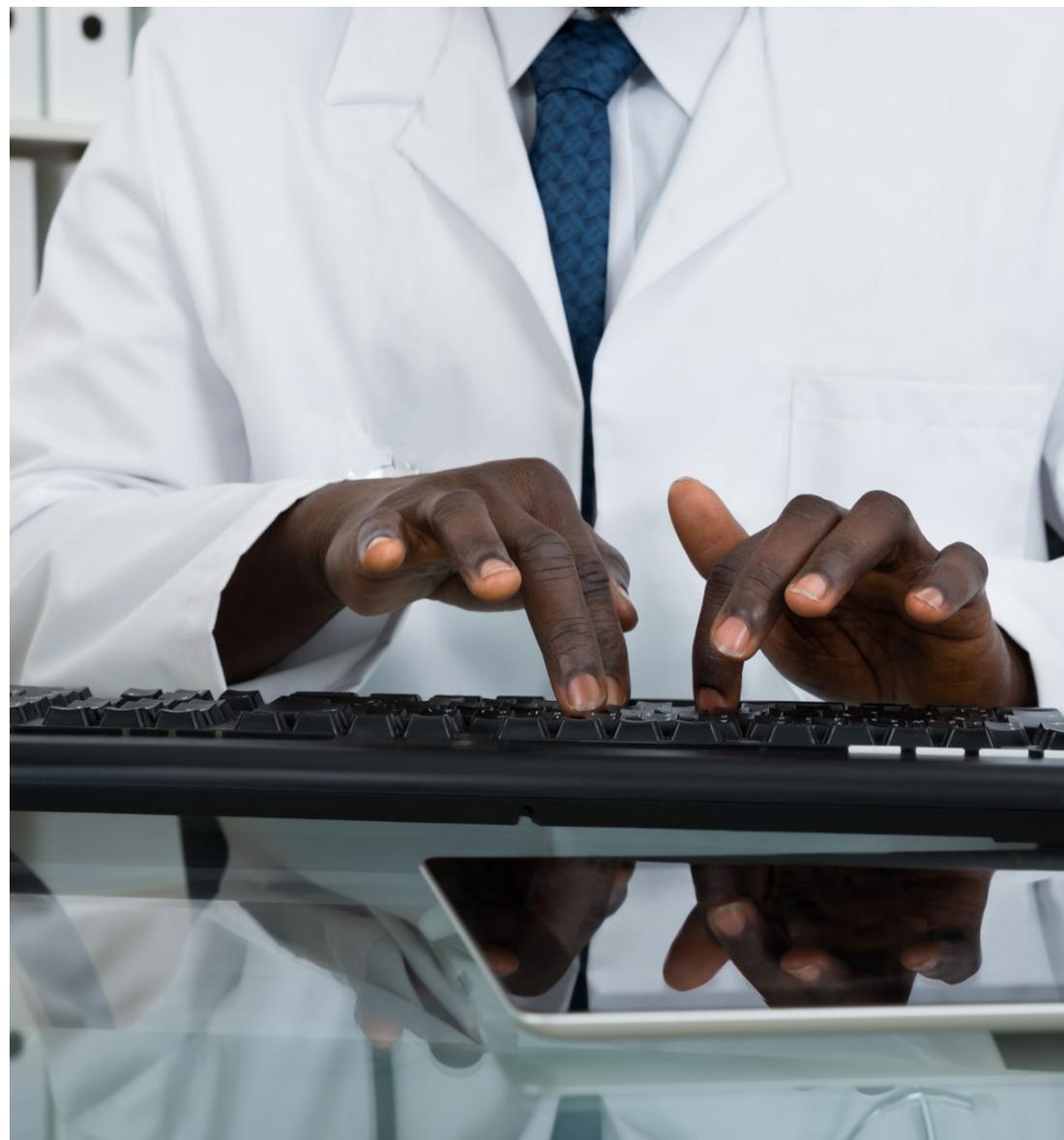
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A busca por meio dos índices, por sua vez, permite ampliar o conhecimento do vocabulário e o âmbito da pesquisa²¹.

Recomenda-se a busca por índice permutado, por permitir a busca por palavra ou raiz de palavra contida no termo DeCS. No índice hierárquico, todos os termos que possuem outros termos mais específicos apresentam-se seguidos de um sinal de adição (+), indicando que o descritor possui termos a ele subordinados.

A busca na base do DeCS pode ser feita em português, por meio dos seguintes passos descritos por Galvão e Silva (p.18)²⁰:

- 1** Acesse o site eletrônico <http://decs2020.bvsalud.org/> 
- 2** Clique em “Consulta ao DeCS”;
- 3** Em seguida, selecione “Consulta por Índice”, na tela seguinte escolha a opção “Permutado” e clique em “Índice”;
- 4** Digite a palavra ou parte dela na caixa de busca e clique em “Índice” (recomenda-se buscar apenas uma palavra por vez);
- 5** A partir dos resultados, escolha o termo mais adequado à pergunta clínica e clique em “Mostrar”;
- 6** Copie e anote o descritor para a montagem da estratégia de busca.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Para exercitarmos esses conceitos, voltemos ao caso clínico. De acordo com a questão clínica proveniente do PICO, temos três conceitos para pesquisar no DeCS:

- 1** **Condição de saúde e população:**
 - » Para condição de saúde, a busca ao DeCS no índice permutado forneceu o descritor Hipertensão
 - » Para população, a busca ao DeCS no índice permutado forneceu o descritor Adulto

- 2** **Tratamento (intervenção e grupo controle):**
 - » Para a intervenção, a busca ao DeCS no índice permutado forneceu o descritor Losartano
 - » Para o grupo controle (captopril), a busca ao DeCS no índice permutado forneceu o descritor Captopril

- 3** **Evento adverso a medicamento:**
 - » A busca ao DeCs no índice permutado forneceu os descritores Reação Adversa e Tosse

— Vocabulário controlado do Pubmed (MeSH)

O MeSH também é um sistema de metadados médicos, redigido em língua inglesa, utilizado para indexação de artigos na base de dados Pubmed. A recuperação de documentos se dá por descritor de assunto. É importante conhecê-lo, pois nem todos os seus termos foram traduzidos e incluídos no DeCS. Por esse motivo, é recomendada a busca nas duas bases²⁰.

A busca na base do MeSH (Figura 11) deve ser feita em inglês, por meio dos seguintes passos:

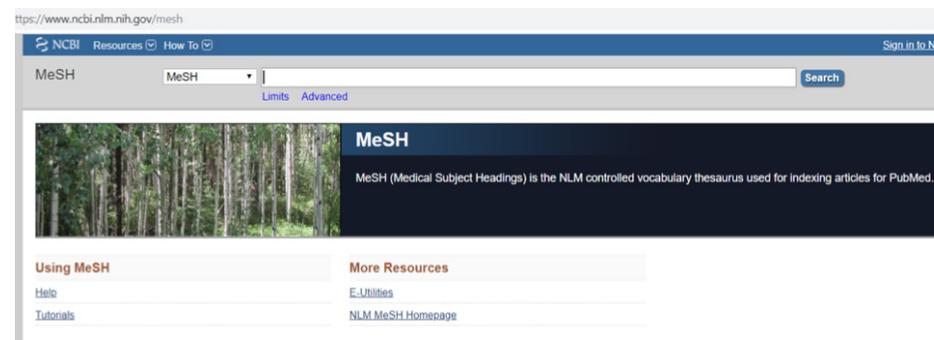
- 1** Acesse o sítio eletrônico <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ;

- 2** Digite o termo em inglês na caixa de busca;

- 3** Clique em *Search*;

- 4** Leia as definições de cada descritor, a fim de selecionar o mais adequado para a busca.

Figura 11. Base do Medical Subject Headings (MeSH)



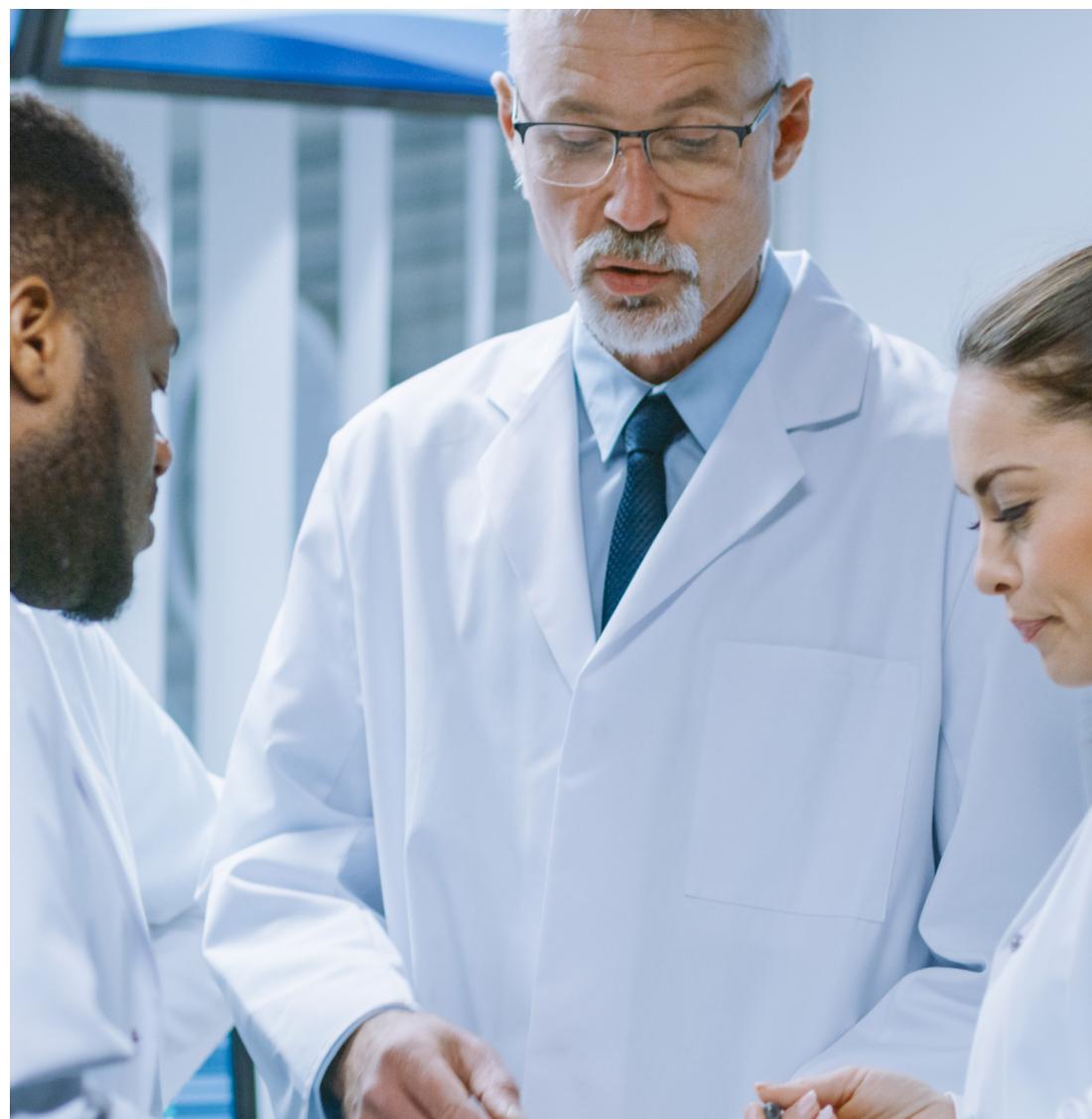
Fonte: MeSH

Finalizada a seleção dos descritores adequados para a busca, já é possível iniciá-la nas bases de dados de maior prioridade. Destaca-se que não é obrigatória a busca de evidências nos sistemas e sinopses por meio do vocabulário controlado, pois estes serão mais úteis para a recuperação de estudos originais nas fontes secundárias e primárias de informação, os quais comporão, juntamente com os operadores booleanos, a equação de busca.

»» Equação de busca

A equação de busca deverá ser elaborada quando não for possível identificar evidências nos sistemas, sinopses, sínteses ou protocolos clínicos. Desse modo, é necessário o desenvolvimento de conhecimento e habilidade para processar a busca de artigos originais na BVS, Scielo e Pubmed. Para esses casos, a estratégia de busca consiste em reunir os termos selecionados do vocabulário controlado em uma sequência lógica para obter os artigos relevantes. Assim, para a recuperação da informação, a estratégia de busca pode ser definida como técnica ou conjunto de regras para tornar possível o encontro entre uma pergunta formulada e a respectiva informação armazenada em uma base de dados²².

Para tanto, existe uma gramática formal para a recuperação da informação, a qual é formada por um conjunto de símbolos que pode ser identificado como o léxico da linguagem de interrogação (da pergunta clínica). Esse conjunto é constituído, por sua vez, pelos descritores e/ou palavras-chave, operadores de pesquisa ou booleanos e, ocasionalmente, por sinais de pontuação. A essa lógica ou semântica, dá-se o nome de equação de busca, cuja principal função é expressar ou definir por compreensão determinado conjunto de documentos que se quer que o sistema de informação recupere e permita consultar para responder à questão clínica²³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os operadores de pesquisa ou booleanos relacionam os termos ou palavras na equação de busca, pois permitem a combinação de dois ou mais assuntos, nomes ou palavras, de um ou mais campos de busca. A lógica booleana tem o intuito de focar a pesquisa e produzir resultados mais precisos.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os operadores de pesquisa ou booleanos mais utilizados na maioria das bases de dados são: AND/OR/AND NOT (ou apenas NOT), cujos conceitos são explicados pelo Diagrama de Venn. Um círculo contendo uma palavra mostra o subconjunto de documentos indexados na base de dados que contém essa palavra. Quando há mais de um conceito, essa figura auxilia a entender e interpretar a relação entre determinados conjuntos (Quadro 9), no caso, as partes da questão clínica¹.

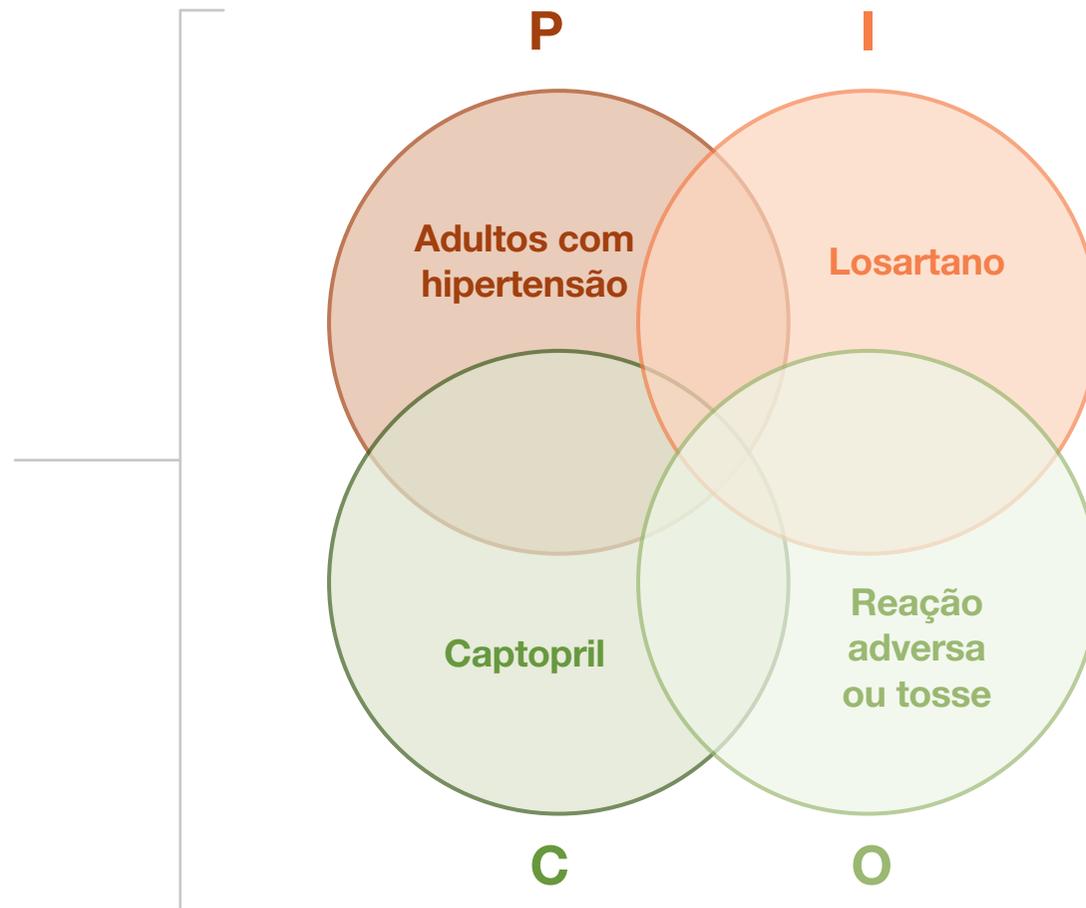
Quadro 9. Conceitos e interpretações dos operadores de pesquisa ou booleanos

Operador	Diagrama de Venn	Interpretação
AND		Ambos os termos A e B devem ser atribuídos aos documentos para que seja recuperado. Ou seja, recupera apenas os artigos com AMBAS as palavras
OR		Um ou outro dos termos de indexação, A ou B, deve estar associado ao documento para ser recuperado. Este operador é comumente incluído quando A e B são considerados equivalentes para o objetivo da busca. Portanto, recupera todos os artigos com ALGUMA das palavras
NOT		O termo de indexação A deve ser atribuído, e atribuído na ausência do termo B, para que o documento seja recuperado

Fonte: Elaborada a partir de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 1¹².

Para construirmos o planejamento da equação de busca, temos que usar a lógica booleana. Pretendemos recuperar artigos que estudaram os efeitos da losartana e do captopril em indivíduos adultos com hipertensão e que avaliaram o desfecho de segurança (reação adversa) “tosse”. Para realizarmos esse cruzamento, o operador booleano mais adequado para conectar os descritores é o AND, exceto para reação adversa e tosse. Nesse caso, podemos tratá-los como palavras similares e, para que possamos recuperar um número maior de artigos, podemos usar o conector OR entre eles. Desse modo, focamos a busca para encontrar os documentos relacionados à intersecção dos quatro componentes da estratégia PICO, como demonstrado a seguir:

Hipertensão AND
Adulto AND
Losartano AND
Captopril AND
Reação Adversa OR
Tosse



Essa equação de busca pode ser mais restritiva ainda se incluirmos o operador booleano NOT. Observem que o caso clínico traz uma condição de saúde que acometeu uma pessoa adulta. Logo, os estudos que foram conduzidos em idosos podem não ser úteis agora. Então, nosso planejamento de equação de busca poderia ser:

Hipertensão **AND** Adulto **NOT** Idoso **AND** Losartano **AND** Captopril **AND** Reação Adversa **OR** Tosse

Lembre-se!

A elaboração da equação de busca nada mais é que um método de tentativa e erro sobre as possíveis combinações entre os descritores e operadores booleanos, a fim de recuperarmos os artigos que possuem maior especificidade e precisão à pergunta clínica.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Cabe ressaltar, que o raciocínio que aplicamos para reação adversa e tosse pode ser ampliado para cada um dos descritores dos componentes da estratégia PICO. Ou seja, podemos utilizar sinônimos ou palavras similares conectadas com o operador booleano OR para ampliar a estratégia de busca. Entretanto, deve-se ter cautela nestas combinações, pois podem recuperar artigos inespecíficos para a questão clínica formulada. Outros recursos que podem ser utilizados na estratégia de busca^{1,16}:

1 Parênteses

É necessário aplicá-lo quando a estratégia de busca incluir mais do que um operador booleano para delimitar a ação de cada operador. Agrupa conceitos que podem ser processados como um conjunto e então incorporados na busca como um todo. Por exemplo: (Hipertensão) AND (Adulto NOT Idoso) AND (Losartano) AND (Captopril) AND (Reação Adversa OR Tosse).

2 Truncagem (representado pelos símbolos \$ ou *)

O cifrão ou asterisco trunca o final de uma palavra. Quando se coloca um desses símbolos na raiz de um termo é permitida a busca pelo radical da palavra. Por exemplo: hipert\$ inclui hipertensão, hipertenso, hipertenso.

3 [ti] e tw

Seleciona estudos com os descritores no título. Por exemplo: (tw:(hipertensão)) AND (tw:(adulto)) AND NOT (tw:(idoso)) AND (tw:(losartano)) AND (tw:(captopril)) AND (tw:(reação adversa)) OR (tw:(tosse)).

4 Aspas

O uso de aspas fará com que o banco de dados pesquise o dicionário de expressões para aquela expressão, portanto, melhora a qualidade da busca, sendo recomendável usá-la nos termos compostos por duas ou mais palavras. Por exemplo: "mortalidade infantil". Mas atenção: truncamento em palavras que estão entre aspas não funciona.

É importante destacar que, quando se faz a busca utilizando-se os campos de busca avançada nas bases de dados do [Scielo](#) e da **BVS**, automaticamente os recursos dos parênteses e do **tw**: são incluídos na equação. Já no **Pubmed**, a equação de busca pode ser escrita na base do **MeSH**. Após a inserção de todos os termos de interesse, combinados entre si com os operadores booleanos, basta clicar em “busca” para sermos direcionados aos artigos recuperados. Para todas as bases de dados mencionadas, mudar a ordem de inserção dos termos na equação de busca pode alterar os resultados encontrados. Tal fato reforça a assertiva de que a elaboração dessa sintaxe é nada mais do que um método de tentativa e erro.

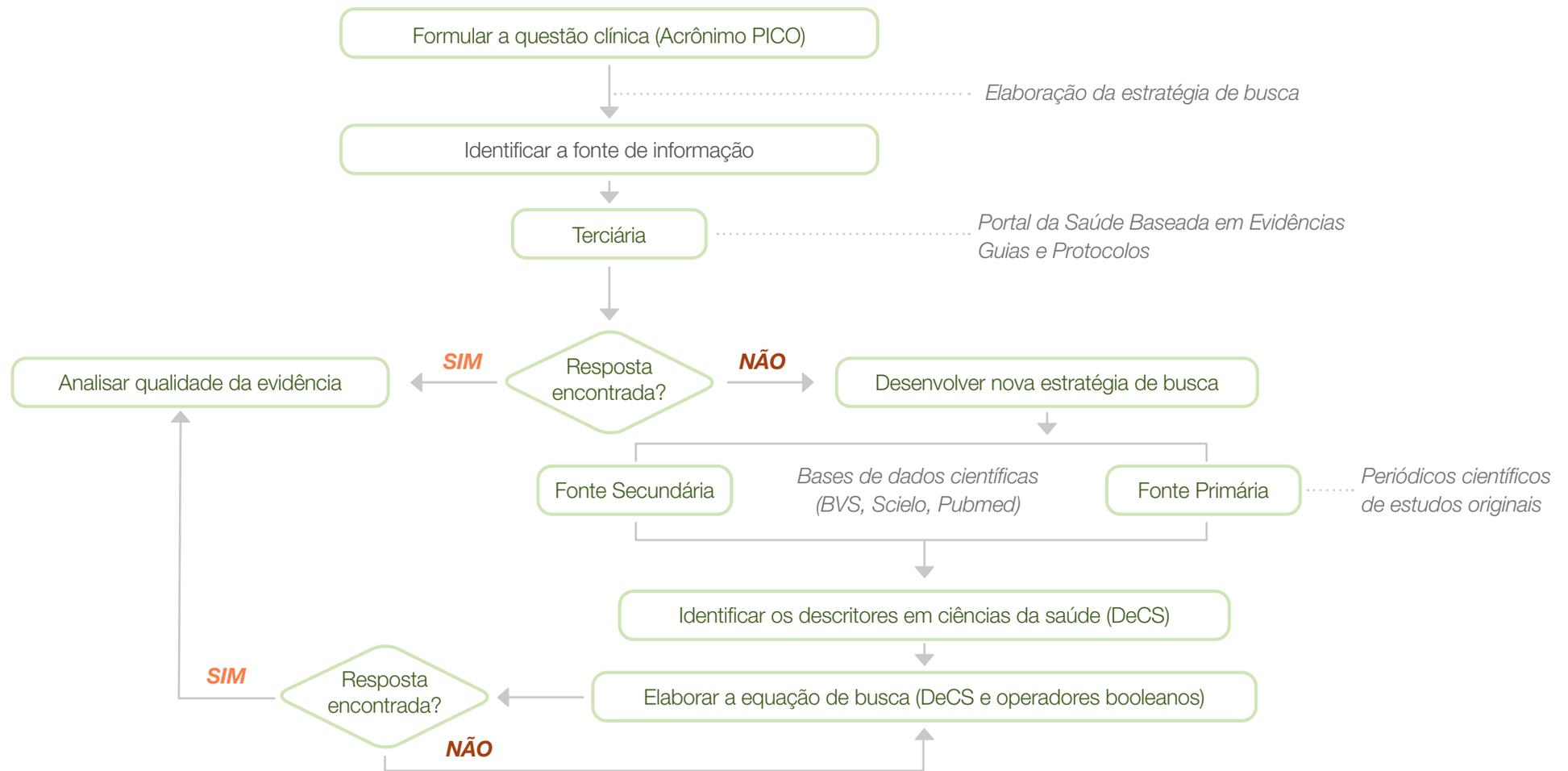
Para finalizar, o uso de vocabulário controlado, operadores booleanos e outros recursos para sintaxe da equação de busca irá assegurar que a estratégia esteja bem elaborada. Depois de revisar os resultados, ou seja, os artigos recuperados, ainda é possível utilizar filtros para refinar ainda mais os achados. Os filtros diferem-se de acordo com a base de dado utilizada, sendo os mais comuns: data de publicação, tipos de artigos, idade, espécie, linguagem, entre outros²⁵. Os filtros podem reduzir rapidamente os resultados da busca em um número de citações relevantes, viabilizando a consulta e análise crítica dos artigos.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os procedimentos e as etapas descritas para a formulação da questão clínica por meio do acrônimo PICO e a elaboração da estratégia de busca estão sumarizados na Figura 12.

Figura 12. Etapas para a elaboração da estratégia de busca de evidências científicas



Fonte: Elaboração própria.

A última etapa do processo de PSBE é a tomada de decisão, que dependerá da tríade experiência clínica, evidências encontradas, preferências e valores do indivíduo, sua família e comunidade. As competências referentes a esse assunto serão discutidas na Aula 8.

Síntese da Aula

Nesta aula, foram abordados os fundamentos da prática em saúde baseada em evidências, sua importância e as competências necessárias para que o profissional da saúde possa aplicá-la em seu contexto de trabalho. Considerando a dúvida clínica uma constante nos serviços de saúde, são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes para respondê-la, aumentando, assim, a chance de ocorrência de desfechos positivos para os usuários e para a Unidade Básica de Saúde. Assim, foram elucidadas as estratégias e ferramentas para elaborar uma boa pergunta clínica, por meio do acrônimo PICO, bem como as fontes de informações disponíveis para a busca das evidências. Destacou-se que os profissionais da saúde devem priorizar a recuperação de evidências nas fontes terciárias (protocolos clínicos e bases de dados disponíveis no portal saúde baseada em evidências). Quando da falha da recuperação nessas fontes, descreveu-se o processo de elaboração da equação de busca de artigos originais nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde e Pubmed. As evidências obtidas por meio da pergunta PICO elaborada e a estratégia de busca subsidiam a tomada de decisão, desde que apresentem qualidade adequada para sua aplicação, que será o tema discutido na próxima aula.

Referências

1. Glasziou P, Del Mar C, Salisbury J. Prática clínica baseada em evidências. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
2. Drummond, JP. Medicina baseada em evidências. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is and what it isn't. *British Medical Journal*. 1996;312(7023):71-72.
4. Pereira MG. Prática baseada em evidências. In: Pereira MG, Galvão TF, Silva MT. Saúde baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.p. 1-12.
5. Broeiro P. Prática baseada em evidência e seus limites. *Rev Port Med Geral Fam*. 2015; 31:238-40.
6. DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM. *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*. 6th ed. New York: McGRAW-HILL; 2005.
7. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina baseada em evidências: prática e ensino*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
8. Schneider LR. A prática baseada em evidência no contexto da atenção primária à saúde no município de Chapecó- Santa Catarina [dissertação]. Chapecó: Universidade Comunitária da Região de Chapecó; 2017.
9. Cronenwett L, Barnsteiner J, Disch J, Johnson J, Mitchell P, Sullivan DT, Warren J. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*. 2007;55(3):122-131.

10. Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene F. A prática clínica baseada em evidências. Parte I: Questões clínicas bem construídas. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(4):445-9.
11. El Dib, R. Guia Prático para Medicina Baseada em Evidências. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2014.
12. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MR. Estratégia PICO para a construção de pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(3):1-4.
13. Romanos de Tiratel S. Guía de fuentes de información especializadas: humanidades y ciencias sociales. 2ª ed. Buenos Aires: Grebyd, 2000.
14. Van Cuyk MP, Cooper JC, New JP. Drug information services and sources of information. In: Thomas D. Clinical Pharmacy Education, Practice and Research. Oxford: Elsevier; 2019. p. 123-142.
15. Cunha MB, Cavalcanti, CRO. Dicionário de biblioteconomia e arquivologia. Brasília: Brinquet Lemos, 2008.
16. Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene F. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: Buscando as evidências em fontes de informações. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(1):104-8.
17. Haynes RB. Of studies, syntheses, synopses, and systems: the “4S” evolution of services for finding current best evidence. Mar-Apr 2001;134(2):A11-3.
18. Gajaraj E, Osipenko L. Clinical Guidelines for decision-making. In: Thomas D. Clinical Pharmacy Education, Practice and Research. Oxford: Elsevier; 2019: p. 177-90.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 160 p.
20. Galvão TF, Silva MT. Como localizar a evidência científica. In: Pereira MG, Galvão TF, Silva MT. Saúde baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. p. 13-25.
21. Castro E. Terminologia, palavras-chave, descritores em saúde: qual a sua utilidade. J Bras Aids. 2001;2(1):51-61.
22. Lopes IL. Estratégia de busca na recuperação da informação: revisão da literatura. Ciência da Informação. 2002;31(2):60-71.
23. Pérez-Gutiérrez M. El lenguaje de interrogación: una gramática formal para la recuperación de información. Revista Española de Documentación Científica. 2000;23(3):247-66.
24. Rowley JE. A biblioteca eletrônica: 2ª edição de informática para bibliotecas: Brasília: Brinquet de Lemos Livros; 2002. 399 p.
25. Brennan E, Cooper JC, Davis A. Evidence-based practice: use in answering queries and developing systematic reviews. In: Thomas D. Clinical Pharmacy Education, Practice and Research. Oxford: Elsevier; 2019. p. 163-176.

Material Complementar

Malagoli B. Como sobreviver sem assinar revistas científicas. Revista Fapesp. Abr. 2019 [acesso em 6 maio 2019];278 [internet]. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/como-sobreviver-sem-assinar-revistas-cientificas/>.

Autora

Fabiana Rossi Varallo

Graduada em Farmácia-Bioquímica, modalidade Fármacos e Medicamentos, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FCFar-Unesp). Doutora (2014) em Ciências Farmacêuticas pela FCFar-Unesp, com período sanduíche na Universidade de Aveiro (Portugal), mestre (2010) e especialista em saúde pública (2011) também pela FCFar-Unesp. Atuou como analista de farmacovigilância e farmacêutica clínica no Hospital Estadual Américo Brasiliense (2012 à 2018). Atualmente é Professora Doutora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão-Preto- USP. Tem experiência na área de Farmácia Hospitalar, com ênfase em Farmacovigilância, Farmácia Clínica e Segurança do Paciente.

8

Aula



Tomada de decisão clínica e terapêutica baseada em evidências

Autora: Fabiana Rossi Varallo

Ementa da aula



Nesta aula será abordado um caso clínico com a finalidade de discutir as etapas relacionadas à tomada de decisão clínica e terapêutica baseada em evidências científicas.

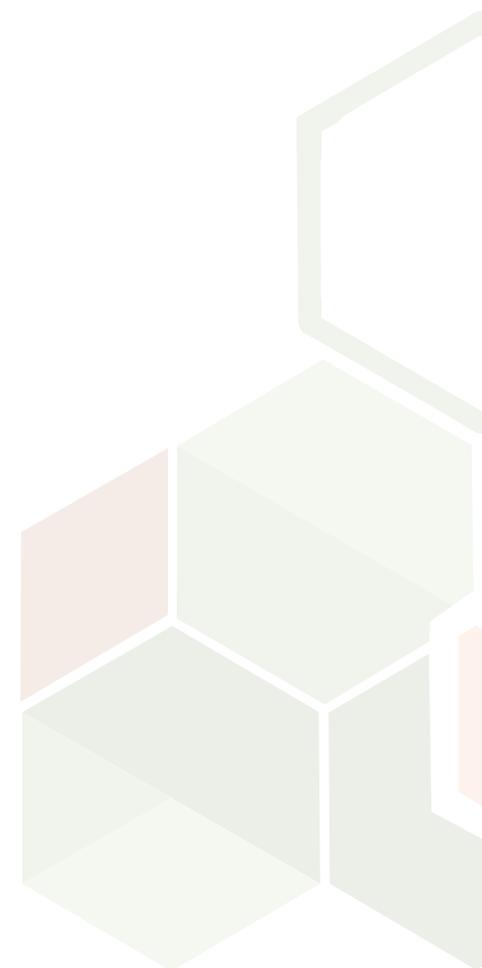
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Desenvolver habilidades para subsidiar a tomada de decisão.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

Nesta aula, abordaremos as etapas de avaliação da qualidade da evidência científica, com o intuito de verificar se é possível sua aplicação na prática clínica, bem como a importância da experiência clínica do profissional e a consideração dos valores, preferências e crenças dos usuários no processo da tomada de decisão clínica e terapêutica.

Tomada de decisão clínica e terapêutica

O grande desafio do paradigma das evidências que fundamentam condutas é a transição entre a pesquisa e a prática, do estudo ao problema clínico, do participante do estudo ao indivíduo¹. Assim, antes de aplicar a evidência encontrada por meio da estratégia de busca desenvolvida, é preciso avaliar sua qualidade e o grau de aplicabilidade dos resultados de um estudo em particular para outros contextos², com o intuito de identificar aquelas que possuam maior credibilidade e que levarão ao cuidado mais eficaz, eficiente, seguro e amigável para a pessoa, família e comunidade³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Aliada à avaliação da qualidade da evidência, outro aspecto importante no processo de tomada de decisão inclui a experiência clínica do profissional da saúde e a reflexão crítica dos resultados, uma vez que isso permitirá averiguar se a aplicação da evidência trabalhará dentro dos recursos e possibilidades disponibilizados na instituição de saúde e se trará benefícios ao indivíduo, considerando, sobretudo, suas preferências e valores. Desse modo, segundo Glasziou e colaboradores (p.13)⁴, o processo da tomada de decisão clínica e terapêutica deve incluir quatro componentes:

- 1 Conhecimento da evidência, habilidades e atitudes dos profissionais da saúde
- 2 Regras de acesso do sistema de saúde
- 3 Preocupação sobre questões judiciais
- 4 Preferências, preocupações e expectativas do indivíduo

Entretanto, também deve ser considerada a probabilidade da resposta positiva à terapia e da experimentação de eventos adversos aos medicamentos⁵.

De acordo com Wannmacher⁶:

“ no âmbito individual, a escolha da tecnologia mais adequada proporciona mais garantia de benefício terapêutico (eficácia e segurança) a menor custo, contribuindo para a integralidade do cuidado à saúde; institucionalmente, há melhoria do padrão de atendimento, maior resolubilidade do sistema e significativa redução de gastos; em plano nacional, acarretam consequências positivas sobre mortalidade, morbidade e qualidade de vida da população, aumentando a confiança do usuário na atenção pública à saúde (p. 2). ”

Importante!

Antes de aplicar a evidência na prática clínica, é necessário avaliar sua qualidade e força de recomendação. Nesse processo, são importantes a experiência profissional, os valores e as preferências do usuário, bem como os recursos disponíveis.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A análise da qualidade da evidência científica inclui três etapas: a) comparação do PICO da evidência com a questão clínica de interesse, b) a identificação da fonte de informação ou do tipo do estudo, c) a interpretação dos resultados⁴. Para sistematizá-las e explicá-las, retomemos o caso clínico da aula anterior:

Atenção no caso!

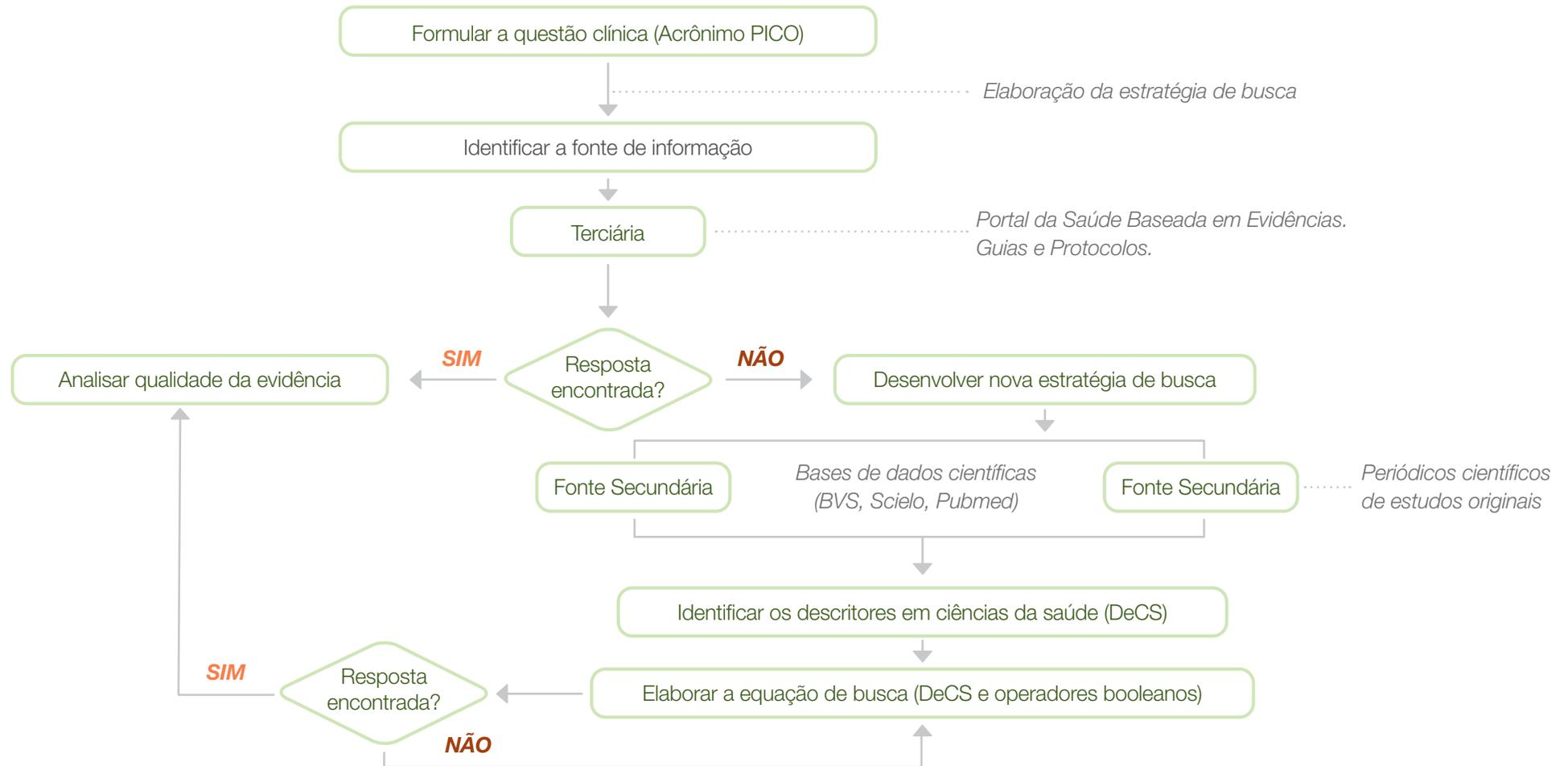


Indivíduo de 35 anos, branco, divorciado, motorista. Nega etilismo, tabagismo e alergias medicamentosas. Previamente hígido. Há 18 meses referiu cefaleia hemicraniana-occipital intensa e frequente, que melhorou com o uso de analgésicos. Procurou a unidade de pronto-atendimento quando a dor de cabeça aumentou, sendo detectado nível pressórico elevado (PA de 230 x 120 mmHg). O médico prescreveu captopril 25 mg, 12/12 horas, para tratamento da hipertensão arterial primária e recomendou exercícios e dieta com restrição de sal. No entanto, fez uso irregular da medicação, devido à tosse intensa que atrapalhava suas viagens. Alegou não seguir as orientações sobre alimentação, justificando que viaja todos os dias e por fazer as refeições fora de casa. No retorno, o médico substituiu o captopril por losartana 50 mg, 1x/dia, para prevenir o problema de segurança e contribuir para a adesão ao tratamento. Contudo, refere receio de que as tosse piorem e, por isso, não quer seguir o tratamento.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Lembre-se que, na aula anterior, aprendemos como formular uma questão clínica por meio do acrônimo PICO. Concluímos que a pergunta de interesse referente ao caso é sobre a segurança da losartana: a losartana causa menos tosse que o captopril em pessoas com hipertensão? Após a redação da questão PICO, vimos que a busca por evidências deve ser priorizada nos protocolos clínicos do Ministério da Saúde, nos Cadernos de Atenção Básica ou em bases de dados disponibilizadas no Portal Saúde Baseada em Evidências (Figura 13).

Figura 13. Etapas para a elaboração da estratégia de busca de evidências científicas

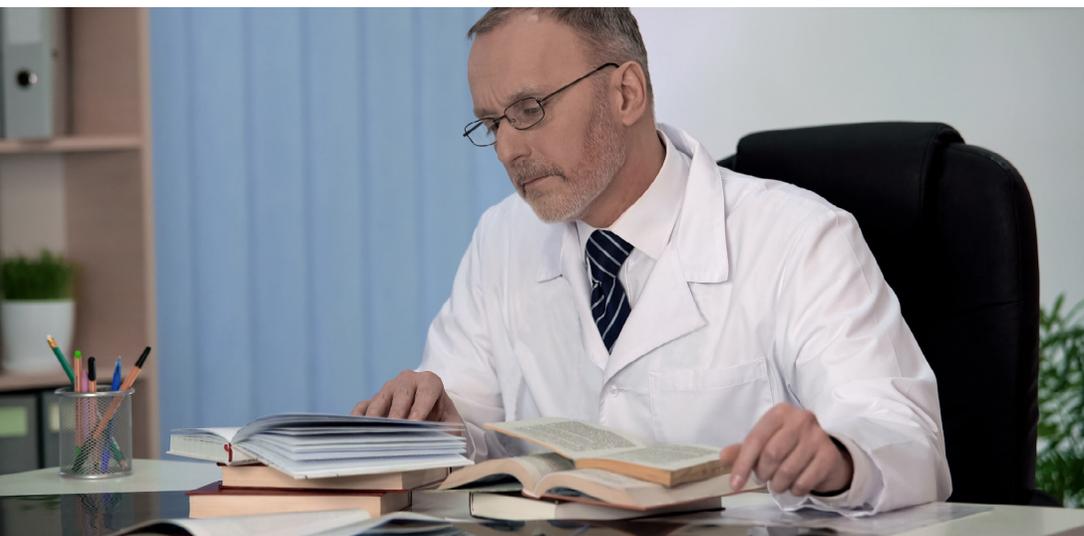


Fonte: Elaboração própria.

Observamos que na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial consta que a tosse seca é a principal reação adversa dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA). O documento informa que as reações adversas relacionadas ao uso dos bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA) são incomuns.

Vimos também que a busca por evidências na base de dados Dynamed, disponível no Portal Saúde Baseada em Evidências, retornou a informação de que a tosse é o principal evento adverso relacionado IECA, mas que não ocorre com os BRA.

As informações obtidas nessas evidências são suficientes para concluirmos que a losartana é mais segura que o captopril, pois causa menos tosse. Logo, poderíamos iniciar os procedimentos subsequentes para a tomada de decisão, ou seja, avaliação da qualidade da evidência e de sua aplicabilidade na prática clínica, a qual deverá incluir a experiência do profissional, bem como os valores, preferências e crenças dos usuários. Essas etapas serão descritas posteriormente nesta aula.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

No entanto, imaginemos que a resposta da questão de interesse não tenha sido encontrada nos documentos nacionais ou veiculados pelo Ministério da Saúde. Nesse caso, de acordo com a Figura 13, a estratégia de busca deve ser iniciada nas fontes de informações secundárias, as quais compreendem as bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo ou Pubmed. Para tanto, vimos na aula passada que devemos identificar os melhores descritores para o problema em questão clínica, combinando-os com os operadores booleanos (AND, OR, NOT) para a construção da equação de busca. Supondo que na recuperação dos artigos identificamos o seguinte estudo de revisão sistemática com meta-análise:

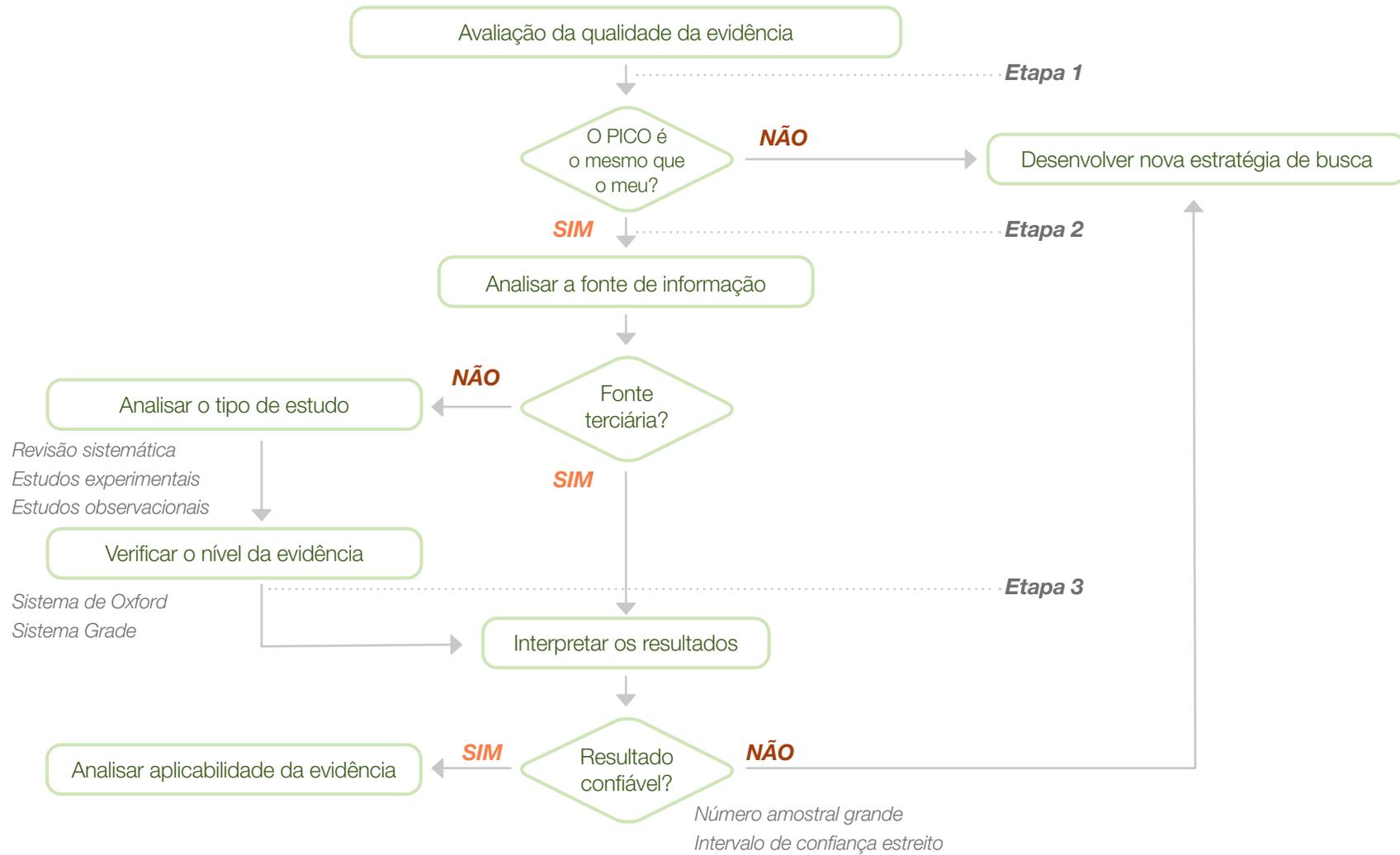
Li ECK, Heran BS, Wright JM. **Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) versus antagonistas do receptor de angiotensina para hipertensão primária (Revisão)**. [Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors versus angiotensin receptor blockers for primary hypertension (Review)]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014;8:CD009096⁷.

O objetivo dos autores foi avaliar a taxa de suspensão de IECA e BRA devido à ocorrência de reação adversa em pessoas com diagnóstico de hipertensão primária. Portanto, há a possibilidade dessa evidência ser utilizada para embasar nossa tomada de decisão. Para verificar se isso é possível, precisamos avaliá-la criticamente.

➤ Avaliação da qualidade das evidências

A avaliação da qualidade das evidências contempla três etapas fundamentais, como mencionado anteriormente, as quais estão sistematizadas na Figura 14 e serão descritas a seguir.

Figura 14. Fluxograma para avaliação da qualidade das evidências científicas



Fonte: Elaboração própria.

»» Etapa 1: a questão PICO da evidência é a mesma que a minha?

Avaliar se a questão PICO da evidência encontrada é similar à dúvida clínica de interesse é uma etapa fundamental, pois auxilia a verificar se o artigo é útil ou não para ser considerado na avaliação da qualidade e, por conseguinte, se a evidência é válida ou não de ser aplicada na prática clínica. Raramente será encontrado um PICO idêntico à questão clínica de interesse.

Por meio da leitura da revisão sistemática que encontramos anteriormente, identificamos que o PICO dos pesquisadores compreende: **paciente** – pessoa com hipertensão primária; **intervenção** – BRA (losartana, telmisartana, valsartana, candesartana); **comparador** – IECA (enalapril, ramipril e lisinopril); **outcomes/desfecho** – reação adversa (incluindo tosse)⁷.

Embora o grupo dos IECA não contemple o captopril, a dúvida dos pesquisadores é referente à classe terapêutica. Portanto, podemos considerar que a pergunta é semelhante à que formulamos na aula anterior. Logo, essa evidência científica merece ter sua qualidade avaliada, a fim de verificar se suas recomendações poderão ser aplicadas para responder a dúvida do nosso caso clínico. A análise da qualidade inicia-se com a identificação das fontes de informação utilizadas e/ou dos tipos de estudos selecionados para avaliação.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Etapa 2: quais as fontes de informação ou os tipos de estudo selecionados?

■ Fontes de informação

As fontes de informação terciárias (protocolos clínicos, diretrizes nacionais, base de dados fornecidas pelo Portal da Saúde Baseada em Evidências) compreendem um conjunto de informações atualizadas, cujos dados são obtidos de revisões sistemáticas e/ou estudos epidemiológicos. As recomendações nesses documentos são acompanhadas da avaliação da qualidade (para as revisões sistemáticas) e do nível de evidência dos estudos que as embasaram. Portanto, caso a resposta da questão PICO seja encontrada nessas fontes, é necessário interpretar se os resultados são aplicáveis no contexto da dúvida clínica que suscitou a pesquisa, ou seja, na prática clínica na qual estamos inseridos.

Uma boa evidência científica deve apresentar alta qualidade para gerar uma recomendação que maximize os benefícios e minimize os riscos aos usuários. A qualidade da evidência depende do tipo do estudo desenvolvido pelo pesquisador, da maneira como os dados da pesquisa foram coletados e, também, da possibilidade de extrapolação dos resultados para a população em geral. Desse modo, é possível classificar os estudos segundo uma hierarquia de evidências. Para entendê-la, é necessário conhecer os tipos de estudos e suas principais limitações.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Tipos de estudos

Os desenhos dos estudos epidemiológicos diferem entre si no modo pelo qual selecionam as unidades de observação (indivíduo ou população), mensuram os fatores de risco ou de prognóstico, identificam as variáveis de desfecho e garantem a comparabilidade entre os grupos que fazem parte do estudo⁸. Nessa perspectiva, Medronho e colaboradores⁸ classificam os estudos epidemiológicos em três grupos:

1

Experimentais: os indivíduos são alocados de modo aleatório em diferentes grupos de exposição aos fatores que se julga serem de risco ou de prognóstico. O processo de alocação aleatória (com base no acaso) garante a todos os indivíduos a mesma probabilidade de fazer parte de qualquer um dos grupos que estão sendo comparados. Outra característica dos estudos experimentais é que o investigador controla a exposição ao fator de interesse.

2

Quase-experimentais: há controle do fator em estudo pelo investigador, mas a alocação dos indivíduos nos grupos a serem comparados não é aleatória.

3

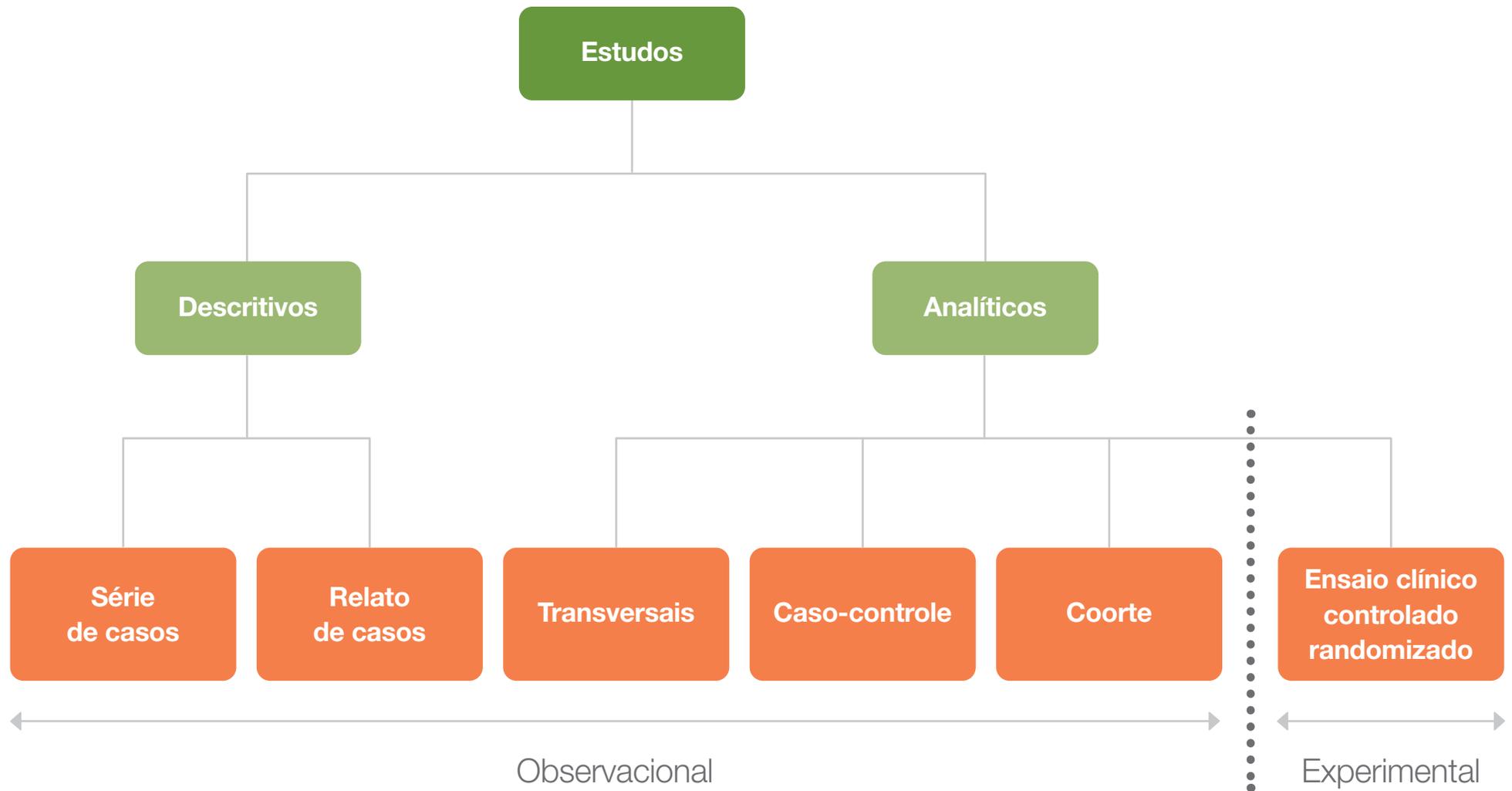
Observacionais: o investigador não controla nem a exposição nem a alocação dos indivíduos, lançando mão de uma situação dada e observando os resultados (p.110).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Tais estudos podem ser classificados, ainda, como descritivos ou analíticos⁹. Segundo Bonita⁹, “um estudo descritivo limita-se a descrever a ocorrência de uma doença em uma população, sendo, frequentemente, o primeiro passo de uma investigação epidemiológica (p. 39)”. Exemplo: relatos de caso, séries de casos (Figura 15). Já o estudo analítico “aborda, com mais profundidade, as relações entre o estado de saúde e as outras variáveis (p. 39)”. Exemplos: ensaio clínico controlado randomizado, caso-controle, estudos de coorte e alguns estudos populacionais (transversais). Todos esses estudos incluem grupos pareados de indivíduos e avaliam associações entre exposições e desfechos (Figura 15).

Figura 15. Tipos de estudos epidemiológicos



Fonte: Elaboração própria.

