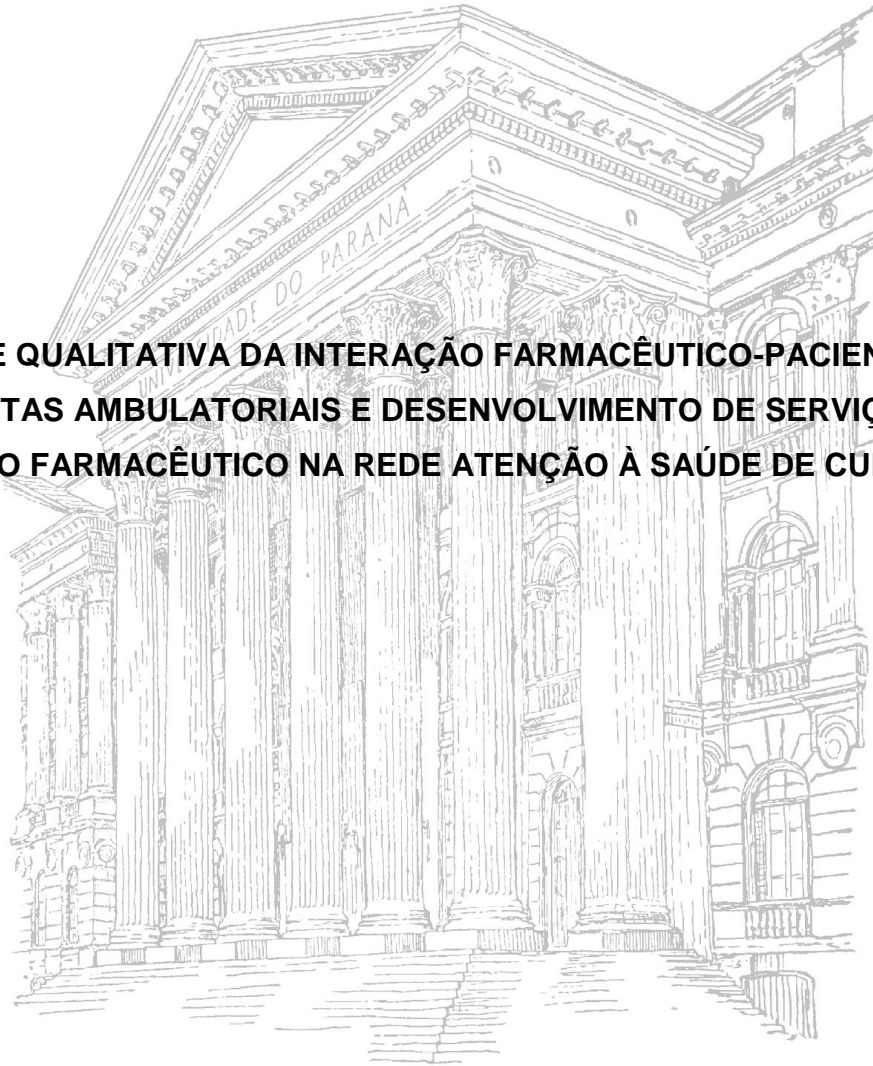


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RANGEL RAY GODOY

**ANÁLISE QUALITATIVA DA INTERAÇÃO FARMACÊUTICO-PACIENTE EM  
CONSULTAS AMBULATORIAIS E DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS DE  
CUIDADO FARMACÊUTICO NA REDE ATENÇÃO À SAÚDE DE CURITIBA**

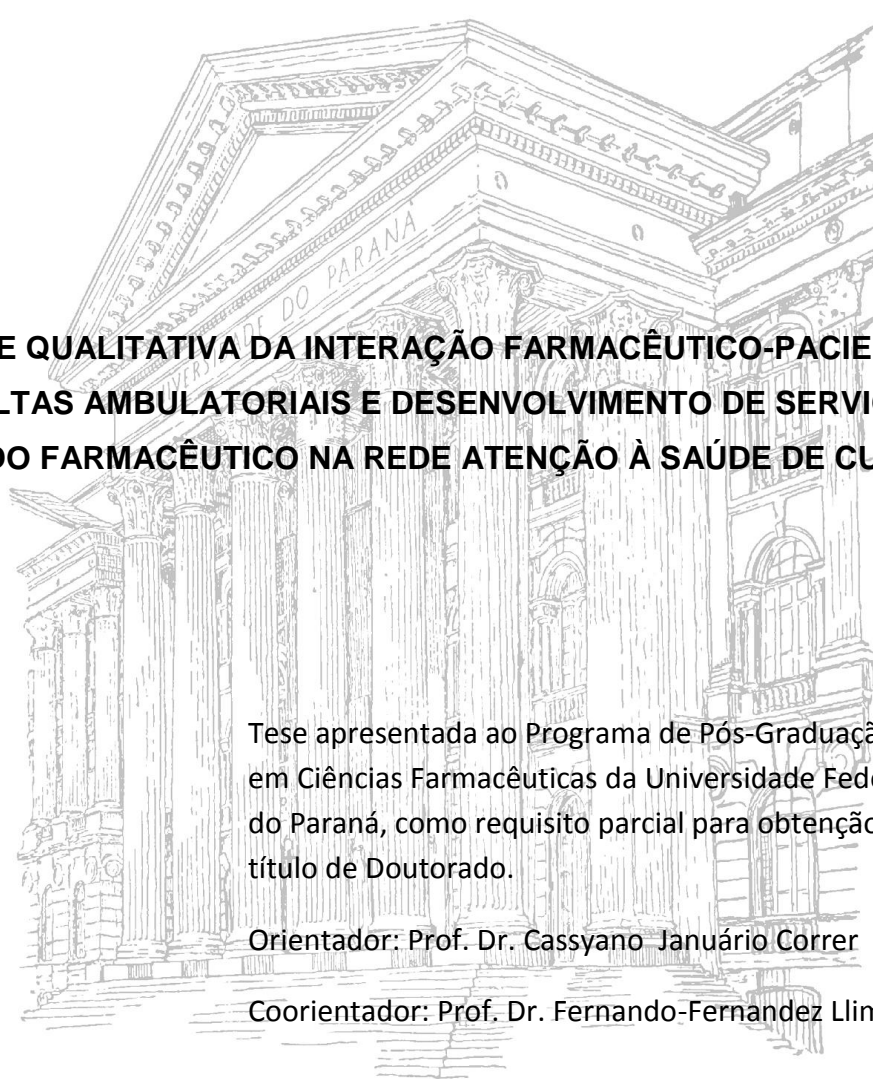


CURITIBA

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RANGEL RAY GODOY



**ANÁLISE QUALITATIVA DA INTERAÇÃO FARMACÊUTICO-PACIENTE EM  
CONSULTAS AMBULATORIAIS E DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS DE  
CUIDADO FARMACÊUTICO NA REDE ATENÇÃO À SAÚDE DE CURITIBA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal  
do Paraná, como requisito parcial para obtenção do  
título de Doutorado.

Orientador: Prof. Dr. Cassyano Januário Correr

Coorientador: Prof. Dr. Fernando-Fernandez Llimós

CURITIBA

2017

Godoy, Rangel Ray

Análise qualitativa da interação farmacêutico-paciente em consultas ambulatoriais e desenvolvimento de serviços de cuidado farmacêutico na rede atenção à saúde de Curitiba / Rangel Ray Godoy. – Curitiba, 2017.

564 f. : il. (algumas coloridas); 30cm

Orientador: Prof. Dr. Cassyano Januário Correr

Coorientador: Prof. Dr. Fernando Fernández-Llimós

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2017.

Inclui bibliografia

1. Atenção farmacêutica. 2. Comunicação. 3. Administração e planejamento em saúde. 4. Serviços de saúde. I. Correr, Cassyano Januário. II. Fernández-Llimós, Fernando. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD – 615.507



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS  
FARMACÊUTICAS

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **RANGEL RAY GODOY** intitulada: **ANÁLISE QUALITATIVA DA INTERAÇÃO FARMACÊUTICO-PACIENTE EM CONSULTAS AMBULATORIAIS E DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS DE CUIDADO FARMACÊUTICO NA REDE ATENÇÃO À SAÚDE DE CURITIBA**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 08 de Dezembro de 2017.

CASSYANO JANUÁRIO CORRÊ  
Presidente da Banca Examinadora

GERUSA CLAZER HALILA  
Avaliador Externo

ANA CAROLINA MELCHIORIS  
Avaliador Externo

ROSIANE GUETTER MELLO ZIBETTI  
Avaliador Externo

ERIKO MULLER  
Avaliador Externo

“Ouve-me, ouve o meu silêncio. O que falo nunca é o que falo e sim outra coisa (...)  
Capta essa outra coisa de que na verdade falo, porque eu mesma não posso”

Clarice Lispector

## AGRADECIMENTOS

Considero que todo existir é um **coexistir**. Que todas as minhas vivências nestes últimos 5 anos foram valiosas **convivências**. Que, enfim, todo este trabalho foi resultado de um **colaborar**. Por isso, não posso deixar de citar e agradecer muitas pessoas que me proporcionaram momentos de verdadeira alegria e aprendizado durante o período do doutorado, com os quais pude me abrir, discutir, aprender, ensinar, errar, acertar e melhorar.

Meus pais, Joarez Godoy e Vera Gallo. Faltam-me palavras para descrever nossa relação de confiança, cooperação, sinceridade e amor. Obrigado pelo apoio incondicional durante todos estes anos. Vocês são a luz do meu caminho, sempre.

Minha irmã Rayana Gabriela Godoy. Mesmo estando geograficamente distante não deixamos de nos manter próximos. Você continua sendo uma grande companheira, minha confidente e conselheira. Uma parceria que espero que dure para sempre.

Mávilo Juliano Gallo, primo-irmão, grande companheiro de viagens e aventuras de uma vida toda. Minhas melhores experiências tive a alegria vivenciá-las em sua sempre agradável companhia.

Minha grande amiga Thaís Teles de Souza, humana, demasiada humana. Contigo compartilhei incontáveis dramas e alegrias nos últimos anos. Temos aprendido muito um com o outro. Não tem sido fácil enfrentar todos os desafios, mas com equilíbrio, tranquilidade e responsabilidade estamos conquistando nossa liberdade. Muito obrigado pelo apoio. Certamente este trabalho não estaria terminado sem a sua ajuda.

Os companheiros de morada na casa Mágica, especialmente a Luna, o Leonardo, o Guilherme, a Izabel e a Bárbara, pessoas com as quais constituí uma relação de profunda amizade, admiração e respeito. Vocês tornaram nossa casa um lindo e estimulante espaço de aprendizado e partilha.

Izabel Guarda Dummer, menina querida, obstinada, criativa, de espírito inquieto e sorriso resplandecente. Obrigado pelo seu amor, pela sua paciência e seu companheirismo por tantos anos. Você foi pra mim uma luz em meio a bruma e o mais lindo episódio da minha história.

Kami Queiroz (Juma), aventureira e perspicaz. Sou grato por ter tido a oportunidade de compartilhar contigo sonhos de liberdade e de me inspirar pela sua beleza, diligência e perseverança.

Lívia Siqueira Matheus, a surpresa mais linda que o acaso me concebeu. Sua presença fez colorir minha existência. Qualquer momento (mesmo um acalorado debate) quando compartilhado contigo se torna poesia. Obrigado pelos dias de alegria, aprendizado e carinho.

Os amigos e colegas farmacêuticos com os quais trabalhei durante os anos nos quais desenvolvi este trabalho. Vocês foram preciosos companheiros de profissão com os quais aprendi muito.

É imensa, igualmente, minha gratidão pelos pacientes com os quais tive contato durante a execução este trabalho. Vocês são a razão pela qual busco melhorar enquanto profissional de saúde.

## RESUMO

O atendimento farmacêutico em consultório é uma prática em expansão em todo mundo. Busca intervir no sentido de estimular o uso racional de medicamentos, identificando, resolvendo e prevenindo problemas relacionados à farmacoterapia. Por outro lado a farmácia, enquanto área de conhecimento, continua atrelada a referenciais epistemológicos e metodológicos tradicionais tecnicistas. Assim, pouca atenção tem sido dada ao processo de interação face a face entre farmacêutico e paciente. Esta tese é composta por duas partes distintas, porém complementares: A primeira é focada no processo de análise da interação profissional/paciente no contexto da consulta farmacêutica a pacientes polimedicados. A segunda é focada no processo de design e implantação de serviços de cuidado farmacêutico nos diferentes pontos de atenção da rede de atenção à saúde de Curitiba, bem como no processo de capacitação clínica dos profissionais farmacêuticos dessa rede. A primeira parte se trata de um estudo qualitativo observacional desenvolvido em um serviço clínico de farmácia em um hospital de grande porte onde pacientes eram atendidos em consultório para revisão da farmacoterapia. Os dados de análise foram os áudios resultantes da interação farmacêutico-paciente nas consultas. Foi utilizado o método de análise de conversa. Trata-se de um método indutivo, derivado da etnometodologia que considera que a ação de fala contextualmente orientada é uma ferramenta que os indivíduos utilizam para desenvolver tarefas específicas, construir identidades, bem como a própria realidade social. Trinta e quatro consultas de 17 diferentes farmacêuticos foram analisadas, constituindo mais de 37 horas de interação. A consulta farmacêutica demonstrou aspectos típicos de um tipo de interação institucional, orientada por métodos e protocolos que buscam orientar a execução de tarefas específicas. Farmacêuticos, pacientes e cuidadores buscaram desenvolver identidades no sentido de negociar o processo de assimetria da relação, trazendo por vezes constrangimentos e dificuldades interacionais que tornavam a consulta longa e pouco efetiva. Observou-se que a organização da consulta é influenciada principalmente pelo prontuário de consulta fazendo com a ordem de avaliação seguisse o seguinte sentido geral: introdução, coleta de perfil do paciente, estilo de vida, avaliação da queixa principal, avaliação da história clínica, avaliação da história de medicação, realização de um plano de cuidado e fechamento da consulta. Cada etapa revelou particularidades que caracterizam a consulta farmacêutica. Na segunda parte deste trabalho foi utilizado um referencial de design de serviços, que sugere a realização de etapas de mapeamento, entendimento, conceituação, refinamento e implantação do serviço. Foi realizada uma avaliação etnográfica dos pontos de atenção à saúde para em seguida se propor modelos de serviços que eram discutidos em reuniões com as equipes. Foram desenvolvidos modelos de consulta em consultório, em domicílio, em leito e em sala de observação. O serviços foram implantados em unidades básicas de saúde, centros de especialidades, centros de atenção psicossocial, farmácia popular, unidades de pronto atendimento, maternidade e na farmácia do componentes especializado da assistência farmacêutica. Os profissionais foram capacitados durante o processo de design e implantação.

**Palavras-chave:** cuidado farmacêutico; consulta farmacêutica; análise de conversa; comunicação; serviços farmacêuticos; design de serviços; rede de atenção à saúde

## ABSTRACT

The pharmaceutical care in office setting is an expanding practice over the world. It seeks to promote the rational use of medicines, identifying, solving and preventing medication related problems. On the other hand, pharmacy, as an area of knowledge, is still tied to traditional epistemological and methodological referentials. Therefore, little attention has been paid on the interactional process developed between pharmacist and patient. The present thesis is composed by two different parties, that are, nevertheless complementaries. The first one has its focus on the analysis of the interaction between professional/patient in the pharmaceutical office care setting. The second one is focused on the design and deployment of pharmaceutical care services in the various settings of the health care network of Curitiba, as well as the clinical training of the pharmacists. The first part of the thesis is a qualitative observational research performed in a clinical pharmacy care service of a large hospital where patients were seen in a clinical office for the pharmacotherapy review. The data for analysis was the consultation records resulting from the pharmacist/patient interaction in the clinical office. The chosen method was the conversation analysis. It's an inductive method from the ethnomethodology which considers that contextualized talk action is a tool that people use to perform specific tasks, build identities, as well as the social reality itself. Thirty-four consultations from 17 different pharmacists were analysed, resulting in 37 hours of interaction. The pharmacist office consultation showed institutional aspects of interaction, conducted by protocols that seeks to guide the execution of specific tasks. Pharmacists, patients and caregivers worked on the development of identities, negotiating the asymmetry of the relationship, what brought, sometimes, constraints and interactional issues, leading to a lingering and ineffective appointment. It was noted that the appointment framework was influenced mainly by the pharmacist record, resulting in an order of evaluation that followed this general sequence: Introduction, patient profile, lifestyle, main complaint, clinical history, medication history, care plan set up and closing. Each stage reveals specificities that characterize the pharmacist's consultation. In the second part of this thesis we used a theory of service's design, which suggests the steps of mapping, understanding, conceptualizing, refining and implanting to achieve the goals. It was performed an ethnographic research of each health setting and then it was suggested templates of services that have been discussed in meeting staff. It was developed patterns of pharmacy consultation in pharmacy office (outpatients), home care, bed (of inpatients) and observation room. The services were deployed in primary health care settings, specialty centers, psychosocial care centers, popular pharmacy, emergency units, maternity and the specialized components pharmacy. All pharmacy staff were trained during the designing and deployment of services.

**Keywords:** pharmaceutical care; pharmaceutical consultation; conversation analysis; communication; pharmaceutical clinical services; design of services; network health care system



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Modelo centrado na doença .....	66
<b>Figura 2.</b> Modelo centrado na pessoa .....	67
<b>Figura 3.</b> Modelo de decisão clínica .....	71
<b>Figura 4.</b> Esquema simplificado de um processo comunicacional proposto por Weaver e Shannon.....	79
<b>Figura 5.</b> Representação dos Processos mentais.....	96
<b>Figura 6.</b> Ilustração sobre a natureza do signo linguístico .....	99
<b>Figura 7.</b> Componentes e o processo da fala segundo Ferdinand de Saussure.....	105
<b>Figura 8.</b> O Signo e seus componentes, segundo Ferdinand de Saussure .....	106
<b>Figura 9.</b> Ilustração gráfica das relações associativas e sintagmáticas na construção do discurso.....	107
<b>Figura 10.</b> Design piramidal do modelo de atenção fragmentado .....	365
<b>Figura 11.</b> Exemplo de modelo de atenção em redes .....	368
<b>Figura 12.</b> Serviços farmacêuticos na rede de atenção à saúde .....	374
<b>Figura 13.</b> Escala de complexidade da condição clínica do paciente crônico e tipo de resposta do sistema de cuidado .....	376
<b>Figura 14.</b> Esquema ilustrando o processo de encaminhamento e contra encaminhamento .....	379
<b>Figura 15.</b> Etapas de modelagem dos serviços de cuidado farmacêutico .....	388
<b>Figura 16.</b> Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico nas unidades básicas de saúde .....	406
<b>Figura 17.</b> Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico nas unidades de pronto atendimento .....	408
<b>Figura 18.</b> Fluxo geral do serviço de cuidado farmacêutico nos centros de atenção psicossociais .....	409

<b>Figura 19.</b> Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico em domicílio ou consultório nos centros de atenção psicossociais .....	410
<b>Figura 20.</b> Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico em leito nos centros de atenção psicossociais .....	411
<b>Figura 21.</b> Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico nos centros de especialidades .....	412
<b>Figura 22.</b> Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico na maternidade .....	413
<b>Figura 23.</b> Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico na farmácia popular do Brasil .....	414
<b>Figura 24.</b> Critérios para seleção de pacientes para o serviço de cuidado farmacêutico na farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica.....	416
<b>Figura 25.</b> Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico na farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica.....	417
<b>Figura 26.</b> Atividades vinculadas ao Programa de qualificação em serviços de cuidado farmacêutico na rede de atenção à saúde.....	418

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Roteiro para agendamento dos pacientes.....	135
<b>Quadro 2.</b> Roteiro de consulta farmacêutica.....	136
<b>Quadro 3.</b> Sistema de símbolos utilizados nas transcrições.....	156
<b>Quadro 4.</b> Características gerais dos farmacêuticos, pacientes e consultas.....	158
<b>Quadro 5.</b> Diferenças entre organização hierárquica e de em redes .....	367
<b>Quadro 6.</b> Descrição das ferramentas de design de serviços utilizadas para modelagem dos serviços de cuidado farmacêutico .....	390
<b>Quadro 7.</b> Roteiro da visita etnográfica.....	395
<b>Quadro 8.</b> Avaliação do perfil dos farmacêuticos, processos de trabalho e estrutura.....	398
<b>Quadro 9.</b> Critérios para seleção de pacientes para o serviço de cuidado farmacêutico da Farmácia popular do Brasil .....	414
<b>Quadro 10.</b> Critérios de avaliação utilizados para certificação dos farmacêuticos após programa de qualificação e desenvolvimento dos serviços.....	420

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Análise de conversa  
APS – Atenção Primária à Saúde  
ARMS – *Adherence to Refills and Medications Scale*  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BAI - Inventário de Ansiedade de Beck  
BMQ 1 – *Beliefs About Medications*  
BMQ 2 – *Brief Medications Questionnaire*  
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial  
CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
CFF – Conselho Federal de Farmácia  
DAC – Doença arterial coronariana  
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
DM – Diabetes Mellitus  
DAOP – Doença Arterial Obstrutiva Periférica  
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
EVA – Escala Visual Analógica  
FA – Fibrilação Atrial  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
HAQ - *Health Assesment Questionary*  
HC – Hospital de Clínicas  
HPB – Hiperplasia Prostática Benigna  
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva  
IRC – Insuficiência Renal Crônica  
I-PSS - *International Prostatic Symptom Score*  
MRCFr – *Medication-Related Consultation Framework*  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PCDT – Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas  
PHQ-9 - *Patient Health Questionary*  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidades Básicas de Saúde  
UFPR – Universidade Federal do Paraná  
UPA – Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1: AVALIAÇÃO QUALITATIVA – UM ESTUDO SOBRE A COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE DURANTE A CONSULTA FARMACÊUTICA .....</b>	<b>14</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>22</b>
2.1 O FARMACÊUTICO E O DESAFIO DE SE TORNAR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	22
2.1.1 Evolução histórica dos referenciais teóricos e conceitos relacionados à saúde. ....	24
2.1.2 Conceitos fundamentais do pensamento sistêmico. Reflexões ecológicas para a compreensão do papel do profissional de saúde. ....	29
2.1.3 Um debate em torno do conceito de saúde – uma crítica epistemológica.....	37
2.1.4 A farmácia clínica – uma nova atividade profissional frente as atuais demandas em saúde.....	42
2.1.5 Comentários sobre a consulta farmacêutica enquanto nova prática profissional .....	48
2.1.6 O método clínico utilizado para o cuidado farmacêutico .....	53
2.2 CONCEITOS E HABILIDADES PARA UMA PRÁTICA CLÍNICA INTEGRAL E HUMANIZADA.....	58
2.2.1 Traços de personalidade e sua influência no processo relacional .....	58
2.2.2 O modelo de atenção à saúde centrado no paciente enquanto plano de fundo para a atividade de cuidado farmacêutico .....	65
2.2.3 A comunicação enquanto objeto de estudo.....	74
2.2.4 A comunicação clínica.....	84
2.3 REFLEXÕES LINGUÍSTICAS, ONTOLÓGICAS, EPISTEMOLÓGICAS E METODOLÓGICAS.....	98
2.3.1 O ser humano e sua capacidade de simbolizar.....	98
2.3.2 A linguística de Saussure à Lacan .....	103
2.3.3 A busca pelo sentido dos discursos – Semântica e pragmática.....	110

2.3.4 Introdução à pesquisa qualitativa .....	113
2.3.5 Os paradigmas interpretativos do método qualitativo - A revolução do século XX.....	117
2.3.6 Apontamentos paradigmáticos para a construção deste trabalho investigativo.....	120
2.3.7 Considerações metodológicas sobre a Análise de Conversa.....	124
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>130</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	130
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	130
<b>4 METODOS .....</b>	<b>131</b>
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO .....	131
4.2 LOCAL.....	133
4.3 CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO .....	134
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	142
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	143
4.6 COLETA DE DADOS .....	144
4.7 MÉTODO DE ANÁLISE.....	145
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>157</b>
5.1 AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS CONSULTAS FARMACÊUTICAS .....	157
5.1.1 Considerações gerais em relação às consultas farmacêuticas analisadas .....	166
5.1.2 Introdução da consulta .....	170
5.1.3 Coleta de Dados - Perfil do Paciente .....	185
5.1.4 Coleta de Dados - Estilo de Vida.....	205
5.1.5 História Clínica - Avaliação de queixa principal (QP) .....	231
5.1.6 História Clínica – Avaliação da história da doença atual e história medica progressa .....	247
5.1.7 História de Medicação .....	276
5.1.8 Plano de cuidado.....	302
5.1.9 Fechamento da consulta .....	322
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>333</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>344</b>

<b>CAPÍTULO 2: DESIGN DE SERVIÇOS - A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CUIDADO FARMACÊUTICO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM CURITIBA</b>	<b>360</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>361</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>365</b>
2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	365
2.2 O CUIDADO FARMACÊUTICO NO CONTEXTO DE REDES	371
2.3 GESTÃO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE E GESTÃO DE CASO COMO PARTE DE DIRETRIZES DE CUIDADO – APONTAMENTOS PARA O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA EQUIPE DE SAÚDE	375
2.4 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	377
2.5 REFLEXÕES SOBRE O CONCEITO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.	380
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>384</b>
3.1 OBJETIVO GERAL	384
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	384
<b>4 MÉTODOS</b>	<b>385</b>
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	385
4.2 LOCAL	386
4.3 MODELAGEM DOS SERVIÇOS	387
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>394</b>
5.1 VISITA ETNOGRÁFICA	395
5.2 AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS FARMACÊUTICOS DOS DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	397
5.3 MODELAGEM DOS SERVIÇOS DE CUIDADO FARMACÊUTICO NOS DIFERENTES PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CURITIBA	405
5.4 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	418
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>422</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>425</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>428</b>

**CAPÍTULO 1: AVALIAÇÃO QUALITATIVA – UM ESTUDO SOBRE  
A COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE DURANTE A  
CONSULTA FARMACÊUTICA**



## 1. INTRODUÇÃO

A farmácia é uma profissão marcada por um sincretismo atordoante de práticas e doutrinas. Diferente das demais profissões de saúde, ela não está dada, senão por uma complexidade de papéis, geralmente desconexos e dissociados. O estudante mergulha nas águas turvas da graduação de farmácia buscando assimilar um desses papéis. O profissional recém-formado desempenha a tarefa de se descobrir ou a de se edificar durante sua trajetória profissional. Na pior das hipóteses ele navega em uma inércia institucional cumprindo um ofício que muitas vezes não lhe permite grandes ambições ou recompensas, limitando-se, por vezes, a desenvolver diferentes tarefas técnicas, burocráticas ou comerciais (BROWN, 2012; SATURNINO, 2012). Frequentemente as recompensas do trabalho profissional não vão além da recompensa financeira de um sistema que transforma toda atividade em um processo alienado de venda da força de trabalho. Concordamos que o objetivo que deveria guiar todo indivíduo na hora de escolher sua profissão seria o de reconhecer-se enquanto célula de uma malha social plástica e dinâmica. De acordo com Marx:

“A grande preocupação que deve nos guiar ao escolher uma profissão deve ser a de servir ao bem da humanidade (...) Os maiores homens de que nos fala a história são aqueles que, trabalhando pelo bem geral, souberam enobrecer-se a si próprios (...já) que o homem mais feliz é o que soube fazer felizes os outros e a própria religião ensina que o ideal a que todos aspiram é o de sacrificar-se pela humanidade”. Karl Marx, citado por (MAGALHÃES, 2011)

Essa reflexão surge da vivência e dos debates com colegas de profissão que, ou se frustraram definitivamente com a profissão, ou optaram com certa arbitrariedade por uma das “várias áreas de atuação” para representar enquanto farmacêutico. O distanciamento entre este profissional e a equipe de saúde, mas principalmente, o distanciamento com o paciente tornou a profissão cada vez menos humanizada e menos reconhecida enquanto profissão de saúde (TOKLU, HUSSAIN, 2013; MCMILLAN *et al.*, 2014).

O sistema de saúde brasileiro passa por momento de reorganização estrutural frente às novas demandas do sistema. Inicia-se igualmente um debate e uma dinâmica de redefinição e diversificação da carteira de serviços dos

farmacêuticos no contexto da assistência farmacêutica (NICOLINE, VIEIRA, 2011). Em passos lentos, porém persistentes, vem-se consolidando o papel do farmacêutico como cuidador, desenvolvendo atividades clínicas, inicialmente no contexto hospitalar, mas que agora acompanha um movimento histórico e ideológico na atenção primária que aponta para a perspectiva de cuidado integral e interdisciplinar ao usuário e a comunidade (BASAK, VAN MIL, SATHYANARAYANA, 2009). Além do mais, esse chamado “movimento clínico” da farmácia faz com que o farmacêutico tenha a oportunidade de desenvolver uma tarefa que é central para toda profissão de saúde, que é a consulta, neste caso, a consulta farmacêutica.

A construção do papel de farmacêutico do cuidado no contexto da saúde pública requer do profissional uma postura ativa e transformadora, e o entendimento de que as práticas em saúde são resultado de uma somatória de elementos históricos, políticos, científicos e ideológicos (SPEEDIE, ANDERSON, 2016). Neste momento de transformações, um posicionamento claro em relação ao tipo de atividade que se busca desenvolver junto à sociedade não é neutro nem deverá ser uma ação alienada frente às concepções relacionadas à saúde e doença e às necessidades sanitárias da população. Tampouco deverá ser refém de interesses estruturais e políticos hegemônicos determinados por um sistema econômico que se alimenta da exclusão social e que prega uma padronização patológica de crenças e comportamentos, utilizando o medicamento como produto lucrativo e ideológico.

A preponderância das condições crônicas no contexto epidemiológico do país e a necessidade de uso de medicamentos crônicos para o tratamento dessas condições gera uma demanda de serviços farmacêuticos que busquem promover um uso correto e seguro dessas tecnologias para garantir sua custo-efetividade, mas acima de tudo, a segurança e o bem-estar do paciente que necessita utilizar medicamentos (GREER *et al.*, 2015) (PUSPITASARI, ASLANI, KRASS, 2015).

Para além disso, o farmacêutico não deve ser um garantidor do continuísmo de uma sociedade medicalizada, mas sempre se posicionar de maneira crítica sobre os mecanismos que propiciam o desenvolvimento das doenças e, conseqüentemente a necessidade do uso de medicamentos

(GRUEBNER *et al.*, 2017). Filosoficamente falando, é importante que ele tenha clareza a respeito dos mecanismos patológicos sociais e ambientais e uma postura crítica no sentido de superar o contexto sanitário do uso exagerado de medicamentos, empenhando-se na busca utópica da profissão: a de não ser mais necessária. Nesse sentido, ações de prevenção e promoção de saúde devem ser transversais na prática do farmacêutico que desenvolve o cuidado (VIEIRA, 2007).

Em termos estruturais, as residências multiprofissionais de saúde têm oferecido um terreno bastante fértil para o desenvolvimento de projetos e serviços que aperfeiçoam cada vez mais a pesquisa e a prática do cuidado farmacêutico no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (PINTO, CASTRO, REIS, 2013). Ao mesmo tempo, no setor privado, as farmácias comunitárias têm se inclinado paulatinamente para o assunto da diversificação da atividade do farmacêutico, considerando vantagens, inclusive comerciais, da promoção de atividade de cuidado ao paciente.

O cuidado farmacêutico promove o contato direto do farmacêutico com o paciente, na maioria das vezes, em um contexto de consulta clínica. Apesar das experiências exitosas na academia, de serviços vanguardistas de cuidado farmacêutico e da produção de diretrizes que orientem o processo de atendimento farmacêutico, pouco tem sido explorado em relação aos conteúdos comunicacionais desenvolvidos durante esse processo. Percebe-se, em contrapartida, que há uma preocupação importante com aspectos comunicacionais em profissões que tradicionalmente desenvolvem atividades junto ao paciente, como a medicina, a fisioterapia e a enfermagem (SCHOEB *et al.*, 2014; BEACH, DOZIER, 2015; FAKHR-MOVAHEDI *et al.*, 2016; LANDMARK *et al.*, 2016). Esta preocupação das profissões de saúde com a qualidade comunicacional indica uma ruptura com referenciais reducionistas e mecanicistas que orientaram a prática em saúde (principalmente a prática médica) durante séculos, como indica Nunes:

“O predomínio das ideias reducionistas e mecanicistas reforçaram a desvalorização da comunicação nos profissionais de saúde, em particular os médicos, que valorizam predominantemente o orgânico, o objetivo, o mensurável” (MENDES-NUNES, 2007).

Por isso, neste trabalho temos o intuito de explorar este lado humanístico e interacional que é desenvolvido durante o nascente episódio de encontro

terapêutico entre farmacêutico e paciente nas consultas farmacêuticas, atentando-se ao diálogo como fonte primária de dados para análise. Trata-se aqui, portanto de uma análise não intervencional do processo comunicativo, da atividade natural de fala entre os indivíduos, referenciando-se metodologicamente pelos estudos etnográficos, próprios da antropologia.

Felizmente, a farmácia está viva e se reinventando ao considerar as necessidades sociais e suas possibilidades de contribuição para a saúde pública e para o bem-estar dos indivíduos. A alcunha de profissional de saúde parece novamente adequar-se bem ao farmacêutico enquanto cuidador de pacientes, inserido no contexto de uma equipe de saúde. Paulatinamente, na profissão de farmácia se está percebendo que o passado é uma roupa que já não serve mais a este novo profissional, tanto no universo da prática quando da teoria.

A concepção inicial deste trabalho, que busca desenvolver uma análise qualitativa do processo de cuidado farmacêutico significa antes de mais nada, se não um rompimento com os referenciais tradicionais que sempre nortearam a construção do conhecimento e dos debates na área da farmácia, uma proposta de diversificação destes. A motivação para realização deste trabalho surge a partir da curiosidade por aspectos subjetivos do ser humano imerso em sua complexidade individual (psicológica) e relacional (social) que nos estimula a buscar o contato com o paciente e com a saúde pública como alvo da prática e das investigações farmacêuticas.

Todas as teorias e abordagens científicas são contribuições no sentido de se aproximar da verdadeira natureza da realidade e cada abordagem acaba esclarecendo uma gama de fenômenos importantes. Pode-se considerar que determinadas abordagens se tornam limitadas ou insuficientes para esclarecer certos fenômenos, os quais, muitas vezes, são subestimados pela comunidade científica, não porque sejam irrelevantes, mas por conta da imposição de um paradigma vigente que é incapaz de compreendê-los (KUHN, 1997).

Premissas teóricas e experiências práticas apontam de maneira contundente para a importância da comunicação como habilidade essencial no desenvolvimento de competências clínicas para todos os profissionais de saúde que realizem algum tipo de cuidado ao paciente, sobretudo em atenção primária,

onde o paciente está consciente e participa ativamente no seu processo terapêutico. O mesmo vale para o farmacêutico que executa atividades clínicas ambulatoriais e que mantém relação direta com a equipe de saúde e com o paciente (CHISHOLM-BURNS *et al.*, 2010).

É parte do processo de cuidado, o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre paciente e profissional. Essa relação terapêutica requer uma aproximação emocional e intelectual que permita a ambos reconhecerem-se enquanto indivíduos e cooperarem no processo de atendimento das necessidades em saúde. Isentar-se de julgamento moral, estar atento às ciladas no campo do poder e compreender o simbolismo do processo de adoecimento e recuperação são aspectos que auxiliam no desenvolvimento desse tipo de vínculo profissional com o paciente (BENNETON, 2002).

A relevância das doenças crônicas no atual processo de transição epidemiológica da sociedade traz um enfoque sobre a perspectiva de manejo dessas condições. As doenças crônicas e seu tratamento influenciam em elementos do cotidiano do indivíduo. Essas doenças e suas consequências, por vezes representam uma ruptura com a identidade social do paciente, sua autonomia e seus costumes. A experiência do processo de adoecimento e de tratamento do paciente com condições crônicas deve compor o universo interpretativo do farmacêutico clínico (AL-QUTEIMAT, AMER, 2016).

A perspectiva do cuidado integral valoriza o protagonismo do sujeito que vivencia a situação de adoecimento no seu processo de recuperação. Essa perspectiva de prática promove a democratização da relação entre profissional e pacientes, respeitando-se e atentando-se aos argumentos do usuário em relação à sua condição de saúde e em relação às práticas terapêuticas a ele dirigidas (MIRZAEI *et al.*, 2013). O conteúdo comunicacional manifestado durante a consulta torna-se um material de análise importante para compreender as estratégias terapêuticas lançadas pelo farmacêutico e sua capacidade de desenvolver ações que sejam efetivas, à medida em que são negociadas, compreendidas e aceitas pelo paciente.

A nossa concepção de integralidade não se remete apenas a uma sobreposição de práticas desarticuladas para recuperação e promoção da saúde,

mas fundamentalmente à reincorporação do indivíduo e da comunidade ao centro do processo de prestação de serviços em saúde. Esse processo de ampliação do olhar do farmacêutico e de reorientação de sua prática para o cuidado integral do paciente crônico aponta para a expansão dos referenciais epistemológicos que norteiam a produção científica na área.

Superando a univocidade de um referencial que repudia termos e práticas desvinculadas da tradicional produção científica positivista, nos colocamos em uma posição confortável e legítima para incorporar ao foco de nossa análise um aprofundamento sobre temas como práticas holísticas, concepções expandidas de saúde, subjetividade, dinâmicas sociais e críticas sociopolíticas. Buscaremos desenvolver neste trabalho um conceito de clínica ampliado que muitas vezes pode provocar estranhamento se considerado à luz do cientificismo biomédico, pois consideramos evidentes as limitações que esse modelo representa no campo da saúde coletiva (FAVORETO, CAMARGO JR, 2011).

Do nosso ponto de vista, as tentativas de superar o modelo biomédico em saúde normalmente repousam na construção de estratégias que, apesar de racionalizarem recursos e atitudes, continuam arraigadas aos pressupostos técnico-científicos seiscentistas.

Não se trata de negar estratégias como a da saúde baseada em evidências que norteia a prática do farmacêutico enquanto clínico e que é fundamental para sua atuação, mas que certamente partem de racionalidades externas à relação sujeito-sujeito. Não se trata de negar o olhar anátomo-clínico, mas de considerar a readequação da prática sob uma perspectiva que considere a superação do determinismo científico pregado pela biomedicina e incorpore elementos da subjetividade humana e das suas relações sociais. Trata-se, portanto, de uma perspectiva sociológica que complementa a produção de evidências relacionadas ao processo de cuidado (FAVORETO, CAMARGO JR, 2011).

Assim, neste trabalho nos dirigimos especificamente a esta nascente prática de clínica e de cuidado para a profissão de farmácia. Teremos como foco o desenvolvimento do trabalho do farmacêutico junto ao paciente, considerando o processo comunicacional como a fonte de dados para as nossas análises (FLANNERY, 2014).

Mais do que construir algoritmos e diretrizes para o tratamento, nos interessa, através do método qualitativo, investigar aspectos interacionais que nos permitam compreender como os farmacêuticos desenvolvem esse atendimento privativo, que se pretende integral, ao paciente polimedicado. Compreendemos que durante a consulta o paciente descreve as limitações, medos e sofrimentos experimentados na vivência da patologia e do processo terapêutico os quais de alguma maneira limitam sua autonomia e distorcem sua identidade construída durante o caminhar da vida. E o farmacêutico, de alguma maneira estimula essas descrições e aborda de um ponto de vista técnico e humanístico tais problemas na pretensa tentativa de corrigir erros técnicos e estimular um viver mais saudável. Buscamos evidenciar os conteúdos discutidos durante uma consulta farmacêutica, observando para além de instrumentos, prontuários e guias, o que é falado durante a visita do paciente ao consultório do farmacêutico. Para tanto, propomos utilizar um método que considere a complexidade da inter-relação entre profissional e paciente, observando aspectos subjetivos e objetivos desse processo (BARTELS *et al.*, 2016).

O contexto da emergência dos dados será a consulta farmacêutica e o processo de construção de uma relação com o paciente, ou seja, o diálogo, a conversa resultante desse encontro. Tomaremos como referencial teórico o conceito ampliado de saúde, que considera as particularidades históricas, sociais e políticas do processo saúde-doença, sua origem biopsicossocial e a dimensão interpretativa do observador. Como referencial epistemológico utilizaremos uma abordagem relativista própria da pesquisa qualitativa (KAFLE, 2011; NOURIAN *et al.*, 2016; SPENCE, 2016).

Sem negar a importância da farmácia técnica e científica, porém criticando suas limitações, colocamos a comunicação como objeto deste estudo, pois acreditamos que comunicar-se de maneira adequada é uma habilidade importante do trabalho de um farmacêutico inserido no processo de cuidado interdisciplinar e integral ao paciente.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O FARMACÊUTICO E O DESAFIO DE SE TORNAR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE

Ser profissional de saúde é empenhar-se, antes de tudo na tarefa de compreender, segundo uma estrutura conceitual ampliada, o significado, a complexidade e as dinâmicas envolvidas no que vem a ser a saúde e suas variáveis individuais, sociais e ambientais. Empenhar um esforço, sobretudo filosófico, para compreensão de conceitos como tempo, vida, morte, sofrimento, felicidade, normalidade, sociedade e individualidade para que, posteriormente, superando o senso comum, seja capaz de avaliar e transformar seus determinantes, comprometendo-se com a construção de uma sociedade mais saudável e equilibrada (SALMÓRIA, CAMARGO, 2008; CARVALHO, 2011).

O farmacêutico comprometido com a saúde pública considera aspectos da cultura de uma população tais como comportamento, alimentação, trabalho, lazer, e família para compreender uma conjuntura epidemiológica e poder transformá-la. Também considera a identificação pessoal de cada indivíduo dentro desse contexto e de que maneira ele se relaciona em seu meio ambiente. Isso não significa que o profissional deva rejeitar os conhecimentos biomédicos e as metodologias anátomo-clínicas, mas incorporá-las à sua prática de maneira crítica e contextualizada.

Considerando-se um referencial interpretativo, a figura do paciente enquanto sujeito ativo ganha merecido protagonismo nas ações em saúde, sobretudo se consideramos ações no contexto da atenção primária onde a prevenção e promoção da saúde são primordiais. O paciente não pode ser considerado passivo no processo de reabilitação, na cura ou controle das suas enfermidades. Pelo contrário, ele deve ser estimulado a participar das decisões em relação à sua saúde, pois é através dele próprio que irá se manifestar o processo de cura. Isso significa que, uma das funções do profissional de saúde é despertar



a chama curativa que existe dentro de cada indivíduo e participar como uma fonte de estímulo e amparo no processo de recuperação.

Para o farmacêutico que agora pensa em atuar no contexto do cuidado interdisciplinar, uma nova voz antes negligenciada ou até desconhecida começa a ser ouvida. Os discursos, as queixas e as narrativas do paciente começam a ser objeto de trabalho do farmacêutico, o qual, tradicionalmente escondido atrás de caixas, balcões e instrumentos laboratoriais, esteve desacostumado a prestar atenção (BARTELS *et al.*, 2016).

A perspectiva de cuidado individualizado e o modelo de cuidado centrado na pessoa considera a importância de se ouvir o paciente, entender suas preocupações, suas expectativas e envolvê-lo no processo de decisão sobre seu tratamento (LIU, GERDTZ, MANIAS, 2016). É comum que a maioria dos farmacêuticos que inicia os trabalhos com o cuidado e o atendimento em consultório pareça repetir o mesmo grave equívoco comunicacional que é o de esquecer que possui uma boca e dois ouvidos.

A consulta é a atividade principal de praticamente todas as profissões de saúde, é considerada uma arte e é a atividade na qual o profissional se sente mais valorizado. Por mais que o modelo biomédico tenha criado uma cultura de supervalorização das tecnologias pesadas em saúde em detrimento da construção da relação terapêutica, é na consulta que o profissional enxerga sua realização e o valor de seu trabalho. O farmacêutico experimenta pela primeira vez a oportunidade de desenvolver consultas clínicas em consultórios, podendo auxiliar diretamente os pacientes através de seus conhecimentos técnicos e comunicacionais.

Parece ter chegado o momento de o farmacêutico tomar seu lugar na equipe de saúde e contribuir de veras para a saúde e o bem-estar da população exercendo, através de seus conhecimentos específicos, um trabalho que contribua para o uso racional de medicamentos e para que os pacientes se sintam seguros e acompanhados durante seu tratamento farmacológico. É a oportunidade de ocupar uma função na qual ele próprio se sinta recompensado pelo seu trabalho, criando uma identidade mais humanizada para um novo tipo de farmacêutico.

### 2.1.1 Evolução histórica dos referenciais teóricos e conceitos relacionados à saúde.

Os conceitos de saúde e doença são dinâmicos e estão intrinsecamente relacionados com os paradigmas culturais e com o acúmulo de conhecimento filosófico e científico da sociedade. Eles orientam a organização dos sistemas de saúde e suas estratégias. Propomo-nos aqui, inicialmente, a explorar os referenciais que nortearam o pensamento e as práticas em saúde durante a história e entender as influências que direcionam ou problematizam as ações em saúde na sociedade contemporânea. Para tanto, buscaremos regatar um histórico dos principais modelos de atenção à saúde e discutir brevemente seus referenciais teóricos e culturais com a intenção de provocar uma reflexão sobre que modelo de saúde estamos construindo hoje.

Evidentemente diferentes posturas filosóficas e momentos históricos trouxeram pontos de vista e avanços importantes para a melhoria do bem-estar da sociedade. Saúde e doença seguem sendo conceitos em evolução e é dever do profissional de saúde considerá-los com cuidado na busca de clareza sobre que tipo de postura e práticas deve desenvolver para contribuir para uma sociedade mais saudável.

A primeira referência conceitual de saúde que se tem notícia é o chamado **modelo mágico-religioso** que tem origem na antiguidade, contexto no qual se considerava que as doenças eram geradas por causas sobrenaturais, resultado do desagrado das divindades. O curandeiro desenvolvia o papel de cuidador e o processo de reestabelecimento da saúde se dava através da reconciliação com a divindades. Esse modelo ainda persiste em muitas tribos indígenas, por exemplo, onde culturalmente o Xamã é o responsável pela saúde da comunidade. O Xamã tem o poder sobrenatural, podendo comunicar-se com os deuses, o que é determinante sobre a vida ou a morte dos indivíduos. É interessante notar como essa noção de poder se perpetuou de maneira arquetípica nos profissionais médicos e na representação que a sociedade tem desse profissional. A incorporação desse símbolo nos profissionais de saúde, principalmente no médico, gerou um fenômeno psíquico que Benneton aborda como neurose narcísea,

propagada através dos currículos médicos, o que perpetuou o fenômeno do paternalismo em saúde, hoje tão criticado por vários autores (BENNETON, 2002).

“Profissionais de saúde têm sede de poder, mas o poder diferente daquele de um general ou um presidente, é um poder ainda mais radical. O poder sobre a saúde e a vida da população, entretanto a coroa também é a cruz” (BENNETON, 2002).

Ainda que o modelo mágico religioso seja uma das abordagens mais primitivas da saúde que se tem conhecimento, alguns estudos associam espiritualidade com maior possibilidade de cura de doenças. Isso sugere que um indivíduo mais espiritualizado, que acredita em forças superiores, pode se sentir mais seguro, melhorando sua autoestima e controlando sintomas ligados à ansiedade, estresse e solidão, o que por sua vez contribui para o processo de cura.

Concorrente ao modelo ocidental de atenção à saúde, no oriente se desenvolveu um tipo de abordagem conhecida tradicionalmente como **medicina holística**. Ela considera fundamentalmente concepções de equilíbrio demonstradas simbolicamente em suas representações Yin e Yang e estão intimamente relacionadas com princípios filosóficos do Taoísmo. A doença se configura como a desequilíbrio de elementos da natureza, tanto internos quanto externos ao mesmo tempo em que a saúde representa o estado de equilíbrio entre todos esses elementos. As práticas de cuidado podem ser ilustradas pelas populares abordagens da medicina chinesa, como meditação, acupuntura e alguns tipos de exercícios físicos, como o *Tai Chi Chuan*. Hoje em dia essas terapias, próprias do modelo oriental de medicina, vêm ganhando espaço no mundo ocidental e são categorizadas como terapias complementares ou alternativas (CAPRA, 2006).