Os estudos transversais ou seccionais algumas vezes não são considerados como estratégias de investigação analítica, ou seja, que possam testar hipóteses sobre vínculos causais entre eventos. Ainda assim, sempre é possível testar a existência de associações de frequência ou estatística entre pelo menos dois eventos classificados como doença (agravo) ou exposição (suposta causa)⁸.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

— Ensaios clínicos controlados randomizados (ECCR)

São considerados o padrão-ouro na avaliação comparativa de efeitos desejáveis (eficácia), perfil de segurança e tolerabilidade entre tecnologias em saúde. As características que os classificam com o maior nível de evidência científica estão descritas a seguir:

- 1 Estudo analítico e prospectivo:
 - » Estudos prospectivos avaliam, ao longo do tempo, de um determinado momento para o futuro, os desfechos de interesse mediante a intervenção realizada em seres humanos.
- 2 Recrutamento da amostra:
 - » É realizado por meio de critérios de inclusão e exclusão muito bem definidos, claros, objetivos, precisos e coerentes ao objetivo do estudo¹⁰.
 - » O cálculo amostral deve permitir que o estudo apresente validade interna e externa, ou seja, deve ser capaz de reproduzir resultados confiáveis e passíveis de inferência para a população em geral. Em outras palavras, o cálculo amostral inadequado pode impactar na magnitude das estimativas do efeito, aumentando a imprecisão dos resultados.
 - » Geralmente são excluídos idosos, crianças e gestantes, uma vez que o risco associado à nova intervenção pode superar o benefício, devido às características fisiológicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas diferenciadas nesta população. Também se opta por não considerar usuários com prescrição de polifarmácia, uma vez que o uso concomitante de vários medicamentos pode interferir nos resultados de segurança e eficácia da nova intervenção que será testada.

3

Grupo de comparação:

- » Após a seleção da amostra, os participantes da pesquisa são divididos, geralmente em dois grupos (ou braços): grupo controle e grupo tratado. É possível, no entanto, a comparação da intervenção proposta com uma ou mais alternativas¹⁰ ou, até mesmo, sem intervenção.
- » O tratamento sob estudo é a única diferença entre os grupos. Somente por meio da comparação entre os resultados obtidos nos grupos é possível estabelecer inferência estatística e causal¹⁰.

4

Randomização ou aleatorização:

- » A alocação dos participantes nos grupos controle e tratado é realizado de modo aleatório de decisão, por meio da técnica de randomização.
- » Esse procedimento diminui a probabilidade de ocorrência do viés de seleção, que é um erro sistemático relacionado à metodologia de seleção dos sujeitos de pesquisa ou a fatores que influenciam sua participação.
- » O objetivo da randomização é garantir distribuição semelhante e homogênea das variáveis de interesse entre os grupos, controlando os fatores de confusão e proporcionando a comparabilidade¹⁰. Desse modo, todos os participantes do estudo possuem a mesma chance de serem alocados para qualquer um dos grupos.
- » Outro aspecto importante na randomização é o sigilo na alocação, o qual também contribuirá para diminuir o viés de seleção. Envelopes lacrados podem ser utilizados para garantir o cumprimento desse quesito.

5

Cegamento (mascaramento ou vedamento):

- » Pretende garantir que o pesquisador e os participantes não tenham conhecimento sobre qual é o grupo tratado e qual é o grupo controle, com o intuito de reduzir a tendenciosidade na mensuração dos desfechos de segurança e eficácia¹⁰, ou seja, a tendência humana em direcionar, de maneira parcial, os resultados na direção que acreditam que devam ir⁴.
- » Os ECCR podem ser classificados em aberto (sem cegamento), monocego ou simples-cego (apenas o participante não sabe a qual grupo pertence), duplo-cego (pesquisador e participante não sabem qual grupo recebe a intervenção de interesse e qual grupo é o controle) ou triplo-cego (participante, pesquisador e avaliador não conhecem qual grupo é o tratado). Essa característica diminui a probabilidade de viés de mensuração.

6

Monitoramento:

- » Deve ser completo e igual para ambos os grupos. Em estudos comparativos, entende-se que o grupo controle deve ser tratado exatamente da mesma forma que o grupo tratado em todos os aspectos, com exceção do fator sendo testado⁴.
- » Mesmo se houver perda do participante no grupo tratado, as análises dos resultados devem ser por intenção de tratar, a qual considera o pior resultado (não melhora) para o desfecho de interesse. No entanto, se a perda de seguimento foi do grupo controle, considera-se o melhor desfecho avaliado, ou seja, a melhora.
- » O princípio da intenção de tratar diz que os indivíduos foram analisados nos grupos em que iniciaram o estudo, ou seja, no grupo em que foi alocado, mesmo se precisar receber tratamento, abandonar o ensaio ou cruzar para outro grupo⁴.

7

Desfechos:

- » São variáveis que são monitorizadas durante um estudo para documentar o impacto que uma dada intervenção ou exposição tem na saúde de uma dada população.
- » A definição do que se deseja medir como resultado (desfecho) da intervenção é muito importante, uma vez que os principais serão utilizados para a tomada de decisão.
- » Os desfechos podem ser classificados em quatro tipos:
 - i.** Primários: é a variável mais relevante para responder à questão da pesquisa e está relacionada ao objetivo do estudo¹¹. Dão suporte na tomada de decisão. Exemplo: parâmetros clínicos ou humanísticos.
 - ii.** Secundários: são desfechos adicionais monitorados para auxiliar a interpretação dos resultados do desfecho primário¹¹. Exemplo: valores de exames laboratoriais, que podem ser úteis na explicação do efeito ou na determinação da integridade da intervenção¹².
 - iii.** Definitivos: são desfechos clinicamente relevantes que medem os benefícios clínicos e que possuem real interesse para os participantes¹³.
 - iv.** Substitutos: são variáveis biológicas ou laboratoriais que acompanham a progressão ou extensão da doença. São mensurados no lugar do desfecho biologicamente definitivo ou daquele clinicamente mais significativo¹⁴.

As principais limitações responsáveis pela diminuição da qualidade dos ECCR estão descritas no Quadro 10.

Quadro 10. Limitações do estudo ensaio clínico controlado randomizado de superioridade

Limitação	Implicações
Ausência no sigilo da alocação	Pesquisadores envolvidos no recrutamento dos pacientes podem prever para qual grupo o próximo paciente incluído na pesquisa será alocado devido à ausência de sigilo da lista de alocação ou à randomização inadequada (por exemplo, alocação pelo dia da semana, data de nascimento ou alternância)
Ausência de cegamento	Pacientes, cuidadores, pesquisadores, avaliadores de desfecho e analistas de dados cientes do grupo ao qual os pacientes são alocados
Seguimento incompleto	Perda no seguimento de pacientes randomizados e ausência de análise por intenção de tratar (<i>intention-to-treat</i>)
Relato seletivo dos desfechos	Relato incompleto ou ausente de alguns desfechos com base nos resultados
Outras	Interrupção precoce do estudo por benefício. Utilização de medidas de desfecho sem validação (ex.: desfecho relatado pelo paciente)

Fonte: Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde (p. 47)¹⁵.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Estudos de coorte

Segundo Bonita⁹, “os estudos de coorte, também chamados longitudinais ou de incidência, iniciam com um grupo de pessoas livres da doença, que são classificados em subgrupos, de acordo com a exposição a uma causa potencial da doença ou desfecho sob investigação (p. 48)”.

Os indivíduos são alocados aos grupos “exposto” e “não exposto” de modo não randomizado. Por exemplo: entre uma população de pessoas saudáveis, divide-se, naturalmente entre fumantes e não fumantes. Portanto, o fumo é o fator de exposição. Ao longo do tempo, de modo prospectivo, avaliam-se, em ambos os grupos, os indivíduos que desenvolveram o desfecho de interesse (por exemplo: câncer de pulmão). Utiliza uma medida de associação, o risco relativo, a fim de verificar se o fator de exposição (tabagismo) aumenta o risco de desenvolver câncer de pulmão.

Nesse desenho epidemiológico, a maneira como os grupos do estudo são formados e equiparados torna-se o problema de qualidade mais importante⁴. A equiparação perfeita quase nunca é possível em estudos não randomizados, sendo necessários ajustes estatísticos para aproximar os grupos em termos de comparabilidade⁴.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Em farmacoe epidemiologia, Castro¹⁶ afirma que “os estudos de coorte basicamente envolvem a comparação da taxa de incidência de efeitos não desejados dos medicamentos numa população exposta com a taxa destes numa população não exposta e de controle (p. 96)”. Portanto, é um delineamento importante para avaliar a segurança dos medicamentos.

Nesse desenho, as características relacionadas à qualidade do estudo são:

- 1 Tamanho amostral adequado para assegurar a validade interna e a validade externa do estudo
- 2 Seleção (recrutamento) dos participantes para viabilizar a comparabilidade entre os grupos
- 3 Tempo de monitoramento (*follow-up*) adequado, a fim de identificar o desfecho de interesse
- 4 Monitoramento semelhante para os grupos



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

— Estudos de casos e controles

Permitem testar hipóteses causais de produção de doenças, aceitando-se que existe associação entre um efeito (doença) e um ou mais fatores causais (fatores de risco)¹⁶. Se os fatores de risco forem os fármacos é possível, então, explorar o papel que representam na produção de uma determinada doença¹⁶.

O delineamento parte de uma população (que deve ser representativa), da qual são formados dois grupos: caso (pessoas com a doença) e o grupo controle (pessoas sem a doença). Idealmente, os grupos devem ser pareados, quando possível (para aumentar o grau de semelhança entre os casos e os controles e reduzir a possibilidade de que outros fatores atrapalhem a associação entre a exposição e o desfecho) exceto para a presença da doença. Após a formação dos grupos, analisa-se, de modo retrospectivo, quais participantes foram expostos à variável de interesse. Por exemplo, em uma população residente em um determinado município, os indivíduos com diagnóstico de câncer de pulmão são alocados no grupo caso e os indivíduos sadios são alocados no grupo controle. Por meio de consulta retrospectiva, por exemplo, em prontuários, analisa-se quais foram expostos ao fumo. Os estudos de caso-controle, ao contrário dos estudos de coorte, partem do efeito (doença) para a investigação da causa (exposição).

Um bom delineamento de estudos de casos e controles deve apresentar: objetivo claramente definido; definição da população-alvo e da população de estudo; definição dos casos e critérios de inclusão; definição dos controles e critérios de inclusão; critérios de classificação da exposição e tamanho da amostra; descrição do processo de amostragem; e análise dos dados¹⁷, além do pareamento.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

■ Estudos transversais (seccionais ou de prevalência)

Os estudos transversais medem a prevalência da doença. Nesse delineamento, as medidas de exposição (por exemplo, uso de medicamentos) e efeito (reação adversa) são realizadas ao mesmo tempo, dificultando a avaliação das associações encontradas nesses estudos.

Esse modelo apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença)¹⁸.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

■ Relatos de caso e série de casos

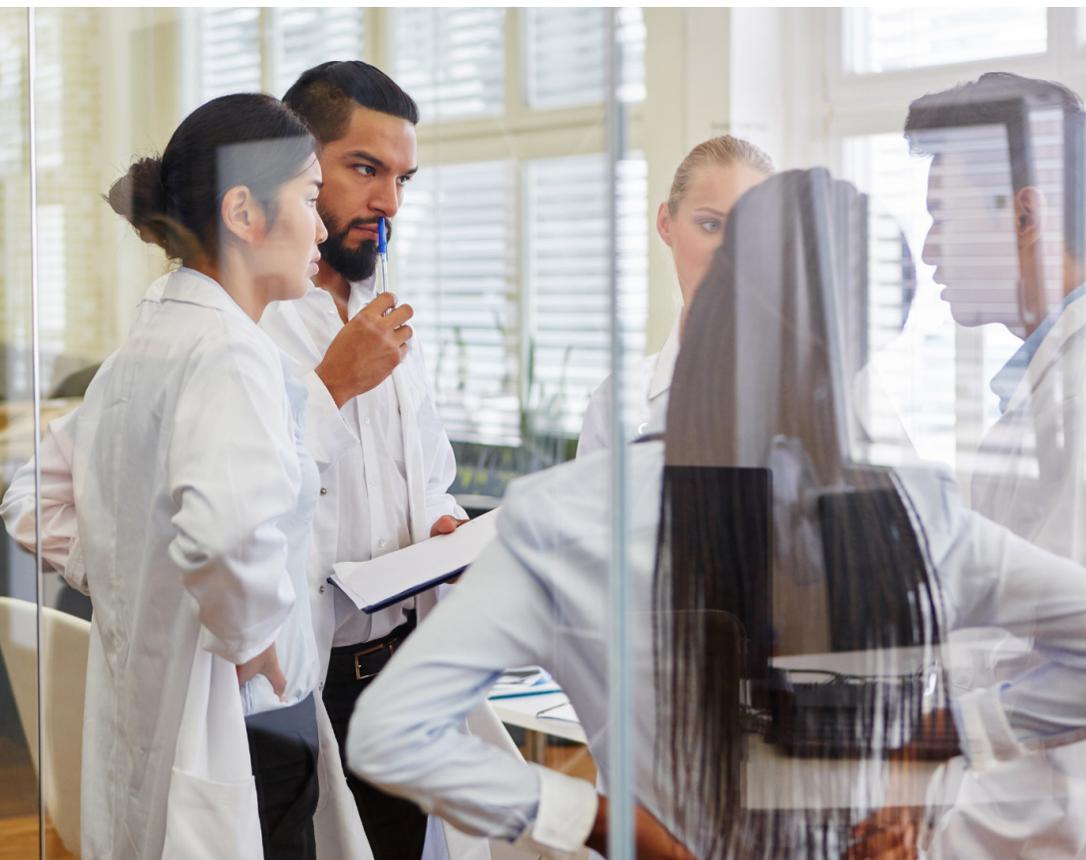
Nesses tipos de estudos não há grupo de comparação, fato que limita a interpretação se o desfecho pode ocorrer na ausência da exposição¹⁰, por isso apresentam baixo nível de evidência. No entanto, possuem valor por permitir aventar hipóteses, por exemplo, de reações adversas graves ou doenças raras.

As principais limitações dos estudos observacionais estão descritas no Quadro 11.

Quadro 11. Limitações do estudo ensaio clínico controlado randomizado de superioridade

Limitação	Implicações
Seleção e inclusão inadequada dos participantes	Pareamento inadequado em estudos de casos e controles (sub ou sobrepareamento) Seleção de grupos expostos e não expostos em estudos de coorte a partir de diferentes populações
Ausência de cegamento	Diferenças na avaliação da exposição em estudos de caso e controles (ex.: viés de recordação) Diferenças na avaliação dos desfechos em estudos de coorte (ex.: diferente vigilância nos desfechos em expostos e não expostos)
Falhas no controle das variáveis de confusão incompleto	Ausência de medidas acuradas para os fatores prognósticos conhecidos Pareamento inadequado e/ou ajustamento inadequado na análise estatística para os fatores prognósticos
Seguimento incompleto	Relato incompleto ou ausente de alguns desfechos com base nos resultados

Fonte: Diretrizes metodológicas do Ministério da Saúde (p. 47)¹⁵.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

■ Revisões sistemáticas

As revisões sistemáticas da literatura sumarizam e relatam, de maneira transparente e objetiva, os procedimentos realizados e os resultados obtidos em diversos estudos epidemiológicos¹⁰, tanto experimental quanto observacional. Desse modo, o farmacêutico e outros profissionais da saúde poderão tomar a decisão baseada em resultados de pesquisas relevantes e bem conduzidas, consultando uma única evidência.

A revisão sistemática parte de uma pergunta definida (PICO) e, a partir dela, busca-se, de modo sistemático, em toda a literatura disponível, estudos originais para respondê-la. Os artigos selecionados com base nos critérios de inclusão e os dados de interesse são extraídos de maneira uniforme, sendo, também, avaliada a qualidade metodológica do estudo¹⁰. Caso os estudos sejam semelhantes, os resultados podem ser estatisticamente somados em técnicas de meta-análise, as quais tem como objetivo fornecer a síntese de todas as medidas e estimativas de efeito dos artigos incluídos, bem como minimizar o risco de viés na conclusão e possibilidade de atualização da pesquisa¹⁰.

No exemplo da revisão sistemática que estamos avaliando, verifica-se que os autores incluíram apenas ECCR no estudo⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

— Nível de Evidência

Como mencionado anteriormente, a qualidade das evidências, também chamada de validade interna, baseia-se em quão bem os métodos de pesquisa preveniram que os resultados fossem afetados por vieses e fatores de confusão⁴, e indica se a extensão da confiabilidade do estudo e a estimativa do efeito (resultado do estudo) estão corretas.

Entende-se por viés o grau no qual o resultado é desviado da verdade. Já os fatores de confusão dizem respeito às características dos participantes incluídos nos estudos e outros possíveis fatores causais, exceto aquele que está sendo medido, e que podem afetar o desfecho do estudo⁴.

A validade interna está relacionada com o delineamento dos estudos conduzidos pelos pesquisadores, a qualidade do planejamento e da execução do estudo, a adequada coleta e análise dos dados². Já a validade externa tem a capacidade de inferir e generalizar os resultados. Desse modo, estabelece-se uma hierarquia das evidências, internacionalmente aceita, que guia a tomada de decisão clínica e terapêutica.

Os níveis de evidência referem-se à hierarquia dos desenhos dos estudos que são agrupados por sua susceptibilidade a vieses (limitações), representando a confiança na informação utilizada em apoio a uma determinada recomendação. A força da evidência corresponde à combinação do estudo, qualidade do estudo e precisão estatística; e indica a relevância clínica e aplicabilidade, ou seja, a capacidade de se ajustar à prática clínica e sua contribuição para promoção de maior benefício com menor risco ao indivíduo¹⁹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Segundo a Classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine²⁰, há cinco níveis ou classes de evidências (Quadro 12), para os quais são estabelecidas a ênfase para que seja adotada ou rejeitada uma determinada conduta (força de recomendação).

Quadro 12. Níveis de evidências científicas

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tipos de estudo
A	1A	Revisão sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos controlados e randomizados
	1B	Ensaio clínico controlado e randomizado com intervalo de confiança estreito
	1C	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”
B	2A	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos de coorte
	2B	Estudo de coorte (incluindo ensaio clínico randomizado de menor qualidade)
	2C	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>); estudo ecológico
B	3A	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos caso-controle
	3B	Estudo caso-controle
C	4	Relato de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade)
D	5	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)

Fonte: Adaptado de OCEBM Levels of Evidence²⁰.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Com relação à força de recomendação, tem-se²¹:

- A** boa evidência que suporta a intervenção;
- B** evidência razoável que suporta a intervenção;
- C** evidência insuficiente que suporta a intervenção ou contra a intervenção, mas a recomendação pode ser feita por outros motivos;
- D** evidência razoável contra a intervenção;
- E** boa evidência contra a intervenção.

Uma importante ferramenta que vem sendo utilizada para graduar a qualidade e força de recomendações em saúde é o Sistema GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Com ela, a avaliação da qualidade de revisões sistemáticas é realizada para cada desfecho individual (de eficácia, efetividade ou segurança) da tecnologia em saúde (medicamento, por exemplo). Portanto, a força de uma recomendação dependerá de outros fatores além da qualidade das evidências, ou seja, o balanço entre risco e benefício, os valores e as preferências dos indivíduos e, por fim, os custos²². O sistema GRADE não avalia a qualidade de estudos individuais, mas, sim, de um corpo de evidências.

A análise da qualidade da evidência com essa ferramenta também considera: o risco de viés dentro do estudo (qualidade metodológica); evidência indireta; inconsistência, imprecisão das estimativas de efeito (intervalo de confiança) e risco de viés de publicação¹⁵.

Como mencionado anteriormente, viés é um erro sistemático que distancia o resultado da verdade, distorcendo a estimativa do efeito. É definido como qualquer desvio na coleta, análise, interpretação, publicação ou revisão de dados, que pode levar a conclusões que são sistematicamente diferentes das verdadeiras. Portanto, a presença de viés dentro do estudo pode superestimar ou subestimar os resultados. Os principais tipos de erros sistemáticos são:

- A Viés de seleção:** erro sistemático relacionado à metodologia de seleção dos participantes ou a fatores que influenciam a participação. Indica que alguns indivíduos têm mais chances de serem selecionados em uma amostra. Por exemplo: indivíduos com determinada doença podem ser privilegiados para serem selecionados a participar do estudo. Esse viés é mais comum no estudo de coorte, e uma estratégia para minimizá-lo é promover a escolha dos participantes da amostra de modo aleatório, ou seja, de modo probabilístico (tipo cara e coroa). Assim, todos terão as mesmas chances de participarem.

B Viés de informação: erro sistemático relacionado à coleta errônea das informações em um estudo clínico, ou seja, erros na mensuração da exposição e/ou desfecho. Podem ocorrer devido a: anotações/registros incompletos sobre a variável de interesse; memória dos participantes (podem não recordar de fatos passados), entre outros. Esse erro pode ser minimizado por meio de seguimento do participante de modo padronizado, melhorando os registros em prontuários e utilizando instrumentos de coleta de dados de qualidade. Nos casos de estudos de revisão sistemática, acresce-se o viés de publicação, o qual compreende a tendência dos pesquisadores em publicarem resultados que favoreçam os resultados positivos das pesquisas.

A evidência direta, por sua vez, é aquela proveniente de estudos que comparam diretamente as intervenções de interesse, que avalia desfechos importantes nos participantes, ou seja, quando todos os componentes da questão PICO dos estudos incluídos contemplaram a questão clínica realizada pelo pesquisador da revisão¹⁵. Logo, se um ou mais dos componentes PICO dos estudos incluídos na revisão sistemática é diferente da questão PICO que motivou o desenvolvimento da revisão, tem-se uma evidência indireta. Por exemplo: população diferente (maior gravidade), intervenção diferente daquela de interesse (por exemplo, doses diferentes); ausência de comparações diretas entre os estudos (por exemplo, no caso da aula passada, para responder a dúvida, deveríamos encontrar evidências que compararam, diretamente, captopril com losartana); por fim, os desfechos avaliados podem não ser aqueles de interesse primário para a decisão¹⁵.

A inconsistência do resultado da revisão sistemática é avaliada por meio da presença de heterogeneidade dos resultados (medidas de associação) e dos intervalos de confiança (estimativas de efeito) obtidos nos estudos incluídos na revisão sistemática¹⁵. Já o critério imprecisão é julgado por meio da amplitude do intervalo de confiança de 95% dos resultados e o tamanho da amostra dos estudos incluídos¹⁵. Esses conceitos serão discutidos mais adiante, nesta aula. O Quadro 13 sumariza os fatores que diminuem ou aumentam a qualidade da evidência, segundo o método GRADE.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 13. Critérios para avaliação das evidências, de acordo com o sistema GRADE

Itens	Critérios
Limitações do estudo (risco de viés)	Resultado da avaliação metodológica de cada delineamento
Inconsistência dos resultados (heterogeneidade)	No caso de desfechos inconsistentes, avaliar semelhança das estimativas, sobreposição dos intervalos de confiança e resultados dos testes de heterogeneidade e do I-quadrado*
Evidência indireta	Avaliar se existem diferenças na população, intervenção, comparação ou desfechos entre os estudos incluídos e a pergunta de interesse da revisão
Imprecisão	Avaliar a amplitude do intervalo de confiança, ou se o número de eventos e o tamanho da amostra são pequenos
Viés de publicação	Avaliar se há possibilidade de estudos não terem sido publicados, bem como a influência dos financiamentos da pesquisa

* Serão explicados na próxima seção *Etapa 3: interpretação dos resultados*.

Fonte: Adaptado de Galvão e Pereira²³.

O julgamento desses itens pelo sistema GRADE classifica a qualidade da evidência de revisões sistemáticas em quatro níveis (Quadro 14).

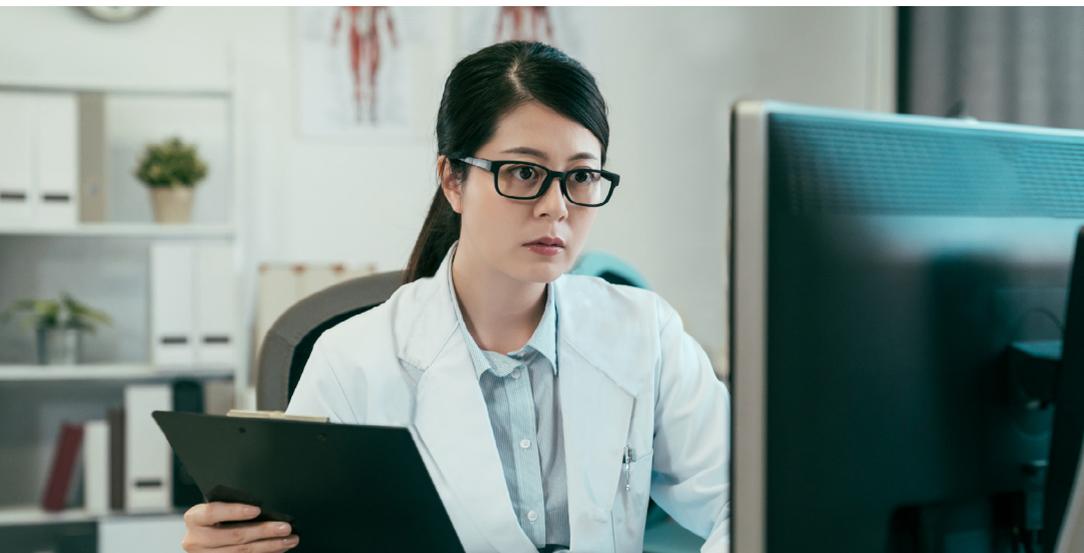
Quadro 14. Qualidade da evidência, segundo o sistema GRADE

Nível de evidência	Definição	Implicações	Fonte de informação
Alta	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado	É improvável que trabalhos adicionais modificarão a confiança na estimativa do efeito	Ensaio clínico bem delineado, com amostra representativa Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa	Ensaio clínico com limitações leves Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes
Baixo	A confiança no efeito é limitada	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante na confiança da estimativa do efeito	Ensaio clínico com limitações moderadas Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle
Muito baixo	A confiança na estimativa do efeito é muito limitada. Há um elevado grau de incerteza nos achados	Qualquer estimativa de efeito é incerta	Ensaio clínico com limitações graves Estudos observacionais comparativos presença de limitações Estudos observacionais não comparados. Opinião de especialistas

Fonte: Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde (p. 45)¹⁵.

Vamos classificar em qual nível de evidência o artigo que selecionamos se insere?

- » Trata-se de um estudo secundário (revisão sistemática com meta-análise), original, que incluiu ensaios clínicos controlados randomizados (ECCR) que compararam de maneira direta medicamentos IECA com BRA.
 - De acordo com a classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, podemos classificar nossa evidência como 1A (Quadro 12).
 - No entanto, para o sistema GRADE, não basta apenas o desenho epidemiológico para a classificação do nível de evidência. A avaliação da qualidade dos desfechos pesquisados é fundamental, além de outros quesitos. Assim, de acordo com essa ferramenta, a classificação da qualidade da nossa evidência poderia ser muito baixa (Quadro 14). Isso se deve ao fato de ainda não sabermos se os ECCR incluídos na revisão apresentaram limitações ou vieses importantes.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Leia um pouco mais!

Diretrizes Metodológicas do Ministério da Saúde, Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde, publicada em 2014¹⁵. [Leia aqui.](#)



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Prosseguindo com a leitura da revisão sistemática, na página 3 do artigo “Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) versus antagonistas do receptor de angiotensina para hipertensão primária (Revisão)”, nos deparamos com a tabela sumário dos principais achados dessa pesquisa (Figura 16). Nessa tabela é possível verificar que os autores do artigo já fizeram a análise da qualidade dos ECCR incluídos na revisão sistemática com a ferramenta GRADE, classificando-a como ALTA para o desfecho suspensão do medicamento devido à reação adversa (Figura 16). De acordo com essa classificação, é improvável que trabalhos adicionais modificarão a confiança na estimativa do efeito (Quadro 14).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Figura 16. Análise da qualidade GRADE e força de recomendação

Todos os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) versus todos os bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) para hipertensão primária

Paciente ou população: pessoas com hipertensão primária
 Cenário: multicêntrico, ambulatoriais
 Intervenção: BRA
 Comparação: IECA

Desfechos	Número de participante (Estudos)	Qualidade da evidência
Mortalidade Seguimento: média 4.3 anos	10.248 (5 estudos, 3 com eventos)	Moderado
Eventos cardiovasculares Seguimento: média 4.5 anos	5.499 (5 estudos, 1 com evento)	Baixa
Suspensão devido reação adversa Seguimento: média 4.1 anos	10.963 (8 estudos)	Alta

Fonte: Adaptado de Li e colaboradores⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A partir da página 9 do artigo, os autores descrevem as características metodológicas dos oito ECCR incluídos para o desfecho suspensão por reação adversa. Segundo os autores, todos os ECCR reportaram randomização, embora a maioria não descreveu se a alocação havia sido oculta ou não. Com relação ao mascaramento, apenas um estudo não foi cego. No entanto, para estudos que contribuíram com dados de segurança, não ficou claro se o mascaramento foi suspenso antes de identificar os participantes acometidos. Portanto, os autores consideraram que o viés de detecção desse desfecho não está claro. A maioria dos ECCR incluídos utilizou a análise de intenção de tratar e apenas um estudo fez relato seletivo (por exemplo, viés de publicação), sem especificar as características do subgrupo de pacientes analisados. O recrutamento e o seguimento dos participantes também foram adequados. Assim sendo, de acordo com o Quadro 10, podemos concluir que os ECCR incluídos na revisão sistemática foram bem delineados e com amostra representativa, por isso, a revisão sistemática foi classificada como de alta qualidade.