Algumas dessas estratégias terapêuticas tem ganhado reconhecimento dentro da ciência médica, devido à comprovação de eficácia quando submetidas à estudos clínicos controlados. Entretanto, muitas das estratégias terapêuticas ditas “alternativas” não são possíveis de serem submetidas às mesmas técnicas analíticas de avaliação por diferirem em alguns aspectos fundamentais, privilegiando, por exemplo a individualização das práticas, o que limita a utilização de testes por amostragem por exemplo.

Outro modelo conceitual de saúde com grande importância histórica para o avanço da medicina foi o **modelo empírico-racional** e surgiu com Hipócrates que construiu teorias que buscavam superar o modelo mágico politeísta vigente na Grécia. Hipócrates associou a gênese das doenças aos desequilíbrios dos humores corporais. Os humores eram constituídos por sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra. Ao mesmo tempo, a saúde era resultado do equilíbrio dos humores e a função do cuidador era encontrar tratamentos racionais que proporcionassem o reestabelecimento desse equilíbrio. Hipócrates é considerado o pai da medicina porque buscou com sua teoria, encontrar explicações racionais e causas concretas para o desenvolvimento das doenças, não se limitando às explicações sobrenaturais dos fenômenos de saúde (BENNETON, 2002).

Talvez o modelo que mais influenciou o pensamento em saúde na história da humanidade e que culminou na moderna abordagem de saúde teve origem no período do iluminismo no século XVII com a filosofia de Descartes e modelos físicos newtonianos que acabaram por moldar todo o pensamento ocidental. É conhecido como **modelo médico-científico** ou **modelo biomédico**. Segundo os princípios desse referencial teórico, o corpo é visto como uma máquina, que funciona segundo regras físicas que podem ser quantificadas e previstas. A saúde se configura como o correto funcionamento do corpo-máquina. A doença por sua vez é tratada como um defeito no funcionamento dos mecanismos do corpo, uma avaria mecânica, enquanto que a terapia está relacionada diretamente com a manipulação técnica (CAPRA, 1990).

A dualidade corpo-mente de descartes influenciou um modelo de pensamento em que toda a abordagem de saúde é focada em componentes e processos físicos e, posteriormente, em processos químicos. No modelo biomédico as doenças são consideradas entidades bem definidas e estão relacionadas com mudanças estruturais que tem raiz causal específica. Com os avanços no conhecimento da microbiologia, da biologia celular e molecular o diagnóstico e o tratamento das doenças tornaram-se cada vez mais especializados e fragmentados, desprezando-se a completude do indivíduo e sua relação com o meio. Ao mesmo tempo a terapêutica teve ênfase no desenvolvimento de tecnologias médicas cada vez mais dispendiosas, complexas (e por vezes

perigosas) que assumiram o papel central na moderna assistência à saúde. O medicamento alopático é um exemplo do arsenal tecnológico químico desenvolvido, aprimorado e massivamente utilizado no modelo biomédico. Aparelhos de ressonância magnética, de radioterapia e de cristalografia por raios x são instrumentos técnicos utilizados em grandes centros médicos que demonstram a densidade tecnológica utilizada no tratamento e diagnóstico que são resultado da influência do modelo biomédico (CAPRA, 1990).

Outra característica importante desse modelo vigente é que toda a responsabilidade pelo processo de recuperação recai sobre o médico enquanto que o paciente se torna literalmente passivo. O pensamento biomédico moldou também a postura da sociedade frente ao sistema de saúde. A crença no poder das tecnologias e na competência técnica do terapeuta faz com que o paciente se perceba como cliente do sistema de saúde e as intervenções se tornem produtos de consumo. Muitas pessoas preferem entregar a responsabilidade pelos seus problemas ao profissional de saúde e aos medicamentos por receio de serem examinados de maneira integral e verem-se confrontados com seu estilo de vida patológico, perfeitamente adaptados à uma sociedade doentia (BACKES, 2009).

A abordagem biomédica continua sendo muito útil em muitas áreas da ciência biológica e da saúde, entretanto cada vez mais estão se reconhecendo suas limitações frente a diversos problemas, principalmente para se compreender a complexidade e a profundidade dos problemas humanos que estão relacionados à saúde. Frente a isso novas propostas de abordagens teóricas vem sendo construídas no intuito de superar a análise reducionista para o entendimento das enfermidades e seus determinantes, o que pode gerar ações mais custo-efetivas e seguras para a sociedade (CAPRA, 1990).

Também conhecido como **modelo da história natural das doenças**, o **modelo processual** da saúde considera que há certa regularidade no processo saúde e doença. Trata-se de um modelo que busca superar o reducionismo do modelo biomédico, incorporando elementos sociais, temporais e integrativos ao pensamento em saúde. Segundo esse pensamento tanto a saúde como a doença são processos que podem ser conhecidos com relação ao seu desenvolvimento e a sua regularidade na sociedade. Dessa forma o cuidado pode se dar através da

prevenção, da promoção e da assistência à saúde. Períodos pré patológicos requerem ações de prevenção. Períodos em que a patologia se instala necessitam de ações assistenciais. As ações de promoção da saúde são consideradas transversais na sociedade e devem ser estimuladas nas comunidades. Esse modelo valoriza, sobretudo a organização horizontal dos sistemas de saúde e deixa de privilegiar a abordagem hospitalocêntrica de alta complexidade (COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002; BACKES, 2009).

O **modelo holístico ou sistêmico de saúde** considera o processo inter-relação e interdependência entre os fenômenos químicos, físicos, biológicos, psicológicos e sociais. Apropria-se de um referencial teórico para a saúde semelhante ao referencial da física moderna. Considera a vida e a saúde dentro da concepção de organização em sistemas de totalidades integradas. Parte-se do pressuposto de que a natureza do todo é essencialmente distinta da soma das partes, pois se perdem as propriedades sistêmicas no processo de dissecação físico ou teórico. Neste ponto há uma ruptura epistemológica importante com o modelo biomédico de Descartes (COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002).

Na perspectiva do modelo sistêmico diversos fatores como biológicos, culturais, econômicos e políticos estão relacionados com a homeostase de um organismo. A doença representa o desequilíbrio do sistema que, de maneira dinâmica busca reequilibrar-se. A saúde é um equilíbrio instável e dinâmico entre os elementos do sistema. A orientação do pensamento sistêmico para um sistema de saúde se dá no sentido da contemplação de ações conjuntas e organizadas que se comuniquem e se influenciem no sentido de produzir uma realidade social mais saudável (LOURENÇO; DACZUK).

Neste trabalho adotamos uma perspectiva dinâmica e integrativa para o entendimento da saúde e suas variáveis. Orientam a postura epistemológica com a qual pretendemos construir nossas avaliações: a compreensão das contribuições que cada referencial teórico trouxe para o entendimento da saúde e da doença e a necessidade de expansão de alguns horizontes teóricos para compreensão de fenômenos dinâmicos e integrativos (SEGRE, FERRAZ, 1997).

### **2.1.2 Conceitos fundamentais do pensamento sistêmico. Reflexões ecológicas para a compreensão do papel do profissional de saúde.**

Como e por que abordar questões mais amplas como o entendimento dos seres vivos e o seu funcionamento? Para que essa preocupação tão elementar antes de nos preocuparmos com a epidemiologia, a prática clínica e os diversos tratamentos? Do nosso ponto de vista, antes de se tornar um profissional de saúde nos parece necessário explorar as bases do funcionamento de um organismo complexo e as variáveis que implicam na manutenção de sua saúde, entendendo-se sua multiplicidade de papéis, seja enquanto indivíduo inserido em uma sociedade ou enquanto parte das diversas sociedades biológicas com as quais mantém relação. Para tanto, propomos a adoção de uma perspectiva transdisciplinar que considere conhecimentos de química, biologia, psicologia, filosofia, entre outras, intimamente relacionadas para nos aproximarmos desse entendimento norteador das práticas profissionais.

Inicialmente propomos um rompimento epistemológico com a estática própria da mecânica newtoniana para verificar processos importantes da biologia e da saúde. Abordaremos brevemente conceitos como metabolismo, homeostase e estabilidade dinâmica, auto renovação, autoorganização, adaptação, etc., que caracterizam o funcionamento dos seres vivos, inclusive dos seres humanos que são organismos mais complexos devido às características próprias da linguagem simbólica aliadas à complexidade de seu sistema nervoso e a sua fascinante capacidade de transformação do meio físico através do trabalho (GOMES *et al.*, 2014).

Para tanto, propomos partir do pressuposto de que a vida pode ser definida enquanto níveis de organização dinâmicos, evolutivos e interacionais. Tomemos uma célula como um exemplo de entidade vital, considerando seus processos bioquímicos, regulatórios, reprodutivos e comunicativos (PENNAZIO, 2010). Para ilustrar uma característica importante dos seres vivos, pensemos em uma célula qualquer de algum tecido. Quando observamos essa célula em microscópio, ela nos parecerá fundamentalmente inalterada no decorrer tempo, sua estrutura permanecerá muito semelhante e ela guardará características semelhantes às das

outras células da mesma estirpe. Entretanto, em nível molecular, suas organelas e macromoléculas estão sofrendo um contínuo processo de transformação, fragmentação, reprodução, transporte, recombinação, entre outros. Isso acontece na célula o tempo todo (LODISH, 2014).

Da mesma maneira, um organismo multicelular como o do ser humano, parece manter-se inalterado durante o passar do tempo. Quando reencontramos um amigo de longa data, imediatamente somos capazes de reconhecê-lo, mesmo depois de anos de separação. Ainda assim, passado esse tempo, praticamente todas as células desse indivíduo já foram substituídas, com exceção das células nervosas. Esse processo de estabilidade dinâmica na qual o organismo se transforma constantemente mantendo sua estrutura fundamental é chamado de autorrenovação. Trata-se de uma estratégia biológica na qual a rigidez é substituída pela transitoriedade no intuito de manter a estrutura fundamental. Ao invés de substituir partes defeituosas, como no caso de máquinas simples, o organismo substitui suas micro partes de maneira harmoniosa e constante, preservando a superestrutura. Obviamente essa manutenção dinâmica não segue por tempo indefinido. Em determinado momento o sistema entra em exaustão e o organismo deixa de renovar-se com a mesma eficiência. É o que acontece no processo de envelhecimento (CAPRA, 1990; LODISH, 2014).

Diferentemente dos seres vivos, um sistema fechado, como no caso de uma máquina, funciona conforme os princípios da 2ª lei da termodinâmica. Em algum momento entrará em um estado de equilíbrio com o meio, aumentando sua entropia e seus processos cessarão. Já sistemas vivos são sistemas abertos que se autorregulam através de trocas contínuas de matérias e energia com o meio ambiente afim de se organizarem continuamente. Os processos bioquímicos de assimilação de componentes, decomposição e reordenação, objetivando-se construção de estruturas biológicas ou aproveitamento de energia é chamado de metabolismo. Pode-se afirmar que existe um constante desequilíbrio nos sistemas vivos, o que os obriga a manterem-se sempre ativos, operando continuamente afim de manter a ordem do organismo. Um organismo funciona como uma superoficina, com milhares de micro oficinas que trabalham de maneira ordenada



constantemente realizando processos catabólicos e anabólicos (CAPRA, 1990) (LODISH, 2014).

Um ser vivo pode ser considerado como um conjunto de variáveis que flutuam em determinados limites máximos e mínimos, de maneira interdependente. Essa característica de flexibilidade permite que haja um processo de adaptabilidade importante que proporciona uma capacidade espetacular de interação com o meio ambiente, mesmo em situações relativamente adversas. Essas flutuações acontecem o tempo todo, mesmo quando as condições ambientais são favoráveis. Esse processo de equilíbrio dinâmico e transacional é chamado de homeostase (CAPRA, 2006; GOMES *et al.*, 2014).

No processo de homeostase estão presentes fenômenos de retroalimentação negativa e de retroalimentação positiva. A retroalimentação negativa se dá através de estímulos ambientais adversos que geram processos de adaptação. Existem 3 mecanismos adaptativos próprios da natureza flutuante dos seres vivos e que são marcadamente dependentes de uma variável temporal (PATEL *et al.*, 2015).

O primeiro se trata de um mecanismo imediato, uma resposta fisiológica rápida à uma alteração do meio ambiente. Por exemplo, quando um indivíduo que vive no nível do mar muda-se para um ambiente de grande altitude, como uma região montanhosa. As primeiras respostas fisiológicas são, por exemplo a aceleração dos batimentos cardíacos e o aumento da pressão arterial para compensar a redução do oxigênio do novo meio no qual está inserido. Ainda assim, nesse momento, seu vigor físico estará prejudicado e um desempenho físico vigoroso, como correr ou subir uma escada não terá a mesma eficiência neste novo ambiente. Este tipo de modificação será prontamente reversível, bastando-se retornar ao nível do mar e os sinais fisiológicos se reestabelecerão tornando-se o indivíduo apto novamente a desenvolver suas atividades habituais (ALMEIDA, EL-HANI, 2010).

Se essa pessoa, entretanto, permanece durante longo período em uma condição adversa, pode ocorrer um tipo de adaptação chamada de adaptação somática. Trata-se de um processo onde circuitos fisiológicos se modificam mais lentamente e de maneira mais estável. No caso do exemplo da mudança de

altitude, ocorrerá um aumento no número de hemácias, por exemplo, no intuito de suprir a carência de oxigênio. O indivíduo sofrerá um processo adaptativo designado como **aclimação**, sendo acompanhado de mudança de hábitos e gostos no decorrer do tempo. Após esse processo, ele estará novamente apto a desenvolver normalmente suas atividades, seguindo o curso normal da vida, agora em um ambiente com novas características. Essa adaptação não é necessariamente irreversível, mas apresenta reversibilidade lenta. Por outro lado, o mecanismo de adaptação somático gera um maior nível de flexibilidade às custas de um maior stress adaptativo (SOARES, 2002).

Para dialogarmos com a realidade mais específica do profissional de saúde e seu paciente, podemos pensar que alguns tipos de patologias podem gerar diferentes necessidades adaptativas, com destaque para as síndromes crônicas que persistem por longo tempo, quando não por toda a vida, as quais demandam do indivíduo um tipo de adaptação somática. Neste caso, porém mais difícil de ser conseguida devido às manifestações normalmente assintomáticas dessas síndromes.

A mudança genotípica é a terceira forma de adaptação dos seres vivos. Trata-se do próprio mecanismo de evolução das espécies, que está muito bem descrito através dos trabalhos darwinistas e neodarwinistas. A mudança genotípica ocorre através da mutação genética e estende grandemente a faixa de adaptação de um indivíduo, aumentando consideravelmente sua flexibilidade em relação ao meio ambiente. Uma população que vive durante longo tempo em clima de montanha, por exemplo, pode ser selecionada, gerando indivíduos constitutivamente mais adaptados para o frio e as grandes altitudes. Vale lembrar que uma mudança genotípica é irreversível e persiste durante todo o tempo de vida de um indivíduo. Os três mecanismos adaptativos (adaptação imediata, somática e genética) proporcionam aumento da flexibilidade crescente e reversibilidade decrescente. Esses mecanismos permitem aos seres vivos existirem nos mais diversos meio ambientes terrestres. Para um indivíduo, quando maior for o nível de flutuação das suas variáveis maior será sua tolerância ao stress ambiental. Para uma população, quando maior for a flutuação mais variabilidade ocorrerá, gerando melhor possibilidade adaptativa (CAPRA, 1990).

A retroalimentação positiva, outro processo dinâmico essencial da auto-organização e outro aspecto do processo evolutivo, é responsável pela tendência criativa e autotransformadora presente nos seres vivos. Não necessariamente devido à uma pressão ambiental, mas por uma necessidade intrínseca de aprendizagem e evolução. Pode-se dizer que através de um processo de retroalimentação positiva caminham no sentido da evolução os indivíduos, espécies, sociedades e culturas. Ainda que não se consiga explicar com precisão essa característica, sabe-se que ela é uma propriedade fundamental da natureza. Sem ela, a vida não teria evoluído além das algas azuis, por exemplo, que estão muito bem adaptadas em seu meio ambiente e não sofrem pressão ambiental para adaptação (CAPRA, 1990).

Nas artes e na ciência, o ser humano demonstra efetivamente seu potencial criativo, estético e transformador. Mas de onde vem esse ímpeto? Pode uma pessoa estar tranquilamente segura e bem alimentada no conforto de um meio ambiente agradável que, mesmo assim, algo parece estar faltando, algo positivamente estimulante. É disso que nos referimos quando citamos a retroalimentação positiva (CAPRA, 1990).

Como vimos, a vida se manifesta através de processos de autorregulação e auto-organização em relação dinâmica e constante com o meio ambiente. Outro conceito importante a ser explorado é o das relações ecológicas. Interações intraespecíficas e interespecíficas são determinantes para sobrevivência de uma espécie. A partir daí o conceito de níveis de organização ajuda a compreender a vida a partir de um pensamento sistêmico (GAJIC, 2011). Noções ecológicas demonstram que as relações harmônicas ou desarmônicas são preponderantes para a homeostase do sistema (PENNAZIO, 2010; DICKSON, ERB-DOWNWARD, HUFFNAGLE, 2015; GRAHAM *et al.*, 2016).

Os organismos desenvolvem dinâmicas de interação com os demais seres vivos, da mesma espécie ou de espécies diferentes. Essas relações ecológicas podem ser competitivas ou cooperativas, mas na maioria das vezes contribuem para a manutenção do equilíbrio do sistema, principalmente com relação ao controle do número de indivíduos.

A simbiose é um tipo particularmente importante de relação ecológica, pois permite a compreensão da estrutura dos organismos vivos e por isso trataremos dela com maiores detalhes aqui. Trata-se de uma relação interespecífica e mutualmente benéfica na qual dois organismos se relacionam de maneira tão íntima que se torna impossível a sobrevivência de um sem o outro. Essa relação é tão íntima que, por vezes não é possível diferenciar com clareza os limites entre os dois indivíduos sendo que, por vezes, são classificados como um único (CAPRA, 1990).

A célebre relação simbiótica entre a célula e organelas como mitocôndrias nos animais e cloroplastos nos vegetais, cuja interação deve datar de tempos primitivos do nascimento da vida na terra, é um exemplo clássico desse tipo de interação. As mitocôndrias e os cloroplastos possuem um sistema auto organizador independente, carregando seu próprio material genético e podendo se reproduzir de maneira autônoma. A célebre teoria de que uma célula fagocitou uma bactéria e que a associação positiva entre elas permaneceu nas gerações futuras é um dos grandes fundamentos da biologia celular. Hoje uma célula eucariótica, por definição, contém essas organelas. É, portanto um só indivíduo, considerando-se a perspectiva do nível celular.

Não apenas em nível celular, mas em organismos multicelulares existem também relações simbióticas importantes. Muitas bactérias, presentes principalmente no trato gastrointestinal de mamíferos, desempenham um papel importante nos processos digestivos e na proteção contra infecções. Por exemplo, bactérias invisíveis a olho nu estão presentes no tecido cutâneo saudável do ser humano e tem um papel fundamental para a funcionamento adequado desse tecido. Sabe-se que indivíduos complexos submetidos a um crescimento em ambientes estéreis apresentam seu processo de desenvolvimento gravemente comprometido, confirmando a dependência entre organismos multicelulares e sua microbiota (CAPRA, 2006).

Induz-se a partir desse raciocínio o grande equívoco em se pensar a humanidade como espécie superior e autossuficiente. Cada ser humano é diretamente influenciado pelas relações que desenvolve enquanto indivíduo em seu ambiente e também guarda dependência simbiótica com os seres microscópicos

que povoam suas estruturas, sendo ele próprio o meio ambiente desses seres. Não somos, a não ser enquanto relação. Somos a parte de um todo que se inter-relaciona de maneira dinâmica entre diferentes níveis. Ainda que não possamos perceber imediatamente todos esses delicados mecanismos que permitem o seguimento da vida, essas relações acontecem o tempo todo e a grandeza ou a pequenez da nossa existência depende apenas do ponto de vista que tomamos.

Outra característica importante que precisa ser considerada para se compreender a estrutura e o organização dos seres vivos é a sua estratificação estrutural em múltiplos níveis, os quais estão interconectados e apresentam diferentes escalas de complexidade. À medida em que se aumenta a escala, aumentam os níveis de organização, que compõe um indivíduo cada vez maior e mais complexo (CAPRA, 2006).

No caso do ser humano, ele é composto por diferentes células que formam diferentes tecidos, que formam diferentes órgãos que formam diferentes sistemas e que compõem o organismo como um todo. Cada nível apresenta tendências integrativas e auto afirmativas. Uma célula, por exemplo pode ser vista como um microrganismo quando observada isoladamente, ou como pequena parte de um tecido específico. É inegável a relação de interdependência entre os níveis, os quais interagem harmoniosamente para o funcionamento de toda a estrutura viva (CAPRA, 2006).

A discussão sobre a organização da vida em níveis estratificados ultrapassa o campo da biologia, culminando no campo da física quântica e da filosofia. Se considerarmos as possibilidades que estão além da nossa apreensão através dos instrumentos técnicos desenvolvidos até hoje, podemos imaginar que existam infinitos níveis de organização, tudo depende de quão perto ou de quão distante se observe. Além disso, todos esses infinitos níveis devem guardar algum tipo de interconexão e interdependência. Hoje podemos verificar a organização molecular de uma célula, mas não vamos além disso, a não ser através de proposições e teorias formuladas através de pistas para a construção de um raciocínio indutivo. Por outro lado, podemos, em última instância, aproximando-se mesmo de um debate místico, propor uma superorganização cósmica, da qual

apenas somos, enquanto seres humanos, parte integrante dessa organização, tal como as células de um tecido (CAPRA, 2006).

Outro debate interessante no qual o pensamento ecológico se insere é sobre o nível de autonomia dos indivíduos, ou no caso, o nível de autonomia dos níveis. A primeira conclusão, considerando-se a interconexão entre esses níveis é a de que a autonomia de qualquer indivíduo é relativa, pois sempre guarda alguma dependência do meio. Porém a autonomia dos seres vivos parece aumentar, conforme aumenta sua complexidade, alcançando seu ponto máximo (conhecido) nos seres humanos (CAPRA, 2006).

A complexidade do ser humano, considerando-se sua capacidade cognitiva, a criatividade, a característica da linguagem, a capacidade de perceber-se enquanto ser responsável pelos seus atos traz à tona uma discussão de cunho existencialista, como aquela proposta por Kierkegaard e aprofundada na filosofia de Sartre. A importância da subjetividade, a angústia existencial frente à liberdade de escolha e a responsabilidade que as escolhas trazem para o indivíduo são resultado, em última instância, do nível de autonomia que o ser humano terminou por alcançar frente ao meio ambiente. Por outro lado, tradições e filosofias místicas, trazem a proposta de que o ser humano deve superar a subjetividade e fundir-se com a totalidade do cosmo, transcendendo os limites do ego. Desse ponto de vista a questão da responsabilidade da escolha perde o sentido, pois sendo eu “o todo”, não podem haver “influentes externos” e assim minhas escolhas serão naturalmente espontâneas (PERES, HOLANDA, 2003).

Para o pensamento ecológico, os tipos de relações que estabelecemos com o meio é que determinam nossa perpetuação ou extinção. Nessa perspectiva, o indivíduo não se sustenta vivo senão em relação direta com o outro. Isso torna cada vez mais frágil o discurso do individualismo e mais evidente a impossibilidade do isolamento. Podemos concluir que ao percebermos a interdependência e inter-relação entre os componentes vivos do sistema, as ações de preservação do meio ambiente, por exemplo, tão debatidas nos dias atuais, deixam de ser considerada através das lentes da ética e passam a ser consideradas atitudes de autopreservação enquanto espécie. (CAPRA, 2006).

Quando adotamos um ponto de vista psicanalítico, podemos afirmar que uma pessoa busca a interação social porque o aparelho psíquico não deseja apenas o conforto e o prazer, mas também o pertencimento. Isso se expressa por ambos os impulsos eróticos e tânicos, essencialmente opostos e contraditórios, mas que buscam a mesma finalidade, que é a de perder sua condição de indivíduo e pertencer ao todo, seja através da socialização (vida), seja através da regressão (morte) (PEREZ URDANIZ *et al.*, 1999).

Todos esses conceitos, estão entrelaçados científica e filosoficamente e são ferramentas para entendimento dos mecanismos da vida, de uma perspectiva integrativa. À partir desses referenciais, podemos começar a refletir sobre a maneira de agir enquanto indivíduos, inseridos em um meio ambiente, em constante interação intra e inter específica, com responsabilidade social e ecológica no papel de profissionais de saúde, no sentido de promover a qualidade e continuidade da vida em seu conceito ampliado, nos quais componentes sociais, culturais, ambientais, psicológicos biológicos e ecológicos influenciam e são influenciados para a manutenção e a promoção da saúde de um indivíduo e de uma população (CAPRA, 2006).

Considerando-se que a primeira parte deste trabalho trata especificamente dos mecanismos interacionais entre indivíduos durante consultas farmacêuticas, nos permitimos trazer esse tipo de discussão como uma característica introdutória e também para indicar a perspectiva ontológica a partir da qual construímos nosso raciocínio em saúde, ou seja, uma perspectiva integrativa, dinâmica e intersubjetiva.

### **2.1.3 Um debate em torno do conceito de saúde – uma crítica epistemológica**

Quando iniciamos um processo investigativo na área da saúde, ou qualquer outro tipo de trabalho nessa área, empreendemos inicialmente um esforço reflexivo e crítico a respeito de questões conceituais e mesmo filosóficas que revestem o tema. Ao pesquisador ou o trabalhador da saúde lhe cabe indagar sobre os

paradigmas que norteiam o conceito de saúde e de que maneira se pode delimitar seu objeto de trabalho e sua inserção no mundo, tomando assim, um posicionamento autêntico. Desta maneira se poderá ter clareza da natureza do seu papel e da sua função social. Caso contrário corre-se o risco de cair na cilada de se tornarem meros autômatos robotizados, capazes de reprodutibilidade técnica, mas essencialmente descompromissados e incapazes de se situarem em relação ao mundo e ao próprio objeto de estudo ou de trabalho. É a partir desse afastamento epistêmico, que propomos algumas linhas de reflexão sobre saúde, enquanto conceito e alvo de investigação científica.

Partindo-se de um referencial integrativo e orientando-se por um modelo de atenção à saúde centrado na pessoa e na família, as ações em prol da saúde tornam-se equivocadas quando abordam o indivíduo isolado de seu meio físico e social, assim como quando consideram a saúde como um fenômeno estático. Para compreender o processo de adoecimento faz-se necessário considerar as relações ecológicas desempenhadas entre o paciente e o seu meio ambiente. A doença, de um ponto de vista dinâmico e integrativo se apresenta como um desequilíbrio, um stress patológico que prejudica o processo de homeostase, gerando uma dificuldade de adaptação ao meio. Considera-se, portanto, que há uma somatória de variáveis que convergem para o desenvolvimento e avanço de uma doença (KIRKENGEN *et al.*, 2015).

A abordagem sistêmica considera a finitude da vida como um processo natural e a doença e o sofrimento como um obstáculo que deve ser ultrapassado, mas que é natural e inerente à vida. Segundo alguns autores, a doença pode ter um papel positivo, no sentido de que conscientiza o enfermo da sua corporeidade, da fragilidade e efemeridade típicos da existência humana. O stress é um processo inerente à vida, assim como a respiração. (BENNETON, 2002).

O conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que saúde é o estado de completo bem-estar biopsicossocial. Este conceito supera concepções restritivas de saúde e abrange elementos da medicina social, que leva em conta elementos como moradia, trabalho, lazer, saneamento, alimentação e acesso à serviços de saúde como determinantes da saúde e, por isso mesmo, aspectos da responsabilidade do sistema de saúde. Ao mesmo tempo, de um ponto



de vista sistêmico, o enunciado da OMS guarda relação com noções cartesianas do mundo e da natureza na qual a matéria é estática e com referenciais isolados, pois não há como estar o tempo todo em completo bem-estar biopsicossocial. Ou seja, como a vida é uma dinâmica (lembramos do processo de homeostase), esse completo bem-estar, que se expressaria como equilíbrio estático, não é senão uma condição utópica para os sistemas vivos (SEGRE, FERRAZ, 1997; BACKES, 2009). Do nosso ponto de vista, saúde é um conceito que se aproxima da seguinte prerrogativa: “A busca incessante por um equilíbrio entre indivíduo e meio ambiente, através de uma dinâmica relacional constante e interdependente entre diversos níveis de organização, o que permite a manifestação da vida enquanto entidade complexa e evolutiva, tanto do corpo individual, quanto do corpo social.

Ainda que intuitivamente se guarde relação direta entre saúde e normalidade, o conceito de normalidade pode gerar alguma polêmica. Ainda que, por exemplo, alguns parâmetros biológicos sigam padrões gaussianos de normalidade, quando se estende esse conceito ao nível social outros mecanismos mais complexos estão em jogo. Pode-se afirmar que estar adaptado a um modelo econômico e social patológico, que busca padronizar o comportamento e o pensamento, gerador de injustiça, desigualdade, exclusão social e degradação ambiental não significa necessariamente ser saudável (KIRKENGEN *et al.*, 2015). Neste sentido, especificamente para o ser humano, abdicar de sua capacidade crítica e criativa, da liberdade do dissenso para seguir tendências de consumo e comportamento são também características de uma patologia de ordem social, que poderá se manifestar no futuro como uma doença psíquica ou física.

Os sistemas de saúde estão se reorientando no sentido de se organizarem cada vez mais segundo preceitos influenciados por modelos sistêmicos e processuais. No Brasil o SUS, um sistema nascido a partir de uma ideologia civilizadora, no sentido de reduzir as disparidades sociais, migra paulatinamente de uma organização hierárquica para uma organização em redes. Ao mesmo tempo, os usuários deixam de ser meros clientes de um sistema de saúde e passam a ser vistos como atores no processo de promoção e recuperação da saúde da população, assim como de construtores de políticas públicas. A voz dos usuários e dos profissionais passa a ser ouvida com valor deliberativo. Hoje em dia,

perspectivas epistemológicas relativistas valoram o discurso dos atores sociais da saúde enquanto objeto de interesse científico, para a construção de conhecimento em saúde (BRASIL, 2006) (CFF, 2010).

O privilégio do referencial positivista e a crença excessiva em elementos quantitativos de investigação separou a saúde, a doença e os processos terapêuticos de qualquer aspecto relacionado com a subjetividade dos pacientes e dos profissionais de saúde (COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002). Assim, além do desenvolvimento do conhecimento técnico e dos levantamentos estatísticos, deixou-se de somar ao conhecimento em saúde alguns elementos próprios do ser humano, como os processos relacionais, as representações, os elementos simbólicos, a construção de identidades, entre outros (LAPLATINE, 1991).

A investigação qualitativa em saúde ainda é um desafio para o pesquisador que atua em um sistema institucional de produção de conhecimento cuja arquitetura hegemônica de pensamento ainda é influenciada pelo positivismo. Entretanto, essa realidade vem se modificando paulatinamente e estudos qualitativos estão sendo aceitos cada vez mais e sua importância reconhecida enquanto método de pesquisa independente, complementar e relevante.

A noção de integralidade considera que o indivíduo se expressa enquanto indivíduo e enquanto ser social, sendo que essas identidades se influenciam e se mesclam. Ele está sujeito aos movimentos históricos, culturais e sociais que constroem suas representações. Explorar e aprofundar os significados e representações de mundo permite a emergência de novas reflexões teóricas, apontar direcionamentos e construir estratégias para novas práticas de saúde focadas nas necessidades reais da população (BERTOLLI FILHO, 2000).

O conhecimento adquirido através desse tipo de referencial epistemológico pode nortear também a busca por novas habilidades e conhecimentos, gerando um movimento de transformação e renovação necessária à uma determinada atividade profissional. No caso específico do profissional farmacêutico, cabe a ele a adoção de uma postura crítica, flexível, comprometida, cientificamente embasada e socialmente referenciada para poder exercer uma prática em saúde que beneficie os usuários do sistema e que seja valorizada pela sociedade. As exigências que o momento histórico demanda do farmacêutico parecem passar invariavelmente pela

necessidade de se comunicar com o paciente em um contexto de cuidado multidisciplinar ao usuário do sistema. Este contexto insere uma atividade que vem a se tornar central para a profissão, aglutinando elementos que vão proporcionar a construção de uma verdadeira identidade de profissional de saúde. A consulta farmacêutica insere o farmacêutico na prática clínica onde o foco é o paciente e o objeto de trabalho é, para além do corpo e da doença, o discurso do paciente. Trata-se da construção de uma habilidade específica com a qual o farmacêutico clínico precisará se familiarizar (MINAYO, 2010; AL HAMID *et al.*, 2014; MAIDMENT *et al.*, 2016).

Para melhor atender as necessidades dos clientes dos serviços clínicos e do sistema de saúde no qual se insere, além das habilidades e conhecimentos técnicos, o farmacêutico clínico necessita ter clareza do seu papel como agente de saúde no contexto interdisciplinar. Uma identidade de profissional de saúde se constrói a partir do debate perene sobre conceitos científicos, políticos e filosóficos em torno da saúde da sociedade, do qual não deve se furtar nunca, sob o risco de se tornar novamente refém do tecnicismo, dos procedimentos operacionais padrão, da monotonia arrítmica do trabalho alienado (MOSS *et al.*, 2016).

O preciosismo que temos tido até aqui com a abordagem de conceitos elementares se dá por entendermos que este novo profissional que se oferece à sociedade exercendo um serviço de cuidado traz consigo a expectativa de uma transformação que vai além do âmbito profissional específico da farmácia, mas que corrobora para a evolução de um sistema de saúde mais humanizado e eficiente que precisa de farmacêuticos com coragem para negar o que é ultrapassado e construir o novo com compromisso social e científico.

A profissão farmacêutica vem descortinando uma nova prática, uma prática que traz novas perspectivas, que constrói uma nova identidade profissional, que exige a apropriação de novos conhecimentos para encarar novos desafios. Esse movimento, dialético, por vezes instável, contraditório, turbulento e violento, mas sempre constante, é o que mantém viva a profissão e viva à vontade continuar lutando enquanto profissional de saúde por uma sociedade mais justa, solidária, livre e saudável, pois é também o caminho da verdade e da evolução humana. Por isso o farmacêutico não deve temer o que está por vir, mas promover e construir

um novo caminho, aparando arestas, se reinventado sem deixar de estar comprometido com a verdade, com a ética e com a saúde.

#### **2.1.4 A farmácia clínica – uma nova atividade profissional frente as atuais demandas em saúde**

O processo saúde-doença e suas variáveis ecológicas, políticas, sociais e econômicas são determinantes do perfil epidemiológico da população. Essas variáveis norteiam as ações dos sistemas de saúde e as práticas dos profissionais que se encarregam do cuidado dos pacientes. Por influência de diversos fatores históricos, o medicamento alopático acabou se tornando a principal estratégia terapêutica utilizada no mundo, movimentando um mercado poderoso, tornando-se um elemento determinante na construção de estratégias e políticas públicas de saúde, pois os custos gerados para a compra de medicamentos aumentam à medida em que novas tecnologias são oferecidas pelo mercado. O uso de medicamentos pela população se tornou tão difundido e explorado que gerou um fenômeno conhecido como medicalização da sociedade.

O processo de medicalização da sociedade aconteceu em parte pela construção de uma ideologia de mercado para a saúde. Instituiu-se no imaginário social a ideia de que todos os males da vida podem ser resolvidos ou aplacados com o uso de medicamentos, revestindo esse insumo terapêutico de uma poderosa representação simbólica, favorecendo inclusive a um processo de padronização de comportamento social. Do ponto de vista do mercado, o medicamento é também um produto extremamente lucrativo. E como o sistema econômico é essencialmente excludente, não é surpresa o fato de que, ao mesmo tempo em que o consumo de medicamentos é alto, sua distribuição é bastante desigual, fazendo com que uma parte da população os consuma de maneira excessiva e outra sofra por problemas de acesso à medicamentos básicos. As percepções e os comportamentos associados ao uso do medicamento podem variar, dependendo da cultura, das experiências, do conhecimento em saúde e da percepção da doença e do tratamento (ROSEMBERG, 1992).

É fato que o aumento da quantidade de medicamentos disponíveis no mercado contribuiu para o bem-estar da população, sendo corresponsável pelo processo de recuperação, diagnóstico, controle de doenças e alívio dos sintomas de inúmeros pacientes. Entretanto o medicamento é um produto bivalente. Se utilizado de maneira incorreta ou de maneira exagerada, pode provocar mais danos que benefícios. Não por acaso, evidências epidemiológicas confirmam com grande nível de confiabilidade as consequências negativas e graves resultantes do uso irracional e da falta de acompanhamento do uso dessas tecnologias. Intoxicações, reações adversas, inefetividade, prescrições desnecessárias, falta de adesão à terapia acabaram por descortinar uma preocupante realidade de morbimortalidade e desperdício de recursos relacionados à medicamentos (PEREIRA, FREITAS, 2008).

No contexto histórico de expansão da indústria, o farmacêutico, influenciado principalmente pelo processo de mecanização da indústria farmacêutica e expansão do número de fármacos disponíveis no mercado, acabou relegado de uma tarefa de menor relevância clínica, associada normalmente ao comércio de medicamentos em balcões de farmácia ou ao processo de produção nas indústrias. Ao mesmo tempo, se atuando no sistema público, suas tarefas se mantiveram na esfera logística, principalmente relacionada ao abastecimento e movimentação de produtos, tendo seu papel de profissional de saúde negligenciado com relação ao cuidado de pacientes (PEREIRA, FREITAS, 2008).

As mudanças históricas nos processos produtivos (da botica para indústria) e a influência dessas mudanças nos currículos acadêmicos culminaram em um profissional tecnicista, de conhecimentos multicompartimentados, descontextualizado da equipe multidisciplinar, mantendo uma relação mais íntima com o produto (medicamento) do que com o usuário do produto (paciente) (PEREIRA, FREITAS, 2008).

A partir de 1960, nos estados unidos, professores iniciaram um movimento chamado de farmácia clínica, que se desenvolveu principalmente em ambiente hospitalar, aproximando o farmacêutico da equipe de saúde. A partir de 1970, esse grupo buscou redefinir o papel do farmacêutico aproximando o profissional não apenas da equipe de saúde, mas também dos pacientes desenvolvendo atividades

clínicas em contextos de atenção primária e secundária de saúde. Se propôs uma mudança de foco, do produto para o usuário, na busca de atender uma lacuna de cuidado. Essa lacuna está relacionada diretamente à consagração do medicamento como principal estratégia terapêutica na sociedade moderna e nos impactos negativos que a utilização massiva de medicamentos trouxe para o usuário e para o sistema de saúde.

Em 1990, com Hepler e Strand desenvolvem o termo “*Pharmaceutical Care*”, propondo que o farmacêutico deveria ser o responsável pela promoção do uso correto do tratamento farmacológico buscando alcançar resultados positivos em saúde e melhoria da qualidade de vida do paciente. Paralelamente surge em Granada o desenvolvimento de um método clínico chamado método Dáder que buscou definir conceitos e práticas relacionadas à atenção farmacêutica. (PEREIRA, FREITAS, 2008)

No Brasil o conceito de atenção farmacêutica foi inserido no contexto da assistência farmacêutica, gerando um novo ciclo na assistência, chamado ciclo clínico, o qual se preocupa com a qualidade do uso dos medicamentos e estimula seu uso racional. A farmácia clínica é uma disciplina que permite ao profissional desenvolver conhecimentos e práticas clínicas focadas na identificação, prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia e pode ser realizada em qualquer ambiente de atenção à saúde. (PEREIRA, FREITAS, 2008)

Até pouco tempo atrás, no contexto organizacional de um sistema de saúde brasileiro estruturado de maneira fragmentada e hierárquica, o profissional farmacêutico manteve seu processo de trabalho focado no ciclo logístico de medicamentos, afastado do paciente e da equipe de saúde. Igualmente a academia reagiu timidamente com relação à aspectos deficientes na formação do farmacêutico, principalmente em relação a habilidade comunicacional e conhecimentos clínicos que preparassem o profissional para atuação junto ao paciente e à equipe de saúde.

Com um papel restrito a atividades gerenciais e logísticas, de caráter mais burocrático, o farmacêutico se vê imerso em um contexto sanitário caótico: Excesso de demanda por serviços de cuidados médicos; medicalização pesada da sociedade; falta de acompanhamento no processo de uso dos medicamentos;

evidências apontando para os problemas relacionados a farmacoterapia; geração de custos para o sistema e sofrimento para o usuário devido aos resultados de efetividade terapêutica muito aquém dos resultados de eficácia clínica; consultórios médicos, nutricionais, de fisioterapia, de psicologia quase sempre lotados, forçando os profissionais a realizar atendimentos tão breves que praticamente impossibilitam uma avaliação integral que foque no uso correto da farmacoterapia.

Os serviços de saúde colapsando por um lado e o farmacêutico encerrado no almoxarifado ou na farmácia básica distribuindo, comprando, registrando e organizando medicamentos em prateleiras. Evidentemente, ainda que estes serviços logísticos sejam fundamentais, eles podem ser transferidos para um funcionário técnico devidamente treinado que o executaria com qualidade. Assim, a atuação clínica do farmacêutico vem a atender a uma série de necessidades sanitárias do sistema. Ademais, o farmacêutico enquanto provedor de cuidados no contexto da equipe multidisciplinar de saúde, estimulando o uso racional de medicamento e colaborando para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes torna esse profissional melhor aproveitado pelo sistema (BRASIL, 2014).

Nos últimos anos, felizmente, a atividade de cuidado do farmacêutico vem ocupando espaço e se sedimentando no país, pois as evidências sobre impacto dos problemas relacionados a medicamentos na sociedade são incontestáveis (CFF, 2013).

O cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços clínicos e atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (BRASIL, 2014; CFF, 2016).

Para desenvolver esse tipo de serviço clínico o farmacêutico deve ter uma postura ética, isenta de julgamentos, de interesses pessoais ou de terceiros. Suas atitudes devem buscar auxiliar o paciente no processo de uso de medicamentos, facilitando o acesso e partilhando metas com foco em resultados clínicos definidos que beneficiem e que estejam de acordo com as vontades do paciente (FREITAS,

2006). O processo de atendimento em consultório demanda habilidades que vão além do conhecimento técnico sobre medicamentos e protocolos clínicos, mas que exigem também habilidades clínicas e comunicacionais (HAGEMEIER *et al.*, 2014; O'BRIEN, FLOWERS, STOWE, 2015).

Experiências práticas vem confirmando o fato de que o cuidado farmacêutico é uma estratégia efetiva para identificar, prevenir e solucionar problemas da farmacoterapia. Também os farmacêuticos do país começam a aceitar essa responsabilidade, estimulados por políticas públicas que facilitam a implantação desse tipo de serviço nos locais de trabalho (PEREIRA, FREITAS, 2008) (MISHRA *et al.*, 2011).

No âmbito legal a aprovação da política nacional de medicamento de 2004 referência a atenção farmacêutica como componente da assistência farmacêutica. Com um viés clínico, a atenção farmacêutica, ou o cuidado farmacêutico deve estimular a melhoria na qualidade do uso das tecnologias farmacológicas disponibilizadas pelo sistema público, com a clareza de que apenas a garantia do acesso não é suficiente para gerar resultados clínicos positivos em saúde (CORDEIRO, 2008).

O estabelecimento das consultas farmacêuticas no âmbito do SUS, manifestação simbólica da sedimentação do cuidado farmacêutico no Brasil, gera para o usuário um novo direito, que vai além do acesso ao seu tratamento, mas também o direito de ser acompanhado no processo de uso dos medicamentos. O farmacêutico clínico deverá atuar selecionando ou orientando a seleção de terapias, prevenindo acidentes com os medicamentos, prevenindo ou manejando eventos adversos, estimulando a monitorização dos resultados e a adesão à farmacoterapia. Em algumas ocasiões poderá desenvolver o papel de gestor de casos em pacientes crônicos polimedicamentos e com policomorbidades, acompanhando o processo de recuperação e o controle das suas condições clínicas, gerenciando o atendimento junto aos demais membros da equipe multidisciplinar, contribuindo para a qualidade do acolhimento ao usuário do sistema. (CORDEIRO, 2008)

Vale lembrar que o uso racional de medicamentos deve ser estimulado por todos os profissionais de saúde. Médicos, odontólogos, farmacêuticos e



enfermeiros são os profissionais que estão mais diretamente envolvidos com processo de utilização de medicamentos pela população. Com a inserção do farmacêutico na equipe de saúde, mais do que a seleção correta, esses profissionais podem identificar pacientes que se beneficiariam da consulta farmacêutica, encaminhando o paciente para atendimento (ANGONESI, SEVALHO, 2010).

As residências multiprofissionais têm oferecido um grande impulso para o desenvolvimento das habilidades clínicas dos farmacêuticos e um ambiente profícuo para o desempenho de atividades relacionadas, como revisão de medicação, atendimento de leito, conciliação medicamentosa, acompanhamento farmacoterapêutico e também atendimento ambulatorial de pacientes que são internados em diferentes unidades especializadas (MIRANDA *et al.*, 2012; BRUMMEL, CARLSON, 2016; KO *et al.*, 2016; LEE *et al.*, 2016; MOSS *et al.*, 2016). Essa semente plantada nas residências multiprofissionais se mostrou fértil e tem se desenvolvido como base vanguardista para o crescimento e a expansão desse tipo de atividade farmacêutica no país (REIS *et al.*, 2013).

A transição epidemiológica e demográfica em curso no país torna o serviço de cuidado farmacêutico cada vez mais relevante, ainda mais se considerarmos a taxa de controle das doenças crônicas em comparação com os gastos com tratamento. Por isso é importante estimular cada vez mais essa tendência à integração do farmacêutico com a equipe de saúde e a aproximação deste profissional com o paciente.

Do nosso ponto de vista o movimento clínico da farmácia já não é reversível, visto que cada vez mais claro estão os benefícios que a atuação clínica do farmacêutico produz para os usuários e para as instituições de saúde. Resta à academia e as instituições reconhecerem essa nova realidade da profissão e se preocuparem em formar farmacêuticos com as devidas competências e proporcionar condições dignas que facilitem o trabalho de cuidado do farmacêutico, respectivamente.

### **2.1.5 Comentários sobre a consulta farmacêutica enquanto nova prática profissional**

O profissional farmacêutico, no contexto da sociedade industrial, teve sua força de trabalho direcionada à produção, avaliação da qualidade e distribuição de medicamentos. O objeto de seu labor, assim como a construção de sua identidade social esteve relacionado ao produto medicamento (SATURNINO, 2012).

O medicamento, um produto de mercado, carregado de simbolismo e ideologia, se configura como a principal estratégia terapêutica utilizada no mundo para tratar, prevenir, controlar e diagnosticar doenças (BEUTHIN *et al.*, 2012; DELBAERE, 2013). Com foco no produto, o farmacêutico historicamente se responsabilizou por um ciclo de produção, avaliação de qualidade, seleção, distribuição, e entrega do medicamento. Pouca importância se dava ao acompanhamento do processo de uso dos medicamentos e ao monitoramento de resultados de sua utilização (ALVES, BATEL-MARQUES, MACEDO, 2012; RUBIO-VALERA, CHEN, O'REILLY, 2014).

A problemática proveniente do uso exagerado e/ou equivocado de medicamentos gera uma nova condição epidemiológica de caráter iatrogênico, produzindo sofrimento ao paciente e desperdício de recursos para os sistemas de saúde do mundo todo. Como muitos pacientes não alcançam as metas do tratamento, acabam sofrendo com agudizações ou complicações decorrentes do descontrole de suas doenças (DAVIES *et al.*, 2009; NACI *et al.*, 2014).

Isso acontece porque o modelo de utilização de medicamentos se construiu com base em uma expectativa utópica de efetividade. Nesse ponto de vista, bastava que o medicamento eficaz fosse entregue na dose certa ao paciente certo e no tempo certo. Negligenciavam-se eventos adversos, adesão à farmacoterapia, e efetividade do tratamento (SOUZA, 2013). Como consequência dessa desídia em relação a qualidade do uso do medicamento, uma realidade alarmante de problemas relacionados à farmacoterapia tornou essa utilização não assistida do medicamento um potencial causador de danos à saúde, seja por falta de efetividade, uso inadequado, baixa adesão ao tratamento ou pelo surgimento de

eventos adversos (PEREIRA GUERREIRO, MARTINS, CANTRILL, 2012). (ARRAIS *et al.*, 1997; TRUONG *et al.*, 2015).

Por outro lado, observa-se que, melhorando a qualidade do processo de uso de medicamentos há uma conseqüente redução na incidência de desfecho negativo decorrente de sua utilização e uma maior taxa de sucesso terapêutico (cura ou controle da doença). Isso se torna especialmente evidente quando consideramos pacientes com doenças crônicas como diabetes, doença arterial coronariana, hipertensão, dentre outras, condições em que o uso crônico de medicamento (normalmente mais de um) é indicado para reduzir o risco de eventos graves e mortalidade (DESCOVI, 2011; JARAB *et al.*, 2012; TOUCHETTE *et al.*, 2012).

Infelizmente há uma prevalência crescente de problemas resultantes do uso de medicamentos. As principais fontes desses problemas podem estar relacionadas com a automedicação errada, erros de medicação, interações medicamentosas, reações adversas, intoxicações, falhas terapêuticas e não adesão ao tratamento. Também há uma tendência crescente de custos relacionados principalmente com hospitalização devido a problemas relacionados com medicamentos. As cifras são tão significantes que nos Estados Unidos se gasta mais para tratar problemas relacionados a medicamentos do que com a compra de medicamentos. Além disso, cerca de 15% dos orçamentos hospitalares são destinados ao tratamento de complicações que estiveram relacionadas com a utilização de medicamentos (JOHNSON, BOOTMAN, 1995; SUH *et al.*, 2000; ERNST, GRIZZLE, 2001; DORMANN *et al.*, 2004; SOUZA, 2013; AH *et al.*, 2016).

A evidência aponta que a qualidade do processo de utilização do medicamento, que vai desde a seleção, até a administração e monitoramento dos resultados, deve ser acompanhada para prevenir morbimortalidade relacionada a medicamentos (ALVES, BATEL-MARQUES, MACEDO, 2012; AL-AZZAM *et al.*, 2016; PARDO CABELLO *et al.*, 2016; ZHAI, GU, LIU, 2016).

Contraditoriamente, o uso não assistido de medicamentos gera maiores lucros às empresas multinacionais farmacêuticas, que conseguiram imprimir ao medicamento a ideia de “produto de saúde”, ao mesmo tempo em que a extensão dos danos decorrentes desses produtos sempre pareceram subestimados e

dissimulados (MOORE *et al.*; RODRIGUES, 1999; SOYAMA, 2006). A automedicação errada no Brasil parece ser resultado de um processo de aculturação mercadológica, a qual impute a associação equivocada entre medicamentos industrializados e saúde.

“Os dados relacionados à automedicação no Brasil apoiam a hipótese da ingênua e excessiva crença da sociedade atual no poder dos medicamentos, o que contribui para a crescente demanda de produtos farmacêuticos para qualquer tipo de transtorno, por mais banal e autolimitado que seja. Dessa forma o medicamento foi incorporado à dinâmica da sociedade de consumo (...) afastando-se de sua finalidade precípua na prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades” (ARRAIS *et al.*, 1997).

Também por isso, a questão da segurança do paciente no processo de uso de medicamentos é cada vez mais relevante (SOUZA, 2013). Estratégias que assegurem não apenas o acesso a essas tecnologias, mas que invista em ações no sentido de promover o uso racional delas vem sendo estimuladas pela assistência farmacêutica no Brasil nos últimos anos. Daí surge o principal estímulo para o farmacêutico em desenvolver um tipo de trabalho junto ao usuário, com uma abordagem centrada no paciente, em todos os pontos da rede de atenção à saúde. (BROWN, RYAN, THORPE, 2016); (SATURNINO, 2012); (BARROS, 2002; DESCOVI, 2011; CORRER, OTUKI, 2013).

Assim, o serviço prestado pelo farmacêutico vem se diversificando, numa perspectiva que valoriza o desenvolvimento de habilidades clínicas próprias desse profissional. Essas atividades de clínicas ou de cuidado farmacêutico objetivam a melhoria da experiência do paciente com a sua farmacoterapia através de estratégias que buscam aumentar a efetividade, a segurança e a adesão aos tratamentos medicamentosos e estimular o uso racional dessa tecnologia (SHOEMAKER, RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008).

A atuação clínica do farmacêutico no sistema único de saúde vem se consolidando através das consultas farmacêuticas que permitem a interação direta do profissional com o paciente, em ambiente privativo de consultório, mas também em domicílio e em leito de internamento (POSSAMAI, DACOREGGIO, 2007). Essa interação tem o objetivo de coletar dados clínicos sobre o paciente (a história de doença, a história de medicação, história social, etc.) para que se possam identificar problemas relacionados à farmacoterapia e os elementos responsáveis pela sua

gênese. Em posse das informações é possível sugerir intervenções para a resolução desses problemas, de maneira colaborativa com o paciente e, eventualmente em conjunto com a equipe de saúde.

O termo consulta farmacêutica é definido como (CFF, 2016, p. 47):

Episódio de contato entre o farmacêutico e o paciente, com a finalidade de obter os melhores resultados com a farmacoterapia, promover o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. Objetiva, ainda, a promoção, proteção e recuperação da saúde, a prevenção de doenças e de outras condições, por meio da execução de serviços e de procedimentos farmacêuticos (CFF, 2016, p. 47).

A interação profissional e paciente pode, por si só, ser terapêutica, gerando, por exemplo, motivação em relação ao tratamento, aumentando o letramento em saúde do paciente e, conseqüentemente, sua autonomia em relação ao tratamento. Esses podem ser desfechos intermediários que resultam em melhoria do controle das doenças (DE LYRA *et al.*, 2007; GORDON, SMITH, DHILLON, 2007; GARCIA-CARDENAS *et al.*, 2013). Esse novo caráter de cuidado reservado aos farmacêuticos tende a se consolidar como sua principal atividade profissional nos sistemas públicos de saúde, enquanto a maioria das atividades logísticas técnicas, principalmente aquelas mais simples, deverão ser executadas por profissionais técnicos bem treinados. (CUNHA *et al.*, 2012; CORRER, OTUKI, 2013; WALLMAN, VAUDAN, SPORRONG, 2013).

A melhoria da qualidade do uso de medicamentos através da atuação clínica do farmacêutico tem sido evidenciada como uma intervenção capaz de melhorar desfechos mensuráveis em saúde. Assim sendo, o não estímulo à prática clínica farmacêutica acaba sendo também, por consequência, um ato de negligência por parte dos gestores do sistema de saúde (SAFER, ZITO, FINE, 1996; BERESNIAK, TABOULET, 1997; FERMONT, 2002; REIS *et al.*, 2013; SOUZA, 2013; WENG *et al.*, 2013). A proposta de padronização de um modelo de atendimento farmacêutico em consultório, considerando instrumentos e formulários uma importante estratégia gerencial e técnica que pode facilitar a difusão dessa prática no país (SHAHINA, 2010; AMARILES *et al.*, 2012; GORGAS TORNER *et al.*, 2012; MOLINA LOPEZ *et al.*, 2012; SALVO, BROOKS, 2012; GARCIA-CARDENAS *et al.*, 2013; LEE *et al.*, 2013) (RILEY, 2013).

Principalmente porque os serviços clínicos de farmácia ainda estão em desenvolvimento no país é necessário que se produzam análises científicas no sentido de avaliar e propor melhorias nesses serviços. E ainda que vários estudos clínicos evidenciem a importância da atuação do farmacêutico no processo de manutenção, recuperação e promoção da saúde, esse método não esgota a avaliação dos componentes do processo e seus resultados (RILEY, 2013). Assim como nas demais profissões da saúde, a utilização de um método científico que permita a análise do conteúdo comunicacional resultante do encontro terapêutico entre profissional e paciente, ou seja, os elementos conversacionais emergentes em cada etapa da consulta não deve ser negligenciado (BERGER, 2005; GODOY, 2009; D'ANDRÉA, 2012).

Como a consulta farmacêutica envolve a interação entre dois ou mais indivíduos, uma abordagem que leve em consideração também a dimensão social, cultural, psicológica dos indivíduos se soma aos resultados puramente estatísticos resultantes das pesquisas clínicas (SCHRANS *et al.*, 2016). Na prática ambulatorial a resultante da relação profissional-paciente parece produzir mais do que a redução da glicemia, por exemplo, de um paciente que, após acolhimento e orientação, aceita sua condição clínica, compreende suas limitações, está ciente da importância de sua farmacoterapia e se adapta à suas necessidades terapêuticas, levando uma vida com menos negação e medo em relação à sua doença e aos seus medicamentos. Esses são resultados intermediários, conseguidos através, principalmente, de uma interação terapêutica entre paciente e profissional, podem melhorar a relação do paciente com o sistema de saúde e produzir a longo prazo resultados clínicos mensuráveis quantitativamente (FERREIRA, 2008; JOHNSON, MOSER, GARWOOD, 2013); (BENNETON, 2002; AL KHALIDI, WAZAIFY, 2013).

Apesar das experiências exitosas conseguidas com a clínica farmacêutica, infelizmente na maioria dos pontos de atenção à saúde do país o farmacêutico continua limitado a atividades logísticas, escondidos em almoxarifados ou, quando muito, realizando a entrega de medicamentos prescritos. A oportunidade de interagir diretamente com o paciente em ambiente privativo, estabelecendo relações terapêuticas orientadas por um método clínico deve provocar uma ressignificação no papel desse profissional, dinamizando seu trabalho e

aproximando-o da equipe multidisciplinar. Acreditamos que isso deve aumentar a motivação e o reconhecimento pela população do farmacêutico enquanto profissional de saúde. (RUGGIERO, 2011).

Estudos que investigam aspectos comunicacionais da relação profissional-paciente tem mais tradição na área médica ou de enfermagem. Podemos considerar que o farmacêutico apenas inicia seu processo de interação com o paciente no contexto de consultas clínicas. Por isso algumas questões seguem sem resposta. Afinal de contas, o que é o e compõe um atendimento farmacêutico? Que elementos são abordados dentro do consultório? De que forma eles são abordados? Como o paciente apresenta suas demandas e responde as demandas do farmacêutico? Estará o farmacêutico usando uma estratégia comunicacional adequada com o paciente? Trata-se de uma consulta centrada no paciente? Questões como essas deverão nortear as investigações no campo das ciências sociais direcionadas à saúde, considerando-se a especificidade desta nova atividade do profissional farmacêutico (BENNETON, 2002; BERGER, 2005).

#### **2.1.6 O método clínico utilizado para o cuidado farmacêutico**

Todas as profissões de saúde que realizam algum tipo de consulta seguem um método clínico que, apesar de apresentar muitas similaridades, também apresentam especificidades, de acordo com o objetivo de cada consulta. O método clínico se constitui de etapas específicas ou uma sequência de passos que direcionam o raciocínio e norteiam o atendimento. De maneira genérica esses passos se constituem em **coleta de dados, identificação de problemas, realização de um plano de cuidado e avaliação e acompanhamento do caso** (CORRER, OTUKI, 2013).

No caso do cuidado farmacêutico, o foco da consulta é a resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, ou Problemas Relacionados à medicamentos. O termo problemas relacionados à medicamentos (PRM) é polêmico e ainda discutido entre a comunidade científica, entretanto trata-se de uma definição ampla relacionada com as atitudes do paciente, acesso, seleção,

efetividade, monitoramento e segurança relacionados à terapia medicamentosa. De acordo com o consenso brasileiro de atenção farmacêutica os PRM são definidos como “um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário”. Segundo a *Pharmaceutical Care Network Europe*, um PRM se configura como “um evento ou circunstância envolvendo a farmacoterapia que interfere atualmente ou potencialmente com os resultados de saúde desejados” (ALANO, CORRÊA, GALATO, 2012).

A abrangência do termo dos PRM leva o farmacêutico, enquanto profissional focado em resolver esses problemas, à necessidade de desenvolver um atendimento integral do paciente, considerando todos os tratamentos e todos os problemas de saúde do paciente, já que todos os problemas guardam certa interdependência entre eles. Além do mais, considerando-se que a consulta deva se desenvolver pautada no modelo de atenção centrada no paciente, aspectos contextuais do paciente também devem ser considerados durante a consulta. Sendo assim, ainda que haja um foco específico, próprio da competência do farmacêutico, a consulta acaba por contemplar aspectos integrais do indivíduo (CORRER, OTUKI, 2013).

Métodos clínicos como *Pharmacotherapy WorkUp*, *Therapeutic Outcomes Monitoring* e o Método Dader propõem estratégias e ferramentas para o desenvolvimento de uma consulta farmacêutica reproduzível e que atenda às necessidades de pacientes com doenças crônicas. Esses métodos foram pioneiros e muitos serviços partiram desses tipos de orientação para iniciar seus atendimentos. Ainda assim, um serviço pode basear-se nos princípios básicos do método clínico para orientar o desenvolvimento de uma consulta farmacêutica. Isso permite a adequação do método em relação ao perfil epidemiológico e as especificidades e objetivos do ponto de atenção à saúde onde as consultas são realizadas.

O método clínico pode ser organizado didaticamente através de um prontuário que permite ao profissional nortear a consulta. Nesse prontuário podem constar os quatro elementos básicos do método clínico, incluindo instrumentos específicos de avaliação ou intervenção que atendam às demandas do serviço.



Apesar de haver uma ordem de elementos em um prontuário de atendimento, o farmacêutico, à medida em que vai ganhando habilidades clínicas, não necessita seguir seus passos linearmente e, ao invés disso, faz com que as necessidades e os anseios do paciente sejam o fio condutor da consulta.

Na etapa de **coleta de dados** constrói-se o perfil do paciente, sua história social, a história clínica e a história de medicação. Uma consulta geralmente se inicia com a identificação da queixa principal do paciente, a qual sempre é central na avaliação semiológica de qualquer profissional. As habilidades semiológicas e o conhecimento da farmacoterapia são fundamentais para avaliar sinais e sintomas, correlacionando-os com os medicamentos em uso e, finalmente, construir um estado situacional do paciente (CORRER, OTUKI, 2013).

A **identificação de problemas** é o passo seguinte do método clínico. No caso do atendimento farmacêutico, são identificados problemas da farmacoterapia. Ser capaz de identificar e resolver esses problemas é aquilo que justifica sua prática em consultório. Os problemas da farmacoterapia podem estar expressos em resultados clínicos (problemas reais) ou podem ser identificados antes de terem gerado algum prejuízo no paciente (problemas potenciais). Portanto eles podem ser tratados ou prevenidos.

Considera-se que a origem de um PRM pode ter relação com o usuário e seus aspectos biopsicossociais, com o medicamento, com o profissional de saúde ou mesmo com o sistema de saúde no qual o paciente está inserido. Exemplos de problemas relacionados à medicamentos são reação adversa, inefetividade, não adesão, seleção inadequada da terapia, dificuldade de acesso, entre outros. Costuma-se classificar os PRM em quatro dimensões amplas, que são os problemas de necessidade, efetividade, segurança e adesão. Falhas de monitoramento da doença podem ser um elemento adicional a ser considerado durante o processo de identificação de problemas (CORRER, OTUKI, 2013).

A etapa seguinte, **elaboração de um plano de cuidado**, considera e relaciona todas as informações recolhidas sobre medicamentos, patologias, queixas e todos os problemas identificados. O plano de cuidado deve considerar questões contextuais, as expectativas, receios e necessidades do paciente. Por isso, todas as decisões tomadas devem ser tomadas em conjunto e em acordo com

o paciente. As intervenções farmacêuticas devem focar na resolução dos problemas de processo ou resultados da farmacoterapia, elegendo-se metas terapêuticas objetivas que deverão ser avaliadas e estimuladas no processo de acompanhamento. Exemplo dessas metas são a modificação nos resultados de exames laboratoriais, controle de sinais, melhora de sintomas, melhoria da adesão e melhoria no resultado conseguidos com ajuda de instrumentos de avaliação de progressão ou gravidade da doença. Prazos para reavaliação dos resultados também são importantes de serem estabelecidos levando-se em conta o tempo esperado para que a intervenção venha a produzir resultados observáveis . (CORRER, OTUKI, 2013).

É também parte do serviço clínico do farmacêutico o processo de educação e aconselhamento em saúde, que visa aumentar a compreensão do paciente sobre sua condição e sobre seu tratamento e ainda estimular hábitos de vida saudáveis, considerando que eles ajudam na prevenção primária e secundária de doenças e agravos, respectivamente. A educação e aconselhamento buscam produzir uma mudança de percepção e de comportamento frente ao tratamento e às novas necessidades e limitações impostas pela condição clínica (CORRER, OTUKI, 2013).

Muitas vezes, no plano de cuidado escolhido pelo farmacêutico pode estar incluída a necessidade de compartilhamento do caso com outros profissionais. É frequente a intervenção farmacêutica realizada através de um processo de comunicação com demais membros da equipe de cuidado do paciente. É comum que o farmacêutico realize um tipo de comunicação formal epistolar endereçada a outro profissional e levada pelo paciente, sugerindo alterações na farmacoterapia, avaliações diagnósticas, avaliações psicológicas, nutricionais entre outras. A boa relação interdisciplinar com médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, odontólogos, assistentes sociais e agentes de saúde é determinante para o sucesso de muitas intervenções farmacêuticas. Um sistema de saúde que privilegie e reforce a importância da interdisciplinaridade e da coesão da equipe multiprofissional é outro fator importante para o sucesso do serviço de cuidado farmacêutico. Todas as intervenções farmacêuticas precisam ser corretamente

documentadas. Em alguns casos também, as intervenções devem ser realizadas junto ao cuidador do paciente. (CORRER, OTUKI, 2013)

O **acompanhamento do paciente** atendido em consultório é uma etapa prospectiva e fundamental para a avaliação dos resultados da grande maioria dos serviços de cuidado em consultório. Nas consultas de retorno o farmacêutico poderá identificar se houve mudanças de comportamento em relação a farmacoterapia, à condição clínica e ao estilo de vida. Também poderá identificar mudanças no padrão de sintomas relatados, nos exames de controle da doença, na prescrição médica, no acesso as terapias, nos sinais específicos de uma doença e na percepção do paciente de sua qualidade de vida. Ademais, novos problemas podem ser relatados aos farmacêuticos, os quais deverão ser devidamente avaliados. O tempo de acompanhamento e o intervalo entre cada consulta depende de fatores como :

- Tempo necessário para se observar a mudança em exames;
- Tempo necessário para se verificar o efeito dos medicamentos;
- Gravidade e complexidade do caso;
- Disponibilidade na agenda do paciente e do profissional.

Em alguns serviços de cuidado farmacêutico o acompanhamento não é possível e nem interessa ao tipo serviço. É o caso muitas vezes de clínicas especializadas e de serviços de urgência e emergência. Neste caso, observando a necessidade da continuidade do cuidado, o paciente poderá ser encaminhado pelo farmacêutico à um serviço de acompanhamento de atenção primária, um processo conhecido como contra referenciamento. Este serviço da atenção primária se encarregará de continuar atendendo o paciente e de relatar a evolução clínica do paciente para o profissional que o encaminhou (CORRER, OTUKI, 2013).

É importante que a evolução do paciente seja documentada em prontuário. Isso permitirá ao profissional identificar os problemas e as intervenções realizadas em cada consulta e construir um perfil de evolução clínica do paciente. Esse registro poderá ser produzido em forma de SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) ou em outro instrumento de registro desenvolvido pelo serviço.

Todo método clínico de cuidado farmacêutico se configura em uma ferramenta que orienta o desenvolvimento da prática de atendimento ao paciente. O método clínico que desenvolvemos para o serviço de cuidado farmacêutico do qual trata este trabalho objetivou ser uma ferramenta que operacionaliza um modelo de cuidado focado no paciente, integrado com a equipe interdisciplinar e referenciado pelas melhores evidências em saúde. A operacionalização de um método que se adapte às necessidades da instituição de saúde e, principalmente às demandas do paciente, enquanto cliente e razão de existir do profissional, é o desafio que estamos superando hoje, enquanto profissionais de saúde. O mais importante nesse processo é que se continue a melhorar o atendimento ao paciente, proporcionando cada vez mais benefícios e uma melhor qualidade de serviço ofertado ao cliente do nosso sistema de saúde (AL-QUTEIMAT, AMER, 2016)

## 2.2 CONCEITOS E HABILIDADES PARA UMA PRÁTICA CLÍNICA INTEGRAL E HUMANIZADA

### 2.2.1 Traços de personalidade e sua influência no processo relacional

O encontro entre profissional e paciente é marcado por expectativas e normativas relacionais. Observamos com certa frequência a emergência de barreiras interacionais resultado de disputas implícitas, que muitas vezes resultam em antipatia mútua. Quando isso acontece os interlocutores se colocam em uma posição defensiva, gerando desconforto na relação e quase sempre descontentamento mútuo em relação ao resultado do processo interacional. Esse tipo de encontro não é raro no contexto do atendimento em consultório. A discrepância de expectativas e comportamentos do profissional e do paciente podem desencadear uma relação com tendência à assimetria, excessivamente formal e normalmente ineficiente do ponto de vista clínico.

Um esforço no sentido de compreender aspectos da personalidade humana pode facilitar o processo de aceitação do outro no encontro terapêutico e a perceber tipos de comportamento do paciente em relação à doença que podem ser modificados com intervenções corretas. Escutar ativamente o paciente previne pré-julgamentos e oferece pistas sobre possíveis fatores relacionados ao comportamento frente à doença e ao tratamento. Além disso, a conscientização de aspectos de sua própria personalidade torna-o mais consciente de sua influência no sentido de estimular as mudanças necessárias ao paciente diante de limitações impostas por patologias ou tratamentos (PUSPITASARI, ASLANI, KRASS, 2015; SALVO, CANNON-BRELAND, 2015).

Durante o processo de atendimento em consultório as mensagens que o profissional de saúde comunica estão revestidas dos traços da sua própria personalidade. O sorriso, a postura, a vestimenta, a cordialidade, o tom e o ritmo da voz são elementos que passarão uma primeira impressão duradoura. A percepção de si próprio deve ser conscientizada antes do encontro. Os seres humanos são influenciados por estímulos emocionais, físicos, culturais e sociais. A compreensão de todas essas variáveis no comportamento do paciente faz com que a atitude profissional seja, antes de mais nada, sincera e acolhedora (WOLF, 1995; GODOY, 2009).

A personalidade, de maneira geral, pode ser entendida como um conjunto de padrões mais ou menos estáveis de pensamento, sentimento e comportamento que caracterizam o indivíduo em seu meio social (TOLEDO, BARBOZA, 2007). É resultante de uma organização dinâmica de fatores psicofísicos que determinam manifestações emocionais e comportamentais. Características persistentes no comportamento e humor podem determinar os traços de personalidade (BENTZEN-BILKVIST, MIGLIANO, VINICIUS, 2017). A personalidade é alvo de interesse de diferentes disciplinas como a psicologia, a biologia, a medicina, o direito, entre outras que se interessam em entender, manipular ou modificar o comportamento humano (MORAGLIA, 1994).

Inicialmente a personalidade foi alvo de discussão entre pensadores que divergiam em relação à qualidade inata (inato-adquirido) ou cultural (natureza-educação) da personalidade. John Locke (1632-1604), por exemplo, afirmava que

a mente do recém-nascido é uma página em branco que deveria ser preenchida com as experiências de vida. John B. Watson (1878 – 1958) também foi um importante adepto dessa posição, afirmando que, a depender do estímulos que lhe são impostos, o indivíduo pode ser condicionado a modificar radicalmente seu comportamento (SILVA, 2009a).

René Descartes (1596 – 1650) defensor do inatismo da razão, sustentava que características básicas de um indivíduo já nascem com ele. Segundo esse pressuposto, algumas características são justificadas com relação à semelhança com os pais. Adeptos dessa abordagem reconhecem que uma criança nasce com propensões de comportamento e habilidades herdadas através de genes (SILVA, 2009a).

Ainda que se identifiquem elementos inatos, principalmente com relação comportamentos instintivos, hoje se reconhece que a sedimentação de padrão de comportamento parece ser fruto de uma interação complexa entre predisposições genéticas e influencias sociais, culturais e ambientais incorporadas, principalmente durante as duas primeiras décadas de vida do indivíduo (DAL-FARRA, PRATES, 2004) (PINHEIRO, 1994).

Segundo Jung (1875 – 1961) a personalidade é composta pelo ego (ou mente consciente), inconsciente individual e inconsciente coletivo. O ego é composto de experiências, pensamentos, sentimentos, percepções e representa o centro da personalidade. O inconsciente individual é composto por experiências adquiridas durante a vida e que foram recalçadas, suprimidas ou ignoradas da mente. Já o inconsciente coletivo é composto pelos arquétipos, (persona, sombra, anima e animus), os quais não são padrões de organização adquiridos, mas sim inatos e que se transformam dinamicamente. O conceito de arquétipo está relacionado não a uma ideia, mas a um modo de funcionamento psíquico mítico que é herdado (PEREZ URDANIZ *et al.*, 1999). Para Jung a personalidade é a soma, a totalidade dos elementos psíquicos que é conseguido quando o indivíduo confronta adequadamente seu inconsciente individual e coletivo, num processo que o autor chama de individualização, no qual se alcança a plenitude de sua personalidade (MORAGLIA, 1994).

Ainda que haja um grande número de variáveis contextuais, os traços de personalidade parecem influenciar diretamente no comportamento dos indivíduos com relação ao tipo de atitude tomada frente ao profissional de saúde e às limitações que a doença o impõe (THOMAS, CASTRO, 2012). (ALLEN, WALTER, MCDERMOTT, 2017).

Um modelo bem estabelecido para se investigar a influência da personalidade nas atitudes frente à doença e ao tratamento é o modelo dos 5 grandes fatores (KIM *et al.*, 2016). Esse modelo parte da teoria dos traços de personalidade, a qual considera que o comportamento humano é variável de pessoa para a pessoa, porém afirma que existem elementos constantes de natureza emocional e comportamental nos indivíduos, que são os chamados traços de personalidade. Trata-se de características relativamente duradouras no padrão de sentimentos, pensamentos e comportamentos de um indivíduo, os quais se manifestam através de uma multiplicidade de maneiras no processo de interação com o mundo. Os traços de personalidade são resultado de um complexo de heranças biológicas, arquetípicas e de experiências pessoais do indivíduo.

O modelo dos 5 grandes fatores é composto por um conjunto de 5 dimensões da personalidade, que se subdividem em facetas (KIM *et al.*, 2016).

1 – Fator **Extroversão** → Facetas: Comunicação, ativez, dinamismo e interações sociais.

2 – Fator **Socialização** → Facetas: Amabilidade, pró sociabilidade, confiança nas pessoas.

3 – Fator **Neurotismo** → Facetas: Vulnerabilidade, instabilidade emocional, passividade e depressão.

4 – Fator **Realização** → Facetas: Competência, ponderação/prudência, empenho/comprometimento.

5 – Fator **Abertura** → Facetas: Interesse por novas ideias, liberalismo, busca por novidades.

O fator extroversão reflete uma predisposição sobre a qualidade e quantidade das relações sociais. Determina uma tendência sobre como as pessoas estabelecem e desenvolvem essas relações. Pessoas com pontuação alta nesta

dimensão estão mais dispostas a estabelecer vínculos, são otimistas e afetuosas. Pontuação baixa demonstra uma tendência ao intimismo, independência e seriedade e, em geral evitam o contato interpessoal, o qual lhes causa inibição ou desconforto (THOMAS, CASTRO, 2012; ORTET *et al.*, 2017).

O fator sociabilidade está ligado à qualidade dos padrões de relacionamento. Pontuação alta nesta dimensão indicam tendência à generosidade, comprometimento e confiança. Os traços de sociabilidade geram um comportamento agradável e aceitável socialmente (THOMAS, CASTRO, 2012; ORTET *et al.*, 2017).

O fator neurotismo está associado com a maneira como o paciente experimenta e lida com sentimentos negativos. Uma maior pontuação nesta dimensão demonstra dificuldade em suportar traumas, rejeições sociais e frustrações. Há uma tendência para desenvolvimento de ansiedade e depressão, com predominância de um sentimento de vulnerabilidade. Geralmente são indivíduos mais sensíveis e preocupados com questões existenciais. A impulsividade acaba sendo uma tendência comportamental importante em indivíduos com predominância desse fator na sua personalidade (THOMAS, CASTRO, 2012; ORTET *et al.*, 2017).

O fator realização também foi chamado por outros autores como “vontade”. Indica presença de persistência em relação aos projetos e compromissos e também uma tendência à organização. Indivíduos com pontuação alta neste fator são cautelosos com relação aos seus atos e comprometidos com seus resultados. Este é um fator importante observado pelos estudiosos da personalidade em relação com aspectos de persistência e adesão ao tratamento de saúde (THOMAS, CASTRO, 2012; ORTET *et al.*, 2017).

O fator abertura está relacionado com tendência de criatividade e curiosidade, sendo típico de uma personalidade flexiva, com grande capacidade adaptativa, o que também está relacionado com uma tendência positiva em relação às necessidades de saúde quando se considera a presença de uma doença crônica (THOMAS, CASTRO, 2012; ORTET *et al.*, 2017).

O modelo dos 5 grandes fatores tem sido aplicado na área da saúde e auxiliado na compreensão da influência da personalidade no comportamento frente



aos aspectos relacionados à saúde. Esses estudos têm encontrado resultados similares, o que demonstra sua confiabilidade (ORTET *et al.*, 2017) (DORARD, KHORRAMIAN-POUR, 2017). A associação entre traços de personalidade e adesão à farmacoterapia, por exemplo, pode ser uma ferramenta útil para o farmacêutico clínico que busca melhorar a adesão terapêutica dos pacientes. Entretanto é válido ressaltar que existe uma grande quantidade de variáveis que influenciam nesse processo, com neste caso, a gravidade e o tipo da doença, assim como o prognóstico, que são consideradas características moderadoras do comportamento de adesão (SILVA, NAKANO, 2011).

Em outro estudo Axelsson *et al.* (AXELSSON *et al.*, 2011) encontraram associação negativa entre neurotismo e adesão em um estudo com 749 pacientes com doença crônica. Socialização e realização foram correlacionados positivamente com a adesão ao tratamento. Esses resultados sugerem que traços de personalidade influenciam na adesão ao tratamento, podendo-se utilizá-los como ferramenta para identificar paciente com maior propensão a não aderir à terapia prescrita.

Em estudo de Penedo (2003) (PENEDO *et al.*, 2003) com pacientes soropositivos para o HIV (n=179) não houve correlação entre traços de personalidade e adesão, mas se identificou os fatores extroversão e realização como significativamente associados a domínios da qualidade de vida. Pacientes com pontuação alta no fator neurotismo tem uma maior tendência de desenvolver depressão, ansiedade e fobia. Maior pontuação nos fatores extroversão e realização estão relacionados com melhor qualidade de vida, apresentando pontuação alta nos domínios funcionamento global, preocupações médicas e domínios do HIV, o que sugere uma tendência à persistência da adesão ao tratamento.

Em outro estudo de Axelson (2009) (AXELSSON *et al.*, 2009) foram avaliados traços de personalidade e sua relação com o controle da asma em 280 jovens. Identificaram-se as facetas afetividade negativa e impulsividade como fatores associados ao mal controle da doença. Em mulheres, a faceta capacidade hedônica teve associação positiva com o controle da asma. Nos pacientes que

faziam uso regular de medicação, a faceta impulsividade esteve correlacionada com pior adesão.

No caso específico de paciente transplantados, o fator realização guardou correlação com o perfil de adesão ao tratamento imunossupressor. Baixa pontuação no fator realização foi observado como preditor independente para não adesão à terapia.

As conclusões dos estudos levam a correlacionar o fator neurotismo a uma pior adesão e pior resultados em saúde, enquanto que scores mais altos do fator realização parecem estar associados à estilos de vida mais saudáveis com maior predisposição para adesão ao tratamento (BOGG, ROBERTS, 2004; SILVA, NAKANO, 2011; MOLLOY, O'CARROLL, FERGUSON, 2014; SPINHOVEN *et al.*, 2017). O fator neurotismo parece estar relacionado diretamente com comportamentos de risco à saúde e ao mesmo tempo parece exercer influência negativa na adesão ao tratamento (ALLEN, WALTER, MCDERMOTT, 2017). Por outro lado, o fator realização parece estar diretamente associado com comportamentos positivos em relação à saúde e ao tratamento (SILVA, NAKANO, 2011).

Os diversos estudos realizados avaliando a influência de traços de personalidade nos comportamentos de saúde, como adesão ao tratamento apontam que há uma relação verdadeira e que ela pode ser um ponto importante a ser explorado pelos profissionais de saúde. Evidentemente as características de personalidade não são as únicas variáveis identificáveis que influenciam nas atitudes e sentimentos do paciente em relação à doença e ao tratamento. Entretanto, o reconhecimento de certas características de personalidade dos pacientes pode ajudar o profissional a individualizar o processo de cuidado, alinhando seu discurso às necessidades desses pacientes, estimulando-os a aceitarem melhor as limitações e as necessidades que uma patologia crônica impõem ao andamento da vida (KIM *et al.*, 2016).

A compreensão de que existem elementos, como os traços de personalidade abordados aqui, que influenciam nas atitudes do paciente durante a consulta, faz parte de uma série de habilidades e conhecimentos que instrumentam o profissional para o desenvolvimento de uma consulta mais humanizada, centrada

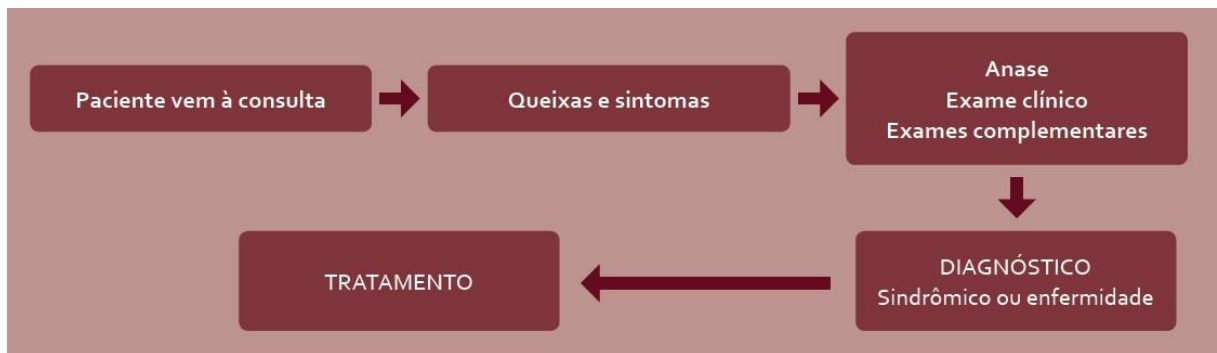
no paciente. Esse tipo de competência integra uma série de disciplinas comunicacionais com as quais o farmacêutico clínico pode se familiarizar no decorrer de sua trajetória profissional.

### **2.2.2 O modelo de atenção à saúde centrado no paciente enquanto plano de fundo para a atividade de cuidado farmacêutico**

A práticas em saúde, desde o nascimento da medicina, são orientadas por princípios que, sobretudo, fazem referência ao “non nocere”. Ou seja, primeiramente, como profissional de saúde, deve-se evitar causar danos ao paciente. A evolução do conhecimento científico e tecnológico agregou um arsenal de estratégias terapêuticas que contribuíram para a melhoria da saúde e da qualidade de vida de pessoas que podem ter acesso a essas tecnologias. Entretanto, sabe-se que tais tecnologias não estão isentas de riscos e que podem causar danos ao paciente, seja devido a uma característica idiossincrática do indivíduo (como uma reação alérgica), seja por uma característica inerente a própria tecnologia (evento adverso observados em ensaios clínicos) ou por equívocos de conduta com relação ao seu uso (intoxicação). Para lançar mão de práticas mais seguras, a medicina baseada em evidências ganha destaque no processo de decisão clínica, norteador a elaboração de protocolos e diretrizes terapêuticas (COOK, MULROW, HAYNES, 1997).

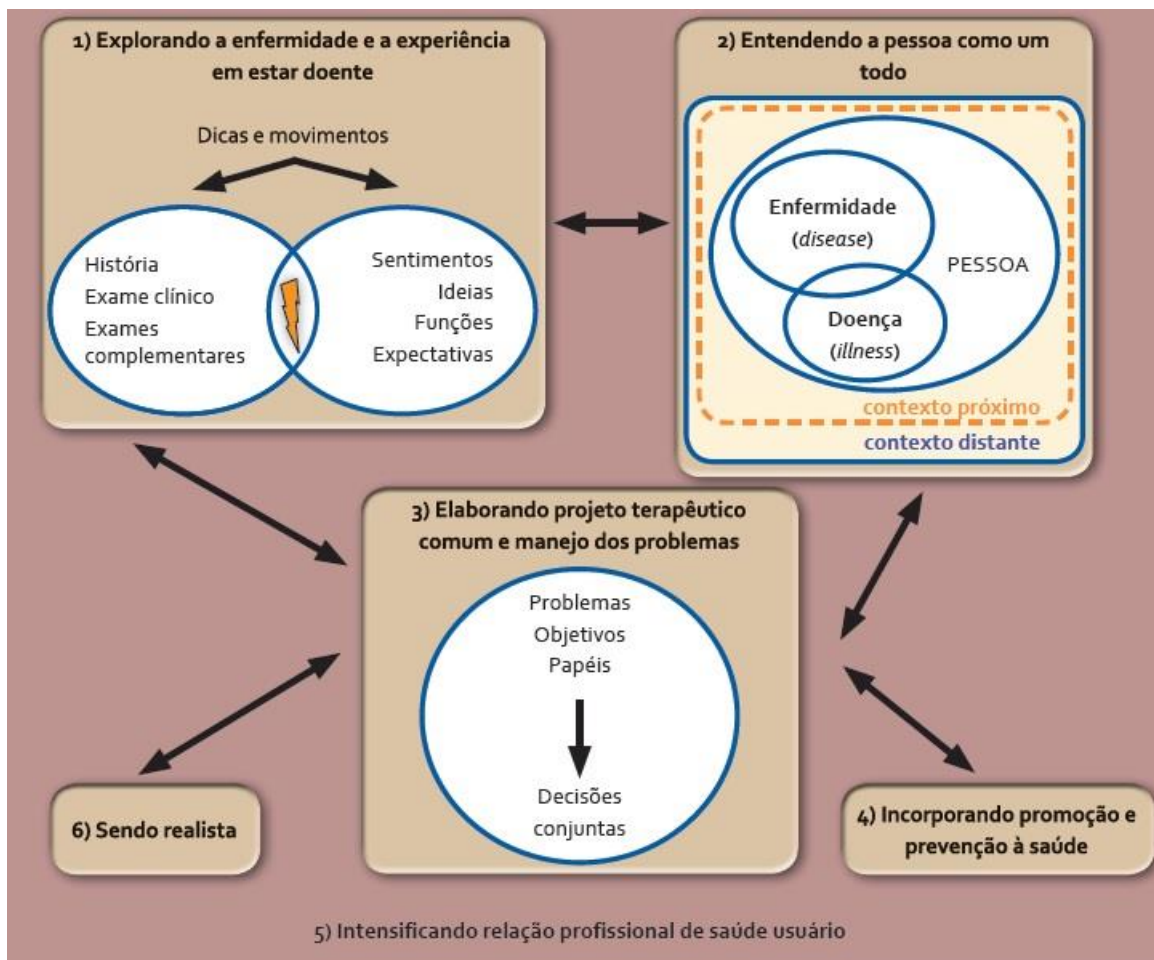
Segundo os princípios da medicina baseada em evidência, não apenas as evidências clínicas influenciam a tomada de decisão em saúde, mas também a experiência clínica e as preferências do profissional de saúde. É interessante perceber que durante muito tempo o paciente teve um papel passivo nesse processo. Uma postura paternalista do médico imprimia uma assimetria na relação entre profissional e paciente, na qual este raramente participava do processo decisório sobre sua saúde. A superação de um modelo de cuidado biomédico e paternalista e a emergência de um modelo focado no paciente considera, além das evidências científicas e das preferências do profissional, também as preferências e a opinião do paciente como norteadoras do tipo de intervenção em saúde. (BENNETON, 2002).

Desde o começo dos anos 80 a ideia do modelo de cuidado centrado na pessoa ganha relevância como proposta que encontra caminho para uma abordagem humanizada e integral de atenção ao paciente, substituindo o modelo focado na doença (Figura 1). Movimentos intelectuais da década de 60 afirmavam que o paciente tem o direito de ser informado, de escolher e de ser ouvido. Esta abordagem considera as necessidades, os objetivos, os valores e as preferências do indivíduo, envolvendo-o no processo de tomada de decisão, ou seja, ela considera que o paciente desenvolve um papel importante no cuidado de sua saúde. Desta maneira, profissional e paciente desenvolvem uma relação de parceria terapêutica e não um simples contrato de prestação e recebimento de serviços (ALHARBI *et al.*, 2014).



**Figura 1.** Modelo centrado na doença (CERON, 2010)

Percebe-se que o foco da análise do método clínico orientado por um modelo centrado na doença praticamente desconsidera elementos contextuais e preferências pessoais do paciente. No modelo centrado na pessoa (Figura 2) não se desconsidera a exploração de informações objetivas para a construção da história da doença atual, mas essa exploração é realizada juntamente com a avaliação de elementos subjetivos relacionados à experiências e expectativas do paciente relacionadas ao processo de adoecimento. Ao mesmo tempo o profissional se preocupa em compreender o indivíduo na relação com a doença e no seu contexto sociocultural e ambiental, estimulando o paciente a compartilhar esse tipo de informação (CERON, 2010).



**Figura 2.** Modelo centrado na pessoa (CERON, 2010)

No modelo centrado na pessoa questões relacionadas ao contexto pessoal e familiar, assim como sua relação com o processo de adoecimento influenciam no processo de elaboração de um plano terapêutico. A conclusão de quais são os problemas a serem enfrentados e as estratégias de tratamento são elaborados em conjunto, estabelecendo prioridades e pactuando o manejo dos problemas (CERON, 2010).

Dentre os diversos fatores que podem influenciar na preferência do paciente em relação ao tipo de intervenção em saúde estão idade, sexo, experiências prévias no sistema de saúde, gravidade da patologia, tipo de relação com o profissional e tipo de decisão a ser tomada. Um estudo populacional (n=2.765) demonstrou que a maioria dos pacientes preferem que o profissional ofereça escolhas sobre intervenções a saúde e que apenas metade dos pacientes

deixam a decisão final ser tomada pelo profissional de saúde. Ainda se observou que pacientes até 45 anos tendem a ser mais ativos em relação à definição do seu plano de cuidado, sendo que com o aumento da idade esse interesse em ser participativo diminui (LEVINSON *et al.*, 2005; BIRHANU *et al.*, 2010; ALHARBI *et al.*, 2014).

Elementos de prevenção de doenças e promoção da saúde acabam por se incorporar ao método clínico. Estimula-se, durante a consulta, a melhoria do letramento em saúde e da autonomia do paciente no sentido de identificar riscos. Têm-se assim a intenção de torna-lo corresponsável pelo no seu processo de recuperação e participativo nas ações em prol de uma comunidade mais saudável (CERON, 2010).

Na abordagem centrada na pessoa o vínculo de confiança entre profissional e paciente deve aumentar a cada episódio de consulta. Para isso, o profissional estará atento em humanizar e horizontalizar a relação. Desta maneira as responsabilidades com relação à saúde do paciente são divididas e há compreensão mútua dos papéis e limitações de cada um. A relação gera um amadurecimento recíproco no qual experiências e histórias de vida são compartilhadas sem receio ou preconceitos, gerando um processo de aprendizagem e evolução (CERON, 2010).

Ser realista no modelo de cuidado centrado na pessoa é compreender que muitas vezes há limitações e desafios para o sistema de saúde. Por isso elas devem ser apreciadas com cuidado, construindo-se planejamentos e estratégias para que, à curto prazo essas limitações impactem o mínimo possível na qualidade do atendimento e do acesso e que a longo prazo possam ser superadas. Um exemplo pode ser a limitação de tempo para desenvolver uma consulta integral, considerando que o sistema de saúde apresenta uma demanda muito grande e foco em resolubilidade imediata de problemas. Também é bastante comum que os profissionais se sintam impotentes frente a certos problemas do paciente, pois podem não sentir capazes de ajudar em questões contextuais apresentadas pelo paciente, como dificuldade de moradia e de renda e, por isso, muitas vezes evitam fazer perguntas sobre esses temas. Por isso é importante organizar uma equipe de saúde interdisciplinar coesa que atue juntamente com o paciente no processo de

resolução desse tipo de problema. Também é importante que o profissional compreenda que as limitações existem e que ele compartilhe de maneira honesta e realista seu pensamento sobre as barreiras que precisam ser enfrentadas, sem criar falsas esperanças no paciente, nem tampouco encarar os problemas de forma pessimista, desmotivando o paciente e a equipe de saúde (CERON, 2010).

O cuidado focado no paciente produz resultados identificáveis, como melhoria das condições de saúde dos pacientes sem produção de eventos adversos ou custos adicionais para o sistema. Isso leva a uma diminuição da necessidade de atendimento curativo e influencia na fidelização do paciente ao sistema de saúde. Ainda, culmina em uma maior satisfação do usuário e reduz atritos entre profissionais e pacientes decorrentes de falhas comunicacionais. A abordagem centrada no paciente pode ser considerada, portanto uma tecnologia leve em saúde, cuja principal ferramenta é a habilidade comunicacional do provedor de cuidado (DONNELLY, 1996; MEAD, BOWER, 2002; WEINER, 2004).

Um estudo que avaliou a percepção do paciente em relação à implementação de um novo modelo de atenção à saúde em um hospital, demonstrou que a implementação desse modelo de atenção baseado no princípio da decisão compartilhada em saúde aumentou de 15% a 73,9% a satisfação do usuário (COULTER, 2006). Outro estudo em um hospital demonstrou que, durante o período de 1 ano, o processo de implementação desse modelo de atenção à saúde foi fragmentado, ou seja, nem todos os profissionais estavam desenvolvendo esse tipo de filosofia e orientação de cuidado, mas também progressivo, o que significa que apesar de haver evidências de que o modelo estava sendo implementado, ele se desenvolvia progressivamente enquanto uma prática sistemática da instituição (ALHARBI *et al.*, 2014).

Neste mesmo trabalho se identificou que os pacientes perceberam a mudança do modelo de atendimento de maneira positiva. Eles relatavam que se sentiam mais seguros e confiantes ao notar que os profissionais de saúde estavam dispostos a ouvir seus pontos de vista. Confirmaram ainda que perceberam que os profissionais os consideraram enquanto indivíduos participantes do processo de atendimento e não apenas focavam nas suas doenças. Em muitos casos a oportunidade de expressar seus sentimentos e preocupações foi percebida como

o aspecto mais importante do atendimento. Em contrapartida, alguns pacientes não se sentiram incluídos e afirmaram não esperar realmente por isso, considerando natural que a equipe de saúde se responsabilize integralmente pelas decisões com relação ao seu tratamento, visto que se trata de pessoal especializado (ALHARBI *et al.*, 2014).

É preciso ressaltar que uma relação de parceria entre profissional e paciente não significa que o paciente precisa necessariamente tomar decisões técnicas a respeito de seu tratamento, ou seja, se responsabilizar integralmente pela sua saúde, isentando o profissional de desenvolver seu papel. Ao invés disso, considera que o paciente, pelo menos é especialista nele mesmo e que pode contribuir no processo de decisão guiando as decisões técnicas, adaptando-as para as suas necessidades e preferências. Muitos pacientes ainda não têm consciência da importância do seu papel e acabam por atuar passivamente no processo de cuidado, principalmente quando não são estimulados pelos profissionais de saúde à participarem das decisões (ALHARBI *et al.*, 2014).

Durante uma consulta farmacêutica, por exemplo, se buscam coletar dados como exames laboratoriais e físicos, história médica pregressa e atual, história de uso de medicamentos, história familiar e relacionar essas informações com as evidências da literatura. A habilidade do profissional de saúde em incluir nessa rede de variáveis o contexto social, as preferências do paciente e extrair disso os elementos que possam influenciar no processo de recuperação e promoção de saúde é considerada como expertise clínica, segundo a medicina baseada em evidências (Figura 3) (HAYNES, DEVEREAUX, GUYATT, 2002).