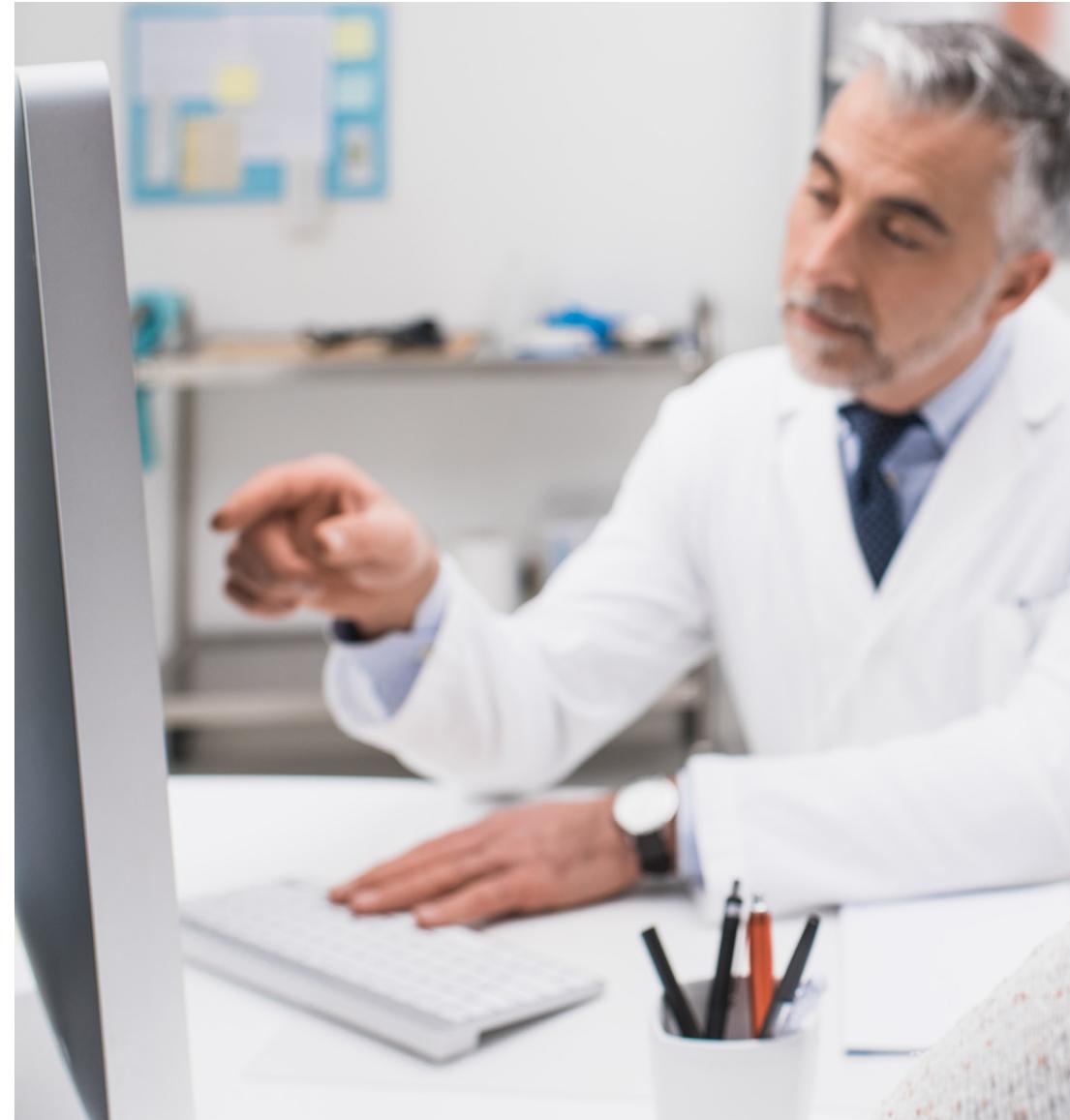
» Etapa 3: interpretação dos resultados

Em uma revisão sistemática cada estudo individual contribui para a qualidade final, assim, concluímos que a desenvolvida por Li e colaboradores⁷ tem PICO semelhante à nossa questão clínica de interesse, a qual apresenta ALTA qualidade. Entretanto, antes de deliberarmos se a utilizaremos para subsidiar a tomada de decisão terapêutica, é necessário avaliar o que os resultados significam.

Os resultados de um estudo parecem mostrar um efeito, o qual precisa ser avaliado se é real ou ocorreu devido ao acaso. Para tanto, devemos recorrer aos fundamentos de estatística, a qual fornece dois métodos para avaliar o acaso: 1) valores de p (medida da probabilidade de um resultado ser puramente ao acaso, isto é, que o acaso seja causa improvável da diferença entre os grupos) e intervalos de confiança (compreendem uma estimativa da faixa de valores que provavelmente inclui o valor real e são colocados em 95%, que significa a faixa de valores que tem uma chance de 95% de conter o valor real)⁴.

Quando é possível sumarizar os resultados dos estudos por meio de meta-análise, esta resulta em uma nova estimativa, denominada meta-analítica. A meta-análise fornece valores ponderados para cada um dos estudos individuais, conforme o seu tamanho, os quais devem ser expressos de maneira padronizada (medida de desfecho) e exibidos em uma figura chamada *forest plot* ou gráfico de floresta⁴.

No caso da nossa revisão sistemática, a ocorrência de tosse com IECA é classificada como variável dicotômica ou binária, ou seja, não é um dado numérico e sim qualitativo, que classifica em duas categorias (no nosso caso, suspensão por IECA ou suspensão por BRA). Por isso a medida de desfecho apresentada na revisão sistemática foi o risco relativo (RR). Juntamente com a medida do efeito (RR) é apresentado o intervalo de confiança de 95% (IC 95%), o qual pode ser representado pelas linhas horizontais no gráfico de floresta ou *forest plot*, ilustrado na Figura 17, a qual demonstra a comparação realizada por Li e colaboradores⁷ sobre a segurança dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) *versus* os antagonistas dos receptores de angiotensina (BRA) para o desfecho suspensão de eventos adversos.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Figura 17. Gráfico de floresta (forest plot)

Estudo ou subgrupo	Eventos	Total	Eventos	Total	Peso	Risco relativo M-H, Fixo, 95%IC
Bremmer 1997	37	334	30	167	6.4%	0.62 [0.40, 0.96]
DETAIL 2004	16	100	24	102	3.8%	0.68 [0.38, 1.20]
Fogari 2008	1	122	5	124	0.8%	0.20 [0.02, 1.17]
Fogari 2012	3	102	7	103	1.1%	0.43 [0.12, 1.63]
Lacourciere 2000	2	52	1	51	0.2%	1.96 [0.18, 20.97]
Spoelstra-de 2006	3	24	1	22	0.2%	2.75 [0.31, 24.52]
Subtotal (IC 95%)		734		569	12.5%	0.64 [0.46, 0.88]
Total de eventos	62		68			

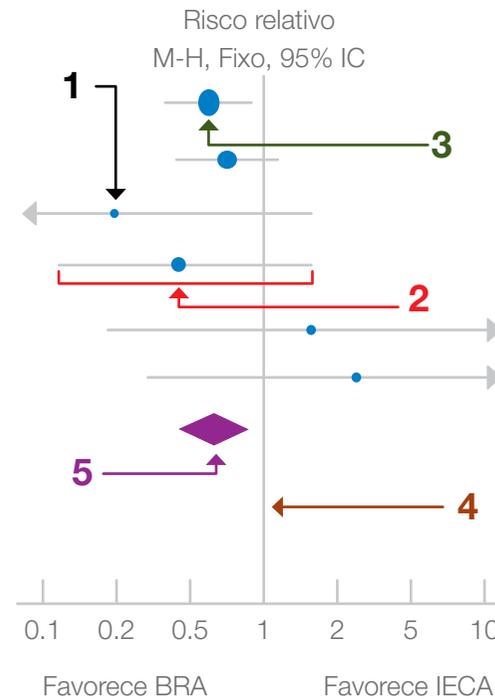
Heterogeneidade
 Teste Chi² = 4.08, df = 5 (P = 0.54); I² = 0%
 effects: Z = 2.71 (P = 0.007)

7

Legenda do Risco de Viés:

- A: Geração de sequência aleatória.
- B: Ocultação da alocação.
- C: Cegamento dos participantes e pesquisadores.
- D: Dados de desfechos incompletos.
- E: Notificação seletiva.
- F: Outros vieses.

Fonte: Adaptado de Li e colaboradores⁷.



A Figura 17 sumariza os resultados apresentados por Li e colaboradores⁷, cuja qualidade estamos analisando. Os dados demonstrados referem-se à suspensão de anti-hipertensivos devido a ocorrência de reação adversa, principalmente tosse. Vamos interpretar, agora, o que significam.

O gráfico ilustra a medida do desfecho [risco-relativo (RR)], as estimativas de efeito (intervalos de confiança) de cada estudo incluído na meta-análise para o desfecho tosse. O RR de cada estudo é demonstrado pelo círculo **azul** sobre cada linha horizontal do gráfico de floreta (**seta 1, preta**). O tamanho das linhas horizontais representa o intervalo de confiança de cada estudo (**seta 2, vermelha**).

A dimensão do círculo indica o peso de cada estudo no cálculo do resultado meta-analítico, ou seja, o quanto contribuíram e influenciaram no resultado global da revisão sistemática. Estudos precisos, com amostra grande e com menor intervalo de confiança possuem maior peso¹⁰. No nosso caso, o estudo com maior peso para o desfecho de interesse foi o conduzido por Bremner (1997) (**seta 3, verde**).

Quando a linha horizontal toca a linha vertical, que marca o efeito nulo (**seta 4, marrom**), significa que o intervalo de confiança passou pelo número um. Desse modo, o resultado não tem significância estatística, pois o efeito da intervenção foi igual nos dois grupos, o que indicaria que não há diferença na suspensão de BRA ou IECA devido à ocorrência de tosse. No gráfico de floreta da Figura 17, com exceção do estudo de Bremner (1997), o intervalo de confiança de todos os outros estudos cruzou a linha do efeito nulo (**seta 4, marrom**). Isso significa que apresentaram imprecisão e, por isso, não há diferença estatística.

O losango (**seta 5, roxa**) ilustrado no gráfico representa a medida sumária de todos os estudos incluídos, ou seja, o resultado global ou meta-analítico. Observa-se que o risco relativo é de 0,64, sendo que o intervalo de confiança não passa pelo número 1 (0.46-0.88) (**seta 6, laranja**). Pelo fato de o losango (**seta 5, roxa**) não tocar a linha de efeito nulo (**seta 4, marrom**), conclui-se que a incidência de suspensão de BRA devido à tosse seca intolerável é significativamente menor quando comparada com a suspensão de IECA (**seta 6, laranja**). Logo,

a meta-análise demonstra menor risco quando se utiliza os BRAs, pois o losango (**seta 5, roxa**) está totalmente ao lado esquerdo da linha do efeito nulo (**seta 4, marrom**), indicando que o risco relativo e o intervalo de confiança não passaram pelo número 1.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Outro dado importante para ser avaliado é a presença de heterogeneidade entre os estudos incluídos na meta-análise. A heterogeneidade em revisões sistemáticas com meta-análise consiste na variabilidade ou diferença entre estudos em relação à estimativa de efeitos e por isso o seu cálculo é fundamental para avaliar o grau de confiança dos resultados em situações de decisões incertas ou suposições sobre os dados e resultados usados²⁴.

A identificação da heterogeneidade estatística pode ser realizada de duas formas, segundo Santos e Cunha²⁵: “A primeira é pela inspeção visual dos gráficos das meta-análises (os resultados são semelhantes? os intervalos de confiança sobrepõem-se?) e a segunda é pela aplicação do teste estatístico Qui-quadrado (X^2 ou Chi^2) (p.92)” (seta 7, azul). De acordo com a Figura 17, podemos observar que os intervalos de confiança podem se sobrepor. Já no gráfico de floresta, verificamos que o resultado desse teste não foi significativo, pois o valor de p foi maior que 0,05 (seta 7, azul), indicando que o resultado se deve ao acaso⁴. Logo, podemos presumir que não há heterogeneidade entre os estudos incluídos na meta-análise.

Contudo, o teste do qui-quadrado tem baixo poder estatístico quando os estudos incluídos na meta-análise são em pequeno número²⁵. Nesses casos, deve ser calculada a medida de inconsistência I-quadrado (I^2). Interpretativamente, uma escala com um valor de I^2 próximo a 0% indica não heterogeneidade entre os estudos, próximo a 25% indica baixa heterogeneidade, próximo a 50% indica heterogeneidade moderada e próximo a 75% indica alta heterogeneidade entre os estudos²⁶. No entanto, quando I^2 for menor que 40% a comparação entre os estudos é viável. Observa-se que o I^2 da meta-análise calculada por Li e colaboradores⁷ foi de zero por cento (seta 7, azul), indicando que os estudos incluídos no cálculo são homogêneos.

Assim sendo, do ponto de vista da qualidade desse estudo, podemos utilizá-lo para embasar a tomada de decisão terapêutica, pois apresentou análise positiva frente às três etapas que devem ser seguidas para realizarmos a análise crítica da evidência. Logo, o uso da losartana em indivíduos com hipertensão causa menos tosse que o captopril, visto que 43% das suspensões de IECA ocorreram devido à tosse contra 4% das suspensões de BRA devido a esse sintoma.

Uma grande limitação na busca por evidências científicas nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual da Saúde, Scielo ou Pubmed é que a maioria dos artigos publicados estão redigidos no idioma inglês. A comunicação científica atual e de alta qualidade em um mundo globalizado deve ser realizada no idioma considerado universal, por isso justifica-se tal limitação.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Entretanto, algumas pessoas podem ter dificuldades para entender e interpretar essa língua, tornando a busca e a avaliação da qualidade dessas evidências um desafio ainda maior. Então, como superar essa dificuldade? Como mencionado na aula anterior, há outras fontes de informação disponíveis para consulta, tais como livros. Porém, devemos nos atentar às desvantagens em se utilizar publicações desse tipo, sendo a principal a desatualização da informação, a depender do ano em que foram publicados. Por isso, é importante a educação permanente e continuada do farmacêutico, para que possa realizar a análise crítica das evidências e sua pertinência nas situações que irá assistir.

Como mencionado anteriormente, além da qualidade da evidência, outros aspectos são importantes para verificar sua aplicabilidade na prática clínica, e é isso que veremos na seção a seguir.

Aplicação da evidência científica na prática clínica: tomada de decisão

Nesta seção será discutido se a evidência científica é possível de ser aplicada à pessoa com doença crônica, de modo individualizado, considerando a experiência clínica do profissional e as preferências do usuário. Para tanto, de acordo com Glasziou e colaboradores⁴, é necessário analisar:

1 Se o tratamento é factível ao cenário clínico onde o profissional está lotado:

- » verificar se é possível fornecer o monitoramento de modo adequado;
- » verificar se o usuário estará disposto a seguir o regime de tratamento.

2 Os recursos necessários para a aplicação da evidência:

- » por exemplo, pode ser necessário avaliar com o indivíduo ou estabelecimento de saúde os custos para incorporação ou utilização da nova tecnologia;
- » para o nosso caso clínico: tanto o captopril como a losartana estão presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Porém, a losartana não necessariamente estará contemplada na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), mas faz parte do elenco de medicamentos da Farmácia Popular. Porém, se não fosse esse o caso, seria necessário pactuar com o indivíduo se teria condições de arcar com os custos do tratamento ou se deveria buscar outra opção terapêutica, cujo acesso seja gratuito.

3 Se há alternativas disponíveis:

- » caso existam opções disponíveis é necessário ponderar qual seria a melhor para o indivíduo. Para tanto, torna-se fundamental a análise do risco-benefício de cada opção. Por exemplo, a tosse é um efeito da classe dos IECA ou existem protótipos dentro dela que ocasionariam menor ocorrência de tosse? A substituição do captopril pelo enalapril reduziria o problema de segurança relatado pelo indivíduo do caso clínico?

4 Se os participantes da pesquisa possuem características semelhantes à pessoa que o profissional está prestando o cuidado:

- » nessa etapa é premente a experiência clínica do profissional da saúde, para julgar se o indivíduo da vida real pode ser comparado com os participantes do estudo. Para tanto é necessário verificar se a doença, gravidade e estadiamento são comparáveis, bem como a idade, a presença de comorbidades e potencial adesão ao tratamento.

5 A análise dos riscos e benefícios da intervenção:

- » de modo simplificado, podemos observar na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica que IECA e BRA são efetivos para redução de valores pressóricos, não havendo diferenças, inclusive, na taxa de morbimortalidade (em pessoas sem diagnóstico de diabetes). Portanto, para o indivíduo do caso clínico, o benefício da utilização da losartana supera o risco.

6 As preferências e valores do indivíduo:

- » é imprescindível considerar o que o indivíduo pensa a respeito das diferentes opções de tratamento que lhes foram apresentadas, bem como suas expectativas e conceitos acerca do tratamento.
- » deve-se ter em mente que diferentes fatores influenciam na tomada de decisão, tanto do profissional da saúde como do usuário, tais como: família, amigos, questões religiosas, condição socioeconômica, questões culturais, legislação, ética, dentre outros⁵. Esses também devem ser incorporados no processo de tomada de decisão clínica e terapêutica, para favorecer a adesão farmacoterapêutica, a maximização dos benefícios, minimização dos riscos e controle adequado da condição de saúde da pessoa.

Diante do exposto, vamos realizar o fechamento do nosso caso clínico?

- a)** A busca por evidências recuperou informações que corroboram o fato de que a losartana causa menos tosse que o captopril.
- b)** As evidências encontradas nos protocolos clínicos e na revisão sistemática são classificadas como de alta qualidade.
- c)** A losartana faz parte do elenco Farmácia Popular, logo o usuário terá acesso gratuito.
- d)** As preocupações do usuário foram consideradas e sanadas (não conseguir trabalhar devido à tosse).

Tomada de decisão clínica e terapêutica baseada em evidências:

➡ A losartana é a melhor opção para o usuário do caso clínico, uma vez que apresenta menor risco de causar tosse, além de poder ser obtido gratuitamente no Programa Farmácia Popular. Portanto, sua utilização não trará prejuízo às atividades diárias do indivíduo e contribuirá para sua adesão ao tratamento.



Síntese da Aula

Nesta aula foram descritas as etapas para avaliação da qualidade da evidência científica, a qual inclui: análise da similitude da questão PICO do estudo com a questão clínica de interesse; delineamento dos desenhos epidemiológicos; limitações e vieses que diminuem o nível de evidência e a força de recomendação, bem como a significância dos resultados da evidência científica. Também foi discutida a tomada de decisão clínica e terapêutica que deve considerar, para além da qualidade da evidência, os custos, a experiência profissional e os valores e preferências dos usuários, com o intuito de aplicá-la na prática clínica para contribuir com cuidado seguro, eficaz, eficiente, singular e amigável para a pessoa, a família e a comunidade.

Referências

1. Van Weel C. Translating research into practice – a three-paper series. *The Lancet*. 2003;362(9391):1170-1170.
2. Coutinho M. Princípios de epidemiologia clínica aplicada à cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 1998;71(2):109-116.
3. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients care. *The Lancet*. 2003;362(9391):1225-1230.
4. Glasziou P, Del Mar C, Salisbury. Prática clínica baseada em evidências. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
5. Guler S, Hurton S, Winn MC, Molinari M. Levels in decision making and techniques for clinicians. *International Journal of Digestive Diseases*. 2015;1(1:2):1-11.
6. Wannmacher L. Condutas baseadas em evidências sobre medicamentos utilizados em Atenção Primária à Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica. *Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 1-7.
7. Li ECK, Heran BS, Wright JM. Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors versus angiotensin receptor blockers for primary hypertension (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014;8:CD009096.
8. Medronho RA, Carvalho DM, Block KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2006.
9. Bonita, R. *Epidemiologia básica*. 2ª ed. Santos: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda.; 2010.

10. Pereira MG, Galvão TF, Silva MT. Saúde baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. P. 1-12.
11. Ferreira JC, Patino CM. Tipos de desfecho em pesquisa clínica. J Bras Pneumol. 2017;43(1):5-5.
12. Higgins J, Green S. Cochrane handbook for systematic review of interventions. Londres: John Wiley & Sons Ltd.; 2008.
13. Pannuti EF, Rosa MR, Guglielmetti MR, Moreira RTB. Avaliação crítica de ensaios clínicos / Critical evaluation of clinical trials. Rev Odontol Bras Central. 2011;20(52):2-6.
14. Piantadosi S. Clinical Trials: A Methodologic Perspective. 2nd ed. New York: Wiley; 2005.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
16. Castro LLC. Fundamentos de farmacoepidemiologia: uma introdução ao estudo de farmacoepidemiologia. Campo Grande: Grupo de pesquisa em uso racional de medicamentos; 2001.
17. Marques AP, Peccin MS. Pesquisa em Fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. Fisioterapia e Pesquisa. 2005;11(1):43-48.
18. Haddad N. Metodologia de estudos em ciências da saúde. São Paulo: Roca; 2004.
19. Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. J Epidemiol Community Health. 2004;58(7):538-45.
20. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM). Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine; 2011 [acesso em 10 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
21. Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. Lancet. 2002;359(9300):57-61.
22. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Borzek et al. Grade guidelines 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401-406.
23. Galvão TF, Pereira MG. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. Epidemiol. Serv. Saúde 2015;24(1):173-175.
24. Ramalho A. Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise. Coimbra: FORMASAU; 2005.
25. Santos E, Cunha M. Interpretação crítica dos resultados estatísticos de uma meta-análise: estratégias metodológicas. Millenium 2013;44(janeiro/junho):85-98.
26. Higgins JPT, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a metaanalysis. Stat Med. 2003;21:1539-58.

Autora

Fabiana Rossi Varallo

Graduada em Farmácia-Bioquímica, modalidade Fármacos e Medicamentos, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FCFar-Unesp). Doutora (2014) em Ciências Farmacêuticas pela FCFar-Unesp, com período sanduíche na Universidade de Aveiro (Portugal), mestre (2010) e especialista em saúde pública (2011) também pela FCFar-Unesp. Atuou como analista de farmacovigilância e farmacêutica clínica no Hospital Estadual Américo Brasiliense (2012 à 2018). Atualmente é Professora Doutora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão-Preto- USP. Tem experiência na área de Farmácia Hospitalar, com ênfase em Farmacovigilância, Farmácia Clínica e Segurança do Paciente.

9

Aula



Estratégias de comunicação na prática clínica:
abordagem entre o farmacêutico e o usuário

Autor: Rangel Ray Godoy



Ementa da aula



Nesta aula serão abordados os princípios de comunicação interpessoal na prática clínica e as estratégias e técnicas de comunicação entre o farmacêutico e o usuário, a influência dos problemas de saúde e barreiras que influenciam na comunicação com o usuário.

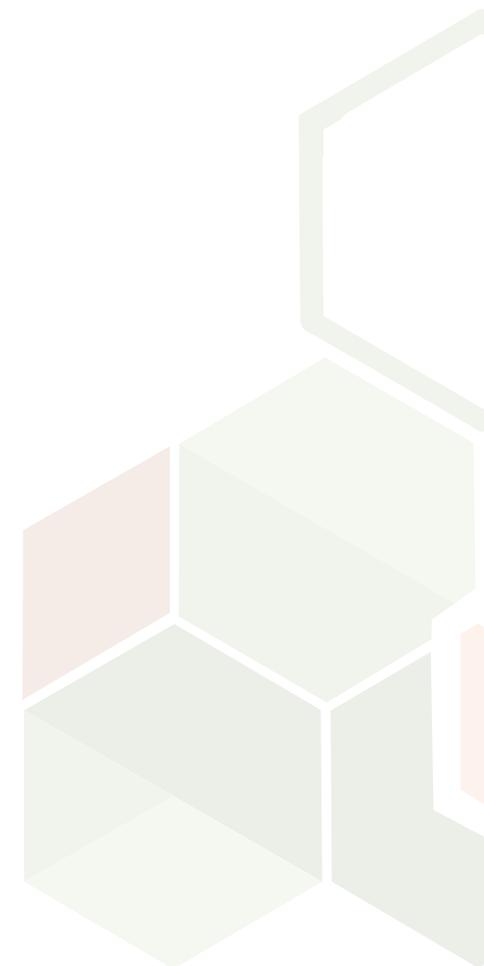
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Conhecer os fundamentos da comunicação para desenvolvimento das habilidades de comunicação do farmacêutico com os usuários.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

De acordo com a teoria da comunicação, podemos classificar a comunicação como intrapessoal, interpessoal, grupal, organizacional e comunicação de massa. Todas elas influenciam a nossa concepção de saúde, de doença e de mundo, bem como as ações que desempenhamos a partir dessas concepções^{1,2}.

Segundo o Dicionário Online de Português, a comunicação pode ser definida como:

BB ação ou efeito de comunicar, de transmitir ou de receber ideias, conhecimento, mensagens etc., buscando compartilhar informações.

Transmissão ou recepção dessas mensagens: comunicação empresarial.

Habilidade ou capacidade de estabelecer um diálogo; entendimento [...].

Ação de participar de uma conversa [...].

Notificação que se envia a alguém; aviso [...].
[...]

Mensagem que se transmite ou é recebida escrita ou oralmente.

Demonstração feita oral ou por escrito sobre algum assunto.
[...]

Troca que se efetiva, através de um código linguístico, entre a pessoa que produz o enunciado (emissor) e quem o recebe (interlocutor)³.





Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Podemos perceber que o conceito de comunicação definido no dicionário se remete a aspectos da comunicação humana. Ainda assim, sabemos que o *Homo sapiens* é apenas uma entre as tantas espécies que desenvolve suas atividades de maneira social e depende dessa relação para viver com plenitude. Portanto, a comunicação é uma característica própria dos seres vivos e se constitui em um dos atos definidores da própria vida⁴.

Assim, é possível afirmar também que todo comportamento é comunicação, dessa forma, mesmo a intenção de não comunicar comunica essa intenção. Da mesma forma, a dificuldade em se comunicar adequadamente pode causar sentimentos negativos, gerando desconforto e isolamento, sendo a educação um mecanismo de facilitação da comunicação, pela aproximação de conceitos e culturas⁵.

A comunicação, do ponto de vista das humanidades, pode ser considerada uma ferramenta para a construção da realidade social através da *performance*, execução e desempenho relacional, ou seja, não se limita a um mero intercâmbio de mensagens. Assim, percebemos que a comunicação, mais do que conceituar, nomear e definir, também é uma ferramenta para desempenhar tarefas. O profissional da saúde, por exemplo, enquanto ser construtor e transformador da realidade social, utiliza a comunicação como ferramenta para realização de grande parte do seu trabalho⁶.

A comunicação tem um grande papel também na definição de estratégias para o sistema de saúde. *Grosso modo*, um sistema pode ser definido como um conjunto de elementos organizados que interagem de forma dinâmica^{7,8}. Não é à toa que as políticas que regulamentam o sistema de saúde estimulam cada vez mais a melhoria na qualidade da comunicação como estratégia para atender as demandas de saúde da população e fornecer um cuidado integral e humanizado. A comunicação é um componente central e transversal de todo o funcionamento do sistema⁹. Os fenômenos comunicacionais se expressam em diferentes níveis de organização desse sistema, de maneira orgânica:

- » As Redes de Atenção à Saúde (**RAS**) são rearranjos organizacionais que preconizam a horizontalidade e a interação coordenada entre os pontos de atenção à saúde¹⁰.
- » Cada **ponto de atenção**, por sua vez, estimula a horizontalidade e a interação coordenada entre os profissionais de saúde e os demais trabalhadores que atuam nesse ponto¹¹.
- » Já os **profissionais de saúde** vêm reconhecendo a importância da comunicação como ferramenta essencial do processo de cuidado. Dessa forma, buscam estabelecer uma relação horizontal e colaborativa com o paciente, além de se aproximar efetivamente da família e da comunidade¹².

O farmacêutico do cuidado pode ser considerado um componente desse sistema e deve compreender que a natureza do cuidado é essencialmente comunicacional. Ainda que orientado por um método, manuais e protocolos que sugerem certa regularidade dos processos clínicos, o atendimento a cada paciente sempre será um fenômeno comunicacional complexo, singular, resultante do encontro com um sujeito e sua subjetividade¹³.

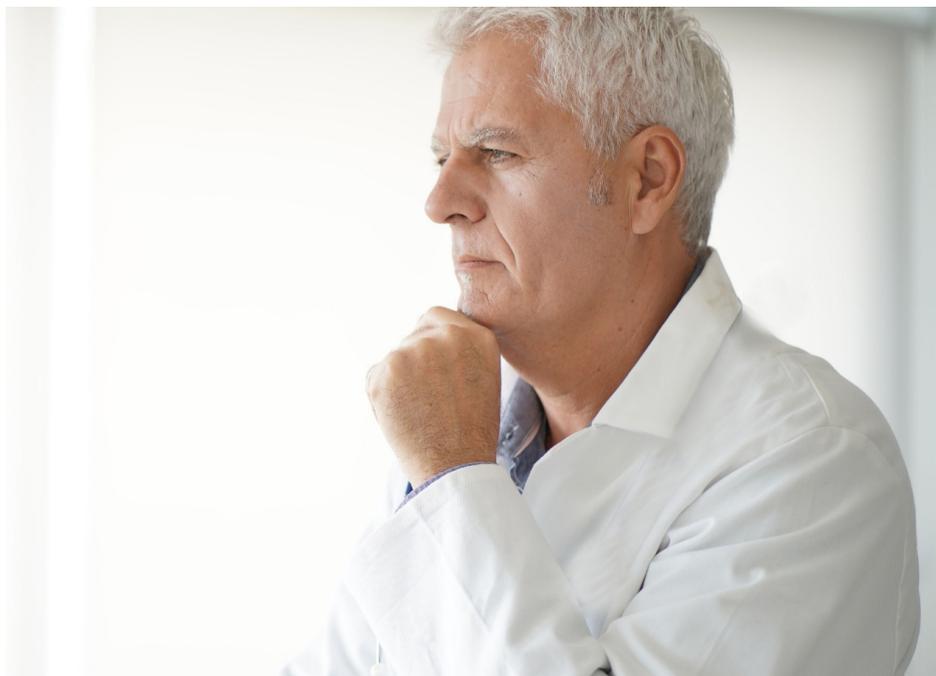
Por isso, nesta aula, buscaremos abordar conceitos e estratégias que estimulem o farmacêutico a refletir sobre sua *performance* comunicacional e a buscar aperfeiçoar suas habilidades comunicacionais como ferramenta para o seu processo de trabalho.