**Figura 3.** Modelo de decisão clínica. (Adaptado de Haynes, 2002) (HAYNES, DEVEREAUX, GUYATT, 2002)

Dessa maneira, um dos desafios do profissional de saúde é definir as necessidades de um paciente considerando seu contexto social. Interpretar a evidência científica e aplicá-la ao contexto em que o paciente vive, raciocinando sobre os impactos da intervenção nesse contexto e compartilhando pontos de vista com o paciente, sem se deixar nortear por vieses pessoais ou generalizações. Segundo Weiner (WEINER, 2004) as categorias contextuais para uma abordagem individualizada do profissional de saúde são:

1 – “Habilidades cognitivas” está relacionado com a capacidade do paciente de gerir seu próprio tratamento. (Ex.: Ele é capaz de lembrar de tomar seus medicamentos de maneira correta?)

2 - “Estado emocional” considera se o estado emocional pelo qual o paciente está passando pode influenciar na sua decisão sobre recomendações que o profissional de saúde poderá fazer. (Ex.: O paciente se encontra muito estressado para considerar as opiniões do profissional sobre mudança de estilo de vida?)

3 - “Crenças culturais” está relacionado com o campo simbólico no qual o paciente construiu sua visão de mundo, de saúde e doença. (Ex.: Qual a visão sobre uso de anticoncepcionais em seu país, ou tribo ou família?)

4 - “Crenças religiosas” considera as crenças espirituais do paciente, respeitando suas preferências e buscando intervenções que não entrem em conflito com seus

princípios religiosos. (Ex.: O pastor da igreja pode ajudá-la a tomar a decisão de fazer a cirurgia?)

5 - “Acesso ao cuidado” considera as dificuldades do paciente em seguir algum tipo de tratamento ou buscar algum tipo de ajuda em saúde, quando necessário. (Ex.: O paciente pode realizar os exames laboratoriais, ainda que tenha dificuldades com relação ao transporte até o laboratório?)

6 – “Suporte social” considera o entorno social do paciente e se ele dispõe de auxílio durante o tempo do tratamento. (Ex.: Agora que ele está mais fraco, seu filho poderá ajudar com o serviço da oficina?)

7 – “Responsabilidades como cuidador” – Considera o fato de que o paciente também pode ter responsabilidades como provedor de cuidado e que a decisão de conduta clínica pode interferir negativamente nesse processo. (Ex.: Durante o processo de recuperação da cirurgia, quem cuidará de seu filho pequeno?)

8 – “Atitudes frente a doença” – considera as reações do paciente diante de sua condição clínica e sobre sua terapia. (Ex.: Por que ele não consegue seguir adequadamente o tratamento com a insulina, ainda que bem orientado sobre como proceder?)

9 – “Relação com os profissionais de saúde” diz respeito a qualidade da relação estabelecida entre profissional de saúde e paciente durante a consulta. (Ex.: A paciente se sentiu confortável em compartilhar o sofrimento que sua atual situação está lhe trazendo?)

10 – “Situação econômica” considera se o plano de cuidado não comprometerá o orçamento familiar ou pessoal do paciente para seguir o plano. (Ex.: O paciente pode comprar esse medicamento que está mais indicado, mas que não está disponível pelo sistema público?)

Sendo assim, para poder prevenir erros contextuais, não basta apenas estimular o paciente a escolher o que ele considera o a melhor opção, deixando a responsabilidade das escolhas às costas do paciente. Para uma escolha mais racional o profissional de saúde deve orientar o paciente, discutir as possibilidades e ajudá-lo a compreender como cada aspecto do seu cotidiano pode ser influenciado por uma intervenção ou pelo desfecho dessa intervenção. Em seguida

deve-se buscar por um acordo sobre uma intervenção que considere as evidências clínicas e que seja adequada às necessidades e preferências do paciente, já esclarecido sobre prós e contras de sua decisão.

Barreiras para o desenvolvimento de um cuidado focado no paciente podem estar ligadas à inabilidade do profissional em explorar elementos comunicados pelo paciente. Além disso, o foco na doença e a falta de espaço para que o paciente expresse fatos importantes que possam levantar pistas de possíveis problemas contextuais também pode levar a condutas menos adequadas.

Para identificar pontos importantes do componente contextual, é preciso estar atento a elementos que são únicos, porém relevantes no relato do paciente. Quando esses pontos são explorados adequadamente pelo profissional e relacionados com as opções terapêuticas e suas consequências, a consulta torna-se mais humanizada e individualizada, seguindo o preceito do atenção à saúde centrada na pessoa (BAILEY *et al.*, 2012).

Com o esforço de realizar uma consulta centrada no paciente, as intervenções em saúde tendem a ser mais individualizadas e eficientes. Quando se consideram aspectos contextuais na avaliação clínica espera-se que o paciente se sinta compreendido em sua dimensão pessoal e social, o que resulta em melhoria da satisfação e no desenvolvimento de uma relação de confiança e franca, sem que a consulta deixe de ser cordial e referenciada pela técnica.

Nas consultas farmacêuticas uma abordagem prática referenciada no modelo de atenção centrada na pessoa pode tornar mais evidentes os problemas que levam à não adesão ao tratamento, como dificuldade de acesso a serviços e produtos e dificuldade de manejo de uma farmacoterapia complexa. Além disso, quando o paciente se sente empoderado nos aspectos ligados à sua saúde, responsável pelo seu tratamento e acompanhado no processo terapêutico, os resultados dos tratamentos, principalmente para controle de condições crônicas, tendem a melhorar.

Portanto, espera-se que o farmacêutico venha a contribuir decisivamente na minimização dos problemas relacionados à farmacoterapia e seus impactos nocivos na saúde dos pacientes. Para tanto estamos convencidos de que uma atividade clínica baseada no modelo de atenção centrado na pessoa é um

referencial adequado enquanto norteador de uma prática interdisciplinar, holística e humanizada do farmacêutico (CFF, 2016).

### **2.2.3 A comunicação enquanto objeto de estudo**

Estima-se que na atenção primária os profissionais passam praticamente 90% do seu tempo se comunicando. Sabe-se que a comunicação adequada no contexto de saúde melhora prognóstico de doenças, adesão ao tratamento, satisfação do paciente com o serviço, melhora a saúde mental dos pacientes, reduz sintomas, queixas e processos contra profissionais de saúde e reclamações sobre o sistema de saúde. (CERQUEIRA, 2009; CERON, 2010; HARVEY, AHMANN, 2016).

A relevância dos processos comunicacionais em saúde, especialmente no desenvolvimento da relação profissional-paciente durante consultas clínicas, sugere a necessidade de um aprofundamento dessa disciplina, de clareza na descrição e um método adequado para análise comunicacional, no intuito de melhor compreender suas variáveis e aprimorar os resultados da interação entre profissional e paciente.

Em 1950 um grupo de pesquisadores estabeleceram 5 axiomas que buscavam caracterizar a dinâmica da comunicação humana. Eram estudiosos influenciados por pensamentos sistêmicos e que desenvolviam estudos sobre cibernética e teoria geral dos sistemas.

O primeiro axioma afirma que “É impossível não se comunicar”. Ora, quando há mais de uma pessoa em um ambiente, mesmo a vontade de não se comunicar estará comunicando uma mensagem, que será traduzida como indiferença ou antipatia, indisposição, etc. Todos os gestos, comportamentos, olhares estarão comunicando algo. A comunicação é onipresente, sendo impossível não comunicar algo para o meio. Assim, pode-se considerar que uma pessoa inserida em um contexto social estabelece relações comunicacionais o tempo todo, mesmo que involuntariamente, pois qualquer comportamento emite uma mensagem (STEFANELLI, CARVALHO, 2005). Portanto, considerando-se

especificamente exemplos da clínica, se um paciente evita de falar ou responder perguntas, pode-se tirar conclusões importantes desse tipo de comportamento, que influenciarão decisivamente na avaliação do estado clínico do paciente. Isso é particularmente importante nas entrevistas clínicas na área da psiquiatria, na qual alguns pacientes muitas vezes não estão disponíveis a dialogar, porém todos os traços do seu comportamento fazem parte do processo de anamnese do profissional de saúde (CERON, 2010).

O segundo axioma é “A comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação”. Este axioma faz referências as sutilezas da transmissão de uma mensagem, indicando que ela contém mais do que o seu conteúdo superficial, ou seja, há um contorno contextual por trás de cada mensagem comunicada. Quando um paciente diz, por exemplo “eu não gostei muito de tomar esse medicamento” ele pode estar sugerindo que o profissional deve mudar seu tratamento, ou ao menos inclinar-se a respeito dos efeitos desse medicamento para a paciente. No aspecto relacional da comunicação estão contidas as ironias, as insinuações, as mensagens que estão nas entrelinhas. Entender o contexto relacional é fundamental para interpretar as mensagens. Pensemos, por exemplo, se durante uma consulta o profissional impor seu pensamento, imprimindo uma característica de verticalidade na relação, o paciente pode aceitar verbalmente as sugestões desse profissional, mas em muitos casos, o sim, pode na verdade significar não, pois o acordo é apenas superficial, à nível de conteúdo (CERON, 2010).

O terceiro axioma afirma que “A natureza da relação depende de sequências de comunicação prévias estabelecidas pelos comunicantes”. Cada indivíduo carrega um conjunto de referenciais simbólicos fruto das experiências e vivências sedimentadas pela cultura na qual está inserido. Além das representações construídas pela experiência também os códigos verbais e não verbais tomam a forma da cultura no qual o indivíduo está inserido. Assim internaliza-se um conjunto de símbolos e de interpretações da realidade que se expressa durante a comunicação. Quanto maior a frequência de interação entre duas pessoas mais apurado se torna o reconhecimento de sinais linguísticos verbais e não verbais e mais claros os seus significados, facilitando o entendimento

mútuo numa relação direta. No campo da saúde, podemos identificar facilmente que as relações entre profissional e paciente ou profissional e a família se tornam mais tranquilas à medida em que se estabelece um vínculo duradouro. Pelo fato de já se conhecerem melhor, depois de algum tempo atendendo o mesmo paciente, apenas pelo tom de voz ou outros sinais não verbais o profissional é capaz de identificar se o paciente está se sentindo bem ou conseguindo seguir as orientações da última consulta. Obviamente essa familiaridade só alcançada se houver interesse mútuo, empatia e cooperação, caso contrário o resultado acaba sendo antagônico e conflitos podem se acentuar com o tempo, gerando problemas que, por não se resolverem no âmbito da comunicação acabam terminando em ofensas, agressões ou ações judiciais (CERON, 2010). É preciso estar consciente que as variáveis de um processo relacional são tantas, que se pode dizer que um diálogo qualquer jamais se repetirá.

O quarto axioma afirma que “o ser humano se comunica tanto digital quanto analogicamente”. Neste caso, a comunicação digital é uma expressão utilizada para designar a comunicação que emerge explicitamente dos mecanismos ordinários verbais e não verbais associados à cultura, enquanto que a comunicação analógica está relacionada com elementos “colados” à fala, tipicamente chamados de sinais paralinguísticos, (que também não são sinais verbais) como entonação, ritmo de fala, postura e expressões faciais. Sabemos que é impossível dizer qualquer palavra que que haja, por exemplo, uma entonação associada a ela. Isso reveste a mensagem verbal com significado, muitas vezes transformando completamente o sentido do que é dito, oferecendo informações sobre estado de humor, características de personalidade e intencionalidade da mensagem, marcando o patamar contextual do processo relacional. Se um paciente ao entrar no consultório diz um simples “Bom dia”, a depender da entonação e da postura mais aberta ou mais fechada, poder-se-á perceber se o paciente está descontente com algum aspecto do serviço. Muitas vezes esse tipo de mensagem que acompanha a mensagem é transmitido de maneira inconsciente. Ao atender um paciente o profissional pode, se não estiver consciente disso, transportar elementos emocionais paralinguísticos às suas mensagens, estimulado por problemas pessoais ou profissionais que nada dizem respeito ao paciente (CERON, 2010).

Por fim, de acordo com o quinto axioma, “Todos os intercâmbios comunicativos são simétricos ou complementares”. A simetria comunicacional está relacionada com uma dinâmica relacional de igualdade entre os interlocutores. Já a noção de complementariedade está relacionada com aspectos de diferença entre os pares. Por exemplo muito se fala sobre a assimetria (complementariedade) relacional entre profissional e paciente cultivada pelo modelo biomédico. Essa relação normalmente é desigual porque o paciente responde de forma passiva, enquanto que o profissional cultiva uma postura ativa. Em outro exemplo, quando o paciente inicia a consulta com um certo grau de agressividade, o profissional pode responder à essa mensagem de maneira simétrica ou complementar. Se for de maneira simétrica, o profissional também será agressivo e a relação se dará num contexto de competitividade. Porém se o profissional agir com uma estratégia complementar, ou seja, escutando o paciente, demonstrando cortesia e compreensão, provavelmente a comunicação caminhará para a igualdade, ou pelo menos não seja agressiva. Em resumo, a dinâmica de comportamento dos indivíduos dá o tom do processo comunicacional. Se primeiro emissor inicia a conversa em um tom de cobrança ou de cinismo, o receptor pode escolher entre enfrentar as acusações (explícitas ou veladas) ou evitar o conflito, conferindo maior ou menor passividade nas suas mensagens. (CERON, 2010).

Esses preceitos gerais são o ponto de partida para a compreensão da dinâmica da comunicação humana, que é complexa, elaborada, simbólica e transformadora.

Várias abordagens procuram elucidar os mecanismos comunicacionais através de modelos teóricos. Por questões práticas apenas duas delas serão mencionadas neste capítulo. A escola processual e a semiótica são modelos que orientam a análise dos processos comunicacionais. (MENDES-NUNES, 2007)

### **A escola processual**

O modelo processual, proposto pelo grupo da escola de Palo Alto, foi o primeiro a propor uma abordagem analítica da comunicação. Esse modelo simplista criado por Claude Shannon (1916 – 2001) e Warren Weaver (1894 – 1978) em 1948 ilustra de maneira didática os elementos envolvidos na dinâmica

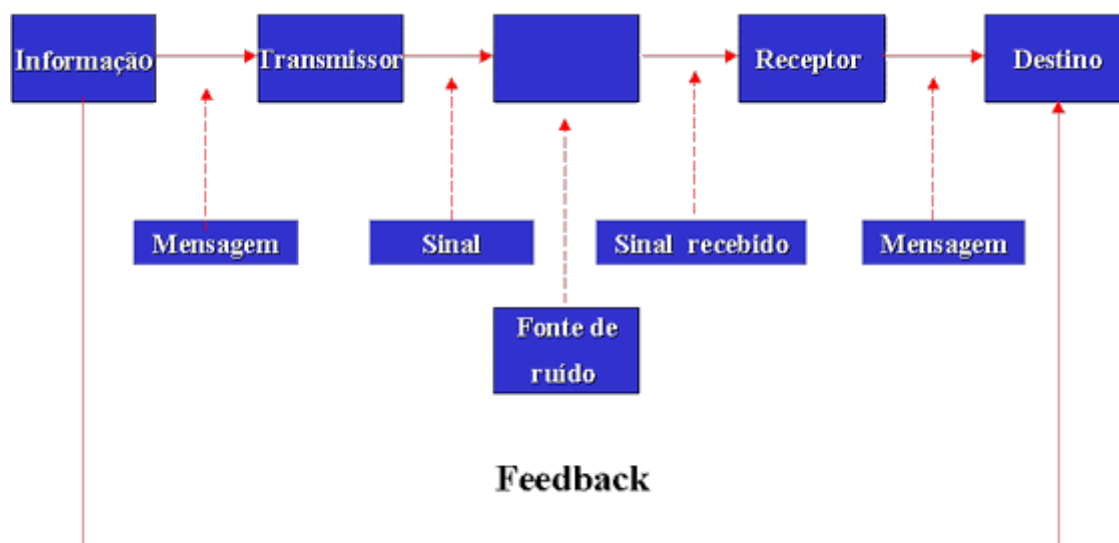
comunicacional. A escola processual está preocupada com o processo de transmissão das mensagens.

Segundo os autores, quando um emissor tem a intenção de transmitir uma mensagem, ele utiliza recursos de linguagem (sinal linguístico) que são enviados ao receptor. A mensagem codificada pelo emissor (em forma de fala, por exemplo) viaja através de um meio físico até chegar ao receptor que, por sua vez irá decodificar a mensagem (Figura 4) (MENDES-NUNES, 2007; MORAIS *et al.*, 2009). O emissor codifica a mensagem utilizando um meio ou canal de comunicação, como a fala ou a escrita. O receptor recebe e decodifica a mensagem, à qual deve gerar uma reação (física, intelectual ou emocional) no receptor e, eventualmente uma resposta no caso de um diálogo, por exemplo. A reação e a resposta do emissor serão os sinais de retroalimentação do processo comunicacional que continua de maneira dinâmica até o seu fechamento. O ruído é um agente físico externo que pode prejudicar para a compreensão da mensagem pelo receptor, dentro de um contexto específico. (CRUZ, SEGATTO, 2009)

O pleno sucesso da transmissão de uma mensagem acontece quando o receptor (ouvinte) é capaz de decifrar e compreender os elementos mais importantes que foram enviados. Ou seja, quanto mais a mensagem decodificada se parecer com a informação codificada pelo emissor, mais sucesso terá a comunicação.

Outro elemento importante do esquema comunicacional de Shannon e Weaver é a resposta do receptor que cria a dinâmica dialógica (retroalimentação ou “feedback”). Quando dizemos alguma coisa, normalmente temos a intenção de produzir alguma reação no ouvinte. Para que um circuito comunicativo se complete é necessário que haja algum tipo de confirmação de que a mensagem foi assimilada (WINCH, NASCIMENTO, 2013).





**Figura 4.** Esquema simplificado de um processo comunicacional proposto por Weaver e Shannon (CRUZ, SEGATTO, 2009)

De acordo com este modelo, a qualidade da comunicação depende dos atores comunicacionais, do canal de comunicação e do contexto. Dois conceitos são centrais para a análise comunicacional neste modelo, os **ruídos** e as **interferências** (WOLF, 1995).

O ruído é um fenômeno físico, sinal externo que chega até o emissor e/ou receptor e que prejudica tanto o processo de emissão da mensagem como sua recepção. Exemplos de ruídos comunicacionais podem ser, a superlotação do ambiente de trabalho, a interrupção por fontes exógenas, ou mesmo elementos visuais que causem confusão no receptor. Um exemplo de ruído comunicacional muito comum na área da saúde é a interrupção de consultas por chamadas telefônicas (KOONG *et al.*, 2015). A análise processual da comunicação busca identificar quais são as principais fontes de ruído e subtraí-las (MENDES-NUNES, 2007).

O fenômeno denominado interferência também está na gênese de dificuldades interacionais. Os interferentes são fatores internos, de ordem psicológica, relacionados com as experiências personalidade dos receptores. Podem ser classificados como sendo de ordem cognitiva, emocional ou

sociocultural. Tratam-se dos mecanismos com os quais o receptor elabora e interpreta uma mensagem recebida (MENDES-NUNES, 2007).

A interferência cognitiva é influenciada pelas crenças tradicionais ou preconceitos que moldam as atitudes de cada interlocutor. Trata-se do papel (normalmente estereotipado) que cada indivíduo acha que deve desenvolver durante a comunicação. Na relação profissional-paciente o profissional pode ter ideias preconcebidas sobre o seu papel enquanto profissional, sobre o paciente e suas expectativas e sobre como deve ser desenvolvida a relação terapêutica (MENDES-NUNES, 2007).

Interferentes emocionais estão relacionados com dificuldades em expor ideias devido à sentimentos que estão presentes de maneira exacerbada. Para controlar essa influência é necessário um esforço de autoconsciência permanente a respeito das emoções presentes durante um diálogo. Os interferentes emocionais podem ser identificados através de manifestações de raiva, nervosismo, agressividade, languidez, etc. Na literatura médica se chama descontaminação emocional o esforço que o profissional faz para conscientizar-se de seu estado emocional antes de realizar algum atendimento, com a finalidade de evitar esse tipo de interferente. É comum que o profissional manifeste algum tipo de interferente emocional relacionado com as relações de contratransferência com seus pacientes, medo de perder o controle da consulta, de ser julgado pelo paciente ou irritação relacionada ao ambiente de trabalho. No paciente é comum que interferentes emocionais como medo do diagnóstico ou de dor possam dificultar a relação, colocando o paciente em uma postura de passividade. Pacientes com perturbações mentais também podem se apresentar na consulta com interferentes emocionais importantes que são sintomas de sua patologia (MARTIN *et al.*, 2015).

Os interferentes sociais acontecem quando há um distanciamento social entre os interlocutores e ambos vêm o outro com desconfiança e descrença. Quando o profissional acredita que o paciente pela sua condição social (pobre e analfabeto, por exemplo) não será capaz de seguir as instruções e por isso não se dá ao trabalho de orientar adequadamente esse paciente estamos diante de um interferente social. Assim aqueles que mais precisam de informação, por vezes os que menos recebem. O reconhecimento do próprio estado emocional e do estado

emocional do outro pode permitir trabalhar interferentes emocionais no sentido de gerar um acolhimento humanizado, compreendendo reações precipitadas do outro e desenvolvendo um processo comunicacional mais empático (MENDES-NUNES, 2007; MARTIN *et al.*, 2015).

A percepção da influência dos interferentes durante o processo comunicacional é resultado de um esforço de autoconsciência, como já foi dito anteriormente. Sobretudo é importante estar atento aos pré-julgamentos, pré-conceitos relacionados ao nosso universo de crenças e valores. A origem social, cultural e familiar pode ter incorporado valores sexistas, classistas ou racistas que normalmente geram um comportamento inflexível e inconsciente. A consciência disso é especialmente importante no caso dos profissionais de saúde no sistema único que atendem pacientes que muitas vezes apresentam fragilidades sociais ou que pertencem à uma minoria excluída da sociedade.

### **A escola semiótica**

A preocupação da escola semiótica é com os signos e os significados. Considera que a comunicação permite a produção e a troca de significados. Estuda a dinâmica da produção de mensagens e de que maneira elas geram significados para as pessoas. Estuda, portanto o papel das mensagens na cultura. Os fatores que influenciam o processo comunicacional estão diretamente ligados à estrutura da sociedade, seus costumes, suas instituições, suas práticas culturais. Na escola semiótica quando a comunicação não alcança o resultado esperado, ou seja, os indivíduos não se compreendem de maneira adequada, isso é resultado de uma diferença cultural importante entre emissor e receptor. A comunicação, entretanto, permite reduzir as diferenças culturais, aproximando as culturas, as pessoas, partilhando experiências, e ampliando horizontes, tornando menos discrepantes, assim, os significados (MENDES-NUNES, 2007).

Uma das funções da educação é fazer com que a população compartilhe significados semelhantes referentes aos mesmos signos. Isso acontece também na saúde, por exemplo, com o aumento do letramento em saúde da população. Assim, o estímulo e o acesso à cultura e à educação permitem que as interações comunicacionais sejam mais eficientes. De acordo com a semiótica, para que uma pessoa comunique algo, ela precisa ter clareza do significado de suas mensagens.

E como as mensagens se constroem a partir de signos, interessa à semiótica a maneira como o conjunto de signos produz significados.

As três grandes áreas de estudo da semiótica são: **os signos**, sua natureza, a maneira como podem veicular diferentes significados e de que forma são eleitos pelos seus utilizadores; **os códigos**, que são sistemas no qual os signos são organizados; e **a cultura**, que é a trajetória dinâmica dos signos, criando códigos e se modificando no decorrer no tempo (MENDES-NUNES, 2007).

Na escola semiótica o receptor das mensagens ganha importância no processo comunicacional. Preferencialmente chamado de leitor ao invés de receptor, considera que o significado dos textos é criado em grande parte pelo leitor durante o processo interpretativo, imprimindo neste leitor, portanto, um papel ativo na comunicação e não apenas um decodificador passivo de mensagens, já que o signo depende do significado que o leitor lhe atribui (MENDES-NUNES, 2007).

De acordo com o modelo semiótico de Saussure (que será abordado em maiores detalhes mais adiante) o signo é composto por dois elementos: O significante, que é a representação física do signo e pelo significado, que é a representação mental do signo. A significação é um processo que depende da relação do indivíduo com o meio, com os objetos, a cultura, as experiências sensoriais, emoções e vivências. Ela é dinâmica e temporal, por isso os signos são criados e adquirem diferentes significados no decorrer da história (MENDES-NUNES, 2007).

A partir das reflexões da escola semiótica podemos inferir que o sentido da mensagem (enviada pelo emissor e interpretada pelo leitor) poderá ser muito semelhante, entretanto jamais será idêntica. A comunicação acontece por aproximação de conceitos, ou seja, será sempre uma interpretação. Ainda que compartilhem de uma mesma cultura, o universo referencial de dois seres humanos é tão complexo, considerando-se a particularidade das vivências e experiências que formaram a personalidade de cada um, que não há como uma mensagem ser assimilada exatamente com o mesmo significado que nasceu no pensamento do emissor (MORAIS *et al.*, 2009).

Além das escolas processual e semiótica, vale comentar brevemente um outro modelo analítico muito importante chamado de Gestão Coordenada de

Significado. Neste modelo ganha centralidade o conceito de atos de fala, que se refere às ações que desenvolvemos através da comunicação falada. As palavras são as ferramentas com as quais se colocam as ações em práticas. Neste modelo as mensagens ganham importância analítica não por aquilo que dizem, mas por aquilo que fazem. A linguagem, nesse sentido é uma ferramenta para a construção da realidade social. Os atos de fala criam contextos ao mesmo tempo em que estão inseridos em contextos diversos.

De certa maneira podemos concordar que os limites da linguagem são, igualmente os limites do mundo de cada indivíduo. Esses limites são nossos horizontes culturais. A comunicação permite ao indivíduo expandir seus horizontes culturais, é a ponte para outras culturas e conhecimentos, é a possibilidade de entrar em contato e se confrontar com ideias diferentes, significa o apagamento de fronteiras que limitam a visão e estreitam as perspectivas de entendimento mútuo e da superação de tradições, de conceitos e comportamentos atrasados e obsoletos (MENDES-NUNES, 2007).

O ser humano, de natureza sociável, necessita estabelecer relações interpessoais. A dificuldade em estabelecer um processo interacional eficiente com outras pessoas pode fazer aflorar sentimentos de solidão, incapacidade e abandono. Obstáculos comunicacionais podem estar relacionados, principalmente, à personalidade (a pessoa é muito tímida e introspectiva), à língua (a pessoa está fora do ambiente onde é falada sua língua materna) ou à cultura (a pessoa está em um ambiente onde os conceitos e as representações sociais lhe causam estranhamento) (MORAIS *et al.*, 2009).

A busca por métodos que auxiliem na compreensão do processo comunicacional e na aquisição de habilidades comunicacionais deve ser estimulada a todo profissional de saúde que trabalhe diretamente no cuidado de pacientes. Da mesma maneira, defendemos a ideia de que hajam disciplinas nas graduações de saúde com foco no desenvolvimento desse tipo de habilidade para que os profissionais estejam cada vez mais aptos compreender que a clínica lida com a complexidade do ser humano na busca de um entendimento comum com o paciente. Só assim se poderá humanizar o atendimento, horizontalizar a relação, estimular a interdisciplinaridade do cuidado, a prevenção de doenças e a promoção

da saúde exercendo, dessa maneira, um modelo de clínica centrado na pessoa (HAGEMEIER *et al.*, 2014).

#### **2.2.4 A comunicação clínica**

A palavra é como um átomo. À sua volta orbitam uma diversidade de significados. Entretanto esses orbitais são povoados por significados ligeiramente distintos para cada indivíduo, se compartilham de uma mesma cultura. À medida em que há um afastamento cultural entre dois falantes esse conjunto de orbitais (para o mesmo átomo) se torna cada vez mais heterogêneo. Quando faladas ou escritas as palavras explodem em uma diversidade de sentidos. Ainda, as palavras, cada uma com seu orbital de significados se concatenam umas às outras, tal qual ligações químicas, produzindo enunciados, discursos e textos que são a principal manifestação da comunicação humana. Cada discurso ou texto é uma macromolécula inserida em um contexto re(l)acional, que é influenciada e influencia na produção de um novo contexto. A comunicação cria as realidades sociais.

A palavra é capaz de provocar a mudança. Mudanças de estilo de vida, de comportamentos, de pensamentos de perspectivas frente às doenças ou ao tratamento, por exemplo. É através da palavra que um profissional de saúde ajuda seu paciente a aceitar uma patologia, como diabetes mellitus e a tomar regularmente a medicação para controle da condição e prevenção de agravos futuros à saúde (MENDES-NUNES, 2007).

Os gregos da época de Hipócrates diziam que a medicina era exercida através da faca, das ervas e da palavra. A faca e a erva evoluíram nas modernas técnicas cirúrgicas e no enorme arsenal de farmacoterápicos, mas e a palavra? A palavra e a comunicação são a principal ferramenta do profissional de saúde no contexto do atendimento em consultório, e isso é particularmente pertinente quando consideramos a consulta farmacêutica. Ao mesmo tempo a comunicação tem tido pouca relevância nas disciplinas da saúde, o que é particularmente verdadeiro se considerarmos os currículos de farmácia (MENDES-NUNES, 2007).

A comunicação é um desempenho criativo, integrativo e relacional, entretanto se torna um ato reflexo na maioria das vezes. Se desencadeia como uma sequência de atos dos quais, também na maioria das vezes, se dá de maneira inconsciente. Entretanto, com um esforço adequado é possível tornar esses atos mais conscientes, melhorando os resultados da comunicação através da melhoria do desempenho relacional (STEFANELLI, CARVALHO, 2005; TOLEDO, BARBOZA, 2007). Espera-se que o treinamento adequado em comunicação permita ao indivíduo se conscientizar das respostas reflexas, identificando-as e realizando uma autocrítica para em seguida substituir ou aperfeiçoar essas respostas. A autocrítica e a autoconsciência devem levar a um maior autoconhecimento que, dentre todos parece ser o mais árduo, haja visto que nunca está completo. Nos ambientes de atenção à saúde é necessário esforço pessoal e institucional para se criar estratégias pedagógicas, espaços de aperfeiçoamento nos quais se desenvolva, por exemplo discussão de casos, escuta de consultas gravadas para posterior discussão com colegas ou para que o profissional faça uma análise do seu próprio desempenho comunicacional.

Os profissionais de saúde, quando atuam no cuidado direto de pacientes precisam estar atentos a todo conteúdo comunicacional que desenvolve com eles no consultório. Hoje estudos clínicos reconhecem que, além do placebo, há uma influência do cuidado profissional na melhoria de diversos sintomas ou sinais. Em ensaios clínicos controlados para avaliação de eficácia e segurança de medicamentos, esse cuidado sentido pelo paciente, resultado da comunicação com o profissional, pode ser mais uma fonte de viés nesse tipo de estudo. Essa é uma evidência que confirma a influência terapêutica da comunicação durante consultas clínicas (MAATOUK-BURMANN *et al.*, 2016).

Segundo a teoria dos atos de fala, falar é uma ação e toda mensagem transmitida gera uma consequência e carrega em si um potencial transformador. Uma mensagem pode ser terapêutica, afetuosa e acolhedora, mas também pode ser agressiva, grosseira e perturbadora. Os pacientes normalmente se encontram em condição fragilizada quando buscam ajuda profissional, por isso é importante que o profissional aja com responsabilidade e sensibilidade, na busca de

estabelecer uma relação acolhedora e terapêutica durante o atendimento (BUTALID *et al.*, 2012).

Outra característica importante da comunicação humana é a da irreversibilidade. Isso significa que algo que é dito uma vez, permanece dito para sempre e suas consequências perduram. Logo toda mensagem passada ao paciente poderá ter consequências duradouras. Se digo a um paciente: “Este medicamento é perigoso”, é possível que nunca mais ele encare seu tratamento da mesma forma. Ainda que a intenção seja a de alertar sobre riscos, dependendo da maneira como a mensagem é transmitida o paciente pode, por exemplo não aderir ao tratamento. Por isso, na atividade de cuidado ao paciente é necessário empreender um esforço para estar consciente em relação as mensagens comunicadas e à maneira como são transmitidas (BERGER, 2005).

Todo dizer é ideologicamente marcado, a comunicação é opaca, heterogênea e composta de elementos simbólicos. Esse conteúdo (simbólico) alberga significados, tanto de um ponto de vista individual, como de um ponto de vista coletivo (cultural) (AMARASINGHAM, 1980).

A habilidade comunicacional vem ganhando relevância para a prática clínica à medida em que se reconhece o papel da comunicação como estratégia de cuidado ao paciente em um sistema de saúde humanizado. Considera-se que toda atividade preventiva em saúde, tanto prevenção primária, secundária, terciária ou quaternária, é essencialmente uma tarefa comunicacional. Além disso, a melhoria das competências comunicacionais de um profissional de saúde ajudam a evitar judicializações em saúde, reduzem o stress laboral e geram melhor resolutividade das ações em saúde e maior satisfação ao cliente do sistema (CHAVES TERRA, HEIDTMANN VAGHETTI, 2014).

“É no desempenho da função técnica que a competência em comunicação tem que ser associada, no mesmo nível de importância, à competência clínica, para que o paciente possa ser privilegiado com cuidado de alta qualidade científica e humanitária, propiciando-lhe o direito de saber o que lhe está sendo feito, o porquê e para quê”. (STEFANELLI, CARVALHO, 2005)

Com a superação de um modelo centrado na doença se reconhece que a competência e o conhecimento técnico são indispensáveis para atividade clínica,



mas que quando combinadas com habilidades de comunicação tornam o atendimento mais eficiente e humanizado (WEBSTER, 2013).

Comunicação terapêutica é um termo que pode ser entendido como a competência profissional que utiliza as habilidades e conhecimentos em comunicação em favor da saúde do paciente. Ela 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 na sociedade, 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 (STEFANELLI, CARVALHO, 2005; WEBSTER, 2013).

A comunicação terapêutica é um conceito especialmente pertinente para a atenção primária, no cuidado de paciente com condições crônicas, os quais na maior parte das vezes necessitam passar por um processo de adaptação às limitações que a sua condição de saúde e o tratamento impõe ao seu cotidiano (ESMAEILI, CHERAGHI, SALSALI, 2016). Diante das reações e comportamentos do paciente é necessário que haja flexibilidade por parte do profissional, pois nem sempre o paciente estará disposto a seguir planejamentos pré-fabricados. (ESMAEILI, CHERAGHI, SALSALI, 2016). Sendo assim é importante ouvir e respeitar as opiniões e as preocupações do paciente, para gerar uma intervenção compartilhada e acordada. O produtivismo em saúde francamente estimulado por burocratas do setor público e gerentes de empresas privadas, aliado à crença no poder biomédico relegam o processo de recuperação do paciente a tecnologias pesadas e caras, as quais frequentemente geram efeitos adversos em pacientes que muitas vezes não são respeitados em dimensão de sujeito e que acabam desenvolvendo um papel passivo de consumidor em saúde (STEFANELLI, CARVALHO, 2005; HARVEY, AHMANN, 2016).

O distanciamento cultural entre profissional e paciente, situação na qual conceitos ou significados são muito divergentes entre as partes, pode gerar interferentes comunicacionais e ações equivocadas, fruto das divergências com relação a sentidos e valores atribuídos para saúde e doença. (BACKES, 2009). Toda concepção prévia do paciente sobre seu estado de saúde atual, do impacto

dos sintomas, receios com relação às futuras consequências da doença, expectativas sobre o tratamento e os elementos contextuais (família, renda, moradia, etc) fazem parte dos elementos que direcionam a escolha da intervenção clínica (BENNETON, 2002).

É preciso ter cuidado com o uso de jargões técnicos. A compreensão do contexto cultural e educacional em que paciente está inserido pode auxiliar na escolha do nível de formalidade ou o detalhamento técnico da mensagem profissional é transmitida. Quando um profissional de saúde estabelece um circuito comunicativo com outro profissional de saúde, ambos compartilham conhecimentos específicos que permitem a utilização de termos técnicos com os quais ambos estão familiarizados. De maneira equivocada, muitos profissionais de saúde buscam estabelecer um status de superioridade junto ao paciente utilizando termos técnicos que são alheios ao cotidiano desse indivíduo. Trata-se de uma estratégia desenvolvida por profissionais que apresentam dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica com seus pacientes. Eles buscam assegurar a assimetria da relação como mecanismo de defesa emocional ou por insegurança (BERGER, 2005).

“O profissional inseguro acerca de seus conhecimentos poderá desenvolver a ideia de que seus pacientes não sabem de nada e são completamente ignorantes, não adiantando lhes explicar nada acerca da doença. Nesse processo, o profissional se vincula competitivamente ao paciente, a partir da projeção de seu próprio sentimento de insegurança e inferioridade, ou mesmo ignorância. Antes de olhar para si mesmo, tenderá a estereotipar seus pacientes. O conceito de *profecia autorrealizada* explicita exatamente esta situação: as expectativas que temos sobre os pacientes fazem com que, inconscientemente, nos impliquemos mais, ou menos, na relação terapêutica” (CERON, 2010)

Nesse contexto o profissional não pretende se envolver com o paciente para não sair afetado ou se sente incapaz de ajudá-lo verdadeiramente tornando a relação fria, distante e pouco assertiva. A linguagem do cuidado precisa estimular a colaboração, o compromisso a sinceridade e a atenção. Para tanto a utilização de um vocabulário que permita clareza e compreensão mútua é imprescindível (BENNETON, 2002; FERREIRA, 2006; BAILEY *et al.*, 2012).

Segundo Noam Chomsky (1928) existem duas características ligadas à linguagem. Uma é a competência e outra é a performance. A competência está

relacionada com as regras gramaticais que orientam a produção de sentenças, regras formais. A performance é o uso das competências linguísticas no processo relacional, de forma intuitiva, caótica e, por vezes desorganizada, que é afetado por falhas de memória, distrações e equívocos.

O universo teórico da comunicação e a competência comunicacional são de extrema relevância para a prática clínica na construção da relação terapêutica com o paciente. Estar consciente da ação terapêutica do profissional no processo de interação pode tornar as consultas mais eficientes e recompensadoras. Os pacientes tentam a compreender e aceitar melhor as orientações, a melhorarem dos sintomas e a valorizarem melhor o sistema de saúde. O uso da comunicação terapêutica pode ser considerado uma tecnologia leve, barata e segura que produz benefícios reais para a saúde e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

### **Componentes da comunicação**

Como já foi comentado durante este capítulo, o processo comunicacional não se limita às mensagens verbais transmitidas por palavras através da fala da escrita. A comunicação interpessoal normalmente se apresenta como um misto de troca de mensagens verbais, paraverbais e não verbais. As mensagens paraverbais existem conjuntamente às mensagens verbais, porém não se expressam em palavras e transmitem por si só as informações. Diz-se que a linguagem paraverbal está “colada” na linguagem verbal. São Exemplos a entoação, a fluidez, o ritmo e o tom da fala. Por outro lado, a linguagem não verbal não utiliza a palavra e transmite mensagens através de gestos, expressões faciais, proximidade, toque, vestimenta, postura, etc. Alguns autores estimam que 55% da mensagem comunicada é resultado da comunicação não verbal, que 38% é resultado da comunicação paraverbal (tom de voz, pausa e ritmo) e que apenas 7% é resultado da comunicação verbal. Isso se dá devido ao fato de que é principalmente através das comunicações não verbal e paraverbal que transmitimos o estado emocional e os sentimentos. (RAMOS, BORTAGARAI, 2012) (WEIL, 1986).

## A comunicação não verbal

As mensagens não verbais geralmente são acessórios comunicacionais automáticos, ou seja, não são conscientizados pelo emissor. Algumas dessas mensagens sequer podem ser controladas, como, por exemplo, o rubor facial durante uma situação de constrangimento ou raiva. A linguagem não verbal geralmente representa a carga emotiva com a qual a mensagem é passada (PONTES, 2007; CHAVES TERRA, HEIDTMANN VAGHETTI, 2014).

Segundo Mendes-Nunes a comunicação não verbal é o sinal físico de um estado mental. Pode ser classificado 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 enquanto recurso de boa convivência e aceitação. Por exemplo, na cultura italiana as pessoas costumam gesticular muito mais que em outras como a francesa (BERGER, 2005; MENDES-NUNES, 2007).

Na clínica identificar essas pistas pode ser de grande valia para o profissional. Usualmente classificam-se os sinais não verbais em visuais (expressão facial, contato visual e movimentos oculares), cinestésicos (postura, contato, distância, gestos, respiração) e auditivos (volume, ritmo e tonalidade) (BERGER, 2005; MENDES-NUNES, 2007).

O rosto humano é instrumentado com um complexo sistema muscular de sinalização das emoções. Além do mais, é a parte do corpo que está mais acessível durante a comunicação, o que torna pública a expressão emocional do indivíduo. Elementos 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 quando (salivação) são

exemplos de mensagens que dificilmente são controladas (BERGER, 2005; MENDES-NUNES, 2007).

Os índices visuais também são ferramentas comunicacionais muito relevantes. Estão presentes desde o nascimento na comunicação entre mãe e filho. Sobretudo a comunicação visual demonstra interesse e desenvolve um papel fundamental na interação afetiva e nos jogos de sedução. Algumas áreas se interessam ainda, pelo estudo dos movimentos oculares pelo fato de que 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, enquanto que o movimento para o lado esquerdo indica que o indivíduo está recordando algo (BERGER, 2005; MENDES-NUNES, 2007).

A respiração também pode demonstrar indícios do estado emocional dos indivíduos. Pacientes nervosos, por exemplo, podem apresentar frequência respiratória aumentada, enquanto que em pacientes deprimidos a respiração é lenta, suspirante por vezes (BERGER, 2005; MENDES-NUNES, 2007).

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. 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 (BERGER, 2005; MENDES-NUNES, 2007).

Uma vasta literatura está dedicada a desvendar o significado dos movimentos corporais e 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, relacionado, por exemplo a maneira como acomodam-se as mãos e as pernas, 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 indivíduo 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 (BERGER, 2005; MENDES-NUNES, 2007).

Berger (2005) busca uma classificação voltada para o contexto clínico do atendimento farmacêutico. Ele sugere que a comunicação não verbal inclui o espaço e 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 (Cinética), o uso e 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) (BERGER, 2005).

Proximidade: É uma variável que se preocupa com a distância física entre as partes durante a comunicação. 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. Ao entrar em uma sala com o paciente e ambos sentarem-se aos extremos da sala, essa certamente será uma situação desconfortável, pois a distância entre eles é muito grande. Da mesma maneira, se o profissional sentar em uma cadeira encostando seus joelhos nos do paciente, essa também pode ser uma distância desconfortável, por ser próxima demais, forçando uma intimidade exagerada. Em algumas culturas, a distância mantida entre as pessoas durante a comunicação pode significar um insulto. O paciente responde poderá dar sinais relacionados ao desconforto sentido quando a aproximação não é adequada (WEIL, 1986; BERGER, 2005).

Cronológico: A maioria das pessoas se sente impaciente e desconfortável por esperar muito tempo por algum serviço. Sabe-se que no sistema público de saúde o tempo de espera por consultas pode ser um fator importante que denigre a qualidade do sistema. Por isso é importante informar ao paciente sobre a natureza do serviço a ser prestado, o tempo que a consulta pode levar e caso de atraso é de bom trato informar e desculpar-se ao paciente pela demora. 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 conexão 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 saúde (BERGER, 2005).

**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 isso passa a sensação de que se está distraído e desinteressado. Profissionais que não costumam olhar nos olhos do paciente costumam não desenvolver uma relação de confiança com eles (BERGER, 2005).

**Contato corporal:** O toque pode passar uma mensagem de cuidado. 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 usado com precaução. Algumas culturas aceitam melhor esse tipo de contato que outras. O uso dessa técnica de comunicação depende bastante do contexto emocional, da proximidade e intimidade 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. Entretanto, é necessário que o profissional tenha a sensibilidade de entender, através das reações do paciente, quando tal gesto pode gerar desconforto. O toque é um tipo de comunicação de maior intimidade, capaz de gerar reações intensas no interlocutor, tanto de maneira positiva, quando utilizadas no momento correto, como de maneira negativa utilizada de maneira pouco diligente e precipitada (BERGER, 2005).

**Cinética:** A cinética está relacionada com os movimentos corporais que realizamos durante a comunicação, sejam eles movimentos de cabeça, braços, pernas, olhos, etc. Incluem os gestos, que acompanham a mensagem que se busca passar. Se eu disser “Está tudo certo”, mas minha cabeça estiver 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 (BERGER, 2005).

**Objetos:** Refere-se ao uso e a 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, ou seja, como o profissional de saúde se apresenta. A roupa que o profissional veste precisa identificá-lo como tal. Ao entrar no estabelecimento de saúde o paciente tende a perceber quem é o profissional através do vestuário. O profissional passa confiança quando está bem aseado. 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 problemas (BERGER, 2005). Em alguns ambientes de saúde, como nos centros de atenção psicossocial (CAPS), por exemplo, existem outros códigos de vestuário que tem o objetivo de deixar o paciente mais à vontade com a equipe de saúde. Nos CAPS normalmente o profissional não utiliza jaleco, pois pode remeter o paciente psiquiátrico às experiências negativas no passado, como internamento ou institucionalização. Outro fator importante da comunicação realizada 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 (BERGER, 2005; MENDES-NUNES, 2007).

**Vocal:** Como já citado anteriormente, as variações da voz, tais como altura, tom, e ritmo são considerados elementos paraverbais. Uma mesma frase pode adquirir sentidos radicalmente diferentes do literal quando se usa diferentes tons de voz para expressá-la. Muitas vezes a frase pode ser dita expressando ironia ou sarcasmo, dependendo da ênfase das palavras ou da ocasião. O tom da voz pode indicar seriedade, brincadeira e até ofensa usando-se as mesmas palavras. O tom de voz também demonstra traços de personalidade da pessoa e também é uma pista sobre como está o humor do paciente. Quando se fala por telefone com alguém desconhecido, constrói-se uma imagem de indivíduo ligada à sua voz. Essa variável influencia na percepção do outro. O tom de voz pode ser trabalhado pelo profissional dependendo da ocasião em que se encontra o paciente. Isso depende



da sensibilidade do profissional em perceber as necessidades do indivíduo. Muitas vezes o paciente precisa ouvir palavras em tom divertido, colocadas com bom humor, no intuito de afastar o sentimento de tristeza, em outros casos isso pode não funcionar e o paciente entender essa atitude como falta de consideração em relação ao seu sofrimento. O tom de voz do profissional é influenciado muitas vezes pelos acontecimentos durante o dia, pelo seu estado de humor e pela concepção do modelo de relação profissional-paciente do próprio profissional. Essas variáveis influenciam inconscientemente o tom da voz (BERGER, 2005).

Segundo Berger, 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 aprimorar nossos sinais não verbais para tornar acolhedoras e confiáveis ao mesmo tempo que honestas as mensagens passadas ao paciente. Também 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 (BERGER, 2005).

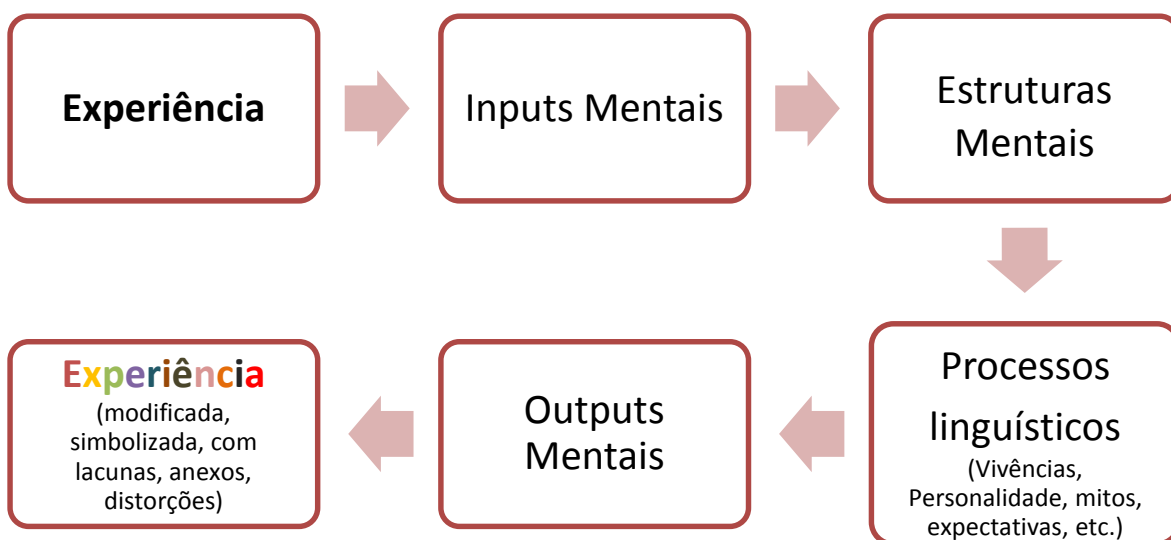
### Os processos mentais

Os processos mentais são a simbolização das estruturais profundas da mente (na qual estão arquivadas as experiências) através de processo linguísticos que determinam as chamadas estruturas superficiais, que são a tradução linguística da primeira.