A arquitetura comunicacional na prestação dos cuidados em saúde

É através de atos de fala que os indivíduos negociam ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. O SUS é um sistema de saúde que, cada vez mais, vem destacando a importância da construção de práticas interdisciplinares que consideram o compartilhamento de saberes, valorizando inclusive os saberes dos usuários no processo de tomada de decisão. As políticas de humanização propostas pelo sistema de saúde são executadas basicamente por meio de ações comunicacionais, que buscam acolher o indivíduo de maneira integral promovendo maior horizontalidade nas relações^{14,15}.

A comunicação terapêutica pode ser entendida como a competência profissional que utiliza as habilidades e os conhecimentos em comunicação em favor da saúde do paciente. A comunicação terapêutica é um aspecto da clínica ampliada e busca estimular o paciente a expressar sua capacidade de solucionar conflitos, enfrentar dificuldades, aceitar limitações pessoais, refletir sobre a autorrealização e seu papel como indivíduo, adaptar-se a uma necessidade de mudança e ajustar-se àquilo que não pode ser mudado. É incentivar a busca por um viver mais saudável, com mais qualidade em todos os sentidos^{15,16}.

Como em uma consulta clínica ocorre majoritariamente uma interação dialógica, vale a pena refletir sobre essa estrutura ou, mais precisamente, sobre a arquitetura conversacional.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Você já ouviu a expressão “construir o navio dentro d’água”?

Durante um diálogo é isso o que fazemos. A arquitetura comunicacional no processo dialógico considera que a unidade básica do entendimento mútuo se dá através de turnos de fala, uma dinâmica que pode ser ilustrada como aquilo que os interlocutores fazem para responder ao enunciado um do outro através do tempo. Considera-se que os interlocutores sabem algo sobre a história, mas estão construindo o futuro no momento da interação¹⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os atos de fala nunca estão completos, pois eles criam contextos e são dependentes do contexto que antecederam o ato. No processo dialógico as ações são contextualmente orientadas e a significação de algum enunciado é **duplamente contextual**, isto é, **moldado pelo contexto e renovador de contexto**. Isso quer dizer que a interpretação de um enunciado sempre está relacionada com o contexto no qual ele ocorre ao mesmo tempo em que o contexto está relacionado à ação imediatamente precedente. Por isso, cada ação gera o contexto imediato para a próxima. Essa dinâmica cria o pano de fundo a partir do qual a próxima ação será entendida. Considera-se, portanto, que há um macrocontexto, relativamente estável, e um microcontexto extremamente dinâmico, que se modifica a cada nova fala¹⁸.

“O processo comunicacional em contextos específicos, como em instituições, por exemplo, onde relação de poder ou determinadas regras sociais estão presentes, podem oferecer alguma particularidade ao processo interacional. É muito diferente, por exemplo, quando um advogado conversa com um juiz durante uma audiência e quando conversa com um amigo durante um jantar, por exemplo. Alguns encontros já estão bem estabelecidos e a arquitetura comunicacional segue elementos que já estão, em maior ou menor grau, bem definidos (p. 153)¹⁹.”

A conversação também tem a característica de ser imprevisível, cheia de pausas, interrupções, sobreposições, risos, silêncios, onomatopeias, figuras de linguagem, variações de tom, fluidez e altura da voz, entre outros. Todos esses fenômenos são significativos, ou seja, eles comunicam coisas, e estão relacionados com atributos do ator social, como classe, idade, gênero etc. e não podem ser ignorados. Para ilustrar, observemos o exemplo a seguir, que é a transcrição detalhada de um excerto de consulta farmacêutica (Quadro 15):

Quadro 15. Diálogo entre profissional e paciente no contexto de uma consulta farmacêutica (1)

F1: É... a senhora tem **insuficiência cardíaca** que é um coração que está **sobrecarregado**, então ele bate com um pouco de dificuldade por isso que precisa dos remédios. É uma **bomba** que ↓ perdeu um pouco da força. Então precisa (.) dos remédios para ajudar ele a ter força. **Isso** é insuficiência, cardíaca. E (.) fibrilação arterial, que é outra coisa do coração, é arritmia que ele bate igual daquele jeito que eu falei tunta, tunta, né? Mais **rapidinho** ele bate.

P: ↓ Ah... (3,0)

F1: Então... A senhora veio aqui fazer o exame de sangue pra ver o **RNI**? Sabe o RNI ou não? Aquela que tem na car[teiri-nha]?

P: [Aquela que dia 28] de abril eu tenho retorno

F1: ↑ ABRIL?

P: Hum rum.

F1: Tá, ↓ então a gente não sabe como está o seu RNI, n?

P: Não (1,0) eu não trouxe, mas eu tenho a carteirinha.

F1: Farmacêutica; P: Paciente; ...: prolongamento do final da palavra; **texto**: destaque da(s) palavra(s) na frase; -: prolongamento do meio da palavra; (,): pausa curta; (1,0): tempo de silêncio em segundos; ↑: aumento de tom; ↓: redução de tom; **TEXTO**: volume aumentado da voz; **[TEXTO]**: fala sobreposta.

Fonte: Cedido por Godoy (2017)¹⁹ e Imagem – Flaticon ©



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Nesse pequeno exemplo verificamos alguns elementos do processo conversacional. O macrocontexto é o consultório farmacêutico, a unidade de saúde. A relação existente é do tipo *expert-não expert*, o que atribui certa verticalidade de poder (que pode ser negociada durante a interação). O microcontexto é apresentado a cada nova fala.

A farmacêutica inicialmente busca explicar as condições clínicas para a paciente, justificando a necessidade do uso de medicamentos. A profissional destaca algumas palavras, como “insuficiência cardíaca”, “isso” e “sobrecarregado” para tornar a explicação mais clara. Utiliza o léxico “pouco” de maneira estendida realçando sua função na frase. Faz uso

de uma metáfora “é uma bomba”. Para exemplificar a fibrilação atrial ela utiliza uma onomatopeia “tunta tunta”. No próximo turno a reação da paciente se dá com tom descendente, seguido de 3 segundos de silêncio. Esse silêncio não era esperado pela farmacêutica e pode denunciar desapontamento ou compreensão parcial da explicação. A farmacêutica, entretanto, ignora essa mensagem e, em seu próximo turno, utilizando o advérbio “então” como marcador de uma quebra de sequencialidade, aborda a questão de um exame específico.

Para tornar mais objetivo o processo de atendimento clínico dos pacientes, podemos dividir a consulta em momentos e sugerir condutas, esperando um comportamento mais ou menos padrão do paciente. Mas, não podemos nos esquecer que as variáveis reacionais de cada sujeito são enormes. Por isso uma boa consulta farmacêutica depende grandemente das suas habilidades comunicacionais. No consultório, o profissional deve conduzir a consulta focada nos objetivos do encontro terapêutico. É como dirigir por uma estrada desconhecida, cheia de curvas e obstáculos. Por isso é importante, ser um bom motorista e, acima de tudo, saber onde se quer chegar.

»» A comunicação paraverbal e não verbal

A linguagem humana não se limita à troca de mensagens verbais transmitidas por palavras na fala e na escrita. A comunicação interpessoal normalmente se apresenta como um misto de troca de mensagens verbais, paraverbais e não verbais. A ação verbal tem uma infinidade de funções, dentre as quais destacamos expressar um pensamento, descrever, narrar um evento, questionar, executar uma tarefa.

Ainda que o locutor tenha uma intencionalidade bem definida, as mensagens não verbais geralmente são acessórios comunicacionais automáticos, ou seja, não são conscientizados pelo emissor. Algumas dessas mensagens sequer podem ser controladas, como o rubor facial durante uma situação de constrangimento ou raiva, por exemplo. Ratificamos aqui o fato de que é principalmente por meio dos elementos não verbal e paraverbal que transmitimos o estado emocional e os sentimentos^{21,22}.

Para dar uma ideia geral do protagonismo das mensagens paraverbais e não verbais, alguns autores estimam que, durante uma conversa, 55% da mensagem comunicada é resultado da comunicação não verbal, 38% é resultado da comunicação paraverbal e apenas 7% é resultado da comunicação verbal^{23,24}. Por isso, no caso de haver incompatibilidade entre a linguagem verbal e a não verbal, o que prevalece é seu conteúdo não verbal.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

— Linguagem paraverbal

As mensagens paraverbais existem conjuntamente às mensagens verbais faladas. Diz-se que a linguagem paraverbal está “colada” na linguagem verbal. São exemplos a **entonação**, a **fluidez**, o **ritmo** e o **tom** da fala. Pense, por exemplo, que uma mesma mensagem verbal enunciada em diferentes tons pode gerar interpretações totalmente diferentes, podendo ser entendida como violência, deboche, desprezo, ironia, ternura, preocupação etc. A linguagem paraverbal denuncia principalmente o estado de ânimo ou animosidade do interlocutor. Muitas vezes, na clínica, em consultas com pacientes que possuem algum tipo de neurose ou psicose, estar atento ao elemento paraverbal é parte indispensável do processo semiológico¹⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

— A linguagem não verbal

A linguagem não verbal, por sua vez, não utiliza a palavra e transmite mensagens através de gestos, expressões faciais, proximidade, toque, vestimenta, postura etc.

Segundo Mendes-Nunes¹⁷, a comunicação não verbal é o sinal físico de um estado mental. Pode ser classificada em sinais visuais, cinestésicos, auditivos e olfativos. Os sinais não verbais, quando contextualizados, podem gerar pistas importantes sobre intervenções ou reações implícitas do emissor. Os gestos e expressões da comunicação não verbal são semelhantes em todos os indivíduos. As diferentes culturas, a classe social e a escolaridade produzem, entretanto, particularidades que são apreendidas como recurso de boa convivência e aceitação. Por exemplo, na cultura italiana as pessoas costumam gesticular e falar muito mais alto do que na cultura francesa¹⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Na clínica, identificar essas pistas pode ser de grande valia para o profissional. Geralmente, os sinais não verbais são classificados em visuais (expressão facial, contato visual e movimentos oculares), cinestésicos (postura, contato, distância, gestos, respiração), auditivos (volume, ritmo e tonalidade) e olfativos^{17,25}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O rosto humano é instrumentado com um complexo sistema muscular de sinalização das emoções. Além disso, é a parte do corpo que está mais acessível durante a comunicação, tornando pública a expressão emocional do indivíduo. Expressões que indicam estados emocionais como alegria, tristeza, medo e surpresa são mecanismos neurológicos herdados que dificilmente conseguem ser dissimulados. A expressão facial, indica, além das emoções e do humor, as características da personalidade do indivíduo, também é indicativo de interesse ou desinteresse, veracidade ou falsidade das mensagens, entre outros. Gestos relacionados à estímulos, tais como sono (bocejo) e fome (salivação) são exemplos de mensagens que dificilmente são controladas^{17,25}.

A comunicação visual é um elemento relevante da linguagem não verbal. Está presente desde o nascimento, na comunicação entre mãe e filho. A comunicação visual demonstra, sobretudo, interesse e desenvolve um papel fundamental na interação afetiva. Algumas áreas se interessam ainda pelo estudo dos movimentos oculares pelo fato de o emissor desse tipo de sinal não estar consciente dessas mensagens. De modo geral: movimento dos olhos para a direita são indicativos de que o indivíduo está imaginando ou construindo algo mentalmente, ao passo que o movimento para o lado esquerdo indica que o indivíduo está recordando algo^{17,25}.

A respiração também pode demonstrar indícios do estado emocional dos indivíduos. Pacientes nervosos, por exemplo, podem apresentar frequência respiratória aumentada, e em pacientes deprimidos a respiração é lenta, por vezes, suspirante^{17,25}.

Os gestos dos pacientes complementam a mensagem verbal. Seus significados são dependentes da cultura na qual o emissor está inserido. Eles reforçam o que é dito e também podem representar sinais estereotipados, como o “ok” encontrando o indicador e o polegar enquanto os outros dedos da mão ficam levantados. Durante o diálogo um gesto também pode funcionar como regulador conversacional demonstrando desacordo com o que está sendo dito ou pedindo a palavra, por exemplo. Ademais alguns gestos podem demonstrar manias úteis para dissipar o nervosismo e a ansiedade, como coçar a barba ou afagar os cabelos^{17,25}.

Há uma vasta literatura dedicada a desvendar o significado dos movimentos corporais e a nos treinar para estarmos mais atentos a eles. Sinais que indicam abertura ou fechamento, pressa ou conforto, a maneira como se sente em relação ao outro, relacionando, por exemplo a maneira como acomodam as mãos e as pernas, ou como inclinam a coluna, são pistas que para uma pessoa bem treinada podem ajudar na escolha de temas, na maneira de fazer perguntas, nas atitudes necessárias para deixar o seu interlocutor mais à vontade. Durante um atendimento em consultório, um bom entrevistador estará atento para reconhecer esses sinais, que podem ser de grande auxílio para a construção de uma relação de confiança com o paciente^{17,23}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Berger²⁵ busca uma classificação voltada para o contexto clínico do atendimento farmacêutico. O autor sugere que a comunicação não verbal inclui o espaço e a distância física usados durante a comunicação (proximidade), o tempo usado pelo profissional durante a comunicação (cronológico), a qualidade do contato visual (ocular), o uso do toque (contato corporal), movimento corporal (cinésica), o uso e a escolha de objetos na comunicação, tais como vestuário ou símbolos (objetos), o uso e a qualidade da voz humana, tais como mudanças em tom e ritmo (vocal)²⁵.

Com relação à **proximidade**, essa relação de distância depende muito dos valores e do contexto da comunicação e cabe ao profissional manter uma distância que seja confortável para o paciente^{22,23}. Vejamos um exemplo no Quadro 16:

Quadro 16. Diálogo entre profissional e paciente no contexto de uma consulta farmacêutica (2)

 **F1:** Dona AM. (5,0) Tudo certinho? [Pode se sentar] onde a senhora quiser.

 **P:** [Tudo be-m]

 **F1:** Dona AM, como é que a senhora está?

 **P:** Tudo certo =

 **F1:** Pode sentar mais perto se a senhora quiser.

F1: Farmacêutica; P: Paciente; tex-to: prolongamento no meio da palavra; (1,0): tempo de silêncio em segundos; =: interrupção; [texto]: fala sobreposta.

Fonte: Cedido por Godoy (2017)¹⁹ e Imagem – Flaticon ©

Sobre o item **cronológico**, a maioria das pessoas se sente impaciente e desconfortável por esperar muito tempo por algum serviço. Sabemos que no sistema público de saúde o tempo de espera por consultas pode ser um fator importante que deprecia a qualidade do sistema. Por isso é importante informar o paciente sobre a natureza do serviço a ser prestado, o tempo que a consulta pode levar e, no caso de atraso, apresentar os motivos pela demora junto com um pedido de desculpas. Por outro lado, muitos pacientes reclamam do pouco tempo de consulta, afirmando que as avaliações são muito superficiais e que não há qualquer tipo de co-

nexão verdadeira com o profissional. Conciliar a expectativa do paciente com a demanda de eficiência do serviço é um desafio a todo profissional no Sistema Único de Saúde²⁵. Vejamos um exemplo de desfecho malsucedido da consulta por conta da despreocupação com o tempo por parte da profissional (Quadro 17):

Quadro 17. Diálogo entre profissional e paciente no contexto de uma consulta farmacêutica (3)

 **C:** Nós temos que ir. Eu não tenho muito tempo.

 **F1:** Então, o endereço é...=

 **P:** AH, eu sei onde é ali. Aham.

 **F1:** É no...=

 **P:** Sinto muito, mas a gente precisa ir embora.

 **F1:** Tá bom.

F1: Farmacêutica; P: Paciente; C: Cuidador; tex-to: prolongamento do meio da palavra; (1,0): tempo de silêncio em segundos; =: interrupção.

Fonte: Cedido por Godoy (2017)¹⁹ e Imagem – Flaticon ©

No quesito **ocular**, o contato visual revela interesse e atenção. Além disso, o fato de olhar nos olhos de quem se fala indica honestidade e sinceridade. Em situações corriqueiras de comunicação valorizamos inconscientemente o olhar. Ao conversar com uma pessoa de óculos escuros sente-se certa frieza ou desrespeito. Quando o profissional conversa com seu paciente olhando mais para a tela do computador, ou para o medicamento ou receituário no balcão do que para o próprio paciente, passa a sensação de que está distraído e desinteressado. Profissionais que não têm o hábito de olhar nos olhos do paciente costumam não desenvolver uma relação de confiança com eles^{2,23,25,26}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Em **contato corporal**, o órgão cutâneo é aquele que faz a interface entre o indivíduo e o mundo exterior. A percepção da materialidade do outro se dá mais acentuadamente através do contato cutâneo. Entretanto, o uso do contato corporal deve ser feito com precaução. É necessário compreender o contexto emocional e identificar o nível de proximidade e confiança entre o paciente e o profissional. O toque, quando usado como gesto de cuidado e atenção, pode ser um fator positivo na relação profissional-paciente; é um tipo de comunicação de maior intimidade, capaz de gerar reações intensas no interlocutor, tanto de maneira positiva, quando utilizado no momento correto, como de maneira negativa, se utilizado de maneira pouco diligente e precipitada^{2,23,25,26}.

A **cinésica** diz respeito às mensagens transmitidas através dos movimentos corporais. Esses movimentos podem ser de cabeça, braços, pernas etc. Incluem os gestos, que acompanham a mensagem que se busca passar. Ao dizer “está tudo certo”, mas com a cabeça acenando negativamente, provavelmente a mensagem entendida será a de que na verdade algo não está certo ou mesmo poderá indicar sarcasmo ou ironia. Os movimentos corporais precisam harmonizar com a mensagem verbal, complementando-a sincronicamente^{2,23,25,26}.

O item **instrumentos** refere-se ao uso e à escolha de objetos usados durante a comunicação e que influenciam a percepção da mensagem pelo receptor. Um dos primeiros objetos a se considerar é o vestuário. A roupa que o profissional usa precisa identificá-lo como tal. Na maioria dos estabelecimentos de saúde o paciente tende a perceber quem é o profissional através do vestuário. O profissional passa confiança quando está bem asseado. Essa diferenciação não busca fazer uma hierarquização de importância ou mérito em um estabelecimento de saúde, mas torna-se um código que identifica com quem o paciente pode se sentir à vontade para falar sobre seus medos e problemas²⁵. Em alguns ambientes de saúde, como nos centros de atenção psicossocial (CAPS), por exemplo, existem outros códigos de vestuário, cujo objetivo é deixar o paciente mais à vontade com a equipe de saúde. Outro fator importante da comunicação realiza-

da através de objetos é o ambiente em que ela acontece. No caso de um consultório, é importante observar se há cadeiras para que o paciente possa aguardar o atendimento mais confortavelmente, se o local é limpo etc.^{2,23,25,26}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Segundo Berger²⁵, a comunicação não verbal é o mais autêntico elemento da comunicação, um acessório comunicacional do qual não conseguimos nos livrar, mas podemos nos conscientizar de sua existência e agir no sentido de aprimorá-los para tornar as mensagens passadas ao paciente acolhedoras e confiáveis, mas, ao mesmo tempo, honestas. Além disso, é uma ferramenta muito importante para identificar mensagens que o paciente tem dificuldade em transmitir verbalmente, ou para entendê-lo de maneira mais integral, colhendo informações importantes para a avaliação clínica e construindo uma relação terapêutica e agradável com o paciente.

A comunicação no contexto clínico do cuidado farmacêutico

Estima-se que na atenção básica os profissionais passam praticamente 90% do seu tempo se comunicando. Ainda assim, a comunicação não é uma disciplina abordada na maioria dos currículos de saúde. No entanto, sabemos que a **comunicação adequada entre profissio-**

nais e pacientes melhora o prognóstico de doenças, aumenta a adesão ao tratamento, a satisfação do paciente com o serviço, além de melhorar a saúde mental dos pacientes, reduzir sintomas, queixas e processos contra profissionais de saúde e reclamações sobre o sistema de saúde^{8,27,28}. É justamente através de uma comunicação efetiva que o profissional de saúde conseguirá humanizar o atendimento, horizontalizar a relação, estimular a interdisciplinaridade do cuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde²⁹.

A relevância dos processos comunicacionais em saúde, especialmente para o desenvolvimento da relação profissional-paciente durante consultas clínicas, sugere a necessidade de um esforço no sentido de se aprofundar nessa disciplina, conhecendo seus métodos de análise e estratégias para aprimorar habilidades comunicacionais.

A primeira questão que devemos, enquanto farmacêuticos do cuidado, levar em consideração quando pensamos na comunicação com o paciente durante a consulta é que dentro do consultório buscamos **construir identidades** e **desenvolver tarefas** com a finalidade de alcançar determinados objetivos institucionais³⁰.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Mais adiante, em outras aulas, apresentaremos o **método clínico** orientado para a consulta farmacêutica. Esse método consiste em uma **sequência orientada de etapas para identificar e resolver problemas**. Esses problemas poderão ser trazidos pelo paciente ou identificados pelo profissional durante a consulta. O desempenho desse método se dá através da comunicação com o paciente durante o período da consulta. A comunicação será, portanto, a ferramenta por meio da qual a execução das ações propostas pelo método será possível. As ações clínicas em si são, em sua grande maioria, ações de fala, atos de fala, que se desenrolam enquanto um sistema de discursos que buscam executar tarefas em determinado tempo³¹⁻³³.

Ademais, **a comunicação também é terapêutica**, pois, quando utilizada de maneira adequada, parece produzir efeitos clínicos. Em alguns ensaios clínicos, considera-se o efeito do atendimento como um fator relevante, pois muitos pacientes (mesmo os escolhidos no grupo placebo) apresentam melhora estatisticamente significativa da condição clínica após ser atendido pelo médico^{34,35}.

Você se lembra de quando desenvolvia tarefas laboratoriais enquanto farmacêutico ou estudante de farmácia?

Provavelmente, você seguia um método específico, uma sequência racional de etapas que, se você dispusesse dos materiais e soubesse manejar habilmente as ferramentas (vidraria, balança, bico de Bunsen etc.) o resultado fatalmente sairia como esperado. Ou seja, não havia nenhum tipo de modificação de contexto no decorrer da execução do método. No entanto, na clínica, você vai enfrentar uma variabilidade imensa, encarnada na complexidade dos sujeitos e nas suas subjetividades. Assim, apesar da necessidade de metodologias objetivas que orientam a execução da tarefa clínica, você enfrentará a necessidade da adaptação dessas regras gerais para lidar com a inevitável variação presente em cada caso^{31,36}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O método clínico deve orientar, apontar um sentido para o qual você deverá conduzir o diálogo, com base nos objetivos do encontro profissional-paciente³². Lembre-se que você estará em pleno desenvolvimento de uma comunicação institucional, buscando, em determinado espaço de tempo, desempenhar uma tarefa. Podemos considerar o método clínico, portanto, como um sistema integrado de etapas semi-independentes, as quais são ativadas a depender dos elementos colocados pelo paciente durante o processo comunicacional, mas que funcionam de maneira holística. Para sintetizar, a execução do método é dependente da comunicação, a qual é influenciada pelo macrocontexto (no caso, o contexto institucional) e pelo microcontexto dinâmico da dialógica comunicacional^{14,31,37}.

Assim, a correta execução do método clínico dependerá do reconhecimento das características do processo conversacional para conduzir de maneira mais eficiente o diálogo com seu paciente, cuidador ou familiar.

»» A comunicação clínica: habilidades de um profissional do cuidado

Algumas atitudes devem ser conscientizadas e exercitadas pelo farmacêutico durante a comunicação com o paciente. Elas são, em sua maioria, esforços conscientes, posturas e ações desenvolvidas transversalmente durante a consulta. Vale a pena refletir e identificar o quanto você reconhece e utiliza essas estratégias nas suas conversas casuais, ou mesmo em conversas clínicas com o seu paciente, caso você já tenha alguma experiência em atendimento clínico.

■ Acolhimento

O acolhimento pode ser considerado como uma das principais estratégias da Política Nacional de Humanização. Surge a partir de uma discussão sobre modelo de saúde que sugere uma modificação do modelo técnico-assistencial. Apesar de o termo remeter a um processo de recepção do usuário, seu significado para o sistema de saúde vai além, pois considera as atitudes dos profissionais em relação à situação e às necessidades do paciente a partir da entrada do usuário no sistema³⁸.

Acolher é um gesto de aceitação sincera, que respeita o outro em sua condição humana. A aceitação, por sua vez, é uma condição para a convivência pacífica e benéfica entre indivíduos de diferentes culturas e é essencial para que o acolhimento seja autêntico, responsável, simpático e empático^{12,25}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Do ponto de vista prático, quando o usuário adentra o ambiente de saúde (seja no acolhimento no consultório, seja na entrada da unidade de saúde), o profissional deve tentar identificar a situação em que o paciente se encontra, avaliando brevemente sua condição física e emocional, individualizando a atenção, obtendo e respondendo as necessidades desse usuário. Deve também estar atento às mensagens que passa a esse usuário, ou seja, o profissional deve exercitar a simpatia e a empatia, demonstrando respeito, atenção e disponibilidade²⁶. No contexto da consulta, o profissional deve chamar o paciente pelo nome, cumprimentá-lo, recebendo-o com um sorriso (a menos que o paciente demonstre antecipadamente sinais de dor, preocupação ou tristeza), indicar onde o paciente e, eventualmente, seu cuidador ou acompanhante, devem se sentar, confirmando se estão confortáveis. Se houve atraso, é importante explicar os motivos. O Quadro 18, a seguir, demonstra um acolhimento em uma consulta farmacêutica.

Quadro 18. Diálogo entre profissional e paciente no contexto de uma consulta farmacêutica (4)



F1: Olá, boa tar-de.



P: Boa tarde.



F1: Tudo bem com o senhor?



P: Tudo bom.



F1: Tudo  Bom? O senhor pode se assentar aqui do lado. Tudo bem com a senhora?



C: Tudo, e você?



F1: Tudo jo-ia, Pode se sentar aqui com ele. como é o seu nome?



C: WA.



F1: Seu BA, eu sou farmacêutica, tá? A gente chamou o senhor pra conversar sobre os medicamentos que o senhor toma, tá bom? Nessa consulta.

F1: Farmacêutica; P: Paciente; C: Cuidador; tex-to: prolongamento do meio da palavra;  : aumento de tom.

Fonte: Cedido por Godoy (2017)¹⁹ e Imagem – Flaticon ©

— Empatia

A empatia é uma palavra derivada do alemão *Einfühlung*, que significa partilhar uma experiência com o outro. Trata-se de um reflexo inato do ser humano e pode ser compreendido como uma identificação emocional com as manifestações emocionais do outro. Por exemplo, se um bebê é colocado ao lado de outro que está chorando, o primeiro provavelmente irá chorar também, assim como uma piada sempre parece mais engraçada se é acompanhada do riso de outras pessoas^{2,25,26}.

Existem áreas no cérebro que sensibilizam a sensação subjetiva de dor e que reagem à “dor própria” de uma maneira muito semelhante à reação produzida ao se presenciar a dor de outrem, ou seja, o mesmo reflexo cerebral produzido nessa região durante o contato sensorial doloroso acontece ao se perceber o contato de outro indivíduo ao mesmo estímulo doloroso. A empatia talvez seja um componente que constantemente reivindicamos como parte da nossa “humanidade”. Apesar de ser um mecanismo inato, somos constantemente dessensibilizados das nossas respostas empáticas.

Devemos, enquanto cuidadores, manejar cuidadosamente nossas respostas empáticas, identificando, compreendendo e respondendo a dor do outro, sem, no entanto, nos deixarmos sensibilizar de maneira exagerada a ponto de nos intoxicarmos emocionalmente pelos problemas dos pacientes^{2,25}.

O reflexo empático no profissional faz com que o paciente se sinta compreendido em seu estado de drama ou dor e torna mais fácil a verbalização dos problemas e também faz com que o profissional tenha a sensibilidade de sugerir condutas mais aceitáveis pelo paciente em cada momento. Vejamos um exemplo de reação empática no Quadro 19.

Quadro 19. Diálogo entre profissional e paciente no contexto de uma consulta farmacêutica (5)



P: Eu tenho muita dor no corpo sabe. Mas o problema meu é mais **emocional** né (3,0) (resp) ^por que eu perdi um filho, faz anos, mas quanto mais passa, mais^ (4,0)



F1: Mais saudade né? (2,0).



P: ↑ Sim, sempre que a gente lembra, olha a foto, daí dá uma tristeza.



F1: Não tem como não ser né?



P: E também eu tenho um filho que no começo do mês vai ser pai (.) aí a gente fica preocupada.



F1: E tá ansiosa com isso também?



P: É...