Alguns sinais, chamados de “índices mínimos” são indícios dos processos mentais. Para o entrevistador em consultas clínicas é válido conhecer pelo menos três desses índices: A procura interna, o quadro de aceitação e a censura interna (MENDES-NUNES, 2007).

A procura interna acontece no momento em que se está procurando uma resposta ou preparando um enunciado. É marcado pelo silêncio, olhos desfocados e corpo estático. Trata-se de um momento de intensa atividade mental no qual o paciente está com a atenção dirigida para o seu interior. É importante identificar

esse indício para não interromper o paciente nesse momento, permitindo que ele escrutine os pensamentos e a memória para depois responder. Deve-se, portanto, compreender a importância do silêncio e respeitar esse momento, que normalmente não dura mais do que alguns segundos (MENDES-NUNES, 2007).



**Figura 5.** Representação dos processos mentais. Fonte: O autor.

O quadro de aceitação é acompanhado por sinais não verbais que demonstram acordo sincero. Entretanto, esses sinais físicos podem variar de pessoa para pessoa, por isso sugere-se a calibração dos gestos. A calibração se dá produzindo, no início da consulta, afirmações com as quais o paciente certamente irá concordar e assim, pode-se identificar os gestos por ele produzidos. Desta maneira será possível identificar pacientes que verbalmente concordam com tudo o que é dito, porém internamente está em desacordo com o conteúdo proposto a ele (MENDES-NUNES, 2007).

Censura interna é um mecanismo de avaliação pré-consciente daquilo que se está para dizer. Funciona como um sensor que identifica possíveis ciladas comunicacionais e nos alerta delas antes de serem expressas. Diante desses sinais o paciente pode tentar esconder, camuflar ou reorganização os componentes da mensagem. Isso se manifesta no discurso em forma de hesitações, omissões, abstrações, generalizações, falhas de sequencialidade, reparos, entre outros.

Essas podem ser pistas que identificam elementos de censura interna no discurso do paciente, identificando assim, estados confusionais ou assuntos que são difíceis de serem tratados pelo paciente na consulta (MENDES-NUNES, 2007).

### O cuidado com os estereótipos

Os conceitos relacionados a comunicação não verbal expostos neste capítulo demonstram o quanto estar atento aos sinais não verbais podem ajudar o entrevistador a compreender melhor seu interlocutor durante uma entrevista clínica. Evidentemente que os sinais não verbais são heterogêneos e não produzem mensagens exatas, mas apontam pistas que complementam a linguagem verbal e nos ajudam a conhecer melhor nosso paciente. De maneira geral, quando encontramos uma pessoa pela primeira vez e com ela estabelecemos algum contato comunicacional, temos uma pré-disposição a associar primeiras impressões a generalizações construídas em nossa mente. Isso acontece por conta de um automatismo psíquico, a partir do qual construímos interpretações e modelos (de ordem interna) que geram os estereótipos. Quanto menos conhecemos uma pessoa, mais sua imagem é estereotipada. A medida em que vamos estabelecendo contatos mais duradouros e genuínos com essa pessoa, os estereótipos vão sendo substituídos, preenchidos por atributos mais realistas. O erro do pré-julgamento acontece porque confundimos e supervalorizamos as atribuições disposicionais em relação a atribuições situacionais. Na clínica, por exemplo, durante um primeiro encontro as atitudes do paciente devem ser interpretadas como sendo majoritariamente dependentes do contexto no qual ela está inserida (doença, sofrimento, confusão) do que propriamente como características próprias de sua personalidade. Um tipo de atitude que supervaloriza as atribuições disposicionais pode levar a graves problemas relacionais, como pré-julgamentos baseados em preconceitos próprios do profissional (MENDES-NUNES, 2007).

Com efeito a comunicação se coloca como uma das principais ferramentas clínicas do profissional de saúde. Estar consciente das palavras e dos elementos não verbais associados a ela, da responsabilidade relacionada aos atos comunicacionais faz com que a relação construída entre profissional e paciente seja agradável e terapêutica e que o encontro entre esses interlocutores no

consultório produza resultados que corroborem para a construção de um sistema de saúde mais humanizado e de uma sociedade mais saudável (MENDES-NUNES, 2007).

## 2.3 REFLEXÕES LINGUÍSTICAS, ONTOLÓGICAS, EPISTEMOLÓGICAS E METODOLÓGICAS

### 2.3.1 O ser humano e sua capacidade de simbolizar

O ser humano, livre, capaz de reflexão crítica, transformação da natureza, de construir uma realidade interna diferente da realidade externa é frequentemente acometido por questões filosóficas e existenciais. Conhecer a si mesmo é o ponto de partida da filosofia socrática e gera um questionamento ontológico que também pode ser traduzido pela polêmica questão: “O que nos diferencia dos outros?” (DUARTE, 2005; CASTRO, 2014).

A significação do mundo para os seres humanos está intimamente relacionada aos fenômenos simbólicos. Esses fenômenos são próprios da linguagem de ordem ternária (EU, TU, ELE). A linguagem ternária é aquela que permite o aparecimento do símbolo e essa capacidade (de simbolizar) parece estar restrita aos seres humanos e é, talvez a principal característica que nos diferencia dos outros animais. Linguagens de ordem binária, como a dos animais, ou de ordem unária, como a do inconsciente, não permitem a simbolização (LONGO, 2011).

Para Heidegger a compreensão da linguagem parte de uma preocupação ontológica na qual se busca desconstruir na noção de sujeito, colocando-se a ideia de que o ser habita um mundo ocupado pela linguagem e se manifesta enquanto inter-sujeito, ontologicamente um ser-no-mundo, um ser-com-os outros. Falar é a tentativa de dar sentido comum a algo e a linguagem se manifesta enquanto discurso intersubjetivo:

“Linguagem é comunicação, mas é uma comunicação que já estava ali; é alguma coisa que usamos para explicitar nossa fala. Falar é uma troca que contém sempre mais do que aquilo que é representado pela verbalização explícita da linguagem. (...) O ponto é que o leitor de um diálogo bem escrito, por exemplo, não apenas lê as palavras. Ele contribui com a sua própria ‘fala’, enquanto está lendo. Isso significa que ele não é um mero espectador das palavras que estão na página que lê, mas um ser humano, para quem as palavras ali presentes motivam uma resposta existencial, provocada pelo diálogo”. (GELVEN, 1989), traduzido e citado por (CASTRO, 2014)

Dessa maneira, a linguagem enquanto manifestação ontológica nega a presença de um subjetivismo que ao se comunicar gera a interconexão ou troca de experiência entre diferentes subjetividades, mas significa de algum modo a coexistência dessas subjetividades projetando-se de si para o mundo. O ser é, portanto, um ser-com-os outros, segundo a compreensão heideggeriana. Nesse sentido, comunicar é uma ação que, apesar de a priori parecer banal, define a própria vida. Trata-se do elemento essencial da convivência, que vai além do compartilhamento de informações e ideias, mas fundamentalmente define o indivíduo enquanto ser da intersubjetividade (CASTRO, 2014).

O mundo é inicialmente estranho ao homem e aos seus aparatos sensoriais. Para que possa fazer sentido, ele utiliza o recurso da linguagem, a qual expressa a significação desse mundo dentro de um universo simbólico materializado e objetivado na palavra (Figura 6).



**(Possível significado)**

---

MUNDO

**(Significante de língua portuguesa)**

**Figura 6.** Ilustração sobre a natureza do signo linguístico. Fonte: O autor.

O ser humano se localiza, se concebe e se comunica através da linguagem. Tudo aquilo que percebe, pensa, sente e diz, está representado através dela. O homem se aproxima da realidade estranha através da linguagem em sua dimensão simbólica. É importante estar atento ao fato de que significar não quer dizer conhecer. O conhecimento é um processo lento e progressivo em que são identificados aspectos do significado (LONGO, 2011).

A língua é o aparato no qual se ancoram elementos culturais de ordem social (da qual trata a sociolinguística) e individual (da qual trata a psicanálise). Além de ser o instrumento da comunicação humana, ela representa uma forma de ver, classificar e nomear as coisas. Reflete o campo de significações individual e social. Tomemos como exemplo diferentes significações de uma mesma palavra em diferentes idiomas.

Azul = Felicidade (Campo da significação do Português)

Azul = Tristeza (Campo de significação do Inglês)

Na língua portuguesa, posso dizer, por exemplo que “hoje está tudo azul” e isso deverá ser entendido como algo bom, ou seja, “hoje está tudo dando certo segundo meu julgamento e me sinto feliz”. No caso do inglês, o azul normalmente tem um significado contrário ao do português, tanto que azul muitas vezes é sinônimo de tristeza, como na frase “*I’m feeling blue*” (estou me sentindo triste) consagrado pelo gênero musical “Blues”, desenvolvido por negros americanos escravos na década de 40 que tinham na origem criativa a intenção de expressar a situação melancólica vivenciada nas intermináveis horas de trabalho (LONGO, 2011).

Os animais, erroneamente chamados irracionais, são portadores de mecanismos e habilidades comunicacionais muito eficientes. Esses mecanismos estão diretamente relacionados à capacidade de adaptação e sobrevivência ao meio ambiente. Os animais também possuem inteligência, afetuosidade, raciocínio e capacidade de decisão. O Homo *sapiens* é apenas uma dentre as tantas espécies que desenvolve suas atividades de maneira social e depende dessa relação para sua sobrevivência. Porém, diferentemente dos demais animais, uma característica da linguagem humana faz com que essa espécie tenha desenvolvido uma capacidade criativa sem limites, capaz de transformar a realidade social e

ambiental, construindo e destruindo, aperfeiçoando e evoluindo, numa dinâmica dialética e histórica.

A linguagem humana é simbólica. Simbolizar significa representar algo que está ausente. Ou seja, o símbolo representa uma coisa, mas não é exatamente a coisa. Essa capacidade incrível, nasce, de maneira contraditória, de uma falha, uma falta, a qual é preenchida pelo símbolo, mas nunca está completa. O homem se constrói sobre o aparato da linguagem simbólica. Diferentemente de outros seres sociais, como abelhas ou formigas ou qualquer outro ser que possua a faculdade bem desenvolvida da comunicação, o ser humano é capaz de se construir através da sua capacidade de simbolizar, impossível aos outros animais (LONGO, 2011).

Formigas, respondem de maneira binária a estímulos químicos, através dos quais se reconhecem e reconhecem suas companheiras. O reconhecimento desses elementos faz com que elas tomem um ou outro tipo de atitude (linguagem binária). Certamente os animais são capazes de pensar, sentir afeto, lembrar eventos, mas os animais não são capazes de se construírem como indivíduos, apenas seguem o curso desenhado em seu código genético, seus instintos primitivos. (LONGO, 2011).

No caso do ser humano, a linguagem é ternária, o símbolo gera um logro estrutural que nunca é preciso. Segundo Lacan, nunca há univocidade de símbolo. Afinal, esse vazio que o símbolo repõe, é a propulsão da evolução humana, no sentido existencial. Enquanto pássaros vivem reagindo de maneira semelhante aos estímulos do meio, o homem dá significados para esses estímulos, ele se modifica e aprimora no decorrer de sua vida, gerando diferentes reações aos estímulos, aos desafios, aos questionamentos com os quais se depara.

O humano se constrói e se define. Ele transforma a natureza e a si próprio. Sua comunicação é múltipla e sua linguagem incompleta, opaca, cheia de ambiguidades e flutuações de sentido. Essas características geram as incertezas e os dramas próprios da espécie humana. É essa especificidade linguística, a falta, a incompletude que exige um substituto representacional, a raiz da criatividade e da insatisfação humana. É a busca por fazer sentido e por um aprimoramento do

sentido, o qual é relativo, mutável e complexo. O sentido está encerrado no signo, o qual é a principal força motriz da evolução humana (LONGO, 2011).

Voltando ao exemplo da formiga, sabemos que ela nunca irá se perguntar sobre o que o hidrocarboneto identificado na outra formiga de seu formigueiro “significa”. Ela apenas desempenhará uma ação relacionada a esse elemento, porque há apenas uma resposta para cada sinal (sistema binário). Já o ser humano sempre terá uma diversidade de significações para cada significante do seu arsenal linguístico. Por exemplo, para a formiga, um componente significa “fuga”, outro, “cópula”, outro, “território”, não havendo qualquer tipo de ambiguidade. Entretanto, se eu digo a palavra (significante) “medicamento”, por exemplo, cada indivíduo entenderá medicamento de maneira diferente, considerando suas experiências vividas, seu meio cultural, sua relação afetiva com relação ao que se conceitua como medicamento. Ou seja, o significante (imagem visual ou acústica) poderá ter diferentes significados (representação mental) (LONGO, 2011).

Diz-se que o símbolo nunca é preciso em relação à realidade, está sempre se transformando num processo dinâmico e recíproco. A linguagem traduz e produz significação para a realidade sem haver, contudo, unanimidade simbólica entre os indivíduos. A linguagem não é capaz de gerar certezas. Ao mesmo tempo a fala e o pensamento estão encerrados na linguagem.

Entre dois seres humanos existe um aparato, uma barreira que os isola. A linguagem é uma ponte entre o eu e o não eu. Tudo o que concebemos é aquilo que pode ser expresso através da palavra. O indivíduo expressa no seu discurso as pinceladas da cultura em que está inserido (LONGO, 2011). As relações sociais humanas se desenvolvem de maneira complexa e dinâmica e todas as mensagens trocadas entre os indivíduos são sempre resultado de significações ambíguas e aproximadas da realidade.

O pensamento é caótico e desorganizado. A língua obriga o pensamento a se organizar para que possa se expressar através da comunicação e assim ser compreendido (LONGO, 2011).

A realidade é anterior à linguagem e se apresenta como algo estranho e absurdo aos indivíduos, os quais, por sua vez, utilizam a linguagem para simbolizar as significações da natureza e a tornar, assim, mais inteligível, aproximando o ser



humano do sentido da realidade. O homem, ser da linguagem, busca encontrar um sentido ainda que aproximado às coisas e a si próprio. Essa busca o impulsiona a criação de um sistema simbólico que possa ser a base para o processo de significação e apreensão da natureza. Por isso a linguagem (e o discurso) é o principal aparato epistemológico que permite ao indivíduo se localizar e identificar a realidade em torno de si. (LONGO, 2011)

A linguagem dá sentido ao mundo, define indivíduo (intersubjetivo) e constrói a realidade social. A capacidade de compartilhar com seus semelhantes o conhecimento e as experiências é um fator para o desenvolvimento histórico da humanidade.

### **2.3.2 A linguística de Saussure à Lacan**

Ferdinand de Saussure (1857 – 1913) oferece uma contribuição expressiva para a linguística no século XIX. Suas proposições influenciaram decisivamente no estabelecimento das bases do Estruturalismo. Ele propôs um conjunto de ideias sobre linguagem e representação que contribuiu decisivamente para o avanço do entendimento dos processos sociais e psicológicos. No estruturalismo a significação surge no contexto relacional. Ou seja, não se deve considerar os fatos de maneira isolada e, portanto, apenas de um ponto de vista integral poderá ser apreciado pelo raciocínio. O estruturalismo, como movimento intelectual se desenvolveu posteriormente, principalmente na França dos anos 60. Teve influência no pensamento da juventude que, nessa década, reivindicava o direito à liberdade, o fim da guerra, a emancipação humana, intelectual e sexual. A linguagem do rock'n roll foi a principal forma de expressão de uma juventude que já não se adequava aos ideais conservadores do pós-guerra (LONGO, 2011).

Na linguística, Saussure se concentrou na língua e não na fala. Considerava que o sujeito que produz o discurso sofre influência subjetiva e sociológica para produção desse discurso. A corrente epistemológica do estruturalismo encontra a simpatia de pensadores de referencial crítico marxista,

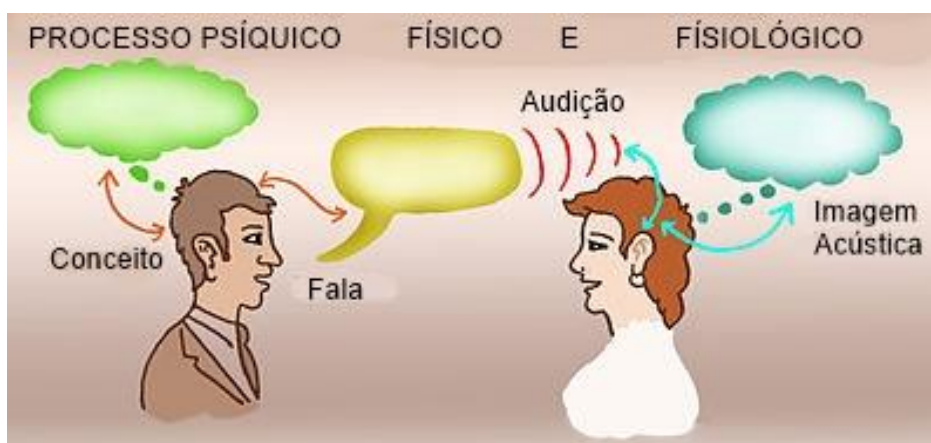
existencialista e psicanalítico como terreno fértil para desenvolvimento de suas ideias.

Influenciados por conceitos da dialética hegeliana, o materialismo histórico dialético de Karl Marx (1818 – 1883) e Frederich Engels (1820 – 1895), e posteriormente a escola crítica, consideram que através das práxis o indivíduo é capaz de compreender, confrontar e transformar a realidade no sentido da emancipação humana. Essa emancipação permite superar a alienação de conceitos impostos por uma classe dominante responsável por manter a sociedade em um momento histórico tensionado por contradições específicas.

No existencialismo ateu de Jean-Paul Sartre (1905-1980) fortemente influenciado pelas bases da fenomenologia de Husserl (1859 – 1938), todo determinismo é questionado, enquanto que o livre arbítrio é apontado como instrumento pelo qual o homem se constrói. Considera-se que a existência precede a essência e cabe apenas ao indivíduo a responsabilidade de se definir através de suas escolhas. Ao mesmo tempo em que traz uma noção de liberdade, o peso da responsabilidade da escolha recai sobre os ombros daquele que pode redimir ou condenar sua própria espécie. Para a fenomenologia a consciência não é senão uma projeção sobre o mundo e o mundo não é senão o resultado desse encontro entre consciência e mundo. O mundo para-si. (SARTRE, 1987).

Ao mesmo tempo, as reflexões da psicanálise se opõem os postulados fenomenológicos. A psicanálise mostra uma outra face do comportamento humano, regido por elementos que não são acessíveis à consciência, mas que emergem de uma porção desconhecida do indivíduo e que repercutem nas suas ações e no seu discurso. Ou seja, o homem desconhece uma porção de si próprio, que por vezes emerge e influencia em suas atitudes. Sigmund Freud (1856 - 1939) inaugura uma ciência do desconhecido, na qual surgem hipóteses de que temas edípicos e narcíseos possam ser causadores de neuroses ao mesmo tempo que diversas estruturas sociais são apontadas como desencadeadoras de processos patológicos psíquicos. A psicanálise orientada pelo estruturalismo e intrinsecamente relacionado com a linguística foi explorada por Jacques Lacan (1901 – 1981) (LONGO, 2011).

É interessante abordar alguns conceitos introduzidos por Saussure, para tornar mais clara a epistemologia e o modelo metodológico que considera o processo comunicativo de um ponto de vista científico. Segundo o autor, a língua é um fato social relacionado à faculdade da linguagem do ser humano. O indivíduo falante se apropria passivamente da língua, a qual gera um processo de organização do pensamento para poder ser expresso e compreendido. O autor afirma que a linguagem é multiforme e heteróclita, pertencente ao domínio individual e social, sendo ao mesmo tempo física, fisiológica e psíquica, expressa nos processos da fala, cujo elemento fundamental é a palavra (Figura 7) (BEIVIDAS, 2008; SILVA, 2014).



**Figura 7.** Componentes e o processo da fala segundo Ferdinand de Saussure. Adaptação do autor.

O signo linguístico é uma entidade psíquica abstrata dual que é composto sempre pelo significado (conceito ou ideia) e pelo significante (imagem escrita ou imagem acústica). Esses componentes são, até certo, ponto inseparáveis. Da sua relação surge a significação do signo que tem valor no contexto maior do sistema semiológico a partir das relações que estabelecerá com outros signos (Figura 8).



**Figura 8.** O Signo e seus componentes, segundo Ferdinand de Saussure.  
 Fonte: O autor.

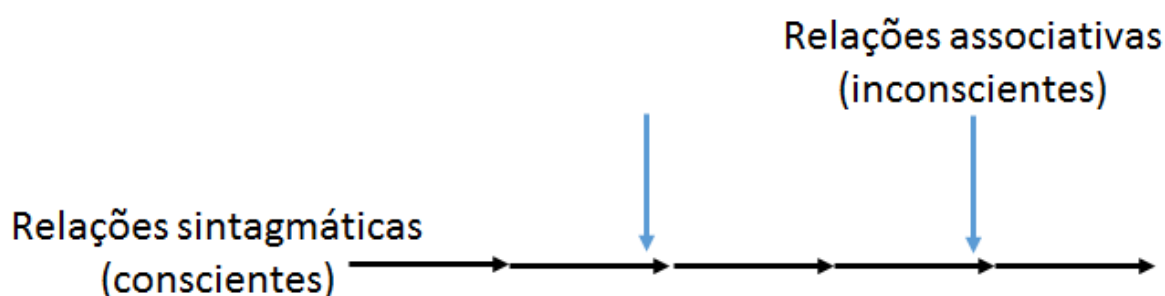
O conceito é a ideia que temos sobre determinado signo e a imagem acústica é a representação psíquica do som, que pode ser falada ou pensada. Os princípios que regem o signo linguístico, segundo Saussure são a arbitrariedade e a linearidade. A linearidade diz respeito a como se organiza o discurso para que ele possa ser compreendido por um ouvinte. Podemos comprovar a linearidade do discurso na escrita, que segue uma linha reta, organizando cada significante segundo uma ordem de causalidade. Além disso, no discurso sabemos que não se pode pronunciar dois sons de uma vez, mas sim pronunciar um som após o outro. Essa característica do signo (linear) é oposta a característica do pensamento, o qual é desorganizado e caótico. Entretanto para poder ser compreendido pelo ouvinte, o indivíduo deve domar o pensamento ágil e pujante e estabelecer uma sequência linear e causal que não lhe é natural. O sucesso comunicacional está diretamente relacionado com essa habilidade de organizar o pensamento no sentido de produzir um discurso linear e acessível ao ouvinte (LONGO, 2011).

Segundo Saussure, o vínculo entre a ideia e som, constituindo o bloco formador do signo se dá de forma arbitrária, ainda que não haja encaixe definitivo entre esse bloco. Saussure não deixou de considerar que há sempre uma flutuação de sentido que permeiam os significados dos significantes ou uma associação deslocada entre um significante e um significado, considerando a fluidez dos discursos. Ainda assim, a decisão por um significante específico para representar uma ideia específica é uma escolha arbitrária, ainda que essa escolha possa ter

influência resultante do contexto social e cultural no qual o indivíduo está inserido (LONGO, 2011).

O valor linguístico de um signo tem relação com o sistema linguístico em que está inserido. Este signo faz referência à inter-relação que existe entre os diversos símbolos que compõe o sistema linguístico. Ou seja, o significado de um símbolo mantém dependência direta com demais signos (LONGO, 2011).

De um ponto de vista psicanalítico, outros conceitos que merecem atenção são os de relação sintagmática e associativa. A relação sintagmática está relacionada com a habilidade do falante em unir elementos gramaticais para a formulação do discurso. Essa capacidade pode ser ilustrada graficamente através de um eixo horizontal de elementos que se unem. Já as relações associativas estão relacionadas com lapsos da linguagem que emergem inconscientemente pelo falante durante a produção do discurso. São elementos que surgem à revelia, que podem causar confusão ou constrangimento para o emissor da mensagem. (Figura 9)



**Figura 9.** Ilustração gráfica das relações associativas e sintagmáticas na construção do discurso. Fonte: O autor. As setas negras representam a escolha consciente por significantes durante a formulação do discurso. As setas azuis representam parapraxias.

Considerando os dois eixos, no processo de execução dos discursos encadeamos palavras que selecionamos para formar os elos que darão sentido ao discurso. Muitas vezes no processo de seleção das palavras, podemos utilizar uma palavra “errada”, cometer um equívoco que faz quebrar a causalidade linear do discurso. Essas palavras irrompem de um ambiente inconsciente e se “intrometem” no discurso produzido pelo emissor da mensagem. Essa percepção foi talvez a principal causa da elaboração do método psicanalítico da associação livre, proposta por Freud, em detrimento da hipnose (LONGO, 2011)c.

Há uma relação contígua entre a psicanálise e a linguagem. O nascimento da psicanálise é ilustrado através do caso de uma das pacientes de Joseph Breuer, médico alemão que trabalhava em parceria com Sigmund Freud na busca do tratamento da histeria. Percebiam os dois médicos que era muito difícil fazer sua paciente falar, expressar fatos e sentimentos, ainda que sob um estado hipnótico. Para Freud, a palavra representava um intrincado associativo que poderia produzir bem ou mal-estar, adquirindo significado quando se liga à representação do objeto. Logo a dificuldade para falar, expressar-se através da palavra poderia estar relacionada ao mal-estar que a representação da palavra em específico causava ao indivíduo através de estímulos cenestésicos (LONGO, 2011).

Nos primeiros estudos sobre a histeria, Breuer e Freud já identificavam a importância da palavra, observando que cada sintoma associado a doença desaparecia a medida em que a paciente descrevia com detalhes o fato traumático que provocava seu abalo emocional. Não apenas a lembrança do fato, mas a descrição verbal era necessária para que os sintomas desaparecessem. Freud percebeu que o discurso dos seus pacientes era lacunar, ou seja, os pacientes não eram capazes de expressar todo seu sentimento e estabelecer relações de causas e consequências, porque encontravam algum obstáculo psíquico. Esse obstáculo era ultrapassado no momento justo em que se verbalizava a questão traumática durante a análise. Freud desenvolveu esse método sem ter tido contato com os trabalhos de Saussure sobre linguagem (LONGO, 2011).

Jacques Lacan retoma o método freudiano reafirmando a importância da palavra, aproximando os conceitos psicanalíticos com a filosofia da linguagem e a linguística de Saussure. Lacan afirmava que o sujeito é dependente da linguagem. A linguagem por sua vez, complexa e polissêmica é para o analista a única fonte de investigação da identidade e das características do indivíduo, as quais não se objetivam, senão através linguagem (LONGO, 2011).

Lacan propõe também um algoritmo para a formação do símbolo, parafraseando o conceito saussuriano (significante + significado), porém modifica a regra da formação do símbolo para a apreciação pela psicanálise. Primeiramente ele elimina a dependência do significado ao significante e inverte a ordem dos elementos, colocando o significante na parte superior, representado por um “S”

maiusculo. O significado estará na parte de baixo, representado pelo “s” minúsculo (LONGO, 2011).

Lacan em seu algoritmo dá uma importância maior ao significante que ao significado. Isso acontece porque, segundo o autor, o significante é o componente do símbolo ao qual o sujeito tem acesso mais naturalmente pela sua qualidade de falante. Entretanto, o sujeito não tem acesso tão facilmente aos significados. Ele concatena significantes sem estar plenamente consciente do significado que eles representam para a formação do signo. Ou seja, em um primeiro momento quem produz o discurso está alienado do seu sentido, ainda que, pela habilidade da linguagem, seja capaz de produzir sequências de palavras e frases. Entretanto essa sequência de significantes não é capaz de transpassar a barra da equação, ou seja, de alcançar o “s” (LONGO, 2011).

Segundo Lacan o sujeito falante só consegue alcançar o significado “s” do que fala em raros instantes de epifania. A barreira para alcançar o significado representa o recalque, onde o significado se esconde. Portanto para se alcançar o sentido, elementos recalcados precisam ser conscientizados, permitindo assim a completude do signo, a junção entre significante e significado de onde se percebe, momentaneamente, algum sentido presente no discurso e alguma verdade sobre si próprio. (FERREIRA, 2002; VICENZI, 2009)

Quando o sujeito se sente perdido e busca na psicanálise um caminho para se encontrar será colocado em uma situação em que deve falar e também se escutar falando. Eventualmente uma surpresa surge no seu próprio discurso. Uma verdadeira conexão entre significante e significado pode emergir do seu discurso no qual elementos recalcados são expulsos para o consciente através da fala. O indivíduo se descobre quando encontra, através da linguagem, o significado que estava perdido no encadeado de significantes.

É interessante incorporar estes conceitos nos conhecimentos de um profissional de saúde que, ainda que não seja um analista, trabalha junto ao paciente, escutando suas histórias relacionadas à doenças e tratamentos. Uma escuta ativa pode revelar elementos importantes do discurso do paciente que talvez, nem mesmo o próprio paciente tenha se dado conta.

A investigação mais profunda de elementos que em determinado momento parecem não fazer sentido pleno para o paciente, poderão representar um fato relevante para o entendimento de seu contexto e da sua experiência com relação à sua doença e seu tratamento e a aceitação de sua situação. Para ser um bom ouvinte o profissional deve entender a profundidade da linguagem e a sua repercussão na formação do sujeito.

Cada indivíduo é um universo a ser descoberto. O processo comunicacional sincero, aberto e empático expande horizontes culturais, reduz distâncias e apaga fronteiras, além de poder ser, em si, terapêutico. O processo de comunicação é a projeção de um universo sobre o outro, uma sobreposição de elementos que podem ser diametralmente ou sutilmente distintos, pois todos os fenômenos apreendidos ganham as cores da consciência de quem apreende. Por isso, cada experiência é única e cada significado é assimilado através de múltiplas variáveis simbólicas. Na comunicação interpessoal diferentes significados são compartilhados e muitas vezes disputados, podendo gerar um entendimento melhor ou mais claro de algum fenômeno. (BELLENZANI, NEMES, PAIVA, 2013).

### **2.3.3 A busca pelo sentido dos discursos – Semântica e pragmática**

A habilidade comunicativa do indivíduo está relacionada a sua habilidade linguística que é dependente de seu conhecimento sobre os princípios que governam os usos dos signos. Portanto, um bom conhecedor da língua ancora sua comunicação no domínio lexical, do vocabulário e na capacidade de construir e compreender sentenças.

Considerando-se a complexidade da língua, uma investigação linguística pode ter diferentes tipos de abordagens analíticas: O estudo do léxico que investiga e sistematiza o conjunto de palavras de um texto. O estudo da fonologia que investiga os sons de uma língua e sua combinação para formar as palavras. O estudo da morfologia que estuda o processo de formação das palavras. O estudo da sintaxe que investiga o processo de combinação das palavras nas sentenças e as regras que regem esse processo. A pragmática que estuda a utilização da



gramática em situações comunicacionais. A semântica que investiga o sentido das palavras e das sentenças. Ao investigador da semântica cabe o aprofundamento sobre o significado das palavras (significantes) nas sentenças e das próprias sentenças (ARRAIS, 1975; OLIVEIRA, 2002; CANÇADO, 2013).

Evidentemente que a construção do sentido de uma sentença muitas vezes ultrapassa os limites do método semântico. Elementos não verbais podem ser cruciais para a correta compreensão de uma mensagem. Uma mesma palavra pode ter um sentido totalmente oposto dependendo, por exemplo do tom da voz que a pronuncia, revelando uma ironia que em alguns casos teria o sentido comprometido se fosse apenas transcrito seu conteúdo lexical. Portanto prosódia e expressão corporal são parte do estudo do sentido que fogem a alçada da semântica e compõem o campo da pragmática (CANÇADO, 2013).

Além disso, o sentido de uma sentença está intimamente relacionado com o nosso conhecimento de mundo e o sistema cultural em que estamos imersos. Certamente o contexto que a mensagem é construída pode interferir deveras no sentido final dessa mensagem. Portanto devemos sempre levar em consideração o contexto em que o processo comunicacional acontece, pois ele é o pano de fundo que deverá orientar a construção do sentido de uma frase. Compreendemos, portanto, que elementos da semântica e da pragmática auxiliam a compreensão das mensagens em um processo comunicativo. As fronteiras destas duas abordagens do estudo linguístico muitas vezes não são facilmente distinguíveis, mas evidentemente que são complementares para uma análise comunicacional (ARRAIS, 1975; CANÇADO, 2013).

Um processo de análise comunicacional utiliza a própria língua como ferramenta para descrever os fenômenos linguísticos, portanto todo estudo linguístico acaba tendo uma abordagem fatalmente metalinguística. No caso da semântica o objeto de estudo é a ‘menção’ das sentenças. No caso da pragmática o objeto de estudo é o ‘uso’ das palavras na sentença. Para esclarecer, tome como exemplo as sentenças abaixo:

Qual o significado de ter que usar medicamentos? (objeto da pragmática)

Qual o significado de “ter que usar medicamentos”? (objeto da semântica)

Há pelo menos duas noções sobre o princípio da significação: noção **referencial** e **representativa**. A primeira, referencial, é aquela em que o significado está associado ao conceito de referência, ou seja, o significado existe na relação entre os significantes e o mundo. Ou seja, expressões usadas na comunicação devem fazer referência a objetos do mundo, compartilhados entre os falantes dessa língua. A segunda, representativa, é aquela em que o significado é conseguido através da relação entre as expressões linguísticas e uma representação mental, ou seja, é necessário em um processo comunicativo que os falantes consigam construir representações mentais que possam ser compartilhadas entre si para que haja entendimento recíproco. Neste sentido, é possível afirmar que as representações mentais dos indivíduos são fundamentalmente semelhantes. É esse fato que se pode explicar o sucesso comunicativo entre os indivíduos de diferentes culturas e que nunca haviam se encontrado anteriormente, pois ainda assim, apresentam habilidades representativas semelhantes (OLIVEIRA, 2002; SILVEIRA, 2010; CANÇADO, 2013).

Em um texto, todas as palavras e as sentenças são dotadas de significados. No caso das palavras, a busca pelo seu significado pode ser feita através de um dicionário. Entretanto, essas palavras ou significantes podem extrapolar o aparente sentido avaliado no signo linguístico. Aproximações, metáforas, metonímias podem compor a significação de diferentes elementos lexicais presentes no discurso. No caso das sentenças, a organização arbitrária e linear dos significantes pode carregar uma polissemia ainda mais complexa, pois está relacionada a organização de significantes que também podem carregar diferentes sentidos os quais nem sempre emergem do aparelho cognitivo consciente do emissor da mensagem (OLIVEIRA, 2002; CANÇADO, 2013).

Os indivíduos que expressam uma língua para se comunicar possuem uma capacidade intuitiva de escolha de significantes e organização de vocábulos para os quais, ao menos superficialmente conhecem o significado. Além disso, são capazes de associar sentidos implícitos que derivam das sentenças explícitas, sem a necessidade de análise semântica aprofundada do que se está comunicando. A escolha dos elementos utilizados pelo agente comunicador pode estar associada a

componentes culturais, geográficos e sociais que moldam e adornam a comunicação (CANÇADO, 2013).

### **2.3.4 Introdução à pesquisa qualitativa**

Um pesquisador que busca empreender uma pesquisa científica necessita escolher o referencial epistemológico e metodológico que instrumentalizará as análises. Essa escolha não é aleatória ou arbitrária e representa um posicionamento científico dentro de um extenso debate filosófico. Uma reflexão sobre o tema do conhecer, seus referenciais ontológicos, epistemológicos e metodológicos, pode levar a uma profusão de conceitos, considerando que existem muitas vertentes epistemológicas que oferecem diferentes caminhos e alternativas sobre o processo do conhecer. Este trabalho nasceu com a intenção de se desenvolver uma pesquisa qualitativa, na qual o objeto do conhecer fosse o processo comunicacional entre um profissional e um paciente no contexto de uma consulta clínica.

A pesquisa qualitativa utiliza uma metodologia empírica, multidisciplinar que parte da filosofia da ciência para problematizar questões, buscando esclarecer a natureza de processos, tecendo críticas que visem seu aprimoramento. Em uma análise qualitativa, o significado é um conceito central, considerando-se a sociologia compreensiva. A sociologia compreensiva opõe-se ao positivismo por afirmar que um método que não gere, necessariamente resultados numéricos também pode contribuir para a construção do saber científico (BAUER, 2014). Os significados emergem de representações sociais que são construídas social e historicamente. Segundo Catherine Stimpson (1998):

“Assim como toda palavra, as representações são como um ensopado. Um menu misturado que oferece diversos significados de uma só vez. Porque uma representação pode ser uma imagem – visual, verbal ou sonora (...) Uma representação também pode ser uma narrativa, uma sequência de imagens e de ideias (...) Ou, uma representação pode ser o produto da ideologia, aquele esquema enorme para anunciar o mundo e para justificar suas relações.” (Stimpson 1999, citado por Denzin, 2006)

Enquanto a pesquisa quantitativa usa números e modelos estatísticos para explicar dados (pesquisa hard), a pesquisa qualitativa evita números e trabalha com interpretação das realidades sociais (pesquisa soft) (LARA, 2008). Com pouca tradição na área da saúde, a pesquisa qualitativa era considerada apenas como função exploratória ou pré-desenho de pesquisa. Posteriormente ela foi considerada também na etapa interpretativa dos dados quantitativos (antes e depois), ou seja, pré e pós-tratamento de dados de uma pesquisa quantitativa. Hoje a pesquisa qualitativa se coloca como um método independente de investigação, que não necessita estar atrelado a um tratamento quantitativo de dados e as publicações realizadas a partir de dados comunicacionais tem importância reconhecida nessa área (LARA, 2008).

A pesquisa qualitativa se fundamenta em um diferente referencial epistemológico. Busca da verdade científica sobre a natureza, o ser humano e seus fenômenos considerando a influência da subjetividade do pesquisador nos resultados de um trabalho investigativo, o que contradiz os referenciais positivistas. As pesquisas quantitativa e qualitativa podem guardar uma relação de complementariedade na busca de uma evidência ou de um conhecimento sobre o mundo, a sociedade e seus fenômenos (BAUER, 2014). As particularidades metodológicas dos dois tipos de pesquisa geram um debate que contribui para a evolução do pensamento científico, de uma perspectiva transdisciplinar.

Segundo Habermas, há três interesses inerentes ao conhecimento e que são referências para o aprendizado científico. As ciências empírico-analíticas, as histórico-hermenêuticas e as críticas. Todas as três com importância complementar no campo da investigação da saúde. As ciências empírico-analíticas são fundamentadas pelo controle técnico, o racionalismo, o domínio sobre as variáveis da natureza. As ciências histórico-hermenêuticas se fundamentam na busca pelo consenso através da comunicação entre diferentes indivíduos que carregam conhecimentos, experiências, percepções e pontos de vista opostos. O canal que leva à verdade científica é o debate que produz como resultado um consenso, o qual estabelece uma verdade científica dinâmica e provisória. As ciências críticas consideram os elementos sociais ideológicos que constroem representações sociais que beneficiam uma minoria. Buscam um processo autorreflexivo que

identifica estruturas condicionadoras de poder que se mostram como naturais. A superação dos aparatos de alienação é o meio de acender à verdade que é, por si só, transformadora da realidade (BAUER, 2014).

A diferença fundamental entre métodos quantitativos e qualitativos parece, portanto, encontrar a raiz da sua divergência nos conceitos de “controle” e “compreensão”. A pesquisa qualitativa necessita da crítica como ferramenta emancipatória. Ela busca compreender as ações dos indivíduos na sociedade, pois é ela mesma quem cria a realidade, simbolizada e expressa na linguagem (BAUER, 2014).

A pesquisa quantitativa tradicional desenvolveu estratégias de avaliação de qualidade e reprodutibilidade dentro do seu escopo metodológico. Isso aconteceu devido ao longo período cientificista valorado dentro de um paradigma filosófico cartesiano e epistemológico positivista que demarcavam as fronteiras do que era ou não ciência. Entretanto nos últimos anos, as críticas ao positivismo e emergência do movimento e ideias estruturalistas e pós-estruturalistas, que se desenvolveram dentro do pensamento das ciências humanas, colocam um questionamento sobre o referencial investigativo que considera o mundo estático e sobre a supremacia da investigação quantitativa. O estruturalismo considera a dinâmica das construções sociais dentro da pluralidade de sentidos e as rupturas epistemológicas históricas que determinam novas maneiras de ver o mundo. De maneira geral essas correntes filosóficas rejeitam definições que proponham verdade absolutas sobre o mundo, pois a verdade nas ciências sociais não é senão um fenômeno dinâmico (LARA, 2008; BAUER, 2014).

Assim como a pesquisa quantitativa, a pesquisa qualitativa é um empreendimento autônomo de pesquisa e apresenta um referencial particular e também diferentes métodos para se objetivar. Neste ponto, vale uma reflexão da diferença entre metodologia e métodos. Os métodos são estratégias rígidas e compreendem os passos e os processos para desenvolvimento de uma pesquisa. A metodologia é dinâmica, vai e vem dentro do universo epistemológico e fundamenta e discute os diferentes métodos. Por isso uma metodologia de pesquisa se pauta por referenciais epistemológicos próprios, e que apresenta

diversos métodos ou procedimentos que lhe permite compreender a realidade social e seus fenômenos (LARA, 2008; BAUER, 2014).

A pesquisa qualitativa busca decifrar um processo através de um referencial interpretativo, levando em consideração os significados. O pesquisador qualitativo trabalha com um conjunto dinâmico, variável e interligado de representações simbólicas expressas em imagens e textos (BAUER, 2014).

Diferentes estratégias são utilizadas com o objetivo de compreender de maneira aprofundada um determinado fenômeno social e para desvendar seu significado e seu impacto no âmbito social, político e psicológico. A pesquisa qualitativa é composta por um universo de práticas e métodos complementares e concorrentes que se moldam ao objeto de apreensão e compreensão e que também está diretamente relacionado com o background teórico do pesquisador (DENZIN, 2006).

Todas as técnicas utilizadas pesquisa qualitativa se desenvolveram no seio de diversas disciplinas que tradicionalmente utilizavam diferentes abordagens, considerando seu objeto de estudo, como a etnologia, a antropologia, a sociologia, a medicina, a literatura, a arte, a arqueologia, a biografia a educação, etc. Para atender as necessidades da construção do saber nessas disciplinas, diferentes abordagens foram utilizadas, como por exemplo, a análise de conteúdo, de discurso, semiótica, documental, narrativa e até mesmo análises estatísticas em textos e tabelas. Além destas, outras técnicas como a etnografia, a observação participante, a análise textual, fenomenológica, documental, psicanalítica, hermenêutica, feminista, narrativa, construtivista, análise de arquivos, a análise conversacional, entre outras (DENZIN, 2006; BAUER, 2014).

Evidentemente o pesquisador qualitativo, diante de um universo de abordagens, cada uma com seu próprio embasamento teórico desenvolvidas a partir de correntes filosóficas distintas, se vê imerso em um caldeirão de contradições, discrepâncias e tensões que precisam ser minimamente compreendidas e internalizadas. Dentro desse ponto de vista, a pesquisa qualitativa precisa ser compreendida com um campo de atuação transdisciplinar que perpassa as ciências humanas e sociais, nas quais o pesquisador pode dispor

de diferentes métodos com o objetivo de apreender, interpretar e compreender os significados da experiência humana (DENZIN, 2006; BAUER, 2014).

Nesse contexto, o pesquisador da qualitativa pode ser visto como um *bricoleur* interpretativo ou um confeccionador de colchas, que reúne diversos materiais e utiliza diversas abordagens interpretativas para construir um todo complexo de imagens e representações. O aprofundamento da discussão epistemológica para adotar um referencial que lhe pareça o mais coerente e a familiarização com os métodos para posteriormente escolher aquele que melhor se adequa à análise do material disponível são os primeiros desafios do pesquisador qualitativo (DENZIN, 2006).

Ao farmacêutico que se aventura no oceano desconhecido da pesquisa qualitativa em farmácia, é importante navegar pelas diferentes disciplinas, nas diferentes áreas do conhecimento, mesclando esses conhecimentos à luz da filosofia. Deve-se mergulhar fundo sem se esquecer de que, de tempos em tempos, é preciso voltar a superfície para tomar ar.

### **2.3.5 Os paradigmas interpretativos do método qualitativo - A revolução do século XX**

Até meados do século XX a chamada ciência moderna era influenciada por um paradigma realista derivado do iluminismo, do racionalismo inatista cartesiano, do mecanicismo newtoniano, o empirismo de Locke e do positivismo de Comte. Essas escolas de pensamento influenciaram a adoção de uma postura científica na qual se buscava identificar leis e relações constantes através da observação dos fenômenos. De acordo com esse paradigma científico, a fundamentação lógica e a quantificação de dados são os elementos essenciais para a produção de resultados científicos sérios e confiáveis. Os métodos de investigação positivos são classificados segundo critérios de qualidade relacionados à fidedignidade, previsibilidade e objetividade (DENZIN, 2006).

A ciência ocidental, especialmente as ciências da saúde, se mantiveram enraizada aos preceitos racionalistas como norteadores da produção do

conhecimento. Entretanto, pensadores como Kant (1724 – 1804), Hegel (1770 – 1831), Nietzsche (1844 – 1900), Jung (1875 – 1961), Heisenberg (1901 – 1976) e Bohr (1885 – 1962) e posteriormente pensadores como Thomas Kuhn (1922 – 1996), Gilles Deleuze (1925 – 1995) e Michel Foucault (1926 – 1984) teciam os fundamentos para a crítica ao modelo epistemológico positivista. O subjetivismo da razão, a dialética, a relatividade, o princípio da incerteza, a historicidade cumulativa, a descontinuidade temporal, a psiquiatria dinâmica já eram conceitos elaborados anteriormente por esses autores e formaram o embasamento para o rompimento epistemológico do século XX (PENNA, 2005).

Na segunda metade do século XX, observa-se a emergência de discussões metodológicas encabeçadas por Carl Popper (1902 – 1994) e Thomas Kuhn (1922 – 1996). Estes autores criticaram a pretensa neutralidade do pesquisador, a generalização estática dos fenômenos e a produção de certezas absolutas pela ciência. A verdade começa a ser vista como relativa e provisória. É o marco da crise da ciência ocidental moderna. Surgem nesse momento discussões sobre métodos de pesquisa que introduzem um movimento chamado de ciência pós-moderna, marcado pelo relativismo, pela pluralidade de pontos de vista, pela incerteza e pela transitoriedade (DENZIN, 2006).

A partir desses pressupostos, um fenômeno deve ser considerado de acordo com o contexto em que está inserido e tanto a objetividade quanto a subjetividade tem papel importante nos resultados da pesquisa (PENNA, 2005). O pesquisador sempre se insere no interpretativo com um conjunto de conceitos pré-formados e situado numa perspectiva de gênero, de sexo, de raça e de classe social. Segundo Denzin:

“Não existe nenhuma janela transparente de acesso à vida íntima de um indivíduo. Qualquer olhar sempre será filtrado pelas lentes da linguagem, do gênero, da classe social, da raça e da etnicidade. Não existem observações objetivas, apenas observações que se situam socialmente nos mundos do observador e do observado”. (DENZIN, 2006)

A partir da década de 70 a investigação qualitativa começa a se estabelecer como prática de pesquisa nas ciências sociais. Como resultante do embate filosófico (modernidade X pós modernidade) a produção científica se diversificou. Trabalhos quantitativos e qualitativos significavam posturas concorrentes que o



campo do pensamento científico ainda não conseguia harmonizar. Em algumas áreas mais técnicas do conhecimento o método quantitativo se sobrepõe consideravelmente. (PENNA, 2005). Um extenso debate epistemológico continua sendo travado sobre a orientação da ciência, as perspectivas e os paradigmas que devem nortear a busca pelo conhecimento (MINAYO, 2010). Alguns autores argumentam que deve haver complementariedade entre os métodos e que as abordagens não sejam excludentes, porém aditivas.

“Obviamente nossa crítica é endereçada a hegemonia do método quantitativo influenciado por um sistema de valores positivistas em detrimento do método qualitativo. Não pretendemos, contudo, priorizar a importância de um método sobre outro, mas reforçar o caráter de complementariedade dos métodos para uma investigação que seja holística e que se aproxime com maior eficiência da verdade científica, pois quanto mais aprofundada e multifocal for a investigação, maior será a clareza do fenômeno estudado” (BAUER, 2014).

Ainda assim, apesar de os conceitos fundamentais e referenciais epistemológicos e ontológicos das duas vertentes de pensamento serem radicalmente contraditório, na prática há uma perspectiva de eles sejam complementares. (BAUER, 2014)

Em 1962 Thomas Khun faz duras críticas à ciência positivista em sua obra “A estrutura das revoluções científicas” (KUHN, 1997). O autor defendeu a ideia que há uma forte influência social e psicológica em qualquer tipo de investigação científica.

Desse ponto de vista, a influência do pesquisador não pode ser negligenciada, sendo necessário considerar que o indivíduo que desenvolve a pesquisa é marcado por perspectivas de gênero, de classe, de cultura e percebe o mundo e os fatos através de um ponto de vista marcado por esses referenciais (DENZIN, 2006). O comportamento humano é diferente dos objetos. Ele só pode ser compreendido através de uma análise que considere os significados de sua atividade e não apenas a medida de quantidade, frequência ou a intensidade. Na investigação qualitativa o objetivo é a compreensão e interpretação dos dados de maneira aprofundada e crítica, diferentemente da simples constatação superficial dos fatos.

Não se pode negar que toda pesquisa é interpretativa e a interpretação guarda relação contígua com a subjetividade de quem interpreta. Portanto, a interpretação é dependente do referencial filosófico do pesquisador. Esse referencial é composto por princípios abstratos de ontologia, epistemologia e metodologia, os quais influenciam na maneira como o observador percebe a realidade e com ela interage (DENZIN, 2006).

“A pesquisa qualitativa caracteriza-se como uma abordagem interpretativa e compreensiva dos fenômenos, buscando seus significados e finalidades. Essa metodologia baseia-se numa perspectiva epistemológica em que o conhecimento resulta de processos dinâmicos que fluem dialeticamente. Do princípio da relatividade, da complementaridade e da incerteza deriva uma concepção de verdade relativa e temporária” (PENNA, 2005).

A ontologia busca entender a natureza, o sentido e os determinantes do ser e da realidade em que ele se insere. A epistemologia trata do conhecimento, sua natureza, as etapas para alcançá-lo, quais são seus limites e qual a relação entre o indivíduo que busca conhecer (investigador) e o objeto a ser conhecido. A metodologia é o resultante da noção ontológica e epistemológica do pesquisador. É a escolha do caminho pelo qual se pode conhecer o mundo e seus fenômenos e adquirimos conhecimento a respeito deles (PENNA, 2005)

Esses três elementos (ontologia, epistemologia e metodologia) firmemente entrelaçados de maneira consistente constroem a noção de paradigma. Todo o conhecimento construído pelo pesquisador guardará relação com o paradigma. O paradigma organiza e estrutura o processo de investigação científica. Os métodos escolhidos estarão em relação estreita com as premissas epistemológicas e ontológicas do pesquisador.

### **2.3.6 Apontamentos paradigmáticos para a construção deste trabalho investigativo**

Nossa postura teórica para o desenvolvimento deste trabalho guarda relação com ontologias relativistas que consideram a multiplicidade de realidades simbólicas, epistemologias interpretativas em que pesquisador e o objeto de estudo

influenciam-se mutuamente no processo interativo. Guarda relação com o método interpretativo, considerando-se análises de componentes textuais.

### Perspectiva ontológica

A perspectiva ontológica assumida para a construção deste trabalho está relacionada com a concepção de ser, de realidade e de saúde. Guarda relação com a noção de holismo, dinamismo e da intersubjetividade. O ser é considerado na sua dimensão ecológica, biológica, social e psicológica. Ele se define nas relações com as quais guarda dependência.

A realidade, por sua vez, se constrói no universo das representações simbólicas. O ser é o ser da linguagem e a realidade é definida a partir de um conjunto de elementos simbólicos que edificam e colorem a realidade física, dando a ela características humanizadas pelos significados, os quais são influenciados pela cultura e estão em constante transformação.

De um ponto de vista existencialista, consideramos que os fenômenos derivados da interação do ser (indivíduo marcado pelo simbolismo) com o meio são resultantes da condição existencial do ser humano que, diferentemente dos demais animais, constrói sua essência através das escolhas que faz frente ao mundo e a sociedade. A liberdade de escolha é a cruz existencial do indivíduo. As consequências das escolhas definem a si próprio enquanto ser (existência que precede a essência) e geram perturbações que criam a realidade social.

Ao mesmo tempo, consideramos conceitos derivados da filosofia marxista como modificadores da atitude existencial e a razão crítica como instrumento de emancipação. Conceitos como ideologia e alienação decorrentes de sistemas econômicos e sociais podem imprimir elementos relativamente perenes na visão de mundo dos indivíduos e influenciar suas escolhas. A alienação pode ser superada através da crítica proposta pelo método do materialismo dialético que analisa a realidade baseada em uma postura histórica dos sistemas econômicos, das relações humanas e dos fenômenos sociais.

A psique é vista como uma totalidade, abrangendo as experiências interiores do mundo manifesto consciente e do mundo subjacente inconsciente. A

psique é responsável pela personalidade, que é um padrão relativamente estável e duradouro de comportamento em parte resultado de componente genéticos inatos e em parte moldado pela apreensão do mundo através das experiências. A realidade interna consciente e inconsciente influenciam as ações dos indivíduos no mundo físico.

O conceito de saúde assumido neste trabalho está relacionado com a concepção holística do indivíduo e suas relações ecológicas dinâmicas. Está relacionado com a noção de equilíbrio e de dinâmica relacional com o meio ambiente. Considera que o indivíduo está inserido em um contexto social, econômico, cultural e ideológico que gera significações simbólicas relacionadas à saúde, a doença e ao tratamento. Destaca-se o reconhecimento da exclusão social como determinante do processo de adoecimento as relações mercadológicas como elementos da formação da noção de saúde e bem-estar na sociedade ocidental.

### Perspectiva epistemológica

A aquisição e a produção do conhecimento são movidas pela curiosidade epistemológica manifesta em um aparelho psíquico maduro que busca respostas a fenômenos que se mostram contraditórios ou desconhecidos. Tanto a aquisição e a construção do conhecimento são processos interdependentes, dinâmicos e reflexivos (conhecimento e autoconhecimento). Para epistemologia social, conhecer equivale à superação de processos alienantes e do ganho de consciência, no qual o indivíduo se engaja como protagonista da história no processo de compreensão e construção do ser humano dentro da comunidade humana, considerando a diversidade e a complexidade dessa comunidade, consciente de sua dimensão individual e coletiva.

Considerando-se a psicologia analítica, “a única forma de se conhecer o ser humano é através de suas manifestações e essas manifestações são os fios que tecem a rede simbólica da experiência humana” (CASSIRER, 1994). Mesmo os elementos do inconsciente só são possíveis de serem reconhecidos através de processos conscientes no mundo manifesto, onde o inconsciente por vezes se manifesta, ou seja, o inconsciente só pode ser conhecido indiretamente, por meio de manifestações que são simbólicas e associadas a arquétipos. É através do

universo simbólico que o mundo manifesto (consciente) e o mundo subjacente congregam os fenômenos psíquicos. O conhecimento pode se dar de um ponto de vista coletivo (cultura, folclore, arte, eventos históricos) e individual (sonhos, fantasias, sintomas) (PENNA, 2005).

Segundo um referencial existencialista ateu, o ser humano é um ser parasita, que necessita construir-se. A recusa da liberdade é a fonte da alienação social dos indivíduos, pois se abstém de tomar parte na história e não se comprometem nem se sensibilizam com as condições sociais e políticas do mundo. Na saúde o conceito de promoção da saúde está em acordo com os preceitos existencialistas quando consideramos a escolha do paciente nas decisões sobre sua própria saúde e também por responsabilizar todos os usuários do sistema de saúde pelo bem-estar da sociedade.

O desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa deve considerar o fato de que conhecimento produzido está inevitavelmente impregnado da personalidade do pesquisador. Para se conhecer o ser humano é preciso estar atento as suas manifestações, as quais são derivadas das experiências objetivadas e simbolizadas no aparelho psíquico. Toda manifestação simbólica toma as cores da consciência do observador. A relação entre sujeito (de pesquisa) e objeto (fenômeno a ser conhecido) é uma relação dialética na qual ambos participam no processo de produção do conhecimento. Essa relação deve levar em consideração a importância tanto da subjetividade quanto da objetividade para avaliação dos fenômenos, sem priorizar um ponto de vista sobre o outro, criando uma unilateralidade metodológica.

A análise do processo comunicacional é capaz orientar estratégias pedagógicas de capacitação clínica baseada pressupostos de um modelo centrado no paciente (MURTAGH, FURBER, THOMAS, 2013) (FURBER *et al.*, 2014). Quando opiniões, concepções e expectativas são consideradas, pode-se avaliar fenômenos para os quais o método empírico normalmente não é sensível. Isso ganha relevância nos dias de hoje, quando muitas evidências confirmam que uma abordagem biomédica não é suficiente para o desenvolvimento de uma consulta de qualidade. Espera-se que os dados qualitativos e quantitativos se complementem

e gerem um resultado mais rico e robusto para avaliação global do objeto de pesquisa (CAPPELLE, 2003; MANZINI, 2004) (D'ANDRÉA, 2012).

A investigação científica na área da saúde reconsidera seus referenciais epistemológicos à medida em que se reconhece o processo saúde-doença como um fenômeno influenciados por fatores biológicos, antropológicos, psicológicos e sociológicos (LAURELL, 1982). Considerar essa diversidade, incorpora no processo de construção do conhecimento a subjetividade humana, que muitas vezes precisa ser compreendida e interpretada. A cultura da ciência biomédica, acostumada a mensurar dados, se equivoca quando menospreza o modelo interpretativo das ciências sociais como elemento que contribui para o conhecimento em saúde. (KIRKENGEN *et al.*, 2015) A supervalorização de resultados mensuráveis numericamente segrega a investigação científica a blocos incomunicáveis de grandezas absolutas independentes (GODOY, 2009).

Na pesquisa qualitativa duas etapas fundamentam toda a estratégia de apreensão e compreensão dos fenômenos: A coleta de dados (apreensão) e a análise dos dados (compreensão). Na comunicação a linguagem (simbólica) é a fonte de dados representa o enigma da pesquisa. A relação profissional-paciente se desenvolve no campo da linguagem onde significantes se encadeiam para dar forma ao conteúdo que se objetiva comunicar. Esse conteúdo representa a visão de mundo, as concepções, os valores e as crenças dos indivíduos. Tal conteúdo (simbólico) alberga significados, tanto de um ponto de vista individual, como de um ponto de vista coletivo (cultural). Enquanto a pesquisa quantitativa pretende produzir um resultado numérico, que será a base de argumentação para sustentar uma hipótese ou refutá-la, a análise qualitativa pretende-se produzir uma interpretação de um produto da comunicação humana (BAUER, 2014).

### **2.3.7 Considerações metodológicas sobre a Análise de Conversa**

Quando se fala em pesquisa na área de farmácia é notório que a tradicional abordagem quantitativa e laboratorial (focada na análise química, estudos pré-clínicos ou clínicos) moldou o processo investigativo no âmbito farmacêutico. Essa

abordagem acompanhou o tradicional foco desse profissional na gestão logística do medicamento. O surgimento do cuidado farmacêutico aproxima o farmacêutico do paciente exigindo do profissional a aquisição de competências relacionais para desenvolver seu trabalho.

Em relação às pesquisas qualitativas que abordam as práticas em saúde, a maioria das abordagens se preocupam em realizar entrevistas buscando evidenciar concepções ou pontos de vista sobre essas práticas, perguntando aos atores do processo o que pensam sobre o trabalho ou serviço. Apesar de contribuírem grandemente para a compreensão das perspectivas e da compreensão desses atores sobre o serviço, pouco se contribui para o entendimento do processo interacional propriamente dito. Há, portanto, uma lacuna de conhecimento desse tipo na área da saúde, principalmente no âmbito da farmácia, sendo justificada a necessidade de produção de estudos observacionais da relação farmacêutico-paciente que tragam *insights* sobre o tipo de serviço prestado no cuidado farmacêutico (SMITH, 1988; SCHEGLOFF, 1993).

Pois, se buscamos promover e desenvolver a atividade de cuidado farmacêutico no Brasil e no mundo, um dos focos de investigação na área deve considerar aspectos comunicacionais, assim como, o desenvolvimento de programas de treinamento com a finalidade de melhorar as habilidades comunicacionais dos profissionais (COLLINS, 2005; PEREIRA, 2011).

A maioria dos estudos que abordam a comunicação farmacêutico-paciente quase que exclusivamente tem usado abordagens quantitativas, categorizando temas, codificando e contando ocorrências, chegando a resultado do tipo “número de questões perguntadas por minutos”. Apesar de contribuírem para a compreensão do processo comunicacional, esses métodos apresentam limitações, pois reduzem o desempenho interacional a variáveis discretas. Dessa forma, a natureza reativa da comunicação clínica entre farmacêutico e paciente acaba sendo ignorada (SMITH, 1988; MORROW, 1993).

Sabemos que a maioria dos estudos que investigam a comunicação profissional paciente se restringem aos serviços de dispensação e aconselhamento, em farmácias comerciais ou hospitais. Com a expansão da farmácia clínica enquanto disciplina e prática no Brasil, o papel do farmacêutico nos

pontos de atenção à saúde vem se diversificando e se complexificando, fazendo com que esse profissional se insira na equipe interdisciplinar de saúde, ocupe espaços que antes lhe eram destinados e trabalhem diretamente com o paciente. Essa transição é recente no sistema de saúde e não deixa de ser percebida com certo estranhamento e, algumas vezes, com certa resistência por pacientes, técnicos e demais profissionais de saúde, principalmente médicos. Como o debate sobre esse novo papel do farmacêutico vem se tornando presente nos pontos de atenção à saúde são necessários estudos que investiguem o desempenho dessas novas práticas (VERMEIRE *et al.*, 2001; WALLMAN, VAUDAN, SPORRONG, 2013).

O papel que o farmacêutico pode desenvolver na rede de atenção à saúde é significativo. O crescimento demográfico e o envelhecimento da população, associado a um estilo de vida primordialmente pouco saudável faz com que o perfil epidemiológico no Brasil mostre uma prevalência de condições crônicas associada a polimedicação para prevenção primária e secundária e para controle de sinais e sintomas (ROCHA, 1994; NICOLINE, VIEIRA, 2011; ISHIKAWA, 2017).

Os serviços de cuidado farmacêutico exigem o contato direto com o paciente e com a equipe de saúde, podendo ser executados em praticamente todos os pontos de atenção à saúde com o objetivo de identificar, prevenir ou resolver problemas relacionados à medicamentos e obter melhores resultados em saúde ao paciente, por meio de avaliação e otimização da farmacoterapia no que diz respeito à necessidade, adesão, efetividade e segurança. A necessidade de interação face a face com o paciente demanda mais do que habilidades técnicas e conhecimento clínico. Além de resolver problemas relacionados a farmacoterapia o farmacêutico pode contribuir para a prevenção dos quatro níveis de prevenção de doenças, estimulando também a melhoria da efetividade e segurança dos medicamentos (FARMÁCIA, 2010; MENDES, 2010).

Entendendo que o sucesso da terapia é dependente de uma postura ativa do paciente em relação ao seu tratamento é que o serviço de cuidado farmacêutico se propõe a estimular a autonomia do paciente, identificando e corrigindo os problemas em conjunto com o paciente (TOKLU, HUSSAIN, 2013).



O debate sobre os problemas de adesão enquanto conceito expandido, aceitando que há o envolvimento de uma série de fatores que geram essa problemática acabou despertando o interesse dos cientistas pelo conteúdo comunicacional desenvolvido entre profissionais e pacientes em uma perspectiva interacional. Buscou-se, assim elucidar interpretações e sentidos dos atores comunicacionais, bem como a influência contextual da comunicação. Como resultado, a qualidade da comunicação médico – paciente foi reconhecida como um fator ligado à adesão do paciente à farmacoterapia. Na farmácia, entretanto esse tipo de influência não foi ainda investigado. Aliás, a farmácia é a área da saúde que produz menos pesquisas qualitativas, sendo que os estudos qualitativos nessa área se mantiveram, em sua maioria, preocupados com a interação do farmacêutico no balcão da farmácia (NGUYEN, 2006; BELLENZANI, NEMES, PAIVA, 2013).

Considerando a expansão das atividades do farmacêutico para a área do cuidado, a produção de dados qualitativos resultantes da interação dual farmacêutico – paciente tem o papel de caracterizar os comportamentos e abordagens resultantes dessa interação. Lançar mão de metodologias originárias da ciência social como a análise de conversa pode produzir conhecimento mais detalhado e preciso a respeito dos aspectos interacionais resultantes do encontro do farmacêutico com o paciente em consultório. Esse tipo de abordagem, derivada de bases etnometodológicas pode ser o caminho pelo qual se busque expor, entender e aprimorar a atividade clínica de cuidado farmacêutico.

A análise de conversa é parte de um leque de métodos utilizados na etnometodologia. Ela busca investigar mecanismos envolvidos na construção da vida social, como a conversa organizada em turnos de fala. Busca identificar o que os participantes, durante uma interação esperam e de que maneira orientam essa interação. Esse método vem sendo há anos empregado na análise de conversas institucionais como as do tipo vendedor cliente, mas também em ambientes de saúde em conversas entre profissionais da área médica e seus pacientes, o que referencia o método pertinente para a avaliação da interação dual, tripartite ou quatripartite em consultas farmacêuticas (HERITAGE, 1998).

Particularmente na área da farmácia identificou-se apenas um estudo avaliando a interação farmacêutico – paciente através do método de análise de conversa. Pilnick (1998) (PILNICK, 1997) avalia esse processo interacional em um serviço de dispensação e aconselhamento a pacientes e cuidadores em um hospital oncológico na Inglaterra. Ainda que esse estudo tenha sido vanguardista na área da farmácia, essas especificidades marcam uma diferença importante em relação à análise proposta neste trabalho. Além disso, o atendimento não era realizado em consultório e não se realizava avaliação da farmacoterapia dos pacientes. Ainda assim esse estudo é de extrema relevância para nós enquanto fator de comparação, já que são utilizadas as mesmas etapas metodológicas. A identidade do profissional é relevante no sentido em que determina certos objetivos e atividades que ele desenvolve para cumprir certas tarefas.

Apesar da indiscutível contribuição de Pilnik (1998), pode-se dizer que ainda é pouco investigado o tema da interação farmacêutico-paciente, principalmente no contexto da consulta ambulatorial de revisão da farmacoterapia. Consideramos que este trabalho tem como objetivo expandir o conhecimento acerca da interação clínica do profissional com o paciente e, particularmente aqui, lançar uma luz no processo de consulta farmacêutica no Brasil, considerando as estratégias comunicacionais com as quais o farmacêutico acolhe o paciente, introduz a consulta, avalia questões contextuais e clínicas, avalia a farmacoterapia e realiza intervenções. Mais que isso, com a análise de conversa esperamos que seja possível explicitar como os pacientes e cuidadores respondem e agem frente ao profissional farmacêutico e suas ações verbais.

Alguns pacientes comparecem às consultas acompanhados de um cuidador, o qual normalmente é uma pessoa da família que muitas vezes se responsabiliza pela trajetória terapêutica do paciente. Durante a interação farmacêutico/cuidador/paciente esses atores buscam estabelecer suas identidades através das ações verbais. A maneira como se maneja essa construção de identidades também é um tema que interessa às nossas análises. Considerando-se a estrutura global da consulta, tentaremos identificar de que maneira esses atores comunicacionais, cada um com objetivos, expectativas e necessidades,

desenvolvem um diálogo que busque satisfazer todas as partes envolvidas (ESMAEILI, CHERAGHI, SALSALI, 2016).

A relação profissional-paciente normalmente denota um tipo de relacionamento expert/não expert que cria uma série de particularidades nessa interação. O processo de estabelecimento de uma relação de poder e as disputas no sentido da construção de identidade, afirmação de saberes também são um *background* intuitivo de análise, pois se supõe que suas implicações interferem no manejo da relação (HERITAGE, 1991).

Finalmente, a abordagem qualitativa seguida neste trabalho traz uma discussão sobre o hiato entre o que se espera de um profissional que desempenha tarefas de cuidado ao paciente e a formação que a academia oferece ao estudante de farmácia que poderá vir a desenvolver esse tipo de atividade. O tipo de análise executada neste trabalho pode oferecer perspectivas pedagógicas para execução de treinamentos em comunicação para farmacêuticos que atuam no cuidado ao paciente (HARGIE, 1993).

A farmácia enquanto profissão deve ser instrumentada para o tipo de atividade que o profissional precisará desenvolver. Portanto, considerando-se a demanda e o avanço das atividades clínicas do farmacêutico, percebe-se a necessidade de um nível adequado de conhecimentos, habilidades e atitudes advindos das ciências da saúde, humanas e sociais, bem como aprimorar suas habilidades comunicacionais (HARGIE, 1993).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Este estudo pretende investigar o processo de comunicação profissional-paciente no contexto da consulta farmacêutica, descrevendo suas principais características em cada etapa do método clínico

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as etapas do atendimento, estando atento aos detalhes das falas e como elas emergem durante o diálogo entre farmacêutico e paciente;
- Identificar atos comunicacionais que influenciam na construção de uma relação terapêutica e na performance de uma consulta centrada no paciente;
- Identificar padrões de comportamento verbal e paraverbal que possam influenciar o processo relacional e se incorporar ao processo de capacitação de futuros profissionais farmacêuticos;
- Identificar temas e conteúdos relevantes discutidos durante a consulta farmacêutica que possam caracterizá-la em sua especificidade.

## 4 METODOS

### 4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Esta tese de doutorado compõe um trabalho metodologicamente multiaxial resultado de uma cooperação entre o Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Paraná - UFPR, a residência multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – HC-UFPR, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – SMS, Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e o Ministério da Saúde do Brasil - MS.

A primeira parte deste trabalho se focou no auxílio da concepção, desenvolvimento e padronização de um serviço de cuidado farmacêutico ambulatorial, para, posteriormente se realizar uma avaliação qualitativa do conteúdo comunicacional resultante do encontro entre paciente e farmacêutico no contexto das consultas farmacêuticas desempenhadas nesse modelo.

O Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas da UFPR foi criado como uma proposta de desenvolver um serviço de cuidado farmacêutico à pacientes ambulatoriais. Inicialmente os atendimentos eram realizados pelas residentes do programa de residência multiprofissional na área de cardiologia. Se expressava através de consultas farmacêuticas à pacientes polimedicados.

Quando da época de seu nascimento este serviço contava com infraestrutura humilde e insuficiente para atendimento da demanda com a qualidade pretendida, porém já se caracterizava como um tipo de serviço vanguardista na área da farmácia clínica, ainda que com modesto reconhecimento institucional.

Além da necessidade de adequabilidade da estrutura, percebeu-se que também havia uma carência importante de padronização de método para a consulta, de critérios para seleção e exclusão de pacientes, de formulários que orientassem as consultas e da elaboração de um processo pedagógico que proporcionasse a capacitação adequada a cada novo farmacêutico que ingressasse nesse serviço.

Percebendo-se essa necessidade nasceram duas propostas de doutorado que, desenvolvidas em paralelo buscavam inicialmente padronizar processos e métodos para aperfeiçoamento e sedimentação do serviço de cuidado farmacêutico ambulatorial no hospital. Para além disso, a proposta dos trabalhos era a de avaliar cientificamente as consultas farmacêuticas, preocupando-se com elementos de qualidade, adequabilidade e especificidade do serviço, ou seja, a descrição e definição de um padrão de serviço farmacêutico de qualidade que pudesse ser reproduzido em outros ambientes de cuidado. De um lado, foi realizada uma avaliação quantitativa e de outro uma avaliação qualitativa, sendo este o objeto principal deste trabalho.

A intenção era desenvolver uma análise robusta e abrangente do processo de cuidado realizado neste ambiente, para que pudesse servir de modelo para o desenvolvimento de outros serviços de cuidado, observando-se pontos positivos e negativos que pudessem ser incorporados e readequados, respectivamente. Assim, no futuro outros ambientes de saúde que tivessem a intenção de implantar esse tipo de serviço farmacêutico, poderiam utilizar os instrumentos, formulários e o método desenvolvido no HC como referencial.

A avaliação qualitativa das consultas foi desenvolvida com o conteúdo advindo dos encontros entre farmacêuticos e pacientes e representou uma perspectiva humanística do processo de atendimento farmacêutico, atentando para o processo comunicacional desenvolvido durante as consultas. A preocupação com a comunicação profissional - paciente é central em praticamente todas as demais profissões de saúde, entretanto ainda é escasso na profissão de farmácia, provavelmente devido ao fato de que a consulta farmacêutica ainda é uma atividade incipiente na profissão.

Sabe-se que habilidades comunicacionais são importantes para o desenvolvimento de uma relação terapêutica em todas as profissões de saúde que interagem diretamente com o paciente e constituem parte das competências do profissional (BERGER, 2005; COLLINS, 2005; WYNN, 2005). O desenvolvimento de uma relação terapêutica entre profissional e paciente permite que a consulta seja mais resolutiva e satisfatória para o paciente (BAILEY *et al.*, 2012) (BUTALID

*et al.*, 2012). Por isso se buscou um método que avaliasse especificamente esse aspecto interacional resultante do encontro entre farmacêutico e paciente.

A emergência de uma atividade clínica de cuidado específica do farmacêutico realizando consultas ambulatoriais aponta para a atuação farmacêutica no contexto do cuidado multidisciplinar de pacientes com doenças crônicas (AH *et al.*, 2016). Este tipo de atividade, incipiente e em desenvolvimento no Brasil ainda não foi investigada de uma perspectiva qualitativa que avalia especificamente a dinâmica de interação direta entre farmacêuticos e pacientes polimedicados no contexto de uma consulta ambulatorial.

Além dos elementos puramente comunicacionais, nossa análise deverá considerar o impacto do itinerário terapêutico do paciente, das relações com as instituições de saúde, com os profissionais de saúde e com as tecnologias de saúde, pois são elementos de construção social e influenciam na produção do discurso dos pacientes (BARROS, 2012).

É importante frisar que uma atividade à priori realizada durante a pesquisa foi a apreensão do contexto pelo pesquisador. Trata-se de uma etapa importante à toda metodologia etnográfica. Por isso foi realizada a imersão do pesquisador em todos os processos desenvolvidos no ambulatório, desde a modelagem do serviço, a capacitação dos farmacêuticos e o acompanhamento e avaliação das consultas. O objetivo dessa parte do estudo foi de conhecer o contexto do qual emergiria o material textual a ser avaliado.

## 4.2 LOCAL

O estudo foi conduzido em um hospital universitário de grande porte no Paraná. As consultas eram realizadas por farmacêuticos no ambulatório SAM 5 do hospital de clínicas da UFPR todas as sextas feiras no período da tarde. As consultas eram realizadas em consultório privativo (os mesmos utilizados para consultas de especialidades médicas do hospital) e os farmacêuticos contavam com a presença de um tutor e um preceptor que poderia ser consultado em caso de dúvidas. O tutor e o preceptor ficavam disponíveis em uma sala atrás dos

consultórios onde o farmacêutico poderia tirar dúvidas, buscar informações e discutir intervenções. O preceptor também deveria firmar documentos tais como carta a outros profissionais de saúde, declarações, prescrições, entre outros.

É importante frisar que o serviço prestado e a pesquisa realizada eram de conhecimento da gerência do departamento de farmácia e de todos os profissionais envolvidos no processo, inclusive da equipe médica e dos profissionais técnicos administrativos. Isso é importante, porque muitas vezes os pacientes eram encaminhados pelos farmacêuticos para consultas com outros profissionais dentro do hospital, além disso, a ação do farmacêutico poderia interferir no tratamento dos pacientes, assim era importante que todos os profissionais tivessem ciência da existência dos atendimentos farmacêuticos.

#### 4.3 CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO

O serviço de cuidado farmacêutico onde foi executado este trabalho está inserido no contexto da residência multiprofissional na área de cardiologia. Cada consulta tem a proposta de identificar as necessidades do paciente para realização dos diferentes serviços clínicos, como educação em saúde, rastreamento de doenças, manejo de problemas de saúde autolimitados, revisão da farmacoterapia, conciliação de medicamentos, monitorização terapêutica, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico, buscando identificar e solucionar todos os problemas relacionados a farmacoterapia do paciente. As intervenções são realizadas junto ao paciente e eventualmente envolvem o compartilhamento do caso com outros profissionais de saúde, em uma abordagem multi e interdisciplinar (CFF, 2016).

Foram desenvolvidos para o serviço uma série de formulários que auxiliam na organização do raciocínio clínico e documentação de cada consulta que serão discutidos adiante e estarão presentes nos apêndices deste trabalho.

A primeira etapa do serviço é a avaliação e seleção dos pacientes através da revisão de prontuário hospitalar. Os pacientes são selecionados segundo critérios de complexidade e gravidade, considerando-se número de medicamentos



utilizados de forma crônica e problemas relatados ou identificados diretamente no prontuário. O objetivo da seleção é atender pacientes que mais necessitam de acompanhamento, visto que a demanda encontrada é superior à capacidade de atendimento do ambulatório.

Os pacientes selecionados pela revisão de prontuário são contatados por telefone pelos próprios farmacêuticos. Esses pacientes são informados sobre a natureza da consulta farmacêutica e são convidados para atendimento agendado, conforme descrito no Quadro 1. Caso aceitem o convite, eles são orientados a trazer receitas, medicamentos e exames clínicos realizados. Pacientes com limitações motoras, comunicacionais, auditivas ou cognitivas são orientados a comparecer a consulta com um cuidador.

#### **Quadro 1.** Roteiro para agendamento dos pacientes

<b>ROTEIRO PARA AGENDAMENTO DOS PACIENTES PARA AS CONSULTAS</b>
1. Cumprimentar o paciente;
2. Apresentar-se ao paciente;
3. Informar que está ligando para agendar uma consulta para ele no serviço de cuidado farmacêutico e explicar o serviço e o propósito da consulta;
4. Informar o dia e o horário da consulta;
5. Informar o endereço onde ocorrerá a consulta;
6. Solicitar que o paciente traga todos os medicamentos que faz uso, prescritos e não prescritos, as receitas médicas, plantas medicinais, chás e suplementos que faz uso, assim como exames e outros documentos relativos à sua saúde.
7. Agradecer ao paciente e despedir-se.

Como o prontuário farmacêutico é extenso, principalmente o prontuário de primeira consulta. O tempo de atendimento é longo, podendo ultrapassar uma hora de atendimento. Entretanto os farmacêuticos são orientados e treinados para desenvolver a consulta no menor tempo possível, sem perda de qualidade. O tempo de consulta não deve ser maior que 1 hora na primeira consulta nem maior que 30 minutos nas consultas de retorno.

Para orientar os passos para a realização da consulta, se desenvolveu um roteiro de consulta, baseado no método clínico e adaptado a partir de um instrumento criado e validado por Abdel-Tawab e colaboradores em 2011 que buscava estabelecer padrões mínimos de qualidade de consulta (Quadro 2).

**Quadro 2.** Roteiro de consulta farmacêutica.

<b>ROTEIRO DE CONSULTA</b>
<p><b><u>A. INTRODUÇÃO</u></b></p> <p>A1. Apresente-se ao paciente (cumprimente, apresente-se e acolha o paciente)</p> <p>A2. Confirme a identidade do paciente (nome, telefone, endereço, data de nascimento)</p> <p>A3. Apresente o propósito e a estrutura da consulta (p.ex. compartilhe com o paciente o que está planejado para acontecer na consulta)</p> <p>A4. Solicite ao paciente que coloque suas questões relacionadas aos medicamentos e saúde (permitindo que o paciente coloque suas necessidades ou expectativas em relação à consulta)</p> <p>A5. Negocie com o paciente um planejamento compartilhado para a consulta (priorizando questões a serem discutidas considerando os objetivos do farmacêutico e as necessidades do paciente)</p> <p>A6. Preste atenção às questões de conforto e privacidade do paciente</p> <p><b><u>B. COLETA DE DADOS E IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS</u></b></p> <p>B1. Documente a história de medicação completa:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Medicamentos prescritos, dose, frequência, duração do tratamento e via de administração</li><li>- Alergias – tipo / natureza</li><li>- Sensibilidade ou intolerâncias e medicamentos</li><li>- Reações Adversas a Medicamentos (Rastreia reações adversas a medicamentos, e se positivo para um ou mais sinais e/ou sintomas, registra o medicamento suspeito de estar envolvido e realiza a anamnese de cada queixa (tempo - início, frequência e duração-, localização, característica, gravidade, ambiente, fatores que agravam ou que aliviam, sintomas associados)</li><li>- Automedicação (ex. MIPs e outros medicamentos não prescritos)</li><li>- Terapias complementares (ex. Homeopatia, plantas medicinais, etc.)</li><li>- Avalie as condições de armazenamento de medicamentos</li></ul> <p>B2. Avalie o entendimento do paciente sobre o propósito do tratamento prescrito (ex. O paciente sabe por quê o tratamento foi prescrito e os benefícios esperados)</p> <p>B3. Obtenha o entendimento (leigo) do paciente sobre sua enfermidade (Isto é particularmente relevante se não está claro para o paciente a lógica de seu tratamento)</p> <p>B4. Obtenha as preocupações do paciente sobre o tratamento (ex. Crenças sobre riscos potenciais e efeitos colaterais)</p>

B5. Investigue a história social (álcool, tabagismo, estilo de vida, uso de drogas ilícitas, escolaridade, ocupação, dieta, impacto da medicação no estilo de vida)

Gestão das doenças

B6. Explore a experiência do paciente com relação a(s) doença(s) / o controle dos sintomas e os resultados de exames

Avalie o estado clínico das doenças por meio da análise dos exames (físico, laboratorial, imagem, ...), instrumentos para avaliação da doença e relato de sintoma.

Avalie as novas queixas do paciente, por meio da anamnese de cada queixa (tempo - início, frequência e duração-, localização, característica, gravidade, ambiente, fatores que agravam ou que aliviam, sintomas associados)

Avalie a percepção geral de saúde e a qualidade de vida do paciente, por meio de Escala Visual Analógica (EVA)

B7. Pergunte como o paciente monitora a doença (ex. glicemia capilar, medida da PA, perfil lipídico, pico de fluxo, etc.)

B8. Realize uma avaliação física apropriada (quando indicado) – ex: aferição de pressão arterial, glicemia capilar, temperatura, etc

Avaliação da adesão ao tratamento

B9. Pergunte com que frequência o paciente esquece dose(s) do tratamento

B10. Identifique as razões para falhas de doses pelo paciente (não intencionais e intencionais)

Avalie a capacidade de gestão de medicamentos (autonomia, conhecimento e habilidade), e avalie com quem o paciente mora, se o paciente possui cuidador (se sim, anota nome, parentesco e telefone do cuidador), se o paciente sabe ler e se possui alguma limitação

Investigue os incômodos devido ao uso dos medicamentos

Avalie as dificuldades no uso dos medicamentos (abrir ou fechar a embalagem, ler o que está escrito, lembrar de tomar, conseguir o medicamento e tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo)

Avalie o acesso do paciente aos medicamentos

B11. Investigue as atitudes do paciente relacionadas à tomada de medicamentos

Avalie a adesão ao tratamento do paciente (atitudes, comportamentos, crenças, necessidades e preocupações do paciente diante do tratamento)

Avalie a experiência de medicação do paciente

Investigue o desejo do paciente por envolvimento

B12. Pergunte quanto / quais informações o paciente gostaria de receber, antes de discutir soluções para as necessidades do paciente

B13. Pergunte o quanto o paciente deseja estar envolvido na tomada de decisões

Identificação de Problemas

B14. Identifique e priorize os problemas relacionados à farmacoterapia do paciente (criando uma lista de problemas)

B15. Renegocie com o paciente um planejamento para a consulta (se necessário) (priorizando as questões a serem discutidas conforme objetivos do paciente e necessidades do paciente).

#### C. AÇÕES / SOLUÇÕES

C1. Relacione a informação às crenças do paciente sobre suas enfermidades e tratamento (corrija falhas de informação, propaga os benefícios e ameniza preocupações / riscos do tratamento)

C2. Envolve o paciente no desenho de um plano de cuidado e manejo para os problemas (discuta opções, objetivos, metas do tratamento)

Sugira as intervenções para resolução dos problemas da farmacoterapia detectados, envolvendo o paciente na decisão

C3. Forneça orientações sobre como e quando tomar os medicamentos, duração do tratamento e pactua o acompanhamento

Forneça orientações sobre o propósito de cada medicamento e a importância de cada tratamento

Forneça orientações sobre acesso aos medicamentos

Forneça materiais de suporte à orientação, se necessário (ex: lista ou calendário posológico, rótulos ou instruções pictóricas, informe terapêutico ou carta a outros profissionais, material educativo impresso, diário para auto monitoramento, envelope ou outro organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão)

Forneça orientações sobre cada condição de saúde e suas consequências, monitorização e manejo, se necessário

C4. Verifique a capacidade do paciente em seguir o plano (permita que o paciente antecipe problemas em seguir o plano, p.ex. em termos de motivação, recursos, tempo ou habilidades físicas e cognitivas)

C5. Verifique o entendimento do paciente (ex. peça ao paciente que repita as informações)

C6. Discuta as questões de estilo de vida e estratégias de prevenção (questões de promoção da saúde)

C7. Avalie se o paciente deseja informações ou explicações adicionais

C8. Encaminhe de forma apropriada o paciente a outro profissional da saúde (reconheça seus próprios limites e limitações profissionais)

#### D. FECHAMENTO DA CONSULTA

D1. Explique ao paciente o que fazer caso tenha dificuldades em seguir o plano e com quem pode entrar em contato

D2. Marque uma próxima consulta ou combine outras formas de contato, se necessário

D3. Ofereça oportunidade ao paciente para fazer perguntas adicionais em relação às questões discutidas durante a consulta

#### E. COMPORTAMENTOS NA CONSULTA

E1. Escute ativamente e permita que o paciente complete suas falas sem interrupção

E2. Faça perguntas relevantes

E3. Use perguntas abertas e fechadas de forma apropriada

Evite questões sugestivas (que tendem a induzir a resposta)

Evite perguntas com entrelinhas (que carregam julgamentos e induzem o paciente a responder o que o profissional espera)

Evite questões múltiplas (que confundem o paciente e fazem responder parcialmente)

E4. Evite ou explica os jargões técnicos

E5. Aceite o paciente (respeite o paciente, de forma não julgadora ou paternalista)

E6. Demonstre empatia e apoio ao paciente (ex. expressa preocupação, compreensão, disposição para ajudar, reconhecimento do esforço)

E7. Lide com sensibilidade tópicos constrangedores ou perturbadores

E8. Compartilhe seu pensamento com o paciente de forma sincera (quando apropriado) a fim de encorajá-lo a se envolver no tratamento

E9. Use informações de exames a fim de informar a tomada de decisão e explicar as opções de tratamento

E10. Use informações baseadas em evidências para informar a tomada de decisão e explicar as opções de tratamento

E11. Adote uma abordagem lógica e estruturada para a consulta

E12. Mantenha a entrevista clínica “no trilho” e retoma seu “controle”

E13. Gerencie o tempo de forma efetiva (trabalha bem dentro do tempo disponível)

E14. Forneça / Produza documentação lógica e correta

Utilize adequadamente as técnicas de verificação de informações (facilitação, clarificação, confrontação, reflexão, silêncio, resumo)

Utilize de forma adequada técnicas de comunicação não verbal (contato visual, uso do toque, expressões corporais, distância corporal, uso de símbolos ou ícones, uso de objetos)

Fonte: Adaptado de Abdel-Tawab e colaboradores (2011)

Antes de iniciar atendimento aos pacientes, os farmacêuticos fazem uma disciplina teórico-prática, voltada para desenvolvimento de competências clínicas, participam como observadores das consultas de farmacêuticos mais experientes e participam das discussões de caso em grupo. Essas discussões eram realizadas entre farmacêuticos, preceptores e tutores do ambulatório sempre após a finalização de todos os atendimentos, no fim de expediente. Todos os farmacêuticos compartilham seus casos, focando em problemas clínicos complexos, gerando discussões na qual todos são estimulados a contribuir. As discussões de casos se caracterizavam em um espaço importante de formação clínica dos profissionais.

Após acompanhamento das consultas com farmacêuticos mais experientes, o farmacêutico inicia o atendimento acompanhado de um profissional

mais experiente que tem uma função avaliativa, classificando o profissional como apto ou não para desenvolver as consultas sozinho. Assim, se considerado apto o profissional poderá atender os pacientes sem acompanhamento e orientar farmacêuticos menos experientes. Caso não seja considerado apto, ele deverá continuar acompanhando as consultas por um período definido pelos preceptores para então, ser avaliado novamente.

Em todos os episódios de atendimento aos pacientes há a presença de pelo menos um tutor e um preceptor, que tem o papel de orientar sobre dúvidas em relação à condutas e avaliações. Além disso, o preceptor tem respaldo institucional firmando todos os documentos produzidos pelo ambulatório, como cartas a outros profissionais, contra referenciamentos, instrumentos padronizados, orientações escritas, etc.

Os problemas identificados durante a consulta são classificados da seguinte maneira: problemas envolvendo seleção e prescrição; problemas de administração e adesão ao tratamento; problemas na qualidade dos medicamentos; erro de dispensação ou manipulação; discrepância entre níveis de atenção; problemas de monitoramento; tratamento não efetivo; reação adversa a medicamento; intoxicação por medicamento.

Cada grupo de problema apresenta vários subtipos específicos que refinam a classificação dos problemas. Frente à um ou mais problemas, o farmacêutico deve propor estratégias para resolvê-los junto com o paciente.

As intervenções farmacêuticas também apresentam uma classificação, que é dividida da seguinte maneira: Informação e aconselhamento; alteração ou sugestão de alteração na terapia; recomendação de monitoramento, encaminhamento e provisão de materiais. Há também vários subtipos para cada tipo de intervenção. A intenção dessa classificação é tornar objetivo o registro de atendimento farmacêutico, possibilitando a coleta de informações para avaliação de dados estatísticos sobre a eficiência e efetividade do serviço.

Cada atendimento pode identificar vários problemas e várias intervenções podem ser realizadas para resolvê-los. O farmacêutico ao acompanhar o paciente crônico de alta complexidade através de uma avaliação integral acaba se tornando gestor de caso desse paciente, identificando, muitas vezes, a necessidade de

avaliação por outros profissionais de saúde, como médicos, nutricionistas, odontólogos, entre outros.

O serviço de cuidado farmacêutico é complexo e gera um acompanhamento duradouro de muitos pacientes. Os critérios para alta do ambulatório são bastante rígidos. Apenas pacientes que não apresentam problemas da farmacoterapia podem ter alta e ainda assim se aconselha que os pacientes sejam contra referenciados para os serviços de cuidado da unidade de atenção primária para continuidade do cuidado.

Este serviço surgiu e se aperfeiçoou devido à disposição e empenho de vários atores, entre eles farmacêuticos e gestores da residência multiprofissional, professores da Universidade Federal do Paraná e pós-graduandos do programa de pós-graduação em ciências farmacêuticas da Universidade Federal do Paraná. Acabou por se tornar um serviço de referência, capacitando estudantes e prestando serviços de cuidado a uma grande quantidade de pacientes polimedicados do HC.

O serviço criado e padronizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná motivou e foi o modelo para o desenvolvimento de serviços de cuidado farmacêutico na rede de atenção à saúde de Curitiba, através de um projeto do Ministério da Saúde, que propunha desenvolvimento, implantação e capacitação de serviços de cuidado farmacêutico em unidades básicas de saúde, centros de especialidade, centros de atenção psicossocial, maternidade, unidades de pronto atendimento, farmácia popular e farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica. Cada serviço foi adaptado considerando suas especificidades e sua demanda. Uma metodologia de design de serviços mapeou e desenhou diferentes serviços clínicos com diferentes formulários, focados na identificação e resolução de problemas de farmacoterapia dos pacientes mais complexos. Hoje milhares de pacientes recebem atenção de farmacêuticos para solucionar dúvidas e resolver problemas relacionados à medicamentos em consultório farmacêutico, leito ou domicílio.

Esta etapa de implantação de serviços na rede de atenção à saúde Curitiba será melhor descrita no capítulo II deste trabalho.

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O processo de seleção dos pacientes ocorreu através de uma análise prévia de prontuário de pacientes que foram clientes do serviço de cardiologia no HC. Aqueles que atendiam os critérios de inclusão eram contatados por telefone para agendamento da consulta. A seleção para atendimento considerava os seguintes critérios de inclusão: ter sido internado anteriormente no serviço de cardiologia do hospital; possuir 2 ou mais condições crônicas; estar em uso de 4 ou mais medicamentos contínuos e possuir pelo menos 1 problema relacionado à farmacoterapia identificado na revisão de prontuários.

Por definição, consideramos neste estudo pacientes em uso de quatro ou mais medicamentos como sendo polimedicados. Esses critérios visaram selecionar os pacientes mais graves ou com maior risco de desenvolver algum problema da farmacoterapia. Eram excluídos pacientes com problemas que impossibilitassem a realização da consulta que não tivessem cuidador, pacientes com idade inferior a 18 anos e pacientes gestantes. Todos os pacientes que participaram do estudo eram maiores de 18 anos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além do paciente muitas vezes a consulta era realizada juntamente com o cuidador, pois os clientes do serviço eram, em sua maioria, idosos que vinham acompanhados por algum familiar ou amigo e a decisão de participar da pesquisa deveria ser unânime.

As consultas eram realizadas por farmacêuticos treinados durante pelo menos 6 meses. Todos os farmacêuticos eram informados sobre o desenvolvimento da pesquisa dentro do serviço e consentiram em participar.

A escolha das consultas que foram transcritas levou em consideração a qualidade do áudio, pois algumas continham muito ruído, o que impossibilitava uma transcrição com qualidade. Foi assegurado absoluto sigilo em relação a identidade dos pacientes envolvidos na pesquisa. Os nomes, tanto dos farmacêuticos, quanto dos pacientes foram substituídos neste trabalho por pseudônimos.



#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido de acordo com as normas regulatórias de pesquisa com seres humanos (Resolução 466/2012 do CNS e complementares). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HC/UFPR (CAAE: 17675013.0.0000.0096). Todos os pacientes tiveram sua identidade mantida em sigilo. Nas transcrições os nomes de pessoas, lugares, endereços ou números telefônicos foram substituídos por nomes ou números fictícios. Foram incluídos nesse trabalho apenas pacientes, cuidadores e profissionais que participaram do ambulatório de Atenção Farmacêutica do HC-UFPR e que manifestaram sua anuência em participar da pesquisa. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Durante o processo de implantação do serviço ficou decidido que as consultas seriam gravadas e se constituiriam de material para possível avaliação e debate clínico entre os farmacêuticos, tirando dúvidas sobre procedimentos e servindo também como instrumento para que o farmacêutico avaliasse o próprio desempenho comunicacional. Entretanto, apenas os áudios de consultas nas quais o paciente assinou o termo de consentimento é que eram considerados como dados de análise para a pesquisa.

Todo o material de pesquisa ficou em posse do pesquisador para que a identidade dos participantes se mantivesse resguardada. Foi garantida a confidencialidade dos dados e as identidades dos participantes foram protegidas.

O presente estudo se configura, no sentido clínico como um estudo do tipo não invasivo. Foram mantidos padrões éticos na prática em pesquisa com seres humanos. Os pacientes foram devidamente informados sobre a natureza do estudo e foi ressaltado que a não participação no estudo não implicaria em nenhum tipo de penalização e que os atendimentos continuariam a acontecer normalmente.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

O conteúdo comunicacional das consultas farmacêuticas foi gravado e transcrito. Os dados utilizados para estas análises foram os áudios das consultas e as transcrições textuais referentes a esses áudios. Os dados resultantes das consultas não tiveram nenhuma influência do pesquisador e o processo comunicacional se deu de maneira natural entre profissional e paciente em consultório. O pesquisador não esteve presente durante as consultas, buscando prevenir um viés intervencional. Este trabalho se trata de um estudo de campo qualitativo de consultas farmacêuticas.