F1: Farmacêutica; P: Paciente; (1,0): tempo de silêncio em segundos; **texto:** sílaba, palavra ou som acentuado; (resp): respiração audível; ^Texto^: entonação de desânimo ou tristeza; (.) pausa curta; ...: prolongamento no fim da palavra.

Fonte: Cedido por Godoy (2017)¹⁹ e Imagem – Flaticon ©

— Escuta ativa

Quando estiver atendendo um paciente é preciso escutar atentamente o que ele tem a dizer, fazer um esforço ativo para ouvir reflexivamente toda a narrativa do paciente. A escuta ativa é essencial para entender o paciente de maneira integral, a experiência do adoecimento, os medos e expectativas com relação ao tratamento. Se você estiver atento ao que o paciente diz será mais fácil estabelecer um plano de cuidado em conjunto e também uma relação de confiança com ele²⁶.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A escuta ativa também ajuda a identificar mensagens que estão “nas entrelinhas”, ou deixas verbais que apresentam significados que vão além do conteúdo superficial da mensagem, que o paciente busca passar indiretamente, de maneira consciente ou inconsciente².



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Por fim, o contato com o profissional de saúde pode ser por si só um processo curativo para o paciente. Muitos pacientes se sentem melhor pelo simples fato de serem ouvidos. Além disso, o fato de o paciente verbalizar seus problemas pode ajudá-lo a refletir sobre eles, a organizar

seus pensamentos a respeito da sua realidade e conscientizar-se dela. É importante demonstrar interesse pelo que o paciente diz através de gestos e mensagens de facilitação, que o estimulem a prosseguir seu relato. Mas é preciso ter cuidado para não criar generalizações sobre os pacientes à partir de convicções ou classificações pré-concebidas, do tipo “este paciente é poliqueixoso” ou “este paciente só veio em busca de atestado”. Lembre-se, o estereótipo é o maior inimigo da escuta ativa e da boa entrevista clínica^{2,17}.

■ Assertividade

A assertividade é a característica do profissional que é seguro, confiante, objetivo nas suas ações e honesto com o paciente. Tem relação com a habilidade de avaliar uma situação e expressar, de maneira clara e calma, sua opinião ou posicionamento sobre um tema, respeitando o outro e a si próprio.

Profissionais assertivos buscam a horizontalidade da relação com o paciente (relação sujeito-sujeito), na qual esses sujeitos adultos discutem questões e possibilidades de maneira honesta e comprometida^{2,25,26}.

Profissionais não assertivos, por outro lado, normalmente desenvolvem uma comunicação submissa, passiva e têm receio ou desinteresse em expressar o que pensam ou sentem. Quando o profissional não é assertivo pode ocorrer o fenômeno de inversão da assimetria, na qual se constrói uma relação do tipo patrão-empregado. O profissional tende a desenvolver reações defensivas, demonstrar insegurança, gerando desconfiança no paciente²⁶.

A comunicação agressiva é outro tipo de postura não assertiva. Profissionais que utilizam a comunicação agressiva desrespeitam o outro em sua dimensão de sujeito, tendem a ter posturas dominadoras, destacam características que estimulam a assimetria da relação, buscando inibir a outra parte e não toleram a divergência de pensamento. Comunica-se através de sarcasmos, frases lacônicas que indicam fechamento, interrompem o paciente, não exercitam a escuta ativa. Trata-se de um profissional anacrônico que se arrasta no conservadorismo biomédico, acreditando que cabe ao paciente obedecer e executar as ordens do profissional^{2,25,26}.

Enquanto profissional do cuidado, é preciso buscar sempre ser assertivo, honesto. Ainda que se sinta inseguro sobre alguma questão, não deixar de ser honesto e claro com o paciente, compartilhando com ele a dúvida, dizendo que irá buscar a informação, se porventura faltar alguma resposta no momento do atendimento. Nunca tentar cobrir insegurança e deficiência de conteúdo com ações intimidadoras^{2,25,26}.

— Comunicação suporte

O diagnóstico de uma doença pode trazer consigo um emaranhado de sentimentos negativos, entre eles a perda, o medo e a culpa. A perda da liberdade, da juventude, da independência, dos prazeres de viver e de experimentar. O medo de se tornar um fardo para os outros, de se tornar incapaz de realizar suas atividades e o medo da morte. A culpa relacionada ao desenvolvimento da doença. A comunicação de apoio visa ajudar o paciente a aceitar o que não pode ser mudado e adaptar-se a uma nova realidade que demanda novas atitudes³⁹.

Como na maioria das vezes o farmacêutico trabalha com doentes crônicos, seu trabalho quase sempre está focado no estímulo de um processo de aceitação pelo paciente (da condição clínica, da necessidade do uso dos medicamentos, da mudança de estilo de vida etc.). A maioria dos indivíduos é resistente à mudança e isso é resultado de sentimentos, emoções e questionamentos que fazem com que esse processo se torne indesejado. As coisas parecem ficar fora do controle e isso produz no indivíduo uma reação negativa no sentido de evitar a mudança. Raiva, reclamação e depressão podem ser sinais agudos diante da iminência dessa necessidade. O ser social foge da exclusão social. Uma nova realidade traz consigo o temor da incapacidade, da frustração e da derrota que são ingredientes da exclusão.

A comunicação suporte busca estabelecer um diálogo de confiança, honestidade e respeito entre o profissional e o paciente, para que dessa maneira possam firmar um acordo de corresponsabilidade pelo tratamento²⁵.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

— Manejo de conflitos: entendendo e lidando com a raiva

Enquanto profissionais do cuidado, entramos em contato com diferentes tipos de pessoas, com diferentes personalidades e que respondem de maneira diferente aos problemas. Além disso, interferências emocionais podem estar na gênese de conflitos, motivados por sentimentos como a raiva.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Mas, o que é e o que motiva o sentimento de raiva?

A raiva pode ser classificada como um sentimento secundário, pois trata-se de um mecanismo de defesa inato e primitivo que aflora quando encontramos um problema que nos faz sentir mal e que não sabemos como resolver racionalmente. Por exemplo, quando perdemos as chaves do carro, ou quando o ônibus está atrasado e temos um compromisso inadiável e pontual. Nesse caso, a raiva nasce posteriormente ao sentimento de angústia por não se encontrar o que se procura ou perceber a iminência de um atraso. Sentimentos semelhantes acometem pacientes que já não sabem como manejar sua doença e são constantemente cobrados por resultados pelos profissionais de saúde^{25,39}.

Quando um paciente manifesta o sentimento de raiva no consultório é preciso ter calma e cuidado para não se deixar ser desrespeitado nem desrespeitar o outro (assertividade). O paciente precisa ser ouvido com atenção (escuta ativa), é preciso colocar-se no lugar dele (empatia), entender a causa da sua raiva, o sentimento primário que fez seu humor piorar, e mostrar-se compreensivo, com postura profissional. Descobrir-se doente, dependente de medicamentos crônicos, torna o indivíduo fragilizado e muitas vezes ele não encontra recursos para superar a angústia psíquica relacionada a essa realidade, o que produz a raiva^{25,39}.

Cuidado com as reações, a empatia inata também pode nos levar a ficar zangado com as atitudes agressivas do paciente. Uma sugestão é ouvir o paciente, deixando-o falar e responder com tranquilidade, sinceridade, objetivamente e, principalmente, sendo compreensivo. Isso desmonta a postura agressiva do indivíduo. Quando se trabalha com pacientes de saúde mental sempre existe a possibilidade de que ele se apresente emocionalmente alterado. O profissional deve reconhecer isso como um sintoma da doença. Ainda, pacientes que não aceitaram sua condição clínica podem estar vivenciando psicodinâmicas reativas, como negação, raiva, barganha ou depressão, antes de finalmente aceitar o tratamento e sobretudo a doença. Na fase de negação e raiva eles podem não aceitar a medicação, nem qualquer tipo de sugestão profissional (Quadro 20).

Quadro 20. Diálogo entre profissional e paciente no contexto de uma consulta farmacêutica (6)

P: Tem uns remé-dios que eu ando tomando (.) e estou **insatisfeita**.

C: Tem um remédio que eu não sei qual é, e que depois ela não come.

F1: E acha que não consegue comer por causa da rosuvastatina? Não?

P: Não. É o seguinte: eu fui internada aqui no hospital (.) para fazer um exame de cateterismo que diz que eu precisava de **mais duas pontes de safena** (.) e neguei. Eles disseram não, não é assim (.)[↑] eu sei que não é assim, eu sei que vocês querem experimentar mais um pouco. [↑] Aí eles me deram uma tal, deixa eu ver o nome dela. Um **diurético**.

F1: É hidroclorotiazida?

P: Hidroclorotiazida, que eu tomo metade todo santo dia. Aí comecei a ficar com rugas por falta de hidratação sabe.

F1: Entendi.

P: ^E rosuvastatina também tirou meus músculos^. Eu to olha. Eu to completamente magrinha. Às vezes até o vento assim me leva. Que eu era mais gorduchinha.

Farmacêutica; P: Paciente; (1,0): tempo de silêncio em segundos; **texto**: ênfase na palavra; (resp): respiração audível; ^Texto^: entonação de desânimo ou tristeza; (.) pausa curta; ...: prolongamento do fim da palavra.

Fonte: Cedido por Godoy (2017)¹⁹ e Imagem – Flaticon ©

Apresentamos nesta primeira parte da aula algumas das habilidades comunicacionais necessárias ao profissional farmacêutico, é preciso desenvolver e treinar essas formas de comunicação, seja em consultas simuladas, seja na prática clínica real, com seus pacientes. Entretanto, não se limite a esse conteúdo, pois existe uma vasta e apaixonante literatura sobre o tema que pode te ajudar a ser um profissional mais humano e eficiente através da comunicação. Verifique as referências e as leituras complementares sugeridas no final da aula.

»» As barreiras comunicacionais

Inicialmente é necessário tomar cuidado ao elencar barreiras. Os farmacêuticos, em geral, têm uma tendência a supervalorizar as barreiras e as utiliza para justificar uma inércia que impede a profissão de evoluir. É preciso ficar claro que as barreiras – comunicacionais, burocráticas, estruturais ou administrativas – existem, mas são passíveis de serem superadas.

Elencamos no Quadro 21, a seguir, algumas barreiras que podem dificultar o processo comunicacional entre paciente e profissional. Evidentemente, é possível encontrar outras barreiras que dificultarão a sua comunicação com o paciente no seu processo de trabalho, mas ganhando habilidades comunicacionais você será capaz de encontrar soluções para elas⁴⁰⁻⁴⁵.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 21. Barreiras comunicacionais enfrentadas pelo farmacêutico

Tipo de barreira	Tipos de problemas	Sugestões de solução
Barreira cultural ou social	O paciente apresenta crenças religiosas, dogmáticas, tradicionais que o impedem de seguir as orientações	Sem julgar o paciente, buscar alternativas junto com ele, respeitando sua cultura ou buscar convencê-lo sobre a necessidade de reconsiderar algumas ações, quando necessário, explicando calmamente as possíveis consequências. Respeitar o paciente em sua decisão
	Paciente com nível educacional ou de letramento em saúde que dificultam a compreensão do tratamento	Buscar estratégias para melhorar o letramento em saúde, utilizar linguagem adequada ao entendimento do paciente (linguagem mais coloquial). Utilizar instrumentos pictóricos como recursos para o entendimento do paciente
	O paciente não reconhece o papel da consulta farmacêutica	Atentar-se para sua vestimenta, utilizando jaleco asseado e identificação de farmacêutico. Antes de iniciar a consulta, apresentar-se como farmacêutico clínico, informar o propósito do encontro, discutir e pactuar objetivos. Explicar como será o atendimento e quanto tempo irá durar. Se necessário, utilizar materiais educativos impressos
	Paciente acostumado ao modelo médico centrado considera que o médico é o único que deve manejar sua farmacoterapia	Explicar que o manejo da farmacoterapia é compartilhado com o farmacêutico e que o médico será comunicado caso mudanças sejam necessárias; que o cuidado está sendo realizado em equipe. Aceitar o fato de que pode haver algum paciente que prefere não receber o atendimento e liberá-lo
Barreira cognitiva ou fisiológica	O paciente apresenta limitações linguísticas, auditivas, visuais ou cognitivas (por exemplo: o paciente é mudo, estrangeiro ou apresenta algum problema de saúde que o impede de falar, ouvir ou entender)	Adaptar sua comunicação, utilizar elementos pictóricos, buscar um tradutor (cuidador), buscar na literatura estratégias para algum caso específico

(continua)

(continuação)

Tipo de barreira	Tipos de problemas	Sugestões de solução
Barreira emocional	O paciente adentra o consultório nervoso, chorando ou irritado	Acolher o paciente. Esperar um tempo para que ele possa se recompor, identificar as necessidades imediatas desse indivíduo e buscar atendê-las. Estar atento ao fato de que algumas manifestações emocionais podem ter significado clínico. Demonstrar reações empáticas
	O farmacêutico sente-se nervoso ao atender o paciente, inseguro, apressado ou desinteressado, utiliza jargões para criar assimetria na relação, não consegue organizar/manejar o tempo (demora demais ou apressa o fim da consulta)	Participar de treinamentos simulados de atendimento, pedir para um farmacêutico mais experiente acompanhar a consulta, estudar os protocolos clínicos, utilizar instrumentos que ajudem a guiar o atendimento. Dedicar o tempo da consulta integralmente para o paciente, realizar uma descontaminação emocional prévia
Barreira ambiental/ estrutural	Barreira ambiental/ estrutural	Negociar com a gestão para dispor de algumas horas de consultório. Explicar a necessidade de se ter disponível um ambiente asseado e privativo para a realização das consultas
	Negociar com a gestão para dispor de algumas horas de consultório. Explicar a necessidade de se ter disponível um ambiente asseado e privativo para a realização das consultas	Buscar conscientizar a equipe sobre a necessidade de privacidade na hora do atendimento, buscar juntamente com a equipe e a gestão revitalizar o ambiente de atendimento. Estar atento à estética e infraestrutura do espaço: pintura, objetos, mobiliário, limpeza etc.
Barreira ambiental/ estrutural	Dificuldade de acesso a registros ou informações técnicas	Reunir materiais de consulta rápida, livros técnicos, protocolos clínicos impressos. Acessar a base de dados eletrônicas através de computador ou celular. Pactuar com a equipe e a gestão maneiras de acessar histórico do paciente e de documentar a consulta, compartilhando com outros profissionais a evolução clínica do paciente

Fonte: Elaborado à partir de Schmalzried e Moreira⁴⁰⁻⁴⁵.

O não reconhecimento das barreiras comunicacionais têm como consequência a ineficiência no serviço prestado com a consequente insatisfação do usuário e ausência de desfechos clínicos mensuráveis. É comum haver encaminhamentos desnecessários, aumento da taxa de absenteísmo, desmotivação do profissional, desvalorização pela gestão do serviço clínico do farmacêutico e, por fim, sua extinção.

» Estratégias práticas para melhorar sua comunicação com o paciente durante a consulta: treinar e adquirir experiência

Como já comentamos anteriormente, a comunicação é uma capacidade natural do ser humano, porém ela pode ser treinada e aprimorada para realizar diferentes tarefas. Daremos aqui algumas sugestões breves de métodos que podem auxiliar a melhorar a comunicação com o paciente no contexto do atendimento clínico. Esses métodos poderão ser desenvolvidos no próprio ambiente de trabalho, em conjunto com a equipe. Aprender a se comunicar é um processo relativamente árduo, algumas pessoas precisam superar a timidez, criar desenvoltura, melhorar o vocabulário e isso se consegue com estudo e treino.

Consultas simuladas: semelhante a uma representação teatral em que você desempenhará o papel de farmacêutico e outra pessoa (ator, um colega, um amigo) deverá representar o papel de um paciente⁴⁶. Você poderá utilizar um prontuário de atendimento farmacêutico para orientar seu atendimento. Aquele que representa o paciente será orientado por um roteiro (caso clínico) contendo informações gerais, como personalidade, sexo, idade, aspectos sociais, queixas, comorbidades, farmacoterapia, problemas que você deverá identificar e propor soluções. O ideal é que uma terceira pessoa participe como observadora e anote aspectos que são problemáticos ou que podem ser melhorados na consulta. O observador pode utilizar

um instrumento de avaliação de qualidade de consulta para servir de guia. Sugerimos instrumentos validados como o que consta no caderno 2 da série Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica do Ministério da Saúde, publicado em 2014⁴⁷, desenvolvido a partir do *framework* de consulta para avaliação da farmacoterapia de Abdew-Tawab, de 2011⁴⁸.

Consultas compartilhadas: nesse caso, um farmacêutico mais experiente acompanha a consulta do outro, interferindo o mínimo possível no processo. Posteriormente, ele aponta quais foram os aspectos comunicacionais falhos ou deficientes e discute como podem ser melhorados⁴⁹.

Gravação de consultas: nesse procedimento, é necessário pedir autorização do paciente para gravação da consulta. Explicar que a finalidade é estritamente pedagógica (não será utilizado para fins de pesquisa) e que o material será destruído em seguida e não haverá nenhum tipo de publicação derivada desse material. A gravação pode ser em áudio ou em vídeo, a depender da disponibilidade de equipamento. A obtenção da gravação em vídeo é melhor, porque permite observar elementos não verbais. Uma estratégia mais refinada e rigorosa consiste em transcrever trechos da consulta e analisar o conteúdo à partir de um referencial microetnográfico de análise de conversa^{14,19,50}.

Todos estes métodos devem ser seguidos de uma discussão de caso, focando em elementos da comunicação profissional-paciente. A partir das críticas de outros farmacêuticos ou outros profissionais com experiência em atendimento, você poderá melhorar consideravelmente suas respostas comunicacionais com o paciente⁴⁹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Síntese da Aula

Discutimos nesta aula aspectos relacionados à comunicação, com ênfase na comunicação profissional-paciente em contexto institucional de consulta ambulatorial. Buscamos discutir algumas habilidades relevantes para o farmacêutico que deverá, através da comunicação com o paciente, realizar tarefas orientadas pelo método clínico de atendimento. A comunicação adequada ao contexto clínico de atendimento farmacêutico permite que, em determinado espaço de tempo, o profissional seja capaz de identificar problemas relacionados à farmacoterapia e identificar problemas relacionados a estilo de vida.

Sugerimos também propor, em concordância com o paciente, estratégias para resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia e estratégias para promoção e proteção da saúde do indivíduo. Além disso, buscar favorecer o estabelecimento de uma relação de confiança, profissionalismo e respeito com o paciente e, cuidador e/ou sua família.

Referências

1. Wolf M. Teorias da Comunicação. Lisboa: Editora Presença; 1995.
2. Godoy RR. Os novos paradigmas de saúde e a atenção farmacêutica: a preocupação com a qualidade da comunicação e da relação profissional-paciente. Monografia de Conclusão de Curso de Farmácia Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009.
3. Dicio. Dicionário Online de Português. Comunicação. [Internet] 2019 [acesso em 26 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/comunicacao/>.
4. Capra F. A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix; 2006.
5. Morais GSdN, Costa SFGd, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paulista de Enfermagem. 2009;22:323-7.
6. Chatwin J. Conversation analysis as a method for investigating interaction in care home environments. Dementia (London). 2014 Nov;13(6):737-46.
7. Ferreira MdA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006;59:327-30.
8. Ceron M. Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa. UNA-SUS. São Paulo: UNIFESP; 2010.
9. Mattos RAd. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2009;13:771-80.

10. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Saúde OP-Ad, il. p, editors. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2011;20:867-74.
12. Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à Tecnologia Informacional. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):502-11.
13. Possamai FP, Dacoreggio MdS. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2007;5:473-90.
14. Heritage J, editor. Conversation analysis and institutional talk: analyzing distinctive turn-taking systems. Proceedings of the 6th International Congress of IADA (International Association for Dialog Analysis), 1998; Los Angeles – California: S.Cmejrková, J.Hoffmannová.
15. Favoreto CAO, Camargo Jr KRd. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2011;15:473-83.
16. Stefanelli E, Carvalho C. A Comunicação nos Diferentes Contextos da Enfermagem. Barueri: Editora Manole; 2005.
17. Mendes-Nunes J. Comunicação em Contexto Clínico. Lisboa: BayerHealthCare; 2007.
18. Garfinkel H. *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1967.
19. Godoy RR. Análise qualitativa da interação farmacêutico-paciente em consultas ambulatoriais e desenvolvimento de serviços de Cuidado Farmacêutico na rede atenção à saúde de Curitiba. Curitiba-PR: Universidade Federal do Paraná - UFPR; 2017.
20. Drew P, Chatwin J, Collins S. Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expect*. 2001 Mar;4(1):58-70.
21. Pontes ACXCL, I.M.T.A.A.; Ramos, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007;61(3).
22. Chaves Terra A, Heidtmann Vagheti H. A comunicação proxêmica no trabalho da enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. *Ciencia y enfermería*. 2014;20:23-34.
23. Weil PT, R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 59ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1986.
24. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*. 2012;14:164-70.
25. Berger BA. Communication skills for Pharmacists. Building relationships. Improving patient care. Washington DC: American Pharmaceutical Association; 2005.
26. Correr J, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013.
27. Birhanu Z, Assefa T, Woldie M, Morankar S. Determinants of satisfaction with health care provider interactions at health centres in central Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2010 Mar 24;10:78.
28. Cerqueira ATdAR. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13:469-73.
29. Hagemeyer NE, Hess R, Jr., Hagen KS, Sorah EL. Impact of an interprofessional communication course on nursing, medical, and pharmacy students' communication skill self-efficacy beliefs. *Am J Pharm Educ*. 2014 Dec 15;78(10):186.

30. Wallman A, Vaudan C, Sporrong SK. Communications training in pharmacy education, 1995-2010. *Am J Pharm Educ.* 2013 Mar 12;77(2):36.
31. Heritage JA, M. Structure of social action. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.
32. Cipolle R, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide.* New York: 2ª Edition; 2004.
33. Teixeira JAC. Comunicação em contexto clínico. *Análise Psicológica.* 2007;25:307-10.
34. Benson J, Britten N. Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *BMJ.* 2002 Oct 19;325(7369):873.
35. Alharbi TS, Carlstrom E, Ekman I, Jarneborn A, Olsson LE. Experiences of person-centred care – patients' perceptions: qualitative study. *BMC Nurs.* 2014;13:28.
36. Campos GWdS, Amaral MAd. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007;12:849-59.
37. Ostermann AC, Souza Jd. Contribuições da análise da conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. *Cadernos de Saúde Pública.* 2009;25:1521-33.
38. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLdMd. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate.* 2015;39:514-24.
39. Pacheco C. *ABC da Trilogia analítica – Psicanálise Integral.* São Paulo: Editora Próton; 2003.
40. Schmalzried HD, Fallon LF, Jr. Reducing barriers associated with delivering health care services to migratory agricultural workers. *Rural Remote Health.* 2012;12:2088. [Epub].
41. Lawn S, Delany T, Sweet L, Battersby M, Skinner T. Barriers and enablers to good communication and information-sharing practices in care planning for chronic condition management. *Australian journal of primary health.* 2015;21(1):84-9.
42. Landmark AM, Svennevig J, Gerwing J, Gulbrandsen P. Patient involvement and language barriers: problems of agreement or understanding? *Patient Educ Couns.* 2016 Dec 14; 100(6):1092-1102.
43. Al-Omar LT, Anderson SL, Cizmiciu AD, Vlasimsky TB. Implementation of a Pharmacist-Led Diabetes Management Protocol. *American health & drug benefits.* 2019 Feb;12(1):14-20.
44. Zigman Suchsland ML, Hardy V, Zhang Y, Vigil PD, Collins KL, Woodhouse WM, et al. Provider Perspectives of Patient Experiences in Primary Care Imaging. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM.* 2019 May-Jun;32(3):392-7.
45. Moreira F, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. *Revista gaúcha de enfermagem.* 2019;40(spe):e20180308.
46. Storpiertis S, Nicoletti MA, Aguiar PM. Uso da Simulação Realística como mediadora do processo ensino-aprendizagem: relato de experiência da Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo. *Rev Grad USP.* 2016;1(2).
47. Brasil. Ministério da Saúde. *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

48. Abdel-Tawab R, James DH, Fichtinger A, Clatworthy J, Horne R, Davies G. Development and validation of the Medication-Related Consultation Framework (MRCF). *Patient Educ Couns*. 2011 Jun;83(3):451-7.
49. Souza TT. Desenvolvimento de modelos de serviços de cuidado farmacêutico a pacientes polimedicados. Doutorado [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.
50. Sidnell J, Stivers T, editors. *The Handbook of Conversation Analysis*. Blackwell Publishing Ltd.; 2013.

Material Complementar

Livros

Longo L. *Linguagem e Psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.

Vídeos

Janela da Alma Psicanálise. Animação: Comunicação. 5 nov. 2017 [acesso em 8 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=C46FsySwXGs>.

Psychic Minutes. Agressivo, passivo ou assertivo? 25 jun. 2014 [acesso em 8 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rd1mCZVNnxE>.

FILMESADVITA. Comunicação e Relação nos Cuidados. 2 fev. 2016 [acesso em 8 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=t46hCFNph0k>.

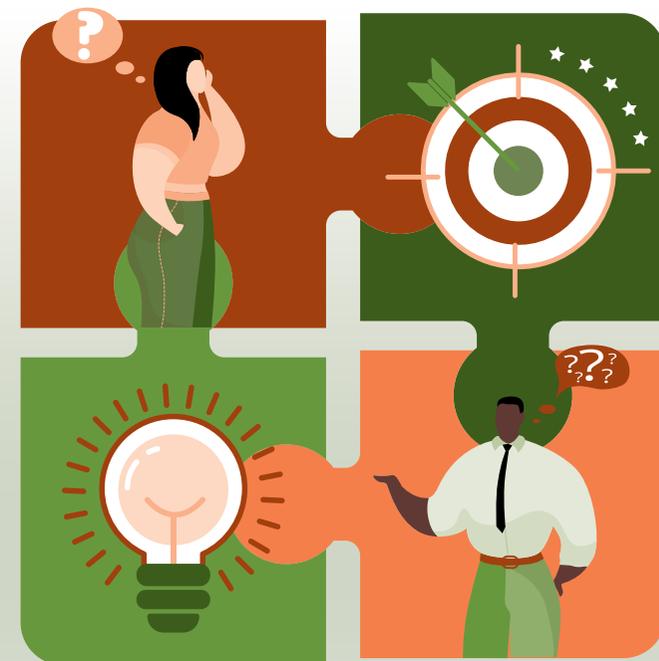
Autor

Rangel Ray Godoy

Farmacêutico, com mestrado em ciências farmacêuticas, doutorando em ciências farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. Experiência com avaliação de tecnologias de saúde, atenção básica, cuidado farmacêutico em atenção primária, secundária e terciária e com e design e implantação de serviços de cuidado farmacêutico.

10

Aula



Estratégia de comunicação entre farmacêutico e equipe de saúde

Autor: Rangel Ray Godoy



Ementa da aula



Nesta aula serão abordados os princípios de comunicação interpessoal na prática clínica e as estratégias e técnicas de comunicação entre o farmacêutico e a equipe de saúde.

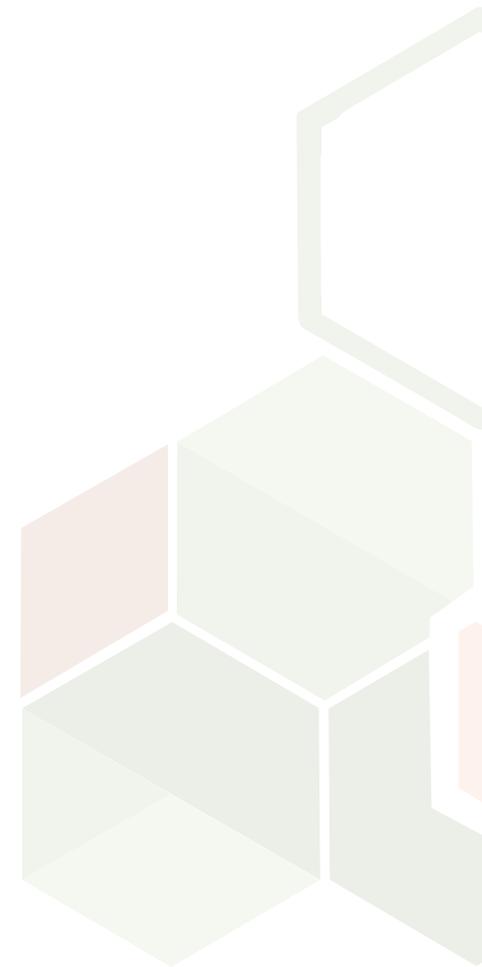
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Conhecer os fundamentos da comunicação para desenvolvimento das habilidades de comunicação com a equipe de saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Introdução

Muito se tem discutido nos últimos anos sobre a importância da comunicação entre profissionais da equipe de cuidado em instituições de saúde para estimular a segurança do paciente. A comunicação e o trabalho interdisciplinar são apontados como determinantes da qualidade e da segurança na prestação de cuidado². O trabalho em equipe pode gerar maior eficiência, melhorar a autoestima, o bem-estar psicológico e o apoio social dos profissionais. Esse tema tem sido discutido intensamente no contexto da atenção secundária e terciária, em hospitais e unidades de emergência, porém, vem ganhando protagonismo no contexto da Atenção Básica de Saúde^{2,3}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os fenômenos transicionais do século XXI pressionaram o rearranjo organizacional do SUS no sentido de se construir as Redes de Atenção à Saúde. A centralidade da atenção básica nesse processo traz à tona mais uma vez a comunicação interpessoal como ferramenta que operacionaliza e orquestra o trabalho em equipe e entre equipes.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436/2017⁴, são atribuições dos profissionais da atenção básica, entre outras:

XX - Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na [Atenção Básica] AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

[...]