A coleta dos dados acontecia durante o momento da consulta farmacêutica. Todas as consultas realizadas no ambulatório eram gravadas. Destas, apenas aquelas na qual o paciente consentiu a utilização do material para análise através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido poderiam ser utilizadas para a construção do corpus de análise. O gravador era colocado sobre a mesa e o paciente era informado de que as consultas realizadas no serviço eram gravadas. Ao final da consulta o paciente era convidado a participar da pesquisa, sendo que, se consentisse, o áudio seria utilizado como fonte de dados para pesquisa.

Os dados foram coletados durante o período de 3 anos. Por isso, o número de consultas gravadas disponíveis para análise era, evidentemente, muito grande. Sendo assim, as consultas utilizadas para este estudo foram eleitas ao acaso, incluindo consultas iniciais e retornos. Um único critério de exclusão precisou ser imputado nos dados. Como as consultas eram desenvolvidas em consultórios próximos uns dos outros, muitos áudios tiveram sérios problemas com interferentes e ruídos, prejudicando grandemente a compreensão do que era falado durante a consulta. Assim, foram excluídas as gravações consideradas de má qualidade nas quais houvesse muito ruído ou onde as vozes do profissional ou do paciente estivesse inaudível, prejudicando a compreensão do conteúdo comunicacional.

Os áudios selecionados para a consulta foram transcritos através de um método específico sendo explicitado no material textual o máximo de detalhes proveniente da comunicação, considerando-se inclusive elementos paraverbais. Esse processo foi lento e moroso, pois a consultas, principalmente as consultas

iniciais eram extremamente longas e o conteúdo transcrito era muito grande. Ainda que os áudios fossem selecionados no sentido de eliminar material com muita interferência ou ruído, inevitavelmente alguns trechos das consultas continuavam apresentando um nível considerável de interferentes e ruídos, tanto que, alguns trechos curtos foram impossíveis de serem transcritos. Todo o processo de transcrição foi realizado pelo pesquisador. O conteúdo transcrito buscou representar o máximo possível os dados gravados, entretanto as análises foram desenvolvidas com o acompanhamento do áudio, simultaneamente ao conteúdo transcrito.

Os indivíduos que protagonizam o processo comunicacional eram farmacêuticos, pacientes e cuidadores em um contexto de atendimento farmacêutico ambulatorial em ambiente privativo. Todos os pacientes eram usuários do sistema único de saúde. O alvo desta análise é a interação comunicacional desenvolvida entre farmacêutico e paciente em contexto ambulatorial, sem a interferência do pesquisador.

#### 4.7 MÉTODO DE ANÁLISE

Há sempre uma falsa expectativa de que os outros vão ver o mundo da mesma maneira que nós o vemos. O conhecimento que usamos para navegar no mundo social é essencialmente de origem social, sendo que apenas uma pequena parte se origina da experiência pessoal. O conhecimento do mundo é conseguido por aproximações, pois há um hiato entre o que se percebe e o que se pode conhecer. A questão da intersubjetividade ou do conhecimento mútuo é central para a análise da atividade social que leva em consideração conhecimentos dos atores sociais (HERITAGE, 1984).

O objetivo de uma pesquisa de base sociológica é buscar as propriedades da ação social interagindo com o contexto que gera a mudança na ordem social. A observação da realidade social busca revelar o sentido e as estruturas relevantes através dos quais as pessoas vivem, agem e pensam (HERITAGE, 1984).

Outra questão que concerne a sociologia é a maneira como os indivíduos são capazes de antecipar ou prever a perspectiva do outro durante o processo comunicacional. Diz-se assim que a comunicação envolve a convenção de sentido. Durante a interação, sentidos são comunicados continuamente, sem necessitar de explicações, entretanto é um equívoco assumir que os atores compartilham exatamente os mesmos sentidos subjetivos para dar significação a um objeto, fenômeno ou discurso. Certamente essas diferenças precisam ser conciliadas para que haja estabilidade na percepção e interpretação de ambos. Em resumo, existem elementos de senso comum que interagem com as particularidades biográficas de cada indivíduo (GARFINKEL, 1967).

Análise de discursos, gestos e aparência física se mostrou eficaz para estudar características como solidariedade, distanciamento social, relacionamentos autoritários e organização sociológica. Considerando-se especificamente o discurso, muitas metodologias derivadas das ciências sociais têm focado na implicação da ação orientada de fala com objetivo de evitar o reducionismo cognitivo presente em pesquisas que utilizam entrevistas (SCHEGLOFF, 1993).

Assim, buscando uma metodologia que ultrapasse as limitações supracitadas, lançamos mão para este estudo, especificamente da análise de conversa (AC). Vale ressaltar que análise de conversa não deverá ser confundida com análise de discurso, pois a análise de discurso se trata de um método dedutivo que utiliza teorias para explicitar e explicar o discurso ou o texto, enquanto que na AC o raciocínio é basicamente indutivo (SCHEGLOFF, 1993).

O fundamento da AC está na ideia de que a linguagem está envolvida de maneira contígua no processo de pensamento e raciocínio. Busca abordar o estudo da interação social. Segundo Heritage, o ator social é alguém que busca alcançar entendimentos compartilhados através do uso do senso comum racional. Esses atores, tendo um conhecimento do senso comum a respeito das situações, estão sempre criando, mantendo ou alterando a situação social na qual eles são colocados através das ações que eles desenvolvem (HERITAGE, 1984; HERITAGE, 1991).

O conhecimento do senso comum, aliado à assunção do contexto é essencial para a manutenção do entendimento. Esses entendimentos são alcançados e sustentados a cada momento, turno a turno (HERITAGE, 1991).

A AC utiliza a fala como objeto de análise, a qual é disponível rapidamente, pois é a maneira como os indivíduos constituem suas atividades, seus papéis e suas identidades. A análise de conversa é um trabalho etnometodológico que foca a atenção nos métodos da ação conversacional (SACKS, 1974a).

Em oposição a uma quantidade de métodos comumente aplicados às ciências sociais, tais como questionários e entrevistas, a análise de conversa se distingue pelo uso de dados de ocorrência natural, ou seja, está inserida no evento real, onde precisamente se desempenha a interação social. Assim, os detalhes da fala podem ser retidos para a análise e oferece ao pesquisador uma infinidade de variações possíveis de serem analisadas. Dessa forma, em resumo a AC pode ser considerada um método que analisa o método pelo qual os atores sociais constroem sentido e contribuem para a continuidade da interação. Busca identificar, descrever e explicitar competências com as quais os falantes normais desenvolvem uma interação, descreve procedimentos que ilustram como o falante produz seu comportamento e interpreta o comportamento do outro (SACKS, 1992; SIDNELL, 2013)

Segundo o modelo da estrutura da ação, a interação é estruturalmente organizada, informada pelas práticas para as quais os participantes são orientados. Quando ocorre uma interrupção, por exemplo, essa interrupção é significativa e está relacionada com atributos do ator social, como classe social, idade, gênero, etc (PILNICK, 1997).

Outra característica importante da interação é que as ações que contribuem para a interação são contextualmente orientadas. Ao falar uma pessoa projeta o resultado dessa ação no outro, considerando um leque de possibilidades de ações que poderão ser executadas pelo outro interlocutor. Esse resultado pode ser confirmado pelo outro ou se transformar em um objeto de reparo através do qual o primeiro falante expõe o desentendimento (PILNICK, 1997).

É de extrema importância para a perspectiva da análise de conversa assumir que nenhum detalhe da interação poderá ser menosprezada. Elementos

como pausa, mudança de tom ou altura de voz e demais detalhes mínimos, que normalmente não interessam a outros métodos de análise e que podem parecer de pouca importância são, para a AC mais do que relevantes, constituem o próprio objeto de análise e caracteriza os sujeitos falantes e sua interação (FLANNERY, 2014).

Na perspectiva da etnometodologia 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. A análise considera um macro contexto, relativamente estável, e um micro contexto extremamente dinâmico, que se modifica a cada turno de fala (GARFINKEL, 1967).

Em relação ao processo analítico a AC é essencialmente indutivo e fortemente influenciado pelos dados (data driven), centrado em observações que emergem dos dados. É uma busca por práticas ou fenômenos contidos nos dados. Certamente há um viés que deve ser considerado, já que o analista nunca está descontaminado de especulações prévias (JEFFERSON, 1988) (PILNICK, 1997).

A AC está preocupada com as maneiras pelas quais enunciados desempenham ações específicas e sua dinâmica de sequência de ações. Sequência e turnos de fala são, portanto, as unidades primárias de análise. Essas sequências normalmente seguem normativas sociais implícitas, tais como “questão-resposta”, “convite aceitação-recusa”, entre outros. As sequências de fala são os blocos que constroem a intersubjetividade e demonstram como o sentido do que um interlocutor diz é encontrado na resposta do próximo falante (PILNICK, 1997).

A noção de contexto é de extrema importância para o processo analítico da AC. Em muitos casos, sequências específicas de fala, como por exemplo, sessões de questões e respostas entre alunos e professor, são referenciadas por um contexto institucional que orienta essas ações. Essas sequências de fala são fonte

de dados para se compreender o contexto institucional, que é caracterizado pelas ações comunicacionais dos atores (SCHOPF, MARTIN, KEATING, 2015).

Na investigação em farmácia é importante entender como o contexto institucional é criado durante o diálogo. Buscam-se elementos específicos que caracterizem a interação institucional. Se julgarmos que uma interação possui uma característica institucional, então a relevância do contexto institucional (os papéis, tarefas e identidades) será demonstrado pelas ações dos atores sociais. Ou seja, os participantes organizam seus turnos de fala de maneira distinta, orientados pelo contexto institucional. O contexto específico determina um papel social que o indivíduo desenvolve através dos atos interacionais. Reconhece-se, assim, que a criação e a manutenção dos papéis institucionais se dá através das sequencias de ações conversacionais (PILNICK, 1997; CHATWIN, 2014).

A interação social em ambiente institucional traz o foco para o fenômeno da assimetria nas relações entre os participantes. Diz-se que essa assimetria, implícita, é sempre criada, mantida ou negociada durante o diálogo. O profissional de saúde, por exemplo, executa um padrão institucional de comportamento que é reproduzido várias vezes ao dia, enquanto que, para o paciente esse encontro acontece uma única vez. Além disso, pode haver uma pretensão de status e direitos associados ao papel institucional e que molda o diálogo (quem faz as perguntas, quem responde). Ainda, na maioria das instituições, como na de saúde, por exemplo, se observa uma assimetria de conhecimentos específicos. A assimetria de saberes entre médico e paciente, por exemplo, permite ao médico protagonizar o controle do diálogo, usando termos biomédicos que subjugam o conhecimento e a experiência do paciente (MAYNARD, 1991).

O estabelecimento de uma relação de assimetria entre paciente e profissional, por exemplo, se inicia como produto do poder abstrato do profissional, mas se concretiza e se mantém de fato no processo interacional desenvolvido entre os interlocutores. É inegável haver sempre algum grau de assimetria que permeie a interação institucional. Mesmo em conversas usuais, pode haver algum tipo de assimetria relacionada ao gênero, a idade e outros fatores que conferem diferenças de poder. Ainda assim, as escolhas estão sempre abertas no sentido de tornar a relação menos assimétrica (MAYNARD, 1991; PILNICK, 1998).

A análise de conversação ou análise de conversa (AC) é uma abordagem teórico metodológica. Tem sido chamada também de “estudo da fala em interação”, pois se trata de uma metodologia que visa analisar eventos interacionais. Parte-se do pressuposto linguístico de que as pessoas desenvolvem ações ao falar e que interpretam ações de outros falantes (SACKS, 1974b). Surgiu inicialmente no contexto da investigação da interação de conversas telefônicas para identificar elementos que provocavam atrito ou dificuldade de interação. Esse tipo de análise examina a linguagem no contexto da interação social, sendo que todo o processo de fala é organizado e ordenado sistematicamente. A maneira como os enunciados são construídos durante a interação afetam o interlocutor, influenciando na dinâmica interacional que se constrói através dos turnos de fala (OPSOMMER, SCHOEB, 2014). A AC pode ser considerada uma abordagem de microanálise qualitativa que avalia processo de interação na vida real e que tem interesse não apenas pelo que é dito, mas também em como as coisas são ditas (MURTAGH, FURBER, THOMAS, 2013; BAUER, 2014). Importa no processo de análise, variáveis paraverbais que dão o tom da dinâmica dos turnos de fala.

A análise de conversa (AC) é derivada de uma vertente da sociologia chamada de etnometodologia, nascida na década de 60 e que inaugura um referencial interpretativo para a sociologia. O objetivo da etnometodologia é conhecer os mecanismos de interação social, as maneiras como as pessoas desenvolvem suas ações sociais e como interpretam as ações do outro. Especificamente na análise de conversa se busca compreender de que maneira as pessoas constroem identidades (de gênero, poder, classe, étnica, etc.) nas relações sociais e como diferentes identidades se relacionam em determinados contextos (SILVA, 2009b).

O sociólogo Harvey Sacks foi um dos primeiros cientistas a explorar a riqueza de possibilidades derivada de eventos tão triviais como conversas telefônicas. Segundo Sacks os indivíduos se organizam socialmente através da fala, a qual não é tão caótica quanto parece. Em relação a esse processo organizacional da fala os autores notaram as seguintes características.

- A troca de falante se repete, ou pelo menos ocorre;
- Na grande maioria dos casos, fala um de cada vez;



- Ocorrências de mais de um falante por vez são comuns, mas breves;
- Transições (de um turno para o próximo) sem intervalos e sem sobreposição são comuns. Junto com as transições caracterizadas por breves intervalos ou ligeiras sobreposições, elas perfazem a grande maioria das transições;
- A ordem de turnos não é fixa, mas variável;
- O tamanho dos turnos não é fixo, mas variável;
- A extensão da conversa não é previamente especificada;
- O que cada um diz não é previamente especificado;
- A distribuição relativa dos turnos não é previamente especificada;
- O número de participantes pode variar. (SACKS, 1974b) citado por (SILVA, 2009b)

Esses mecanismos organizacionais da fala em interação normalmente orientam o processo comunicacional de maneira natural. 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.

A fala de ocorrência natural é o objeto de análise da AC. Pode ser definida como a linguagem produzida sem a interferência do pesquisador e com a mínima influência de instrumentos quaisquer (OSTERMANN, SOUZA, 2009). Isso significa que os dados não são experimentais, não obedecem ao roteiro e são desenvolvidas no ambiente específico onde se busca investigar a interação. O objetivo é retratar interações que acontecem no cotidiano. Ainda que se utilize algum tipo de equipamento como gravador ou câmera para se obter o material de análise, percebe-se que as pessoas, depois de algum período desconsideram a presença do equipamento, porque se acostumam com eles no espaço onde se desenvolve a

interação e porque não conseguem persistir por longos períodos num processo de auto monitoramento de suas mensagens verbais e não verbais.

Os chamados dados naturalísticos são aqueles que permitem ao pesquisador extrair os objetivos de uma análise de conversa, os quais normalmente são:

“A descrição e a explicação das competências que os falantes comuns usam e que se valem para participar de interações inteligíveis e socialmente organizadas. Em sua forma mais básica, esse objetivo é descrever os procedimentos por meio dos quais os participantes produzem seus próprios comportamentos e entendimentos e por meio dos quais lidam com o comportamento dos outros” (HERITAGE, 1984), traduzido e citado por (SILVA, 2009b)

Para se iniciar um processo de análise de conversa é importante assimilar elementos teóricos metodológicos norteadores das análises. São os aspectos fundamentais do processo de interação que devem orientar essa abordagem micro analítica. Trata-se de aspectos universais do processo comunicacional na interação de fala. Inicialmente é importante ter a noção de que a fala em interação se dá através de turnos e que esses turnos são sequenciais. Isso significa que há uma espécie de interdependência entre os turnos de fala. Ou seja, quando uma pessoa fala, ela leva em consideração aquilo que foi dito anteriormente pelo outro sujeito. Sempre há uma resposta que busca evidenciar a compreensão mútua da interação em uma noção sequencial na qual se alternam papéis de falante e ouvinte.

Compreendida a característica de **sequencialidade** da interação, outros mecanismos comunicacionais podem ser identificados para a condução das análises com intuito de desvendar as estratégias interacionais que são desenvolvidas pelos atores comunicacionais. A noção de **pares adjacentes** afirma que as falas dos indivíduos são pareadas, ou seja, aquilo que é dito por um dos participantes em seu turno de fala “antecipa e limita” aquilo que será dito pelo outro no turno de fala seguinte. Portanto, quando, por exemplo, o paciente recebe o convite de participar de uma consulta, espera-se que em seu turno de fala será elaborado uma forma de aceite ou recusa, ou pelo menos, algo estritamente relacionado a isso, como uma pergunta sobre a natureza da consulta. Não é possível prever qual será a forma da elaboração comunicacional, porém sabe-se que ele estará delimitado pelo escopo do turno anterior. Isso forma os chamados

pares adjacentes de maneira dinâmica durante uma conversa. Evidentemente que um dos interlocutores pode decidir ignorar o par adjacente e quebrar a sequencialidade da conversa, entretanto isso pode ter consequências negativas para o desenvolvimento da interação. A quebra da sequencialidade pode ser vista como ironia, sarcasmo, desrespeito ou enfrentamento. Exemplos de pares adjacentes são: Saudação/resposta, pergunta/resposta, convite/aceite-recusa, opinião-avaliação/concordância-discordância, entre outros (SILVA, 2009b).

Partindo-se da concepção de pares adjacentes os autores perceberam que não há simetria entre os pares e que há um tipo de **organização de preferência**. Ou seja, diferentes ações frente a um elemento constitutivo do par adjacente não são equivalentes. Isso significa que, por exemplo, que ao se optar, diante de um convite, entre aceitação e recusa, a escolha será marcada por níveis de complexidade distintas, com relação à elaboração do tema. A recusa do convite neste caso, sempre tende a ser um processo mais elaborado no qual se inserem justificativas, desculpas e o discurso pode ser marcado por hesitações e pausas. Isso demonstra haver um esforço cognitivo maior no processo de recusa do que no processo de aceite que normalmente se dá de maneira mais confortável e natural. Esses pares adjacentes nem sempre são explícitos. Quando em uma consulta o profissional avalia as condições clínicas do paciente, há um convite implícito para que o paciente aceite expor seus medos, dores, fraquezas e para que permita ao profissional intervir de alguma maneira. Outro exemplo pode ser considerado no par adjacente avaliação/concordância-discordância. Neste caso concordância exige um turno menos elaborado, ao passo que no processo de discordância fica subentendido que deve haver algum tipo de contra-argumento que deverá ser refinado o suficiente para justificar o desacordo (SILVA, 2009b).

Outro aspecto muito caro na avaliação sistemática do processo interacional é a noção de **organização de tomada de turno de fala**. Os primeiros trabalhos desenvolvidos em AC tinham a preocupação de descrever como o processo de fala em interação se organiza para que as pessoas possam se entender e manter um diálogo inteligível. Percebeu-se que os turnos de fala apresentam característica de forma, conteúdo e duração. A relação entre essas 3 características caracteriza um

turno de fala e é reconhecido como **unidade de construção de turno** (UCT) (SILVA, 2009b).

Durante um diálogo os indivíduos tendem a identificar a completude do turno de seu interlocutor para em seguida iniciar seu próprio turno. Isso é chamado pelos autores de **local de relevância para a transição entre falantes** (LRT). Neste sistema de troca de turnos os interlocutores criam uma dinâmica no sentido de promover a continuidade da conversa até que se atinja uma saturação na qual normalmente resulta em um ritual de fechamento ou ainda, em alguns casos, na extinção de um tipo mais violenta, como a interrupção ou o abandono explícito da interação (SILVA, 2009b).

Durante o processo de conversa podem acontecer problemas de compreensão ou de elaboração em relação ao conteúdo expresso, seja por uma questão de ruído comunicacional, por uma questão gramatical, lexical ou semântica. Frente a esses impasses, normalmente acontece um tipo de interrupção no fluxo ordinário da conversa para que esse problema seja esclarecido. Esse processo, na análise de conversa, é chamado de **organização de reparo**. O objetivo é esclarecer mal-entendidos que foram potenciais ou reais que foram gerados durante a construção dos discursos. O reparo pode ser iniciado pelo ouvinte ou pelo falante e levado à cabo por um ou outro ator comunicacional, o que gera diferenças qualitativas no processo de reparo. A interrupção da fala para reparo acontece na presença ou não de erro. Quando, por exemplo, se pronuncia um substantivo, mas o objetivo era referir-se a outro, ou mesmo quando se interrompe a fala na tentativa de lembrar algum nome específico, isso pode ser considerado uma organização de reparo. Pensemos na frase: “Você disse (.) o senhor sente dor?”. Nesta frase houve um processo de reparo iniciado e levado a cabo pelo falante que preferiu mudar o pronome de tratamento (SILVA, 2009b).

A apreensão desses elementos básicos pode orientar a avaliação micro analítica de uma conversa, porém a análise obviamente não limita a avaliação desses elementos, podendo haver um tipo de foco específico de análise, a depender dos objetivos de investigação na abordagem desenvolvida pelo pesquisador. Os dados para análise de conversa normalmente são provenientes de gravações de áudio ou vídeo que são transcritas com o objetivo de detalhar as

características da fala, focando-se no processo de produção do discurso e na organização dos turnos de fala. Características paraverbais e não lexicais da fala também são transcritos para análise de conversação, pois qualquer tipo de vocalização pode auxiliar na dinâmica interacional, sinalizando, por exemplo, a vez de o outro falar. Falas simultâneas, interrupções, ênfases, mudanças de tonalidade são elementos interacionais importantes para as análises (WOOFFITT, 2005).

Ainda que os áudios das conversas sejam o material primordial para análise de conversa, é imprescindível que haja a transcrição desse material. É importante salientar que a transcrição na AC não se trata de uma simples transposição de conteúdo oral para conteúdo escrito. Essa transcrição obedece uma série de codificações para sinalizar diferentes aspectos do processo interacional. Alguns elementos que precisam ser sinalizados na transcrição são pausas, sobreposição de falas, volume de fala (aumento ou redução) e tonalidade (ascendente ou descendente), incompletude de palavras, interrupções, risos, hesitações, manifestações de raiva, entre outros que o analista considere importante. Esse material deve representar o mais fielmente possível o conteúdo gravado, porém não o substitui enquanto material de análise. As transcrições são importantes à medida em que se constituem na forma de apresentação dos dados para que possam ser considerados e criticados pelos leitores ou outros pesquisadores. Além disso, um mesmo trecho bem transcrito de uma conversa pode ser avaliado de outra perspectiva por outro analista. Nossa codificação da transcrição foi orientada por referenciais da literatura (Quadro 3). (HERITAGE, 1998) (BAUER, 2014)

A AC é um tipo de análise que vem se consolidando para avaliação de interação médico-paciente, psicoterapia, telefonemas e julgamentos judiciais em tribunais, que são práticas que ocorrem sem a dependência ou a influência do pesquisador. (WOOFFITT, 2005; OSTERMANN, SOUZA, 2009). A consulta farmacêutica com pacientes polimedicados se configura como uma prática clínica da profissão e está se tornando uma atividade diária de muitos profissionais da área clínica, porém a interação entre profissional e paciente nesse contexto específico ainda não foi avaliada através de uma estratégia de análise comunicacional. Ademais a estrutura comunicacional de uma consulta farmacêutica não está internalizada na profissão e a maioria dos profissionais que atuam na área clínica

se guiam por estruturas inéditas de conversação, norteadas por formulários e instrumentos. Ainda que haja uma proposta de modelo teórico adaptado que norteie o processo comunicacional de um atendimento de farmácia em farmácia comunitária (SABATER-GALINDO *et al.*, 2016), uma análise mais aprofundada de consultas ambulatoriais reais pode revelar as estratégias comunicacionais desenvolvidas pelos farmacêuticos e expor competência ou falhas comunicacionais que tendam a gerar uma relação de confiança ou de conflito com o paciente, respectivamente. A AC é vista como uma ferramenta que pode auxiliar o profissional a melhorar suas habilidades comunicacionais pois expõe a performance de atendimento de casos reais (DREW, CHATWIN, COLLINS, 2001).

### Quadro 3. Sistema de símbolos utilizados nas transcrições

Símbolos da Transcrição	
(XX)	Fala inaudível
{Texto}	Texto transcrito com dúvida
[Texto]	Fala sobreposta
=	Interrupção (Quando no fim de uma frase, o outro interlocutor inicia a fala sem intervalo para o outro continuar)
(.)	Pausa curta
(1,0)	Tempo de silêncio em segundos (cronometrado)
?	Entonação de pergunta
TEXTO	Volume da fala mais forte
<u>Texto</u>	Sílaba, palavra ou som acentuado (tônica) na frase
↑	Aumento da entonação
↓	Redução na entonação
(rs)	Riso
Texto	Entonação de raiva ou indignação
^Texto^	Entonação de desânimo ou tristeza
+Texto+	Fala com ênfase na seriedade
!Texto!	Fala acompanhada de riso
(Resp)	Respiração audível
((Texto))	Comentário do transcritor
...	Prolongamento no fim palavra
Tex-to	Prolongamento no meio da palavra

Fonte: (DREW, CHATWIN, COLLINS, 2001)

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS CONSULTAS FARMACÊUTICAS

Neste estudo participaram 17 farmacêuticos que passaram por processo de capacitação para realização de consultas farmacêuticas. Foram incluídas 24 consultas iniciais e 10 retornos, totalizando 34 consultas em 26 pacientes. Todas as consultas foram transcritas e codificadas de acordo com o método de análise de conversa. Total de tempo das consultas foi de 37h38min36s. A média do tempo de consulta foi de 1h10min37s por consulta. A média de tempo das consultas iniciais foi de 1h20min02s e das consultas de retorno foi de 47min e 59s.

Dentre os farmacêuticos que realizavam atendimento no ambulatório, apenas 2 eram do sexo masculino. 1 estava cursando doutorado, 5 possuíam mestrado em ciências farmacêuticas, 4 estavam cursando mestrado, 8 estavam cursando a residência multiprofissional do hospital de clínicas da UFPR e 3 possuíam residência multiprofissional concluída. Todos passaram por um processo prévio de capacitação teórica com aulas expositivas e de capacitação em serviço como observadores ou participantes de atendimentos prévios.

Todos os pacientes eram polimedicados e possuíam 3 ou mais problemas crônicos de saúde. A maioria era idosa e aposentada com baixa escolaridade, sendo apenas 1 paciente portador de ensino superior completo. O Quadro 4 apresenta os dados referentes aos profissionais que realizaram o atendimento e as características gerais dos pacientes atendidos.

**Quadro 4.** Características gerais dos farmacêuticos, pacientes e consultas.

<b>Pseudônimo do Farmacêutico</b>	<b>Descrição do farmacêutico</b>	<b>Pseudônimo do Paciente</b>	<b>Descrição do paciente</b>	<b>Consulta</b>	<b>Tempo de consulta</b>
Amélia	Sexo feminino, graduada em farmácia, cursando residência multiprofissional com ênfase em Cardiologia	Marcia A	63 anos, do lar, alfabetizada, mora sozinha. Portadora de hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus tipo 2, insuficiência cardíaca congestiva com miocardiopatia dilatada, doença arterial coronariana, dislipidemia, insuficiência renal crônica, osteopenia e osteoporose, Varizes em membros inferiores. Em uso de 16 medicamentos	1ª consulta	00:44:50
		Bruno	73 anos, aposentado ensino fundamental incompleto, mora com o cuidador e outras 3 pessoas. Portador de doença arterial coronariana, Doença Renal Crônica, Gota, Hipertensão e hipotireoidismo. Em uso de 10 medicamentos.	1ª consulta	01:09:00
		Airton A	74 anos, aposentado, alfabetizado, mora com filho e nora. Portador de doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, Insônia, dislipidemia, Hipotireoidismo. Em uso de 8 medicamentos	Retorno	00:39:43
		Bruno	73 anos, aposentado ensino fundamental incompleto, mora com o cuidador e outras 3 pessoas. Portador de doença arterial coronariana,	Retorno	00:56:11



			Doença Renal Crônica, Gota, Hipertensão e hipotireoidismo. Em uso de 10 medicamentos.		
		Airton A	74 anos, aposentado, alfabetizado, mora com filho e nora. Portador de doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus, Insônia, dislipidemia, Hipotireoidismo. Em uso de 8 medicamentos	Retorno	00:34:30
Arnaldo	Sexo Masculino, graduado em farmácia, especialista na área da saúde e idosos, cursando mestrado em medicina interna.	Enzo	54 anos, alfabetizado, sem trabalho, mora sozinho. Portador de hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana e dislipidemia. Em uso de 5 medicamentos.	1ª consulta	01:37:14
Beatriz	Sexo feminino, graduada em farmácia, cursando residência multiprofissional com ênfase em Cardiologia	Augusto L	83 anos, aposentado, alfabetizado, portador de lombalgia, hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana, doença renal crônica e dislipidemia. Em uso de 10 medicamentos.	1ª consulta	00:44:34
		Edmilson C	70 anos, aposentado, alfabetizado, mora com esposa e neta. Portador de doença arterial coronariana, doença pulmonar obstrutiva crônica, Bronquite, câncer de próstata, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus e dislipidemia. Em uso de 6 medicamentos.	1ª consulta	00:53:10
Brenda	Sexo feminino, graduada em farmácia, cursando	Amaro P	80 anos, aposentado, analfabeto, mora com o cuidador e mais 1 pessoa da família. Portador de	Retorno	00:32:22

	residência multiprofissional com ênfase em Cardiologia		doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica e hiperplasia prostática benigna. Em uso de 8 medicamentos.		
		Amaro P	80 anos, aposentado, analfabeto, mora com o cuidador e mais 1 pessoa da família. Portador de doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica e hiperplasia prostática benigna. Em uso de 8 medicamentos.	1ª consulta	01:47:07
		Airton A	74 anos, Aposentado, alfabetizado, mora com filho e nora. Portador de doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus, Insônia, dislipidemia, hipotireoidismo. Em uso de 8 medicamentos	1ª consulta	01:09:39
		Amaro P	80 anos, aposentado, analfabeto, mora com o cuidador e mais 1 pessoa da família. Portador de doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica e hiperplasia prostática benigna. Em uso de 8 medicamentos.	Retorno	00:33:29
		Giovani	70 anos, ensino médio completo, comerciante, mora sozinho. Portador de doença arterial coronariana e hipertensão arterial sistêmica. Em uso de 5 medicamentos.	Retorno	00:30:14
Fabiana	Sexo feminino, graduada em farmácia, mestranda em ciências farmacêuticas	Tales K	70 anos, alfabetizado, aposentado, mora com a esposa e 4 filhos. Portador de hipertensão arterial sistêmica, hiperplasia prostática benigna,	1ª consulta	01:11:21

			hepatopatia com varizes esofágicas, polineuropatia periférica, osteoporose, anemia ferropriva e vasculite. Em uso de 12 medicamentos		
Isabela	Sexo Feminino, graduada em farmácia, mestre em ciências farmacêuticas, cursando pós-graduação nível doutorado em ciências farmacêuticas, iniciando treinamento em atendimento clínico.	Nair G	71 anos, analfabeta, dona de casa, mora com 1 pessoa, sem cuidadora. Portadora de ansiedade, asma, bloqueio átrio ventricular, Fibrilação atrial, hipertensão e insuficiência cardíaca congestiva. Em uso de 9 medicamentos.	1ª consulta	02:23:26
Júlia	Sexo feminino, graduada em farmácia, mestranda em ciências farmacêuticas	Edson	68 anos, ensino superior completo, aposentado, mora com uma pessoa, sem cuidador. Portador de doença arterial coronariana, doença arterial obstrutiva periférica, diabetes melittus, doença renal crônica, dislipidemia, Fibrilação Atrial, hipertensão arterial sistêmica e hiperplasia prostática benigna. Em uso de 8 medicamentos.	1ª consulta	00:55:50
Luana	Sexo feminino, graduada em farmácia, cursando residência multiprofissional com ênfase em saúde da mulher	Edu S	55 anos, ensino fundamental incompleto, pedreiro, mora com cuidador e mais 1 pessoa. Portador de doença arterial coronariana, diabetes melittus, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva e úlcera gástrica. Em uso de 7 medicamentos.	1ª consulta	00:57:45

		Edu S	55 anos, ensino fundamental incompleto, pedreiro, mora com cuidador e mais 1 pessoa. Portador de doença arterial coronariana, diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva e úlcera gástrica. Em uso de 7 medicamentos.	Retorno	00:53:15
Manuela	Sexo feminino, graduada em farmácia, cursando residência multiprofissional com ênfase em Cardiologia	Matheus	35 anos, alfabetizado, padeiro, mora com esposa e 3 filhos. Portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e doença arterial coronariana. Em uso de 6 medicamentos.	1ª consulta	00:38:53
Marluce	Sexo feminino, graduada em farmácia, cursando residência multiprofissional com ênfase em Cardiologia	Juara	52 anos, ensino médio completo, cabelereira, mora sozinha. Portadora de Asma, doença arterial coronariana, Tabagismo. Em uso de 8 medicamentos.	1ª consulta	01:23:07
		Orlando	80 anos, ensino fundamental incompleto, aposentado, mora com cuidador. Portador de doença arterial coronariana, diabetes mellitus, hipertensão arterial e hipotireoidismo. Em uso de 10 medicamentos	Retorno	01:18:58
Neide	Sexo feminino, graduada em farmácia, cursando residência multiprofissional com ênfase em Cardiologia	Henrique S	65 anos, alfabetizado, aposentado por invalidez, mora com esposa e filha. Portador de hipotireoidismo, hepatite alcóolica, hipertensão arterial sistêmica, flutter atrial e insuficiência cardíaca congestiva. Em uso de 4 medicamentos.	Retorno	00:46:30

		Heitor A	59 anos, alfabetizado, empregado em desentupidora, mora sozinho. Portador de Síndrome de Raynaud, fibrilação atrial, doença arterial coronariana, Doença de Chagas e dislipidemia.	1ª consulta	01:08:56
		Henrique S	65 anos, alfabetizado, aposentado por invalidez, mora com esposa e filha. Portador de hipotireoidismo, hepatite alcóolica, hipertensão arterial sistêmica, flutter atrial e insuficiência cardíaca congestiva. Em uso de 4 medicamentos.	1ª consulta	01:11:40
Pietra	Sexo feminino, graduada em farmácia, cursando residência multiprofissional com ênfase em Cardiologia	Valmir H	70 anos, ensino fundamental incompleto, aposentado, mora com 2 pessoas, mas não tem cuidador. Portador de catarata, doença arterial coronariana, dislipidemia, Hipertensão arterial e Neoplasia. Em uso de 6 medicamentos.	1ª consulta	01:25:59
		Bernardo T	70 anos, analfabeto, trabalha com manutenção e serviços gerais, mora com a esposa. Portador de doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, depressão e fibrilação atrial. Em uso de 9 medicamentos.	1ª consulta	01:48:15
		Vagner H	70 anos, alfabetizado, aposentado, mora com a esposa. Portador de doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e Catarata. Com histórico de câncer de intestino e câncer renal. Em uso de 6 medicamentos.	1ª consulta	01:25:55

Rebeca	Sexo Feminino, graduada em farmácia, especialista na área de saúde do idoso	Ana R	66 anos, mora com cuidador. Portador de diabetes melittus, doença pulmonar obstrutiva crônica, dislipidemia, Fibrilação atrial, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca congestiva. Em uso de 11 medicamentos.	1ª consulta	01:44:54
		Ana R	66 anos, mora com cuidador. Portador de diabetes melittus, doença pulmonar obstrutiva crônica, dislipidemia, Fibrilação atrial, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca congestiva. Em uso de 11 medicamentos.	Retorno	01:14:42
Samanta	Sexo Feminino, graduada em farmácia, com experiência em docência, com mestrado em ciências farmacêuticas	Anderson F	62 anos, alfabetizado, aposentado como vendedor de peças de avião, mora com esposa e filho. Portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus, obesidade, insuficiência cardíaca congestiva, micose e gota. Em uso de 10 medicamentos.	1ª consulta	01:41:42
Tulipa	Sexo feminino, graduada em farmácia, cursando mestrado em ciências farmacêuticas.	Esther S	70 anos, alfabetizada, pensionista, mora com 2 filhas. Portadora de histórico de câncer de mama, diabetes melittus, doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, insuficiência cardíaca congestiva e Catarata. Em uso de 11 medicamentos	1ª consulta	02:03:47
Wanda	Sexo feminino, graduada em farmácia, especialista na área cardiovascular e	Janaína	54 anos, ensino médio incompleto, dona de casa, mora com 1 pessoa, sem cuidador. Portadora de acidente vascular cerebral prévio, depressão,	1ª consulta	01:38:00

	mestranda em ciências farmacêuticas		dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo e ansiedade. Em uso de 12 medicamentos		
		Luana	42 anos, alfabetizado, aposentado por invalidez, mora com marido, filha e 2 netas. Portadora de Obesidade com cirurgia bariátrica, Pré diabetes, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, Depressão, Hipotireoidismo e doença arterial obstrutiva periférica. Em uso de 8 medicamentos.	1ª consulta	01:04:36
Wesley	Sexo masculino, graduado em farmácia, cursando mestrado em ciências farmacêuticas	Alan L	72 anos, Ensino fundamental incompleto, aposentado, mora com o cuidador. Portador de Doença arterial coronariana, hipertensão arterial sistêmica e Falta de ar crônica. Em uso de 6 medicamentos.	1ª consulta	01:11:12

### 5.1.1 Considerações gerais em relação às consultas farmacêuticas analisadas

Os pacientes incluídos possuem algumas características importantes. Os pacientes que já tiveram algum tipo de evento cardiovascular utilizam um regime complexo de medicamentos crônicos prescritos para prevenção secundária. A maioria dos pacientes possuem, além disso, outras comorbidades que não de origem cardiovascular, o que faz com que muitos pacientes tenham a atenção de um número considerável de profissionais de saúde e de especialidades médicas diferentes. A maioria dos pacientes já tinha sido atendida por psicólogos, enfermeiros, médicos, e outros, porém a maioria nunca tinha tido qualquer contato clínico com farmacêuticos. Poucos, entretanto, haviam tido contato com atendimento clínico de farmacêuticos durante o internamento, resultado das atividades de farmácia clínica da residência multiprofissional de saúde.

Do ponto de vista teórico, as consultas farmacêuticas podem ser consideradas conversas institucionais. Esse tipo de conversa se distingue das chamadas conversas ordinárias, pois se desenvolve através de um sistema de discurso orquestrado no sentido de executar tarefas específicas. É através da fala em interação que muitas atividades de trabalho profissional são conduzidas diariamente. É o caso dos profissionais de saúde que fazem atendimento ambulatorial e também o caso do serviço farmacêutico em questão.

As interações institucionais normalmente se desenvolvem face a face, mas também podem acontecer através de conversas telefônicas. Apesar de haver algum tipo de contato entre o farmacêutico e o paciente por telefone no ambulatório (convidando para a consulta ou fazendo avaliação remota), o foco do nosso trabalho se restringe ao processo interacional em consultório.

Durante o processo interacional de característica institucional, os atores orientam o diálogo a fim de construir identidades e realizarem tarefas através do discurso. Ao farmacêutico o processo de construção de identidade é uma questão interessante observada neste estudo. Todas as sentenças e enunciados produzidos são orientados, desenhados para atender a um determinado contexto social. As ações de fala são interpretadas em relação às expectativas ligadas ao ambiente institucional onde elas ocorrem. Na maioria das vezes se percebeu que



o farmacêutico precisa determinar ao paciente qual a expectativa que ele deve ter em relação à conversa, pois, diferente de uma consulta médica, o paciente não tem experiências ou referências anteriores em relação ao que acontece em um consultório farmacêutico, ou sobre o papel do farmacêutico em um hospital.

No caso de uma consulta médica, o paciente já espera que haja uma série de questionamentos a respeito de sintomas e, eventualmente algum tipo de avaliação física que deverá gerar um diagnóstico e/ou um tratamento ou manejo. Ainda que a relação profissional-paciente se desenvolva em diferentes níveis de assimetria, a depender da postura dos atores profissionais, é muito importante para o sucesso da interação, que ambas as partes compartilhem do mesmo objetivo esperado para o resultado do encontro. Na consulta farmacêutica, foi necessário construir uma orientação compartilhada e manter essa orientação.

A estrutura da consulta farmacêutica proposta neste trabalho foi ousada. Ousada no sentido de buscar atender os pacientes mais complexos e tentar harmonizar todos os tratamentos no sentido de resolver todos os problemas do paciente. Isso, por vezes, parece trazer certa frustração ao profissional, já que muitas vezes, no caso de muitos pacientes esse trabalho clínico pode nos remeter ao mito de Sisifo, ou seja, o trabalho parece interminável e o paciente parece que jamais receberá alta do serviço.

Um fator preocupante foi o tempo de consulta. Muitos dos farmacêuticos que participaram deste estudo não tinham grande experiência com atendimentos desse tipo e, dada a complexidade da clínica dos pacientes e da proposta do serviço, o tempo de primeira consulta normalmente se delongava por mais de 1 hora, gerando desconforto ao paciente, que pode ser observado em muitas consultas através dos enunciados e dos sinais paraverbais do paciente. Além disso, o longo tempo de atendimento acabou gerando ineficiência para o serviço, pois parece não haver melhoria de resultados, ao menos do ponto de vista interacional, com relação ao aumento do tempo de consulta.

É importante citar a característica processual do atendimento farmacêutico, típico dos contextos institucionais que no caso do serviço avaliado neste estudo tornou a interação muitas vezes severamente orientada por frameworks que buscavam atender ao preenchimento de certos formulários e do próprio prontuário.

A existência desses formulários pode ser considerada paradoxal, no sentido de que ajuda e atrapalha no processo interacional. Ajuda, porque orienta o farmacêutico inexperiente sobre como proceder tecnicamente e confere uma ordem à consulta, mas atrapalha à medida em que engessa o processo interacional, principalmente quando desenvolvido por farmacêuticos com pouca experiência clínica. A existência de um prontuário extenso e de uma grande quantidade de formulários de avaliação que obrigatoriamente deveriam ser preenchidos muitas vezes tornou o atendimento inflexível e demorado.

O processo interacional desenvolvido por cada farmacêutico teve uma série de especificidades e heterogeneias, a depender do paciente e do cuidador que era atendido. Ainda assim se observa uma estrutura interacional geral semelhante em muitos aspectos. Apesar de alguns farmacêuticos seguirem um framework de atividades mais orientado pelas necessidades do paciente, a maioria dos profissionais seguiu a ordem sugerida pelo prontuário: Introdução da consulta, coleta de dados de perfil do paciente, história social (estilo de vida), avaliação das queixas e queixa principal, avaliação da história clínica das doenças diagnosticadas, avaliação da história de medicação e problemas relacionados a farmacoterapia e realização de um plano de cuidado, seguido de fechamento da consulta. Por isso, essa foi a estrutura que orientou as ordens das nossas análises neste estudo.

Em alguns casos houve disputa e inversão de assimetria entre paciente e farmacêutico. Normalmente, considerando-se que o farmacêutico tem uma carga de conhecimento técnico maior do que a do paciente, a assimetria normalmente favorece o farmacêutico. Entretanto em alguns casos, na tentativa de tornar a relação mais horizontal, alguns farmacêuticos deixaram de ser assertivos e o paciente tornou a relação verticalizada, conflituosa e desorientada do seu objetivo. Nesses casos o farmacêutico não conseguiu executar os objetivos concernentes à sua atividade profissional.

Em muitos casos a investigação de dados gerais do paciente trouxe constrangimento para o paciente. Temas como trabalho, nível educacional e renda mensal foram fonte stress e ansiedade para o paciente. Esses elementos tem uma dimensão social de sentido que obriga o paciente a construir justificativas, por

exemplo sobre baixo nível de escolaridade ou ausência de atividade laboral. A maneira como o farmacêutico faz as perguntas sobre esses temas e como responde às justificativas do paciente podem gerar aproximação ou afastamento na relação com o paciente.

As consultas de retorno são fundamentalmente distintas das consultas iniciais. No retorno paciente e farmacêutico já estão mais familiarizados e a consulta é mais focada em avaliação de resultados das intervenções anteriores e evolução do paciente. Nas consultas iniciais o paciente desconhece o profissional e o ambiente e o farmacêutico apresenta a consulta e busca construir uma identidade junto ao paciente. Essa construção de identidade se dá principalmente através de pontuação de atividades específicas “avaliar medicamentos” e da diferenciação com relação a consulta médica. Na consulta inicial o farmacêutico frequentemente pede ao paciente que realize uma série de tarefas como fazer exames, medidas de pressão, mudança de estilo de vida, consultas médicas ou mudança na rotina de medicamentos.

Como o sucesso das intervenções farmacêuticas dependem diretamente de uma postura ativa do paciente, do acesso a outros serviços e da colaboração de outros profissionais, esses pontos eram muito trabalhados no fechamento da consulta.

Um aspecto importante da construção de identidade do farmacêutico se dá no momento de finalização da consulta. O farmacêutico busca uma identidade de profissional disponível, ou pelo menos, mais disponível que os demais profissional no sentido de atender a qualquer demanda do paciente, mesmo fora da consulta. Um indicativo disso é que a maioria dos farmacêuticos disponibilizavam o telefone pessoal e afirmavam que o paciente poderia entrar em contato no caso de qualquer tipo de dúvidas ou problemas, principalmente se relacionado ao tratamento.

Por fim, o uso do humor foi uma estratégia comunicacional muito utilizada durante os atendimentos. O humor emergiu com diferentes funções no processo interacional entre os farmacêuticos e os pacientes. Inicialmente, notou-se que a estratégia do humor foi utilizada no intuito de criar familiaridade entre os interlocutores e reduzir a assimetria de poder da relação. Nesse sentido, o humor vem como uma estratégia de socialização. Por outro lado, o humor também foi

utilizado como estratégia para lidar com emoções negativas ou constrangimentos. Os pacientes frequentemente utilizavam o humor para expressar uma questão que os incomodava, tornando a expressão desse fato mais fácil. Também o farmacêutico usou do humor no sentido de ajudar o paciente a lidar com esse tipo de emoção negativa.

As nossas análises foram realizadas com base nos áudios das consultas e, uma série de transcrições de excertos desses áudios serviram como substrato para o desenvolvimento de considerações derivadas de raciocínios indutivos. A seguir serão apresentadas as análises, divididas didaticamente nas etapas da consulta, fortemente influenciadas pelo prontuário clínico. Os nomes dos farmacêuticos, dos pacientes, cuidadores e demais profissionais, bem como de instituições ou endereços são fictícios com o objetivo de manter o sigilo proposto pela pesquisa e atender aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos.

#### 5.1.2 Introdução da consulta

Uma informação relevante com relação à introdução da consulta é que antes de comparecer à consulta farmacêutica, o paciente era agendado por telefone para o atendimento. Normalmente o próprio farmacêutico que atenderá o paciente é quem realiza o agendamento. Este primeiro contato remoto já é, de alguma maneira, introdutório. Nele o farmacêutico explica o motivo da consulta, orienta o paciente sobre os documentos, receitas, medicamentos e exames que o paciente deve trazer para ser atendido.

Essa interação desenvolvida por telefone não foi alvo das nossas análises neste estudo, entretanto, ainda que já tenha havido este primeiro contato remoto antes da consulta, quando o farmacêutico e o paciente se encontram pela primeira vez no ambulatório, o farmacêutico normalmente introduz a consulta.

Os elementos abordados no momento da introdução variam entre os farmacêuticos, porém pontos normalmente mencionados são: **o objetivo do atendimento, aspectos relacionados a saúde que serão avaliados, e a estimativa da duração da consulta.**

Apesar de haverem diferenças de abordagens entre os farmacêuticos a maioria deles buscou demonstrar simpatia e cordialidade. O sorriso e, por vezes o humor são a tentativa de iniciar a construção de uma identidade profissional. Essa identidade que o farmacêutico busca construir é de um profissional aberto, cortês e acessível.

O farmacêutico cumprimenta o paciente, se apresenta e apresenta o outro farmacêutico presente no consultório, designando-o como um profissional observador ou participante. Em alguns casos, o farmacêutico pede permissão ao paciente para que o segundo farmacêutico acompanhe a consulta.

As reações dos pacientes em relação ao acolhimento profissional foram de pelo menos três tipos. Um deles é marcado por uma reação simpática que responde ao farmacêutico da mesma maneira, com humor e sorriso. Outro é marcado pela sugestão de formalidade, sendo que neste caso o paciente pode já no início expor questões clínicas como queixas ou apresentar os medicamentos, sugerindo a busca de objetividade como marca da relação no contexto institucional

Estruturas prosaicas são exploradas pelo farmacêutico, ainda que em muitos casos a resposta do paciente venha a inserir elementos relacionados às suas necessidades e expectativas para a consulta.

No Excerto 1.1 o farmacêutico inicia a consulta sorridente e cordial. O tom indica abertura e possibilidade de aproximação entre profissional e paciente. O paciente vem acompanhado pelo filho, porém o diálogo inicial é desenvolvido diretamente com o paciente.

Logo quando o farmacêutico chama o paciente para entrar, o tom amigável deixa o paciente a vontade para iniciar uma narrativa que também incita o humor, relacionado à sua idade.

## Excerto 1.1 Farmacêutico Wesley, paciente Alan L

- 1 F1: ((entrando com o paciente no consultório)) Seu Alan! Como é que o senhor tá? (rs) Pode sentar aí.
- 2 P: É que foi registrado 10 anos depois, por causa do Exército.
- 3 F1: (rs) O senhor foi [do Exército?]
- 4 P: [Quando eu servia]
- 5 F1: É? Que legal.
- 6 P: ↑Ai ai... (2,0) Minha mulher fica muita brava, os outros perguntam quantos anos eu tenho ↑78. !Mas
- 7 ela fica louca!
- 8 F1: (rs) Isso aí. (.) +E como o senhor tem (.) se sentido+?
- 9 P: Ah. (1,0) ^Eu só tenho um problema. É a canseira.^
- 10 F1: A canseira?
- 11 P: É.
- 12 F1: Entendi. ↑A gente já vai falar dessa canseira, tá...? É... a princípio, eu quero só confirmar alguns
- 13 dados do senhor para o nosso cadastro, porque a gente tem que ligar para você... e, às vezes, [a gente
- 14 não encontra] o paciente.
- 15 P: [Certo.]

Uma característica que chama a atenção neste excerto é o fato de que há uma transição óbvia de tonalidade e de abordagem realizada pelo farmacêutico. A expressão “isso aí” aparece como marcador dessa transição. A seguir é realizada uma questão que é marcadamente clínica. Na pergunta da linha 1 “Como o senhor tá?” e na pergunta da linha 2 “Como o senhor tá se sentindo?” foram feitas escolhas lexicais associadas à mudança no tom de voz que revestem o sentido das perguntas. A questão da linha 1 obedece uma estrutura de cordialidade entre duas pessoas que se encontram pela primeira vez. A questão da linha 2 ganha conotação clínica o que estimula o paciente a responder com a descrição de sua sintomatologia.

Frente ao questionamento sobre sua saúde, o tom de voz do paciente se torna repentinamente sério. Assim o paciente busca evidenciar a importância do sintoma relatado (Linha 9). Uma ênfase é dada na apresentação do sintoma “só tem um problema”.

Em seguida podemos identificar a influência do prontuário clínico no procedimento do farmacêutico, pois ao invés de atender-se ao sintoma exposto pelo paciente o profissional torna a mudar o tema da interação, orientando o diálogo para a avaliação do perfil do paciente. Influenciado pelo método clínico o profissional inicia a investigação pela queixa principal, mas retorna ao roteiro do prontuário, preferindo seguir uma ordenação sugerida pelo instrumento.

No próximo Excerto (Excerto 1.2) a conduta no momento da introdução difere consideravelmente da primeira. Aqui a farmacêutica confirma o nome do paciente, se apresenta, apresenta a outra farmacêutica e explica o objetivo da consulta de maneira detalhada. O paciente verbaliza o assentimento em participar da consulta. Ao fim, a farmacêutica aumenta o tom convidando o paciente a concordar com a estrutura proposta, utilizando a expressão “Tá bom?” (linha 18), frente a qual o paciente responde igualmente em tom de afirmação.

### Excerto 1.2 Farmacêutica Beatriz, paciente Augusto L

1 F1: Augusto (.) Augusto L (6,0) Boa tarde Seu Augusto. (3,0) Como que vai o senhor? Pode se  
2 sentar fica [a vontade.]  
3 P: [Obrigado]  
4 F1: É Augusto ou Augustus?  
5 P: É Augusto.  
6 F1: Augusto?  
7 P: É (3,0) ((barulho de cortina fechando))  
8 F1: Seu Augusto essa aqui é a Samanta, ela também é farmacêutica.  
9 F2: Prazer Seu Augusto  
10 P: [Prazer.]  
11 F1: [Ela vai acompanhar] aqui conosco (2,0) Seu Augusto meu nome é Beatriz, eu também sou  
12 farmacêutica. Te chamei hoje aqui (.) para a gente ver como é que anda a saúde do senhor,  
13 principalmente relacionado aos medicamentos tá?  
14 P: Uhum.  
15 F1: †Então a minha proposta pra nós hoje (.) é que a gente veja como é que o senhor tá no geral, como  
16 é que tá os medicamentos (.) †e †avaliar se está tendo algum problema. Então a consulta hoje demora  
17 um pouquinho mais, mais ou menos 60 minutos. Se precisar de outras consultas normalmente é mais  
18 rápido, demora uns 30 minutos, tá bom?  
19 P: [ uhum ] Tá bom  
20 F1: Tô vendo que o senhor trouxe remé-dio, trouxe exa-me.  
21 P: Uhum. Trouxe as receitas, trouxe remé-dio, por que ligaram pra mim, lá pra minha [casa,] e pediram  
22 tudo isso, receita e... os medicamentos †e eu trouxe.  
23 F1: [ahm?]  
24 Isso mesmo. Co (.) Quantos anos o senhor tem?  
25 P: Só (.) 83  
26 F1: 8 ponto 3. Tá bom demais †hein  
27 P: É. †Até que tá né. 0,3)  
28 F1: Como é que o senhor tá se sentindo? (.) da saúde?  
29 P: Eu tom me sentindo bem até, sabe?  
30 F1: Aham...=  
31: P: To sentindo †bem, agora (.) esses tempo (.) atrás aí... eu to com problema mais é de coluna. Antes  
32 era problema de pressão alta e... então era bem complicado e... vai fazer (.) vai fazer em agosto vai  
33 fazer 2 anos (.) (resp) que eu fiz cateterismo e angioplastia

Quando a farmacêutica cumprimenta o paciente na linha 1 “Boa tarde seu Augusto” a questão seguinte tem uma característica e uma tonalidade próprias de

estruturas de cordialidade, tanto que a farmacêutica sequer aguarda a resposta do paciente, o qual deixa a farmacêutica falar e limita-se a concordar “uhum” com os elementos propostos pela profissional, a qual sempre demanda assentimento do paciente em relação ao que está sendo explicado e combinado, utilizando as expressões “tá?” e “Tá bom?” Em relação ao excerto 1.1, a farmacêutica Beatriz faz um acolhimento mais cordial e formal. Isso pode estar relacionado também com questões de gênero, que pode sugerir a intenção de um afastamento afetivo estratégico no início da interação.

A busca pela construção de uma identidade profissional é bem marcada nas linhas 11, 12 e 13. Há uma ênfase em identificar-se como farmacêutica. A frase “para a gente ver como é que anda a saúde do senhor” busca revelar a característica integral da avaliação farmacêutica. Ainda assim, F1 faz uma ressalva dando ênfase à avaliação da farmacoterapia, correlacionando essa especificidade à identidade profissional de farmacêutica (linha 13).

A farmacêutica Beatriz busca, além de construir a identidade de farmacêutica, orientar o paciente sobre o tipo de objetivo que deverá ser compartilhado entre ambos, além de fornecer algumas informações sobre o tempo de consulta (linhas 15, 16 e 17)

Há uma tentativa da farmacêutica em tornar a relação mais familiar, quando a farmacêutica identifica que o paciente trouxe os materiais necessários que foram orientados no momento do agendamento utilizando um tom de aprovação. Ao mesmo tempo o paciente busca construir sua identidade no próximo turno, no sentido de demonstrar ser um paciente que adere às demandas feitas pelo serviço de saúde (linhas 21 e 22) “Pediram tudo isso pra mim (...) Eu eu trouxe”.

Nas linhas 25 e 26, quando a farmacêutica pergunta a idade do paciente, este aproveita para expressar com humor essa informação: “**Só** 83 anos”. Trata-se de um momento no qual a assimetria é momentaneamente reduzida e a farmacêutica busca reforçar esse aspecto com a frase “Tá bom demais hein”.

O próximo turno da farmacêutica já remete ao início da avaliação clínica do paciente “Como é que o senhor tem se sentido? (.) da saúde” (linha 28). A farmacêutica ainda faz uma ênfase contundente, indicando que a questão tem um caráter clínico. A resposta do paciente, curiosamente não traz um sintoma



específico, mas sim um histórico sobre os últimos 2 anos, associando indiretamente a hipertensão com o infarto, oferecendo pistas para a profissional sobre quais temas ele espera que sejam abordados por ela.

A farmacêutica Beatriz não se atende aos passos sugeridos pelo prontuário e segue o roteiro de consulta orientado pelo método clínico. Percebe-se a preocupação da profissional em construir uma identidade e orientar tarefas específicas logo no início da consulta.

No Excerto 1.3 observamos um exemplo no qual a paciente exerce um protagonismo logo no início da consulta. O acolhimento é formal e a sequência de fala do paciente não é esperado pela farmacêutica, pois antes de realizar qualquer questionamento relacionado à saúde do paciente, este já apresenta os medicamentos, seguidos da queixa principal. O uso do “então” na linha 2, como uma interjeição na frase demonstra o interesse da paciente em quebrar o ritmo normal do diálogo e apresentar uma nova ideia, propondo um novo assunto: “Então, aqui está os remedinhos”.

Isso indica que a paciente construiu uma ideia em torno da qual entende que constitui uma consulta farmacêutica. Assim busca desenvolver seu papel de paciente: Apresenta os medicamentos e relata um evento adverso.

No turno de fala da farmacêutica percebe-se um certo constrangimento, possivelmente porque foi surpreendida pela paciente. Ou seja, a farmacêutica havia desenvolvido uma estratégia conversacional, que se constituía inicialmente da apresentação do serviço, mas que foi confrontada com a apresentação de outros elementos contextuais, com os quais não soube lidar. A quebra do par adjacente proposto pela paciente é sentida no turno subsequente da farmacêutica (linha 6) “Então, deixa eu me apresentar”.

Da linha 8 até a linha 14 a farmacêutica tenta apresentar os objetivos do serviço, porém sem segurança, demonstrando falta de prática e assertividade. Muitas pausas entre as palavras e o ritmo monótono de voz podem ter passado a informação de desinteresse e despreparo. A paciente ouve a farmacêutica dando sinais de que presta atenção. Nas linhas 23, 24 e 25 retorna o tema da queixa de cefaleia, mas a farmacêutica parece não saber como desenvolver a avaliação, considerando o tempo de 7 segundos pare reiniciar seu turno.

### Excerto 1.3 Farmacêutica Marluce, paciente Juara

1 F1: Tudo bem, como vai? Prazer, Marluce.  
2 P: Prazer, Juara. Tudo bom? (2,0) ↑Então, Marluce, está aqui os... os remedi-nhos. Os basiquinho.  
3 (3,0) Mas eu to tendo muita dor de [cabeça.] (2,0) Essa aqui são as receitas...  
4 F1: [tá.] Aham... tá ótimo.  
5 P: E esses são os remédios.  
6 F1: (2,0) Então, Juara (.) deixa eu me apresentar.  
7 P: aham.  
8 F1: Meu nome é Marluce. Eu sou farmacêutica. Esse é o Reinaldo, ele é farmacêutico também. E  
9 aqui é o ambulatório de atenção farmacêutica. Então essa consulta (.) A consulta... aqui sempre vai ser  
10 com farmacêuticos. O objetivo aqui. O nosso ↓objetivo (.) é (.) controlar problemas de saúde (.) ajudar a  
11 controlar (.) e (.) ajudar a resolver problemas (.) relacionados à medicamentos.  
12 P: Tá.  
13 F1: Né (.) que medicamentos são (.) complexos né. Muitos pacientes provavelmente muitas vezes  
14 não utilizavam medicamentos antes (.) então (0,5) =  
15 P: É meu caso.  
16 F1: Os objetivos nossos é ajudar o a solucionar problemas (.) de medicamentos e (.) ajudar o paciente  
17 estar com a saúde muito bem controlados. Tá? (0,5) Então foi eu que liguei acho, marcando consulta  
18 contigo.  
19 P: aham...  
20 Porque... (.) nosso público alvo, digamos assim são os pacientes que internam na cardiologia,  
21 como foi o seu caso, que você (.) internou no final do ano passado né.  
22 P: Sim. (1,0)  
23 F1: então você falou de cefaleia, você tá tendo dor de cabe-ça.  
24 P: ↓Uhum...  
25 (7,0)

A introdução da consulta demonstrada no próximo Excerto (Excerto 1.4) se inicia com cumprimentos formais, típicos de um primeiro encontro e a farmacêutica buscando construir uma relação descontraída com a paciente, entretanto, logo surge um elemento de conflito, que aparentemente se trata de um incômodo da paciente em relação ao tempo de espera. A farmacêutica mantém um tom de voz descontraído. Tenta justificar o porquê de a paciente ter esperado muito tempo e logo em seguida direciona o diálogo para a avaliação clínica, motivo pelo qual a paciente se manteve esperando tanto tempo. Entretanto a interação da farmacêutica com a paciente se inicia já com falas sobrepostas e interrupções (linhas 8 e 9). O tom de voz da paciente é radicalmente diferente do da farmacêutica, indicando uma certa carga de indignação. Além disso a queixa sinaliza uma solicitação por objetividade. No próximo turno, a farmacêutica responde à mensagem considerando-a como uma ironia, ou seja, busca manter a relação descontraída e amigável, evitando o conflito, pois responde em tom de

humor seguido por riso. No próximo turno, entretanto, (linha 12) a paciente desconsidera o tom de humor da farmacêutica e expõe a queixa de maneira circunspecta, gerando, assim uma contradição de abordagens insustentável que beira ao sarcasmo (farmacêutica com humor e paciente com gravidade).

É interessante notar que a cuidadora e a paciente também mantiveram um diálogo conflituoso durante a introdução, marcados por Informações desconexas e contraditórias que não permitiram à farmacêutica concluir nada a respeito da queixa. Ao mesmo tempo, a profissional não impôs um ordenamento às falas, nem soube conduzir o diálogo com a paciente. Durante todo o atendimento o tom de desrespeito entre cuidadora e paciente é evidente. A farmacêutica não consegue interferir e dar um direcionamento objetivo à consulta.

#### Excerto 1.4 Farmacêutica Tulipa, paciente Esther S

1 F1: Boa tarde. Tudo bom?  
2 C: Tudo bom.  
3 F1:Tudo bem com a senhora? (4,0) Tudo bom, boa tarde. (rs)  
4 P: (XX)  
5 F1: Ela tá impaciente de estar aí desde cedo né.  
6 C: (XX)  
7 F1: ↑É... que a gente começa a atender as duas né.. então ↑as vezes o pessoal chega tão cedo que não.  
8 Não tem necessidade (.) Bom? Tudo bom dona Esther...? [Como é que] (.) que tá? ↑Bom=  
9 P: [Tudo bom] =Tudo bom → eu só tenho três  
10 queixas.  
11 F1: !Pode dizer! (rs) Ahahm.  
12 P: +É uns remédios que eu ando tomando aí (1,0) que eu não to ↓satisfite-ita.+  
13 C: Tem um remédio que eu não sei qual é, e que depois ela simplesmente não come. (0,5)  
14 F1: Não consegue comer [depois que toma?]  
15 C: [↓Não tem fome] Ela não tem fome=  
16 P: ↑|Não é só por [causa disso não]]  
17 C: [Ela não tem fome] e não come direito. Ela emagreceu horrores por causa dele.  
18 P: ↑Não, eu emagreci por causa da Rosuvastatina. É um remédio pra... colesterol.  
19 F1: Uhum... E esse=  
20 C: Só que ela perdeu o apetite a gente faz comida e ela não come, fica a semana inteira na geladeira e  
21 ela não come.  
22 P: |Isso é falta de companhia, gosto de companhia| Gosto de comer fora.  
23 C: Aham. (rs) Não quer nada né. ((em tom de sarcasmo))  
24 F1: (rs) +Mas a senhora acha que parou comer por causa da Rosuvastatina? (.) Então (.) Ou não?  
25 P: Não.  
26 C: |Você fala isso pra mim isso em casa. Aí eu venho eu conto (XX) aí agora você está desfazendo tudo.  
27 ↑Hum.]

Não foi possível introduzir a consulta, expor objetivos e tampouco identificar necessidades da paciente. Percebe-se que o patamar da relação se manteve

conflituosa, apesar das tentativas da farmacêutica em utilizar o humor como estratégia de aproximação e descontração.

Questões relacionada à personalidade da paciente e a manifestação de humor da paciente decorrente do tempo de espera elevado não permitiram o alinhamento dos objetivos resultantes da interação. A farmacêutica, por outro lado buscou evitar a abordagem de resolução de conflito, focando no problema e teve uma postura evasiva com manifestações de humor que pareceram contraditórias em relação ao contexto conversacional.

No Excerto 1.5 a farmacêutica descreve com maiores detalhes o que vai acontecer na consulta e os objetivos dela. O paciente não vem acompanhado de cuidador. Um segundo farmacêutico participa como observador.

#### Excerto 1.5 Farmacêutica Brenda, paciente Amaro P

1 F1: Tudo bem, seu Amaro?  
2 P: Tudo bem, Beleza?  
3 F1: Eh, o meu nome é Brenda, eu sou farmacêutica, aqui do hospital de clínicas. Eu fui aquela que te  
4 atendeu né.  
5 P: Sim eu lembro é é.  
6 F1: E esse é o Wesley. Ele é farmacêutico também e daí se o senhor não se importar vai acompanhar a  
7 consulta com a gente.  
8 P: Mas não. !Mas o que que é isso! Sem problemas  
9 F1: Pode sentar, fique à vontade.  
10 P: ((pigarro)) (6,0)  
11 F1: Eh... (0,8) Então, senhor Amaro, a gente chamou... o senhor pra essa consulta, o senhor entendeu  
12 mais ou menos ↑porque que a gente chamou o senhor?  
13 P: ↑MAIS ou menos. Parece que foi por causa dos remédios. Pra ver se tá dando cer-to. Como é que é  
14 será que é assim [mesmo?=  
15 F1: [ I-sso. ] Deixa eu explicar para o senhor.  
16 P: Sim.  
17 F1: Eh... O intuito o objetivo dessa nossa consulta é... ver (.) como que estão os medicamentos que o  
18 senhor tá tomando, se eles estão fazendo tudo (.) todo o bem que eles tem que fazer..., se estão dando  
19 algum mal, se ta dando alguma reação (.) É esse o objetivo. Para ver se todos os problemas de saúde  
20 que o senhor tem (.) se tá sendo trata-do (.) do jeito corre-to. E também para dar algumas orientações  
21 para o senhor, em relação aos medicame-ntos, é... estilo de vi-da. Tá bom? (.) Esse que é nosso  
22 objetivo aqui. (1,0) Eh... Essa nossa primeira consulta é um pouquinho mais demorada (.) porque vou  
23 fazer vá-rias perguntas pro senhor.  
24 P: Sim  
25 F1: Que é... pra eu saber como que está sendo essa tomada dos medicamentos lá em casa. Tá bom?  
26 E... e ↓as próximas consultas vão sendo mais rápidas. Tá?.

Diferentemente do Excerto 1.4 aqui se observam aspectos de cordialidade recíproca entre farmacêutica e paciente (Linha 6 e 7) “(...) se o senhor não se importar vai acompanhar a consulta com a gente” e linha 8 “Mas não. !Mas o que é isso! Sem problemas.”

A farmacêutica, que faz residência no hospital de clínicas, já havia tido contato direto com o paciente no período de internamento no contexto de um serviço clínico não ambulatorial, por isso ao mesmo tempo em que se apresenta, busca resgatar a memória desse encontro antes de introduzir a consulta (linha 3 e 4) “Eu fui aquela que te atendeu né”.

A farmacêutica na linha 11 tenta iniciar a explicação sobre os objetivos da consulta, muda de ideia no meio da frase e ao invés de explicar todo o processo ao paciente, pergunta se ele sabe porque foi chamado (linha 12) “O senhor entendeu mais ou menos porque a gente chamou o senhor?” Essa pergunta ofereceu ao paciente maior protagonismo e também permitiu identificar expectativas e conceitos que podem ser esclarecidos, compartilhados ou ratificados.

Durante a explicação dos objetivos de consulta a fala da farmacêutica demonstra certa insegurança, revelada pelas pausas e pela dificuldade em escolher léxicos que se adequem à dinâmica que a frase intencionava conter (linha 18) “se eles estão fazendo tudo (.) todo o bem que tem que fazer”, porém consegue resumir adequadamente os objetivos e pontuar características da consulta (linha 22 e 23) “Essa nossa consulta é um pouquinho mais demorada porque eu vou fazer várias perguntas pro senhor”. O paciente, enquanto recebe a explicação segue confirmando verbalmente a compreensão das informações (linhas 16 e 24).

O próximo Excerto demonstra a ausência de elementos que expliquem a natureza da consulta farmacêutica. Como elementos introdutórios a farmacêutica se apresenta brevemente e apresenta o farmacêutico que está acompanhando a consulta.

## Excerto 1.6 Farmacêutica Rebeca, paciente Ana R

- 1 F1: ↑Ana R. ((chamando da porta do consultório)) (18,0)
- 2 P: Ele pode acompanhar?
- 3 F1: Pode (.) Prazer → Rebeca → Farmacêutica. Esse é Vítor → também é farmacêutico e vai
- 4 acompanhar nossa consulta tá bom. Esse eu vou entregar ((carteirinha do HC)) porque sempre
- 5 esqueço (rs) (.) Como que a senhora tá, Ana?
- 6 P: Tudo bem. ^Um pouco de falta de ar^
- 7 F1: falta de ar. Aham.
- 8 P: ^Muita dor nos ossos^
- 9 F1: Muita dor nos ossos? Principalmente nesse ombro? Só? (2,0) Deixa eu dar uma olhadinha pra você
- 10 (3,0) Pode deixar que eu me encaixo aqui. Pega... põe na maca pra ela, a bolsa. (2,0) A senhora tá com
- 11 as pernas bem inchadas. Sente dor (0,5) nas pernas?
- 12 P: Sim.
- 13 F1: E na hora de dobrar os joelhos?
- 14 P: Sim. Eu tento fazer exercício, mas... (0,7)
- 15 F1: Os ↑dois joelhos é que doem?
- 16 P: É, um pouquinho.
- 17 F1: (1,0) A senhora já tem passado por médicos? (.) Pra ver essa dor?

Na linha 3 pode-se verificar a objetividade com que a farmacêutica se apresenta: “Prazer. Rebeca. Farmacêutica”. Em seguida na linha 3, a farmacêutica inicia a avaliação clínica da paciente. No início da avaliação, a pergunta “como que a senhora está?” foi entendida de maneira ambígua pela paciente. Como se tratava de um primeiro contato, a paciente ficou em dúvida se esta era uma pergunta clínica ou apenas um cumprimento, típico da cordialidade que existe entre duas pessoas que se encontram. Por isso sua resposta foi híbrida: “Tudo bem. Um pouco de falta de ar”.

Pelo tom da voz percebe-se que a paciente vem fragilizada para a consulta provavelmente em razão da dor nos ossos, que parece estar sendo limitante, impedindo realização de exercícios e possivelmente contribuindo para um estado de ânimo mais melancólico.

Logo no início da consulta a farmacêutica procede com uma avaliação física da paciente (linha 9) “Deixa eu dar uma olhadinha pra você”. A pergunta da farmacêutica na linha 17, parece indicar para a paciente que não foi possível estabelecer uma conclusão à respeito da queixa e direciona a resposta para a necessidade de diagnóstico médico para o sintoma apresentado.

Após uma avaliação geral da queixa principal da paciente, a farmacêutica busca desenvolver então uma explicação sobre a natureza da consulta

farmacêutica, elencando objetivos e possíveis intervenções. Acima de tudo, no excerto 1.7 a farmacêutica busca construir uma identidade profissional e caracterizar a consulta.

#### Excerto 1.7 Farmacêutica Rebeca, paciente Ana R

1 F1: [É um pouco complicado]. Então assim, Ana (.) A nossa consulta, eh... a gente não prescreve  
2 os medicamentos, mas a gente tem um foco, um objetivo maior de ver se esses medicamentos estão  
3 funcionando certo (.) e se estão causando algum mal-estar. ↑Inclusive, problemas de saúde que a senhora  
4 não esteja tratando, talvez a gente pode encaminhar pro médico pra ele avaliar, pra ver qual é o tratamento  
5 mais indicado.  
6 P: Eu tô fazendo aquela bombinha.

Para tentar quebrar a dinâmica da avaliação clínica do sintoma, a farmacêutica utiliza a interjeição “Então assim, Ana”. A informação inicial dada pela farmacêutica é de que na consulta não será prescrito medicamentos, buscando não frustrar expectativas do paciente. Nota-se a preocupação da farmacêutica em diferenciar a consulta farmacêutica da consulta médica. Ao mesmo tempo, acaba iniciando a construção de sua identidade profissional através de uma limitação de autonomia profissional (linhas 1 e 2) “A gente não prescreve medicamentos”.

Em seguida, descreve de maneira sucinta os objetivos da consulta, focando-se no tema da efetividade e segurança da farmacoterapia e em um tipo de ação frente a novas queixas apresentadas pela paciente.

Porém, a paciente não recebe informações sobre a estrutura da consulta, não há um planejamento para o qual estariam preparados, ou concordariam. Esta consulta, especificamente, durou 1h e 45min. Como a maioria dos pacientes está acostumado a consultas de no máximo 30 minutos, este poderia ser um fator de conflito.

No Excerto 1.8 o farmacêutico faz referência ao contato telefônico de agendamento para introduzir a consulta (linha1) “Então ligaram pra você né seu Enzo” (e linha 7) “Então como ela deve ter falado no telefone pra você”. Em seguida reforça o que será abordado na consulta. O farmacêutico presume que muitas informações já foram adiantadas no momento do agendamento e busca reforçar esses aspectos supostamente informados previamente.

Na linha 15 o farmacêutico lança uma proposta “A gente vai conversar sobre seus medicamentos”. O paciente dá sinais de que concorda, inicialmente com expressões que indicam a compreensão do que está sendo dito. E depois concorda de maneira mais efusiva na expressão “que bom” (linha 12).

#### Excerto 1.8 Farmacêutico Arnaldo, paciente Enzo

1	F1: Então ligaram pra você, né seu Enzo?
2	P: Aham.
3	F1: Eu sou o Arnaldo.
4	P: Certo.
5	F1: Sou farmacêutico. Eu que vou te atender.
6	P: Sim.
7	F1: Então como ela deve ter falado no telefone pra [você]
8	P: [Uhum]
9	F1: A gente vai conversar sobre seus medicamen-tos, como tá depois que saiu do hospital-I
10	P: Uhum
11	F1: Se todos os medicamentos estão certinhos, se tem alguma dú-vida=
12	P: [Que bom]
13	F1: [se tem alguma] coisa que a gente pode olhar, melhorar pra você.
14	P: Que bom.
15	F1: A gente vai conversar com você sobre isso.
16	P: Uhum
17	F1: Ok?
18	P: Tá certinho.
19	F1:: (0,6) Primeiro a gente eh... confirma uns dados, só pra ter certeza que está tudo certinho aqui. Data
20	de nascimento do senhor?

De maneira geral, a etapa de introdução à consulta foi marcada pelo tema “avaliação da farmacoterapia” entre os farmacêuticos, entretanto houveram diferenças, principalmente quanto à riqueza de informações dadas aos pacientes.

Basicamente se introduziu a consulta a partir de uma estrutura processual “vou te fazer várias perguntas” e “a consulta é um pouquinho mais demorada” ou focada em objetivos “o foco é ver se os seus medicamentos estão funcionando”. Ainda houveram justificativas para o acontecimento da consulta, abordando-se elementos como internamento prévio e uso de medicamentos crônicos.

Foi interessante notar, em alguns casos, a preocupação em diferenciar a consulta farmacêutica da consulta médica, como na frase “aqui nós não prescrevemos medicamentos”. Vale lembrar que essa informação é apenas parcialmente correta, pois neste serviço se faz prescrição de medicamentos isentos de prescrição médica, porém fica claro que a intenção da farmacêutica era prevenir sobre a impossibilidade de modificar a farmacoterapia crônica sem a autorização



do médico. Nessas introduções não se abordou objetivamente a possibilidade da realização de exames laboratoriais para avaliar efetividade e segurança da farmacoterapia, o que poderia ser reconhecido pelo paciente como um serviço importante.

A expectativa do tempo de consulta não foi um tema abordado por alguns farmacêuticos, mesmo que, na maioria dos casos, as consultas iniciais tenham durado mais de 1 hora. No Excerto a seguir, a farmacêutica percebeu, após 19 minutos (Excerto 1.9), a importância dessa informação no momento da introdução e, notando que a consulta iria demorar e, buscou esclarecer esse ponto.

#### Excerto 1.9 Farmacêutica Neide, paciente Heitor A

1	F1: Mas se cuidar bem da alimentação... (0,5)
2	P: Aí tudo bem
3	F1: não tem problema né? (6,0) É... essa primeira consulta nossa (.) eu esqueci de falar no começo (.) ela
4	é um pouco mais demorada porque... tem o intuito <u>de eu conhecer o senhor</u> . Pegar todo a história dos
5	medicamentos ver todas as suas queixas (.) e ver se está tudo sendo tratado (.) direitinho. Por isso que eu
6	!faço um monte de perguntas!. Que acaba sendo um pouco repetitivo né. Várias perguntas. É... (.) Eu
7	queria te fazer algumas perguntas em relação aos medicamentos agora.

Alguns pacientes, logo no início da consulta, traziam uma queixa ou uma demanda específica que perturbava a estrutura processual linear trazida pelo prontuário. Isso acontece, porque na maioria dos casos o cumprimento inicial do tipo “Como vai o senhor?” pode ser confundido com o início da avaliação clínica do profissional. Farmacêuticos menos experientes, diante de uma quebra no andamento linear da consulta sugerida pelo prontuário, normalmente expressam uma carga de insegurança no tom da voz e na articulação das palavras, o que pode ser facilmente percebido pelo paciente.

Outros farmacêuticos introduzem a consulta diretamente com a avaliação da queixa principal para depois realizar a introdução da consulta.

Um processo de introdução interessante realizado por uma das farmacêuticas foi o de iniciar a introdução com uma pergunta ao paciente, do tipo “O senhor sabe porque foi chamado para esta consulta”? Essa estrutura oferece a possibilidade de realizar uma introdução do tipo diálogo, corrigindo e

complementando informações, o que parece ser mais eficiente do que apenas descrever passos e objetivos diretamente.

Nas consultas de retorno o farmacêutico não explica como será a consulta e normalmente, após os cumprimentos se parte diretamente para a avaliação clínica dos sintomas do paciente. Farmacêutico e paciente já se conhecem e já tem definidos seus papéis interacionais. O paciente conhece a natureza da consulta e o tema da interação normalmente é direcionada para avaliação das intervenções realizadas na consulta passada.

#### Excerto 1.10 Farmacêutica Luana, paciente Edu S, retorno

1 F1: O-i. tudo bem?  
2 P: Tudo bem.  
3 F1: To vendo que o senhor não trouxe os medicamentos que eu pedi pro senhor hein...  
4 P: Mas eu trouxe a receita --> eu tava no centro não deu tempo de ir em casa =  
5 F1: É.... Ai que bom, então deixa eu ver a receita do senhor.  
6 P : Eu levei ela no posto pra não esquecer né.  
7 F1: Me conta uma coisa seu Edu, como é que foi=  
8 P: Eu tinha consulta aqui (...)  
9 F1: Tá me conta uma coisa seu Edu, o senhor foi lá na unidade básica de saúde entregar a cartinha né,  
10 que o senhor me contou no telefone?  
11 P: (0,5) Até agora nada.  
13 F1: É... mas (.) chegou a consultar com o médico?  
14 P: ^ Lá não. Só me fez uns papel lá...^

Podemos identificar no excerto 1.10 que a farmacêutica é muito objetiva. Também se percebe na linha 3 que já há uma certa familiaridade estabelecida na relação farmacêutico-paciente, já que a farmacêutica se permite fazer uma cobrança direta ao paciente sobre algo que foi combinado na consulta anterior. A status da relação entre os dois já está bem definido e é possível focar nas tarefas necessárias durante o tempo de atendimento.

A introdução da consulta é um momento significativo nas consultas farmacêuticas iniciais. É momento no qual o farmacêutico busca construir uma identidade, estabelecer uma pactuação subliminar com o paciente no sentido de orientar objetivos e explicitar tarefas. São desempenhadas estratégias heterogêneas de acolhimento e introdução da consulta, entretanto alguns padrões podem ser considerados, para fins de análise e compreensão do processo:

- Cumprimento (como vai? Tudo bem?)
- Abordagem clínica (Como tem se sentido?)
- Apresentação (Eu sou farmacêutico)
- Propósito da consulta (Avaliar os medicamentos)
- Características da consulta (Vou fazer várias perguntas / A consulta é demorada)

Esta sequência se apresenta como um *template* geral, mas pode estar sujeita a desordens e reordenações. As variações neste modelo geral podem estar relacionadas com a característica do paciente e suas necessidades, com o nível de experiência e habilidade comunicacional do farmacêutico. Se a consulta é uma consulta de retorno, normalmente o farmacêutico apresenta a consulta novamente e foca na avaliação das intervenções anteriores. O estabelecimento de um modelo geral de etapas de atendimento é problemático, considerando-se o nível de detalhamento com o qual a AC se preocupa. Este modelo sugerido representa apenas uma estrutural geral que não deve ser considerado estático, sob risco de desenvolver conclusões reducionistas.

### 5.1.3 Coleta de Dados - Perfil do Paciente

A construção do campo de perfil do paciente tem o objetivo identificar dados gerais do paciente, como endereço, registro no hospital e telefone de contato, mas também de identificar elementos contextuais e possíveis fatores de risco que podem estar associados a problemas em relação ao seguimento do tratamento ou em relação à efetividade desse tratamento. Idade, sexo, escolaridade, estrutura familiar, necessidade de cuidador, presença de Limitações físicas ou psíquicas são elementos que podem orientar o tipo de linguagem (mais técnica ou menos técnica) a ser escolhida, respeitando possíveis limitações de compreensão do paciente e também orientar intervenções que se adaptem às necessidades do indivíduo. Peso, altura e IMC ajudam a classificar o risco cardiovascular do paciente. Perfil de acesso e utilização de serviços de saúde, como a atenção primária, permitem ao

farmacêutico identificar oportunidades de compartilhamento de caso e compreender o contexto de cuidado que o paciente se encontra. A facilidade de acesso ao HC também é um elemento contextual importante, pois pode ajudar a estipular a frequência dos retornos ao ambulatório do HC. Renda mensal e ocupação são informações que podem identificar facilidade de acesso à serviços de saúde privados, em caso de necessidade, e também à presença de riscos ou histórico de riscos ocupacionais do paciente.

Intuitivamente, consideramos que esses dados devem ser coletados logo no início da consulta. Por isso, o prontuário é organizado nesse sentido, ou seja, a coleta de dados gerais do paciente logo na primeira página do prontuário. Entretanto, muitos pacientes iniciam a consulta apresentando queixas sobre a saúde ou sobre medicamentos. Os farmacêuticos mais experientes costumam ignorar a ordem do prontuário e avaliar com detalhes essas queixas iniciais. Profissionais menos experientes preferem ordenar os passos da consulta de maneira mais rígida, preenchendo os dados gerais do paciente para depois retornar para avaliação da queixa principal.

A coleta inicial desses dados no início da consulta se mostrou, de certa maneira, invasiva em alguns pontos, por tratar de elementos pessoais, principalmente quando perguntados logo no início da consulta, quando a relação profissional – paciente anda está se construindo. Ainda que os pacientes estejam acostumados a fornecer esses dados, devido à experiência de consultas com outros profissionais, alguns pacientes se mostram visivelmente constrangidos quando questionados sobre elementos como escolaridade e ocupação.

Ainda assim, o processo de investigação contextual permite ao farmacêutico entender melhor quem é o paciente e desenvolver uma consulta de acordo com o modelo de atenção à saúde centrado na pessoa.

Muitos farmacêuticos deixaram mesmo de fazer algumas perguntas sugeridas pelo prontuário, como renda mensal, por exemplo. Isso pode ter acontecido porque os próprios profissionais não se sentiram à vontade para investigar questões tão íntimas logo na primeira consulta. Ainda, outros deixaram para fazer essas perguntas no fim da consulta, quando a relação já havia se consolidado.

No excerto 1.11 a farmacêutica identifica que o paciente não mora em Curitiba. Frente a essa informação questiona-o sobre a dificuldade em comparecer à consulta, considerando-se limitações com relação à locomoção e gastos com transporte (Linha 3) “E é difícil vir aqui? Vir pra Curitiba na consulta?”.

#### Excerto 1.11 Farmacêutica Pietra, paciente Bernardo T

1	F1: Então tá bom. Eu vou... confirmar aqui. ↑Onde que o senhor mora, seu Bernardo?
2	P: No Campo.
3	F1: No Campo, né...? (.) Então tá bom. (.) E é difícil vir aqui? Vir pra Curitiba pra consulta?
4	C: É difícil.
5	F1: ↑É? Como é que vocês vêm?
6	C: Nós viemos com a prefeitura.
7	F1: Com t (.) Consegue o transporte [da prefeitura?]
8	C: [Aham.]
9	F1: Que bom, né. [Pelo menos conseguem]
10	C: [Quando ligam adiantado, né]
11	F1: Aham... se não fica difícil.

Quando a farmacêutica afirma “eu vou... confirmar aqui”, significa que ela já tem informações prévias do paciente, conseguidas através do prontuário clínico.

Na linha 4 a cuidadora confirma que há dificuldade de acesso ao serviço do HC e parece ser realmente importante, porque quando na linha 9 a farmacêutica faz um comentário positivo, celebrando a possibilidade de acesso ao transporte pela prefeitura, mas a cuidadora coloca um elemento condicional “Quando ligam adiantado né”. Inclusive, essa sentença é colocada sobreposta à fala da farmacêutica, indicando a relevância dessa informação.

Para a farmacêutica no Excerto 1.12 a questão é semelhante. A farmacêutica pergunta se foi difícil vir até o HC e a paciente afirma que foi fácil porque desta vez puderam vir de carro, mas frisa que nem sempre é fácil (linha 10) “Agora quando a gente vem de ônibus daí é mais difícil”. A paciente faz questão de explicitar todo o trajeto feito com transporte público, frisando as várias etapas para conseguir chegar ao hospital (linhas 15 e 17). Na linha 28 a paciente insere um elemento de humor, aproveitando o fato de ter recordado todos os passos para chegar ao hospital de ônibus. Esse elemento ação de humor é um mecanismo para expressar um problema de maneira mais descontraída.

## Excerto 1.12 Farmacêutica Isabela, paciente Nair G

- 1 ↑Ah tá aqui. São José. Aham. Tá aqui. Aham. Ok. Tá. ↑É... como que foi o acesso da senhora pra vir pra  
2 cá? Vocês vieram de ô-nibus, de ca-rrro? [Alguma coisa assim]=  
3 P: [Hoje a gente veio de carro.]  
4 F1: É?  
5 P: Que ele tava de férias né, daí (XX)  
6 F1: É? E como que é, é tranqui-lo vocês virem pra cá? Foi difícil...  
7 C: não, não. Foi tranquilo.  
8 F1: Tranquilo?  
9 P: Agora mais difícil=  
10 C: +Agora quando a gente vem de ônibus daí é... mais difícil+.  
11 F1: Mas, mas... Consegue vir também?  
13 P: Sim. Aí quando a gente vem de ônibus nós vem (.) ↓pega o nosso são José...  
14 F1: Aham.  
15 P: Vai até o campo comprido no terminal (.) Do campo comprido nós pega aquele vermelhão... (.)  
16 F1: entendi.=  
17 P: Vem até na pracinha osório. (.) Alí na praça osório do lado pega esse microônibus. Vem até aqui.  
18 (1,0)  
19 F1: Tá  
20 P: Aqui pertinho pra=  
21 F1: Daí é mais complicado né.  
22 P: Como é que chama alí é?  
23 C: Aqui na pracinha aqui em baixo.  
24 P: É. Perto daquele cristal alí.  
25 F1: Tá.  
26 P: ↑Dalí a gente vem de a pé.  
27 F1: Tá.  
28 P: Eu não tô ruim de cabeça né? (rs)  
29 F1: Tá ↑ótimo. Soube dizer o trajeto inteiro.  
30 P: [(rs)]  
31 F2: [(rs)]

A avaliação da facilidade de acesso ao serviço é importante porque indica uma preocupação em relação ao bem-estar do paciente. Antes de fixar uma data de retorno para os pacientes com maior dificuldade de acesso é importante verificar fatores limitantes e discutir o momento de retorno, considerando aspectos clínicos e práticos.

Os pacientes normalmente descrevem com riqueza de detalhes trajetos mais complicados, ou frisam o detalhe do tempo gasto até chegar ao hospital com a finalidade de evidenciar a dificuldade de acesso. A distância percorrida de casa até o hospital, limitações socioeconômicas, físicas ou mentais parecem ser os principais motivos que dificultam o paciente a comparecer na consulta.

A maioria dos farmacêuticos não explica aos pacientes o motivo pelo qual estão fazendo essas perguntas. Isso parece gerar algum tipo de desconfiança por parte do paciente. Sendo assim, é interessante construir um discurso explicando a importância dos dados coletados para as condutas clínicas futuras.

Outro ponto que merece atenção durante a coleta do perfil do paciente é a alfabetização do paciente. No excerto 1.13 o paciente é indagado a respeito da capacidade de leitura e nível de alfabetização. Esse é um tema delicado, que por vezes pode ser constrangedor ao paciente, mas que é fundamental para nortear o tipo de linguagem e a estratégias terapêuticas do farmacêutico durante a consulta. O paciente mais instruído apresenta menos risco de desenvolver problemas relacionados à medicamentos, ao mesmo tempo que pacientes analfabetos podem necessitar de estratégias personalizadas para facilitar a adesão à farmacoterapia.

### Excerto 1.13 Farmacêutica Pietra, paciente Bernardo T

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Seu Bernardo, o senhor sabe ler?                                       |
| 2 | P: (0,5) ↓Sei.   |
| 3 | F1: ↑Sabe? O senhor estudou até que (.) Estudo-u, frequentou a escola? |
| 4 | P: Frequentei até a quarta série.                                      |
| 5 | F1: ↑Quarta? Aham. O senhor é natural lá da Lapa mesmo?                |
| 6 | P: Município da Lapa.  |
| 7 | C: É da Lapa.  |
| 8 | P: +Me arrependi de não ter estudado mais+.                            |

Percebe-se que a farmacêutica faz uma pergunta direta sobre saber ler. Parece tratar-se de uma estratégia que busca constranger o mínimo o paciente, caso ele não tenha tido oportunidade de estudar, pois oferece duas alternativas: saber ou não saber ler.

A resposta do paciente na linha 2, baixando o tom de voz, indica que o tema talvez não lhe seja agradável. No próximo turno, o aumento de tom de voz demonstra uma espécie de surpresa com relação à resposta do paciente, uma pista de que havia uma expectativa de que o paciente não soubesse ler. Ainda na mesma linha, a farmacêutica iria perguntar até qual série o paciente estudou, mas reformulou a pergunta, temendo que o paciente não houvesse nem mesmo frequentado a escola. Possivelmente a farmacêutica construiu um estereótipo do paciente que foi desconstruído durante o processo de interação. Quando o tema da conversa se encaminhava para outra questão, o paciente retorna a ele fazendo um comentário com voz séria, demonstrando certa frustração com o fato de não ter podido estudar mais.

No próximo excerto (excerto 1.14) é possível observar que frente à pergunta sobre a escolaridade a paciente expõe aquilo que considera uma falta (linha 2) “Pra dizer a verdade eu não estudei”, e constrói uma sentença que justifica o fato de não ter podido estudar (Linha 4) “porque a gente tinha que trabalhar na roça né”. Mais adiante na linha 13 a paciente faz a afirmação de que conhece números, como que para atenuar o fato de não conseguir ler.

Nas linhas 17 e 18 a farmacêutica contextualiza a pergunta realizada, demonstrando uma preocupação relacionada à autonomia com relação à tomada dos medicamentos.

#### Excerto 1.14 Farmacêutica Isabela, Paciente Nair G

1	F1: Tá. E a senhora estudou até que série? → Qual é a tua (.) escolaridade?
2	P: Pra dizer a verdade eu não estudei. →Estudei um mês só. → Mas daí o meu pai tirou
3	F1: Tá.
4	P: Porque a gente a (.) tinha que trabalhar na roça né.
5	F1: Tá
6	P: E... +esse tempo... eu era mais velha pra ajudar... na roça então...+
7	F1: Mas a senhora consegue ler as caixinhas dos seus medicamentos [ou alguém te ajuda?]
8	P: [Não, não consigo nada.]
9	F1: Tá
10	P: Eu lembro do coiso né. Eu conheço as letras assim ó, mas agora (.)↑pode ser com óculo que não
11	adianta [com óculos.]
12	F1: [Tá.]
13	P: O meu telefone, tem os número onze (.)↑Os números eu conheço. Mas =
14	F1: Tá. Só pra ler mesmo que [é difícil]
15	P: [↑Ler não] Nem fazer meu nome direito eu faço e sobrenome.
16	[Só o primeiro nome.]
17	F1: [Entendi] E daí como que... a senhora sabe os medicamentos que tem quem tomar. →Você deixa
18	na caixinha? → Como que funciona?

O Excerto 1.15 também ilustra o questionamento sobre escolaridade a um paciente que não estudou. Percebe-se que de maneira semelhante, ele se preocupa em justificar o motivo de não ter estudado (linha 4) “esse tempo era a lavoura né”. O paciente responde negativamente à questão em 3 turnos seguidos, entretanto, mas a farmacêutica insiste com perguntas sugestivas (linha 9) “o senhor sabe ler então?”.

O paciente parece constrangido, mas responde que consegue ler, baixando o tom de voz. Depois diz que letra de doutor ele não entende, no intuito de deixar claro que é difícil para ele ter leitura. A farmacêutica insiste perguntando se o paciente entende letra no computador.



Por fim, o paciente responde, devido à insistência, responde que sim, consegue entender letra de computador (linha 16) “Dá dá sim, dá”. Mais adiante na consulta, quando a farmacêutica propõe ao paciente e à esposa uma orientação por escrito, cuidadora e paciente admitem que não conseguem ler, o que deixa claro o quanto a pergunta sobre escolaridade pode ser delicada, especialmente para pacientes com baixa ou nenhuma escolaridade.

#### Excerto 1.15 Farmacêutica Brenda, Paciente Amaro P

1 F1: Tá. (3,0) ↑O senhor estudou?  
2 P: Não!  
3 F1: Não?  
4 P: Esse tempo era a... lavoura né. [(XX)]  
5 F1: [Não.]  
6 P: Não estudei não.  
7 F1: Eh, mas o senhor escre-ve, assinatura só?=  
8 P: Pou (.) pouquinho eh... as vez essas coisas assim eu leio, mas...  
9 F1: O senhor sabe ler então?  
10 P: ↓^Consigo consigo^.  
11 F1: Consegue?  
12 P: Agora só que... agora de doutor... eu não entendo não.  
13 F1: De doutor... !é mais difícil, né?! (rs). Não, mas quando está escrito assim... em computador,=  
14 P: Não.  
15 F1: O senhor consegue ler?  
16 P: Dá dá, sim dá.  
17 F1: Uhum. (7,0)

Agora veremos como respondem pacientes com maior grau de escolaridade. No excerto 1.16 a farmacêutica baixa muito o tom de voz para perguntar a escolaridade do paciente, tanto que o paciente inicialmente não é capaz de compreender o que é dito.

#### Excerto 1.16 Farmacêutica Samanta, paciente Anderson F

1 F1: Certo. Seu Anderson Eh... ↓o senhor estudou até que série