XX - Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular,

trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

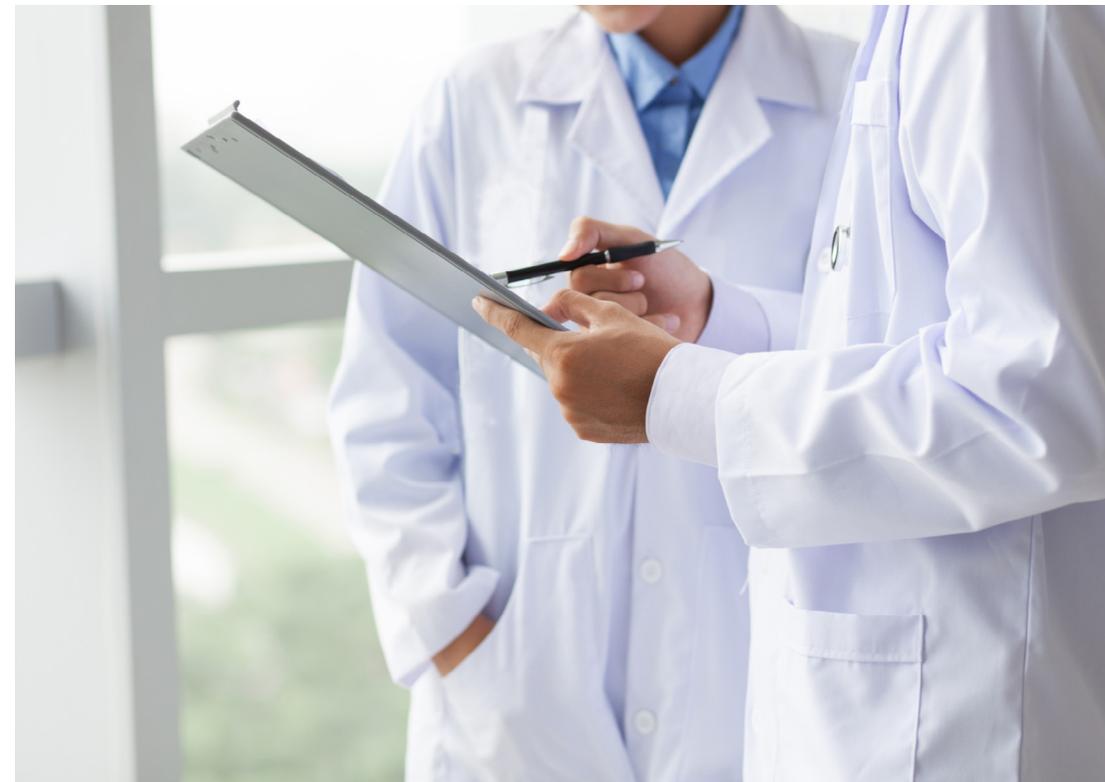
XXI - Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII - Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada; [...]⁴. ””

Todas as práticas sugeridas acima pela PNAB são executadas a partir de ações comunicacionais (troca de mensagens) que acontecem entre profissionais com a finalidade de colaborar para a promoção da integralidade e universalidade, proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tais práticas são importantes para que a atenção básica não se limite a planejar demanda de consultas médicas, mas que tenha planejamento de oferta, seja promotora de saúde, em um modelo proativo de cuidado interdisciplinar⁵.

As mudanças do ponto de vista assistencial e organizacional do sistema de saúde entram em consonância com as transformações da profissão farmacêutica no SUS. A diversificação da carteira de serviços do farmacêutico aproxima o profissional da equipe de saúde com o objetivo de colaborar para melhor atender as necessidades de saúde da população. Com uma inclinação mais clínica e inserido em uma equipe de cuidado, o farmacêutico precisa conhecer os mecanismos, domínios e adquirir habilidades para desempenhar uma prática interprofissional colaborativa em saúde^{6,7}.

Nesta aula apresentaremos e discutiremos a prática interprofissional e colaborativa em saúde, seus mecanismos e estratégias, destacando a comunicação enquanto domínio transversal dessa prática. Além disso, discutiremos estratégias e instrumentos comunicacionais utilizados cotidianamente na prática clínica dos farmacêuticos do Brasil e de outros países. Enfatizaremos os fenômenos comunicacionais com o médico, não com a intenção de estimular um protagonismo do médico como membro da equipe de saúde, mas, sim, porque, em locais onde o cuidado farmacêutico está implantado, o compartilhamento de decisões sobre a farmacoterapia normalmente acontece com esse profissional.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A prática interprofissional colaborativa em saúde

A chamada prática interprofissional colaborativa em saúde é um dos métodos utilizados para melhorar a eficiência dos serviços de saúde, pois considera uma perspectiva dialógica entre os profissionais e tem como principal domínio a comunicação, além de gerar melhorias na utilização de recursos, no desempenho do cuidado, nos resultados em saúde, e racionalizar os gastos e promover a satisfação profissional^{8,9}. A interdisciplinaridade, nesse contexto, prevê a superação da fragmentação e do isolamento dos saberes e práticas de saúde. Ainda, segundo Previato e Baldissera¹⁰, há uma diferença importante que deve ser considerada entre o trabalho multi e o interprofissional no contexto do cuidado em saúde:

“diferentemente do multiprofissional, o trabalho interprofissional realiza-se por meio da reflexão sobre os papéis profissionais e da tomada de decisão compartilhada, pelos quais se constroem os saberes de modo dialógico, com respeito às singularidades das diversas práticas profissionais (p.2)”¹⁰.

O exercício da prática interprofissional colaborativa pode ser considerado um método que reorganiza o processo de trabalho da equipe de saúde e presume um modelo articulado e sinérgico de ações. Para se alcançar esse tipo de articulação em um instituição de saúde é necessário o reconhecimento dos seguintes domínios: “cuidado centrado na

pessoa, clarificação dos papéis profissionais, dinâmica de funcionamento em equipe, resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa”(p.2)¹⁰.

A **comunicação interprofissional** é considerada como o domínio primordial da prática interprofissional colaborativa por ser transversal a todos os demais. Trata-se da troca de mensagens entre os diferentes profissionais compartilhando saberes, decisões e perspectivas. Além disso, a comunicação interprofissional promove a oportunidade de os profissionais compartilharem problemas, vitórias e inquietações geradas no cotidiano de trabalho, tendo relação direta com a melhoria dos resultados em saúde e satisfação do usuário para com a instituição¹¹.

O domínio da comunicação interprofissional pode acontecer de diversas maneiras, em diversos ambientes, facilitada por diferentes instrumentos e motivada por múltiplos objetivos. Buscaremos discutir alguns deles neste capítulo. Espera-se que essas diferentes abordagens sejam sinérgicas no sentido de proporcionar um processo de conversação solidária, que fomente transformações na prática, promova a humanização do cuidado e que inclua o usuário¹¹.

A comunicação interprofissional, além de ser o principal domínio da prática interprofissional, é considerada um princípio fundamental da atenção básica que busca a integralidade do cuidado e a alta resolutividade das ações por ela proposta. Por isso ela será o foco da nossa abordagem nesta aula.

Para refletir!

Você considera que as equipes da sua unidade de saúde trabalham de maneira interprofissional e colaborativa? Como se manifestam as práticas interdisciplinares de cuidado no seu ambiente de trabalho?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Apresentaremos a seguir fenômenos, tecnologias e estratégias comunicacionais que influenciam qualitativa e quantitativamente no estabelecimento da comunicação interprofissional, trazendo um foco no contexto específico da atenção básica. É a partir delas que o farmacêutico poderá igualmente construir sua prática colaborativa com os demais profissionais da equipe de cuidado.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Sistemas e tecnologias de registro e compartilhamento de informação

Os sistemas de registro, como prontuários eletrônicos, prontuários físicos e o próprio e-SUS-AB são elementos que promovem o compartilhamento de informações e dos registros das ações realizadas individual ou coletivamente. São meios de comunicação formais com foco no usuário, instrumentos que, indiretamente promovem a comunicação e o processo de cooperação interprofissional. São indispensáveis para o compartilhamento e gerenciamento do cuidado ao usuário, culminando em ações mais eficientes, promovendo a segurança do paciente e reduzindo ações redundantes e desperdício de recursos¹². O farmacêutico ao desenvolver atividades clínicas de consulta a pacientes, deverá sempre utilizar algum sistema de registro para compartilhar a informação com os demais profissionais. É importante que o profissional tenha acesso aos sistemas de compartilhamento de informação, tanto para documentar seu atendimento, quanto para ter acesso ao histórico de cuidado do paciente. Esses sistemas evidenciam a longitudinalidade do cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no território, aspectos tão caros à atenção básica^{1,13}.

Atenção!

Pode-se dizer que os prontuários eletrônicos são ferramentas que estão contidas na estratégia do e-SUS-AB, o qual pode ser reconhecido como um sistema de informação mais complexo e integrativo da atenção básica, uma estratégia para tornar mais eficiente o registro e compartilhamento de informações¹.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Do ponto de vista da prática interprofissional colaborativa, o sistema de registro é um elemento essencial, porém não suficiente. As trocas de informação entre os profissionais não devem se restringir a esse tipo de veículo; que, apesar da inegável importância do aspecto documental dessas ferramentas, elas não prescindem o contato direto profissional-profissional. Assim sendo, dentro do contexto da colaboração interprofissional, os sistemas de informação são vistos como um acessório comunicacional indireto importante, mas devem ser acompanhados de outras estratégias que promovam a interação face a face entre os profissionais¹⁰.

Para refletir!

Como se dá o compartilhamento formal de informações clínicas na sua unidade de saúde? Você, enquanto farmacêutico, já teve acesso ao sistema de registro na sua UBS?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

» Sistemas e tecnologias de informação informais

Uma reflexão importante deve ser feita com relação ao uso das tecnologias comunicativas informais, tais como WhatsApp e *e-mail*, enquanto ferramentas de promoção de maior comunicabilidade entre os profissionais. Trata-se de uma tendência contemporânea cada vez mais presente e pode ser um desafio transcender a essas tecnologias como estratégia de comunicação de grupo, pois, a princípio, elas parecem

mais eficientes e ágeis. Entretanto, apesar das oportunidades interacionais que essas ferramentas podem proporcionar, o seu uso exclusivo pode fragilizar a prática interprofissional colaborativa, na qual se espera que se desenvolva com um caráter dialógico de maior proximidade e troca entre os interlocutores (profissionais, técnicos, usuários, gestores). Outro problema é a excessiva informalidade das trocas comunicacionais dentro da instituição, podendo prejudicar a eficiência na definição e organização de estratégias de cuidado a longo prazo.

Observemos a seguir relatos reproduzidos do estudo de Previato e Baldissera¹⁰ que ilustram as questões discutidas anteriormente:

« Nós utilizamos muito os meios de comunicação informais, principalmente o WhatsApp, para passar um recado, uma informação [...] isso descaracteriza uma comunicação interprofissional efetiva, porque não tem uma troca. (Fisioterapeuta – GF 4)

Acho que a comunicação, entre as equipes, acontece na maioria por recadinhos de papel, WhatsApp, celular [...] mas nem sempre temos um retorno, porque a demanda é grande, então a maioria é uma mera passagem de informações sobre casos mesmo. (Nutricionista – GF 8) (p.7)¹⁰. »

No sentido de se estimular a aproximação na relação entre os profissionais, desenvolvendo-se processos comunicacionais face a face, é importante que se utilize mecanismos informais de comunicação com parcimônia. Grupos de WhatsApp, bilhetinhos, recados, *e-mail*, reuniões informais (de corredor) para discussão de casos quando se tornam uma prática comunicacional corriqueira de uma equipe corre-se o risco de tornar a ação e a reflexão dialógica interprofissional muito menos eficiente.

Para refletir!

Em sua unidade de saúde existem reuniões periódicas entre os membros da equipe de saúde da família? E entre eSF e NASF? Que profissionais participam? O que se discute? Qual a sua inserção enquanto farmacêutico na equipe interdisciplinar?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

» Os agentes comunitários de saúde (ACS)

Os ACS também podem ser considerados meios para se estimular a interação interprofissional, uma vez que são importantes elos entre os usuários e os demais profissionais. Como aliado da prática interprofissional colaborativa, o ACS, através de sua prática de acolhimento inserida no cotidiano dos indivíduos, pode problematizar questões existentes na realidade da comunidade para que sejam discutidas com os demais profissionais em busca de ações resolutivas, promovendo momentos de integração entre a equipe com a troca de saberes e a proposição de práticas integradas. Nesse sentido, os agentes comunitários de saúde exercem uma função importante de gatilho para momentos dialogados, pois podem criar momentos de exposição de casos para serem discutidos entre a equipe saúde da família¹⁰.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

» Matriciamento: atividades técnico-pedagógicas de educação permanente, discussão de casos, clínica ampliada

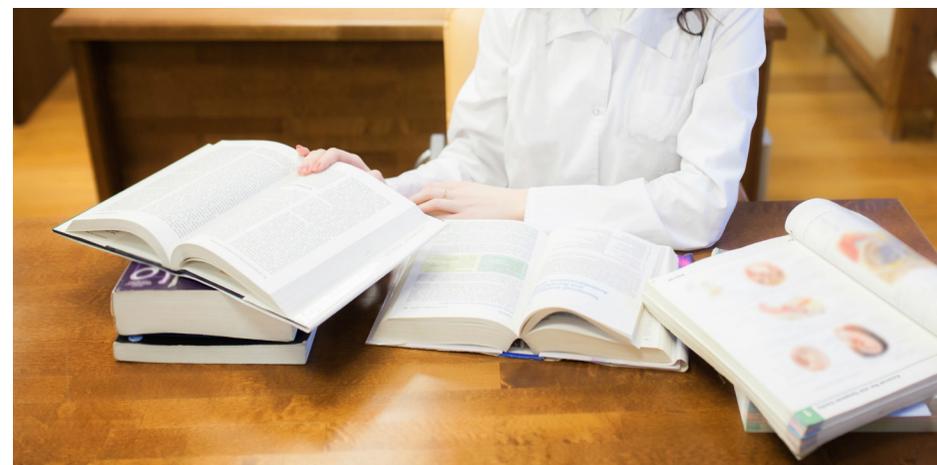
O apoio matricial é uma tecnologia de gestão a partir da qual se definem as atuações dos profissionais. O matriciamento acontece em espaços formais, estruturados e organizados de educação permanente, discussão de casos, construção de planos terapêuticos, intervenções conjuntas em território, entre outras atividades primordialmente de caráter interdisciplinar. Diz-se que o matriciamento repercute nas ações dos profissionais, ampliando sua perspectiva clínica¹⁰.

A realização de reuniões formais e periódicas para discussão de casos clínicos é uma das expressões do matriciamento. É importante definir metodologias, espaços, datas e, se necessário, facilitadores para apresentação e problematização dos casos discutidos. Os profissionais devem, em conjunto com o gestor, planejar esse tipo de atividade interdisciplinar que aglutina profissionais e equipes em benefício do usuário, da eficiência do uso de recursos e da resolutividade dos serviços prestados na UBS¹⁰.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

As atividades técnico-pedagógicas são ações junto aos profissionais da equipe e à comunidade no sentido de promover a educação permanente: divulgando produção científica a ser incorporada na prática; fomentando debates sobre temas importantes para a saúde pública; promovendo eventos técnico-científicos; expondo, identificando, reconhecendo e debatendo problemas e barreiras enfrentadas pelos profissionais no cotidiano de trabalho; propondo estratégias para solução de problemas e melhoria do processo de trabalho; aumentando o letramento em saúde dos clientes do sistema, elaborando informes, materiais de divulgação ao público, entre outros¹¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A clínica ampliada e compartilhada acompanha uma reforma epistemológica no objeto de trabalho da clínica ao ir além do tratamento de doenças, ao agregar a esse objeto os problemas de saúde, enquanto conceito ampliado que considera risco ou vulnerabilidade dos sujeitos. A ampliação não se restringe ao objeto, mas também permeia o objetivo do trabalho ao transcender a produção em saúde por meios curativos, preventivos, de reabilitação ou cuidados paliativos, e ao buscar igualmente aumentar o grau de autonomia dos usuários¹⁴.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Ao se ampliar o objeto e o objetivo da clínica, será necessário transformar as condutas dessa clínica, pois será necessário considerar as dimensões subjetiva e social, além da biológica. Ou seja, para compreender e diagnosticar uma doença é necessário agregar elementos relacionados ao sujeito inserido em determinado contexto, identificando-se fatores de risco

e proteção. E, para tratar essa doença, será necessário utilizar além de terapias medicamentosas e cirúrgicas a comunicação da equipe com o paciente como estratégia terapêutica.

Outra marca da clínica ampliada é a corresponsabilização do profissional com o usuário, com a equipe de saúde e com a gestão. Essa corresponsabilização só pode ser conseguida se houver articulação, interação, colaboração e algum grau de consenso entre esses atores, que só será obtido através de uma rede comunicacional estimulada pela criação de ambientes de trabalho interdisciplinares, horizontais e colaborativos e por uma orientação epistemológica mais hermenêutica, estruturalista e sistêmica¹⁵.

»» Projeto Terapêutico Singular

Trata-se de uma estratégia inserida no conceito de matriciamento, na qual se realiza uma avaliação compartilhada da condição clínica de um indivíduo e se discute uma série de propostas terapêuticas focadas no usuário, na família e na comunidade. O projeto terapêutico singular (PTS) descende do movimento antimanicomial e se desenvolveu principalmente no contexto da saúde mental¹⁶.

A característica dialógica e agregadora própria da construção de um PTS estimula a cooperação profissional na instituição de saúde. O PTS, além de estimular o diálogo e a cooperação interprofissional, considera o próprio paciente como sujeito ativo no processo terapêutico, valorizando seu saber, sua cultura e sua história de vida, ou seja, cria um espaço dialógico democrático e horizontal entre profissionais e o próprio usuário do serviço de saúde. Os PTS fortalecem o conceito de equipes de referência, de corresponsabilização e vínculo; exercitam preceitos pertinentes à atenção básica como garantia do acesso, longitudinalidade do cuidado, humanização e foco no usuário; valorizam a relação cotidiana entre trabalhadores, gestores e usuário do sistema de saúde, bem como da família e da comunidade. O cuidado, dessa forma, é resultado da aproximação, cumplicidade e comprometimento de diversos atores e saberes, considera a diversidade de contextos do usuário (biológicos, psicológicos, econômicos, sociais, políticos e culturais) e gera ações integradas e articuladas¹⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A construção de um PTS é, portanto, resultado da interação dialógica entre dois (ou mais) profissionais e paciente no momento do acolhimento. Se dá através de um tipo de comunicação de grupo, em contexto institucional, em ambiente de consultório. Espera-se que a estrutura comunicacional priorize a escuta ativa da narrativa do paciente com uma posterior negociação de ações de cuidado entre paciente e serviço de saúde, com pacto de condutas e o estabelecimento de metas em determinado período.

»» Consultas domiciliares

As consultas domiciliares são ocasiões importantes para exercitar a clínica ampliada e a comunicação interprofissional, oportunizando o diálogo entre profissionais e usuários, gerando um processo de educação em saúde e educação permanente inserido no ambiente de vida do usuário e dos seus familiares. Isso permite aos profissionais reconhecerem e diagnosticarem a realidade social dos pacientes, discutindo e compartilhando estratégias para melhoria da saúde e da autonomia dos sujeitos. As visitas domiciliares, bem como os demais aspectos do matriciamento, são citadas como práticas que contribuem para evitar a sensação de autossuficiência dos profissionais da equipe^{10,18}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

As consultas domiciliares podem ser realizadas por um único profissional ou por mais profissionais em consultas compartilhadas, e inclusive pode ser assistida pelo agente comunitário de saúde. Em todos os casos, os membros da equipe colhem dados e elementos para serem compartilhados com a equipe nos espaços de discussão de casos e para desenho de estratégias focadas no bem-estar do paciente.

Normalmente uma consulta domiciliar é agendada com antecedência para que o paciente possa se sentir à vontade para receber o profissional (ou os profissionais) em casa. O ACS pode agendar essa consulta, ou o próprio farmacêutico pode fazer isso por telefone. É importante tomar cuidado para não parecer invasivo. O profissional (e/ou a equipe) deve comparecer à consulta bem identificado, ou seja, usando jaleco e

crachá e levando consigo instrumentos necessários para o atendimento, como medidor de pressão e demais aparelhos de avaliação. Essa consulta poderá ser importante para reconhecer aspectos do cotidiano do paciente: o profissional responsável pela visita pode pedir para verificar os locais onde guarda os medicamentos, além de solicitar que simule seu cotidiano em casa (tarefas laborais, relação familiar, exercícios físicos, alimentação etc.), o que pode ser muito útil para avaliação e proposição de condutas.

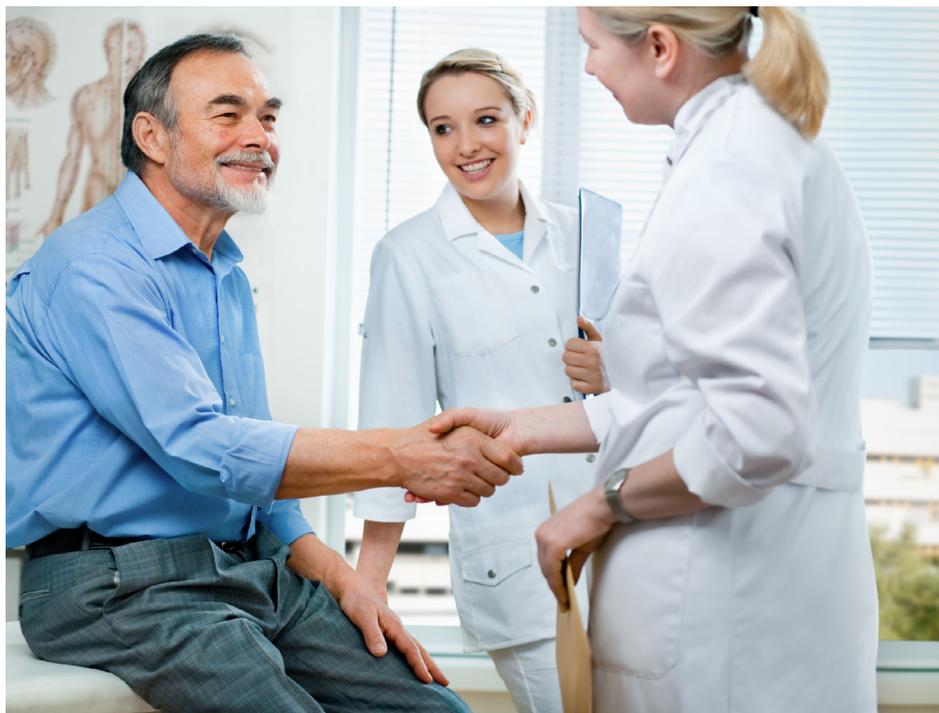
Apesar de uma consulta domiciliar parecer mais informal, devido ao fato de não ser realizada em um consultório, o paciente deve perceber, através das mensagens passadas pelo profissional e/ou equipe o caráter formal do cuidado. Por isso, é importante explicar o motivo da consulta, o tempo destinado a ela e orientar o diálogo para os motivos clínicos do encontro. Em caso de a consulta acontecer com a presença de um membro da família ou cuidador, é importante moderar o protagonismo do diálogo, dando oportunidade para que todos coloquem suas preocupações e percepções.

»» Consultas compartilhadas

Em consultas compartilhadas, a abordagem clínica pode se tornar mais abrangente levando a um cuidado mais integral ao usuário, uma vez que proporcionam o encontro de diferentes sujeitos com conhecimentos e habilidades que se complementam de forma sinérgica. Trata-se de uma proposta de espaço horizontalizado na relação profissional-profissional-paciente, em que o processo comunicacional é uma constante e a tomada de decisão clínica é negociada e pactuada entre os indivíduos no momento da consulta, considerando-se opiniões sobre riscos e benefícios de um tratamento.

As consultas compartilhadas favorecem o bom relacionamento entre os diferentes profissionais, o reconhecimento das possibilidades de contribuição dos colegas de equipe, o aprendizado mútuo e, como sugere Campos¹⁴, “a abertura das estruturas disciplinares onde especialistas e profissionais vem se fechando”(p.5).

Para a realização de uma consulta compartilhada é importante que ambos os profissionais estejam dispostos a colaborar e aprender, reconhecendo a importância da contribuição do outro no processo de cuidado. No desempenho comunicacional, o que acontece é uma negociação natural dos turnos de fala que ocorre concomitantemente ao diálogo. Ainda que possa haver interrupções, falas sobrepostas, o regulador deverá prezar sempre pelo bom-senso, respeitando o espaço de fala do outro. A assertividade é uma habilidade importante, em caso de discordâncias, criando-se um espaço onde os interlocutores expõem com respeito e responsabilidade suas posições. Ressalta-se aqui a importância de ter em mente que, mesmo em uma consulta compartilhada, a prioridade é ouvir o paciente.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Todos os fenômenos e estratégias discutidas anteriormente têm o objetivo de trazer uma reflexão sobre o trabalho interprofissional colaborativo e sobre quais ambientes e contextos eles se expressam. Cabe a cada profissional superar concepções e abordagens tradicionais disciplinares, isoladas, de relações verticalizadas, focadas na doença e no produtivismo em saúde, bem como adquirir habilidades comunicacionais que permitam um desempenho satisfatório das atividades colaborativas de clínica ampliada.

O farmacêutico é um importante membro da equipe multidisciplinar e deve estar familiarizado com essas estratégias, participando ativamente desses espaços e contribuindo assim para a integralidade desse cuidado, com foco no uso racional de medicamentos, na redução de problemas relacionados à farmacoterapia e na melhoria da autonomia do paciente no manejo do seu tratamento medicamentoso.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A comunicação do farmacêutico com o médico e outros profissionais enquanto prática essencial do cuidado farmacêutico

Todas as atividades discutidas no capítulo anterior podem e devem ser desenvolvidas pelo profissional farmacêutico da atenção básica. As necessidades de saúde da população, bem como conceitos de matriciamento e clínica ampliada, constroem o profissional a configurar sua prática de maneira colaborativa e, sempre que possível, numa perspectiva interdisciplinar, focada no cuidado ao usuário¹⁹.

Então, nos perguntamos: por que o farmacêutico tradicionalmente não ocupa esses espaços dialógicos interprofissionais?

É importante refletir e elencar hipóteses, dentre as quais, destacamos:

- » ausência de práticas farmacêuticas clínicas em detrimento de atividades estritamente logísticas;
- » falta de protagonismo do farmacêutico em desenvolver atividades técnico-pedagógicas;
- » falta de capacitação do farmacêutico para as atividades de cuidado;
- » pouca experiência do farmacêutico em atividades que demandam habilidades comunicacionais;
- » gestão que não reconhece o potencial do farmacêutico inserido na equipe e desestimula sua participação em detrimento de um “tarefismo” logístico;
- » equipes ESF e NASF desestruturadas e desarticuladas;

- » falta de clareza dos profissionais da equipe sobre a possível contribuição do farmacêutico na equipe de cuidado;
- » falta de clareza do próprio farmacêutico sobre sua atuação interprofissional.

Todas as causas citadas acima têm ligação direta com o fato de ainda não se estar consolidada a prática de cuidado farmacêutico na atenção básica. As consequências são, como já se sabe, o aumento dos gastos em saúde e de problemas relacionados à farmacoterapia.

O estudo de Nakamura e Leite²⁰ mostra que até mesmo a iniciativa de inserir o farmacêutico nas equipes de Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) esbarra na dificuldade de reconhecer diretrizes, organização e estrutura do processo de trabalho desse profissional dentro da equipe. Ou seja, os farmacêuticos que participam de uma equipe interdisciplinar não têm clareza sobre quais são suas tarefas na equipe. O que se observa é o fato de que esses profissionais de inserem, muitas vezes, em uma equipe de cuidado interdisciplinar, porém seguem enraizados em praxis tradicionais, conservadoras e tecnicistas²⁰.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Praticamente todos os profissionais de saúde da atenção básica desenvolvem consulta, com exceção do farmacêutico. Por isso, a consulta farmacêutica, até o momento, é uma prática simbólica para esse profissional. Ela revela com mais clareza o papel de cuidador desse farmacêutico, ressignificando assim o seu papel perante a equipe de saúde e os próprios usuários do sistema. E, como o cuidado é interdisciplinar, durante uma consulta é possível que se identifique a necessidade de compartilhamento de informações sobre o caso e do cuidado com outros membros da equipe.

Com base em experiências práticas que vêm se construindo no Brasil, podemos identificar uma série de estratégias comunicacionais utilizadas pelo farmacêutico do cuidado para proporcionar a troca de informações clínicas e a tomada de decisão compartilhada. A utilização dessas ferramentas é essencial para o trabalho clínico do farmacêutico, especialmente quando o serviço proposto prevê uma avaliação integral do paciente, quando frequentemente se identificam necessidades que só podem ser atendidas através de ações multiprofissionais. Abordaremos algumas delas a seguir.

»» Estratégias comunicacionais entre o farmacêutico e a equipe de saúde

Apesar de farmacêuticos relatarem dificuldades em desempenhar um trabalho interprofissional com os médicos, à medida que a prática farmacêutica vem se inclinando para o cuidado, vem também se evidenciando progressivamente um processo colaborativo entre esses profissionais. O protagonismo da relação médico-farmacêutico (em relação a outros profissionais da equipe) acontece devido ao fato de que decisões relacionadas aos medicamentos envolvem principalmente o médico, o paciente e o farmacêutico^{21,22}. Além disso, a comunicação médico-farmacêutico é o embrião do trabalho interdisciplinar do profissional farmacêutico, por isso utilizaremos esse par comunicacional para ilustrar as estratégias discutidas adiante.

A interação médico-farmacêutico é essencial para a prática clínica do farmacêutico, ainda que através de veículos indiretos de comunicação, como carta ao médico ou relato de conduta em prontuário clínico. Ademais, a literatura demonstra que a colaboração entre farmacêuticos e médicos aumenta significativamente a segurança do paciente^{22,23}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

É preciso reconhecer que, na maioria dos pontos de atenção à saúde, farmacêuticos e médicos não se comunicam bem, trabalhando de forma independente, principalmente quando o farmacêutico não desenvolve atividades clínicas. Segundo Mercer et al.²², os principais desafios comunicacionais colocados nessa relação são discordâncias com relação ao papel profissional, diferenças de agenda, relutância em aceitar confrontação e diferenças de prioridade de informação. Além disso, há uma asserção tradicional de que o médico é o responsável formal pelo cuidado do paciente, o que cria uma verticalidade aparentemente natural entre o médico e os demais profissionais²¹.

Portanto, cabe ao farmacêutico do cuidado dominar estratégias comunicacionais que estimulem a colaboração com o médico. Isso é essencial para a efetividade de grande parte das condutas farmacêuticas e para o estabelecimento de uma relação ética, tranquila e cooperativa com o profissional prescritor²⁴. Buscaremos, dessa forma, explorar os canais comunicacionais normalmente utilizados para essa interação, discutindo prós e contras.

■ Contato telefônico

O contato telefônico com o médico é uma estratégia efetiva, principalmente quando o médico que acompanha o paciente atende em outra unidade de saúde ou em consultório particular. Esse contato tem a vantagem de estabelecer uma comunicação imediata e poder gerar resoluções também imediatas. É importante durante a conversa com o médico que o farmacêutico:

- » identifique-se como profissional de saúde;
- » identifique de qual estabelecimento de saúde está fazendo contato;
- » identifique o paciente que foi ou está sendo atendido;
- » relate objetivamente o motivo do contato: o contexto em que se determinou essa necessidade, um breve resumo do caso, o problema encontrado, as possibilidades de resolução do problema conforme sua opinião (ou opinião da equipe de saúde);
- » requirite opinião do profissional contatado sobre a questão;
- » seja assertivo e cortês, utilizando linguagem técnica;
- » agradeça a atenção dispendida enfatizando a característica colaborativa da interação;
- » se necessário, organize uma lista dos elementos que deverão ser abordados para tornar a comunicação mais eficiente.

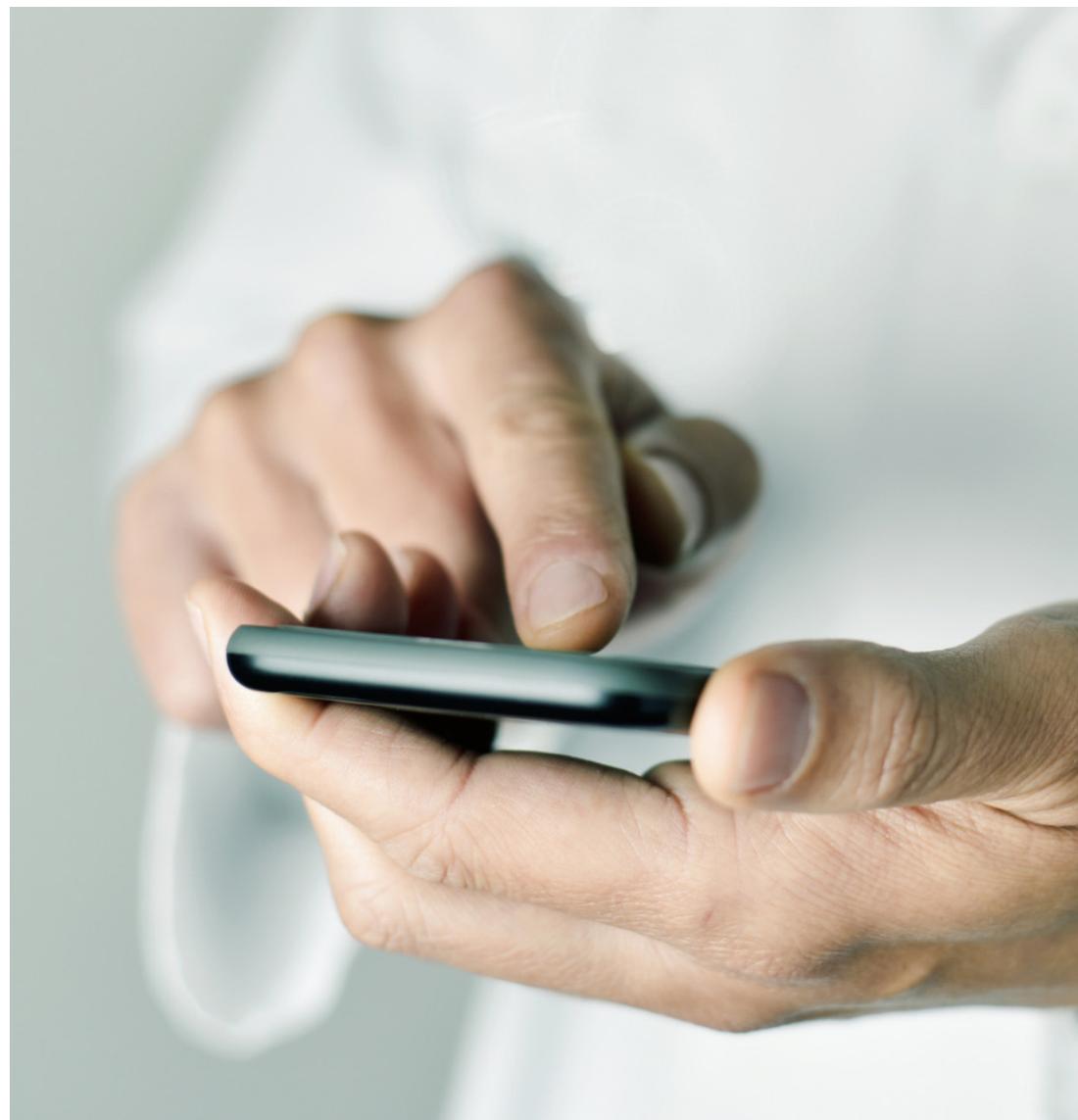
As desvantagens do contato telefônico podem ser: o telefonema muitas vezes é intermediado por uma secretária, a falta de documentação e formalização do encontro dialógico, casos em que o médico não atende, a sensação de estar interrompendo o trabalho do outro profissional, a dificuldade em construir uma relação de cooperação por telefone.

— Contato via *e-mail*, WhatsApp ou fax

O *e-mail*, como ferramenta comunicacional, tem a vantagem de ser imediato e prover um documento escrito que formaliza o contato. Um *e-mail* pode conter informações sistematizadas e mais detalhadas do que é possível se obter em um telefonema. Contudo, a comunicação por *e-mail* é menos imediata do que por telefone e pode demandar um tempo de espera pela resposta.

Apesar de parecer ultrapassado, em alguns países o contato entre profissionais ainda se dá através de fax, que fornece um material mais palpável gerando um estímulo de resposta mais breve. Por outro lado, o uso de ferramentas comunicacionais como WhatsApp geram igualmente uma comunicação instantânea, com o prejuízo de serem menos formais e não gerarem documentos que formalizem a interação, portanto, sugerimos evitar esses aplicativos ou utilizar com parcimônia, preferindo seu uso para atividades comunicativas informais entre a equipe.

Não estamos, entretanto, negando a utilização de recursos comunicacionais instantâneos, ao contrário, consideramos tais ferramentas funcionais como instrumentos de intermédio comunicacional, ou seja, podem estimular, organizar, fomentar encontros formais face a face entre os profissionais. Além disso, essas ferramentas podem aproximar e facilitar a troca de informações entre profissionais de diferentes pontos de atenção à saúde. Observemos o exemplo do Quadro 22, de uma comunicação por WhatsApp (modificado para manter anonimato dos participantes, porém mantida a essência das mensagens) proveniente de um grupo de profissionais farmacêuticos de diferentes pontos de atenção.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 22. Exemplo de contato através do aplicativo WhatsApp entre duas farmacêuticas de diferentes pontos de atenção à saúde



F1: Boa tarde, a leuprorrelina 11,25 mg injetável é fornecida para criança com puberdade precoce?



F2: Sim



F1: Que bom, achei q fosse só pra endometriose e a prescrição pode ser de endocrinologista de plano de saúde? Precisa preencher a LME e termo de consentimento e algum exame específico?



F2: Sim. Exames e relatório específico. Pelo site colocando o CID vc vê todos os documentos e exames. E consegue imprimir o termo e relatório para o médico preencher.

Notas: F1: Farmacêutica 1; F2: Farmacêutica 2.

Fonte: Elaboração própria e Imagem – Flaticon ©

Como é possível perceber no exemplo, apesar de haver marcas de informalidade, tais como a despreocupação com pontuação e presença de elementos taquigráficos (como “vc”), o tema se restringe a questões técnicas e ambos os profissionais são objetivos no sentido de transmitirem da melhor maneira possível a informação necessária.

— Carta endereçada a outro profissional

Esta é uma estratégia efetiva, formal e muito utilizada por farmacêuticos do cuidado para se comunicarem com o profissional prescriptor ou outros profissionais que compartilham o cuidado ao paciente, principalmente quando esses profissionais não atendem no mesmo ponto de atenção à saúde.

Pode ser escrita à mão ou impressa a partir de um computador, no entanto, é importante que haja, no papel onde a carta é escrita ou impressa, a identificação da instituição (marca d’água ou cabeçalho) e a identificação do farmacêutico com assinatura e carimbo.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A carta deve ser elaborada pelo farmacêutico no momento da consulta farmacêutica e entregue ao paciente, que por sua vez, entregará ao médico na ocasião da próxima consulta médica. Por isso, essa carta pode ser considerada uma conduta profissional do farmacêutico, resultado de uma avaliação clínica e da identificação de problemas que, para serem resolvidos necessitam de intervenções do profissional prescritor. Em alguns casos, a carta pode simplesmente requerer ou compartilhar informações a respeito das condições clínicas do paciente ou da farmacoterapia. A carta pode vir no formato de um encaminhamento, ou o farmacêutico pode aproveitar o fato de o paciente já ser acompanhado por um médico periodicamente. Em alguns casos, a depender do tipo de problema identificado, o farmacêutico pode encaminhar o paciente para um serviço de urgência e emergência.

Na prática, esse tipo de comunicação é utilizado principalmente em casos em que se identificam problemas com a farmacoterapia prescrita ou queixas identificadas como problemas maiores que podem necessitar de diagnóstico médico.

De qualquer forma, é importante que haja uma descrição resumida do caso (como acontecem em casos clínicos), identificando o paciente, os fatores de risco, as comorbidades e a farmacoterapia utilizada; a descrição do problema identificado durante a consulta; e o tipo de conduta (ou opções de conduta) que se sugere ao profissional prescritor, conforme modelo sugerido na Figura 18.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Figura 18. Exemplo de carta ao médico

UBS Remédio Certo

Caro doutor,

Encaminho a senhora Joana da Silva, de 65 anos, para avaliação médica.

A paciente é portadora de HAS, DM2, DSLP, ICC CF I, DAC com HX de 2 ATC prévias.

Medicação prescrita: AAS, 100 mg 1x ao dia; enalapril 10 mg 2x ao dia, carvedilol 25 mg 1x ao dia, e metformina 850 mg 3x ao dia.
Automedicação: ômega 3 1000 mg 1x ao dia.

Durante a avaliação em consulta farmacêutica foi identificada a indicação de adição de estatina na farmacoterapia da paciente (sugerimos atorvastatina 40 mg 1x ao dia) para redução do risco cardiovascular e aumento da sobrevida para indivíduos com alto risco cardiovascular, conforme sugere a diretriz brasileira de cardiologia.

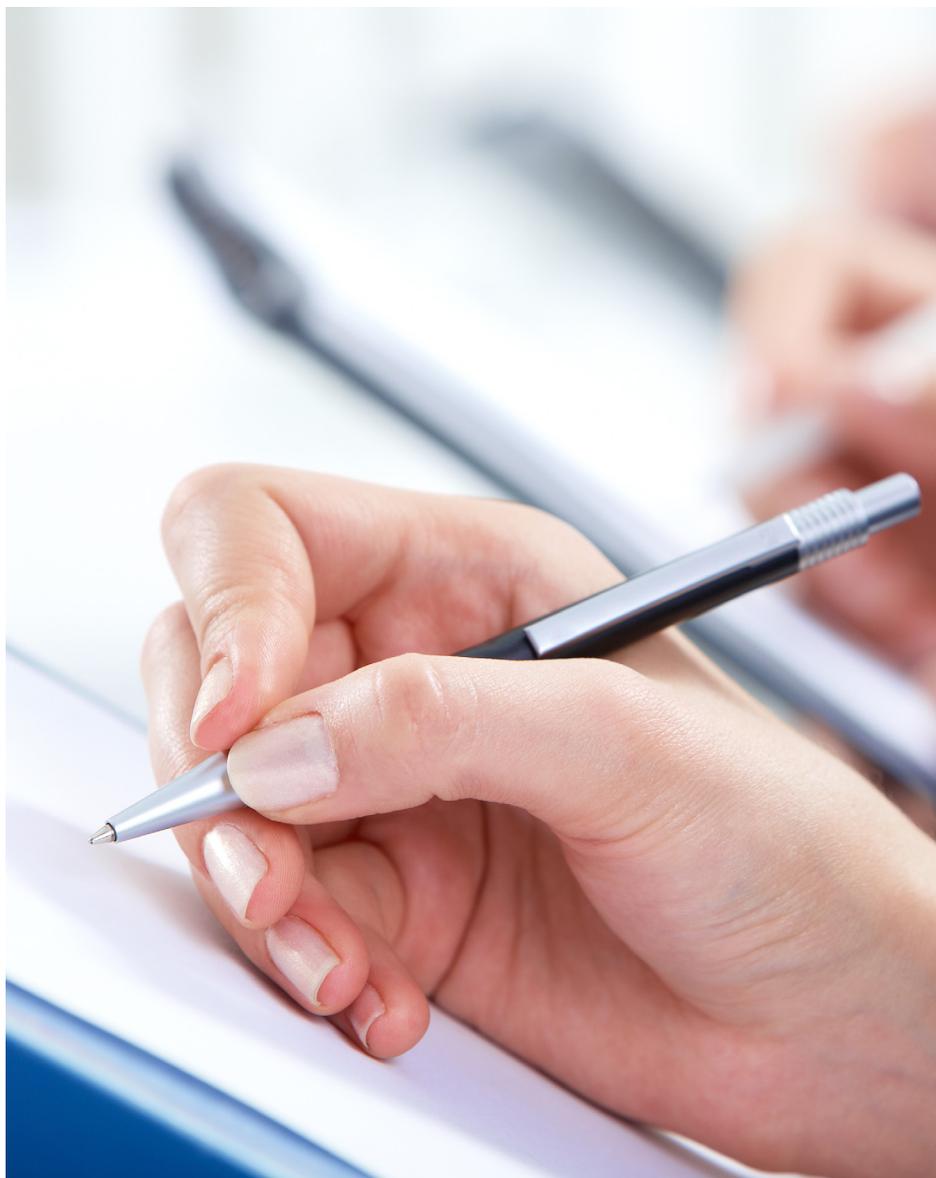
A paciente se mostrou aderente à farmacoterapia prescrita e não apresentou queixas de eventos adversos.

Sem mais, agradecendo a colaboração no cuidado ao paciente, coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

João da Silva
Farmacêutico, CRF xxxxx
(CARIMBO)

Notas: AAS = Ácido acetilsalicílico; HAS = Hipertensão arterial sistêmica; DM2 = Diabetes mellitus tipo 2; DSLP = Dislipidemia; ICC CF 1 = Insuficiência cardíaca, classe funcional 1; DAC = Doença arterial coronariana; Hx = Histórico; ATC = Angioplastia.

Fonte: Elaboração própria.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

É preciso ter cuidado para, através dessa conduta, não “terceirizar” o cuidado do farmacêutico para o médico, ou seja, não se deve fazer uma lista de problemas e pedir para o médico resolver. Muitos casos em que se encaminha o paciente ao médico acompanhado de uma carta acontecem porque o farmacêutico não tem autonomia suficiente para realizar as intervenções necessárias, por exemplo, no caso de adição de medicamentos que exigem prescrição médica, como a atorvastatina do modelo de carta sugerido na Figura 18. Em alguns países o farmacêutico conta com maior autonomia para, por exemplo, requisitar exames laboratoriais para avaliação de segurança e efetividade da farmacoterapia ou para modificar a farmacoterapia do paciente. Da mesma forma, a carta ao médico pode ser uma comunicação cordial e ética para informar o profissional sobre as condutas realizadas pelo farmacêutico durante a consulta, sugerindo um processo colaborativo de cuidado ao paciente.

Fundamentalmente, a carta ao médico formaliza a comunicação e impede o fenômeno conhecido como “paciente mensageiro”, no qual o paciente é orientado para, durante a consulta médica, pedir informações ou sugerir verbalmente ao médico as orientações do farmacêutico.

— Registro em prontuário eletrônico ou prontuário físico

O registro em prontuário é uma estratégia de compartilhamento de informação muito utilizada entre profissionais. É fundamental que o farmacêutico tenha acesso ao histórico de atendimento dos pacientes e que possa compartilhar nesses registros as suas condutas para com o paciente. O modelo de registro mais comumente utilizado para documentar uma consulta é o SOAP. Trata-se de um modelo tradicionalmente utilizados pelos médicos, mas que é funcional também para registrar o atendimento farmacêutico. No acrônimo SOAP o **S** significa subjetivo, o **O** objetivo, o **A** avaliação e o **P** plano de cuidado. Esse tipo de divisão permite organizar os dados subjetivos e objetivos, construir uma avaliação do caso bem como estabelecer um plano de cuidado que fará parte do histórico de cuidado do paciente. Devido à relevância desse tipo de registro, dedicaremos uma aula integralmente ao tema, por isso não detalharemos aqui esse instrumento. Vale lembrar que esse não é o único método de registro, por isso sugerimos que procurem conhecer e utilizar o método padronizado nas suas respectivas instituições.

— Reunião para discussão de caso

Em casos em que o médico faz atendimento no mesmo ponto de atenção onde o farmacêutico trabalha, o método mais eficiente é a realização de pequenas reuniões para discussão de caso. Sugerimos que essas reuniões sejam formalizadas e registradas como atividade de trabalho do farmacêutico e do médico. Sendo assim, é interessante evitar ao máximo que as discussões de casos se limitem aos ambientes informais, como corredor ou copa. Para isso, é importante delimitar um tempo, um método e um local para tais encontros. Antes da reunião, é imprescindível preparar os dados para a reunião tornando-a o mais eficiente possível, focada na exposição dos problemas e na exposição de possíveis soluções para

o alcance de um consenso sobre uma tomada de decisão compartilhada. A conscientização da equipe, incluindo-se o médico e a gestão, sobre a importância e a efetividade desse tipo de espaço pode ser necessário.

— Barreiras para o estabelecimento da comunicação interprofissional colaborativa

Os farmacêuticos normalmente têm dificuldade de se comunicar com os médicos. Diferenças no escopo da prática clínica, dificuldade de compreensão dos limites internos e externos impostos a cada profissão, limitações estruturais, contextos institucionais conservadores, falta de preparo ou de intencionalidade em compartilhar decisões clínicas e carência de processos de trabalhos que estimulem a colaboração são as barreiras que dificultam a comunicação do farmacêutico com o médico²⁵.

Em um estudo realizado por Melo e Castro²⁶ verificou-se que as intervenções propostas pelos farmacêuticos junto aos prescritores eram inicialmente ignoradas, pois estes “não acreditavam na legitimidade do papel do farmacêutico em questões que ultrapassavam o aspecto logístico em relação ao medicamento”(p. 8)²⁶.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Barreiras importantes para a troca de saberes e resolução de problemas podem ser impostas por distintas áreas profissionais que, encasteladas nos limites da sua área de atuação, entendem a prática colaborativa como uma ameaça a sua identidade profissional. Com isso se cria um contexto comunicacional no qual se prioriza a verticalização da relação e, conseqüentemente, tem-se o desgaste da relação com a equipe. Isso se deve principalmente a visões de mundo fragmentadas e mecanicistas enraizados no modelo biomédico.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A universidade também deve preparar melhor os profissionais de saúde em disciplinas que abordem conceitos e habilidades de comunicação interpessoal, superando também a epistemologia positivista que considera que a verdade científica é resultado apenas de análises e resultados numéricos.

Por fim, a gestão deve estimular a prática interprofissional e desburocratizar o processo de cuidado tradicionalmente voltado ao atendimento de demandas e focado na consulta médica como principal serviço oferecido pela atenção básica. Um exemplo da importância das ações de gestores que estimulam práticas interprofissionais pode ser percebido no estudo de Melo e Castro²⁶, citado anteriormente, que, com apoio da gestão, ao proporcionar espaços de comunicação face a face entre farmacêutico e médicos, logrou estabelecer uma relação colaborativa de confiança e harmoniosa entre esses profissionais, ampliando-se e reconhecendo-se, progressivamente, o papel clínico do farmacêutico. A proximidade da atuação clínica do médico com o farmacêutico, através do manejo colaborativo da farmacoterapia, resultou em desfechos mais custo-efetivos.

Conclusão

Nesta aula abordamos a comunicação como domínio principal da prática interprofissional colaborativa. Destacamos, no último capítulo, a interação médico-farmacêutico, porém todas as estratégias comunicacionais podem ser utilizadas com outros membros da equipe interdisciplinar, como enfermeiros, educadores físicos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. A cooperação do farmacêutico com a equipe interdisciplinar pode favorecer de diversas maneiras o desenvolvimento das atividades clínicas do farmacêutico, auxiliando desde o processo de seleção e encaminhamento de pacientes para as consultas, até nas ações clínicas propriamente ditas, como no estabelecimento de decisões clínicas compartilhadas. Experiências prévias ilustram a importância da colaboração de enfermeiros, agentes comunitários de saúde e médicos para a implantação e consolidação do cuidado farmacêutico na atenção básica²⁷.

Considerando o contexto interprofissional de cuidado, como recomendam as diretrizes da atenção básica, o desenvolvimento de ações colaborativa do farmacêutico com médicos e demais profissionais favorece a perenização do cuidado farmacêutico na unidade. A busca por uma abordagem aberta e horizontalizada, valorizando as ações interacionais, poderá facilitar a inserção e aceitação do farmacêutico como membro de uma equipe de cuidado. O reconhecimento das práticas clínicas do farmacêutico em consultório pode revelar a demanda desse serviço, gerar compartilhamento de casos e maior clareza sobre a contribuição do farmacêutico na equipe interdisciplinar de cuidado^{28,29}.

Para que isso aconteça é inevitável que o farmacêutico se capacite, estruture e desenvolva suas atividades de cuidado, tendo clareza do seu papel nas equipes, participando dos espaços de cuidado interdisciplinar e compartilhando o processo de cuidado dos pacientes na atenção básica em busca de melhoria da satisfação do paciente com os serviços de saúde e da equipe com os processos de trabalho.

Síntese da Aula

Nesta aula foi abordado o tema da comunicação do farmacêutico no contexto do cuidado interdisciplinar de saúde. Inicialmente foi apresentado o conceito de prática interprofissional colaborativa em saúde, bem como os seus determinantes ou domínios, sendo a comunicação interprofissional o domínio primordial, por ser transversal ao demais. Foram apresentados instrumentos e estratégias institucionais para fomentar esse tipo de prática na atenção básica. Posteriormente foi abordada de maneira mais específica a importância da comunicação do farmacêutico com os demais profissionais, enquanto aspecto próprio da clínica e motivador da inserção desse profissional na equipe de cuidado. Foram discutidas algumas estratégias comunicacionais que promovem uma prática clínica integrada e que estimulam a colaboração, a responsabilização e a decisão compartilhada entre profissionais e paciente, gerando condutas mais custo-efetivas.

Glossário

e-SUS-AB: o nome e-SUS faz referência a um SUS eletrônico. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde para garantir a integração entre os sistemas de informação, cujo objetivo é gerar o registro da saúde do indivíduo por meio do Cartão Nacional de Saúde, contribuindo e facilitando o trabalho dos profissionais de saúde.

Referências

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Estratégia e-SUS Atenção Básica e sistema de informação em saúde da Atenção Básica - SISAB. Nota técnica 07/2013. CONASS: Brasília; 2013.
2. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: Desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 2015;20(3):636-40.
3. Borman-Shoap E, King E, Hager K, Adam P, Chaisson N, Dierich M, et al. Essentials of Ambulatory Care: an interprofessional workshop to promote core skills and values in team-based outpatient care. *MedEdPORTAL: the journal of teaching and learning resources.* 2018 May 4;14: 10.15766/mep_2374-8265.10714.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, 2017.*
5. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde.* 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
6. Brown JB, Ryan BL, Thorpe C. Processes of patient-centred care in Family Health Teams: a qualitative study. *CMAJ Open.* 2016 Apr-Jun;4(2):E271-6.
7. Cunningham DE, Ferguson J, Wakeling J, Zlotos L, Power A. GP and pharmacist inter-professional learning: a grounded theory study. *Educ Prim Care.* 2016 Mar 29:1-8.

8. van Dongen JJ, van Bokhoven MA, Daniels R, Lenzen SA, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. *Fam Pract*. 2017 Feb;34(1):98-106.
9. Adams TL, Orchard C, Houghton P, Ogrin R. The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. *Journal of Interprofessional Care*. 2014 Jul;28(4):339-44.
10. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2018;22:1535-47.
11. Arruda LdS, Moreira COF. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2018;22:199-210.
12. Woodson TT, Gunn R, Clark KD, Balasubramanian BA, Jetelina KK, Muller B, et al. Designing health information technology tools for behavioral health clinicians integrated within a primary care team. *Journal of innovation in health informatics*. 2018 Oct 31;25(3):158-68.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual de uso do sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
14. Campos GW, Amaral M. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12:849-59.
15. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20:1079-97.
16. Hori AA, Nascimento AdF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19:3561-71.
17. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2011;20:493-502.
18. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2006;15:645-53.
19. Araújo EMD, Galimberti PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade*. 2013;25:461-8.
20. Nakamura CA, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21:1565-72.
21. Moreno G, Lonowski S, Fu J, Chon JS, Whitmire N, Vasquez C, et al. Physician experiences with clinical pharmacists in primary care teams. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2017 Nov-Dec;57(6):686-91.
22. Mercer K, Neiterman E, Guirguis L, Burns C, Grindrod K. “My pharmacist”: creating and maintaining relationship between physicians and pharmacists in primary care settings. *Res Social Adm Pharm*. 2019 Apr 3;pii:S1551-7411(19)30067-1.
23. Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, Rice KR, Somma McGivney MA, Pringle JL, et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. *Res Social Adm Pharm*. 2010 Dec;6(4):307-23.

24. Lalonde L, Hudon E, Goudreau J, Belanger D, Villeneuve J, Perreault S, et al. Physician-pharmacist collaborative care in dyslipidemia management: the perception of clinicians and patients. *Res Social Adm Pharm.* 2011 Sep;7(3):233-45.
25. Mercer K, Burns C, Guirguis L, Chin J, Dogba MJ, Dolovich L, et al. Physician and Pharmacist medication decision-making in the time of electronic health records: mixed-methods study. *JMIR Human Factors.* 2018 Sep 25;5(3):e24.
26. Melo DOD, Castro LLCd. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017;22:235-44.
27. Brasil. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
28. Schussel KE, Forbes S, Taylor AM, Cooley JH. Implementation of an interprofessional medication therapy management experience. *Am J Pharm Educ.* 2019 Apr;83(3):6584.
29. Kusnoor AV, Gill AC, Hatfield CL, Ordonez N, Dello Stritto R, Landrum P, et al. An interprofessional standardized patient case for improving collaboration, shared accountability, and respect in team-based family discussions. *MedEdPORTAL : the Journal of Teaching and Learning Resources.* 2019 Jan 4;15:10791.

Material Complementar

Artigo científico

Brown KPD, Salerno G, Poindexter L, Trotta K. The evolving role of the Pharmacist in interprofessional practice. *N C Med J.* 2019 May-Jun;80(3):178-81

Vídeo

SAPS/MS #2: Apoio Matricial – NASF-AB. Publicado em 6 abr. 2018 [acesso em 15 jul. 2049]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4I4AIDRTPno>.

Autor

Rangel Ray Godoy

Farmacêutico, com mestrado em ciências farmacêuticas, doutorando em ciências farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. Experiência com avaliação de tecnologias de saúde, atenção básica, cuidado farmacêutico em atenção primária, secundária e terciária e com e design e implantação de serviços de cuidado farmacêutico.



Volume 2



Coleção



DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal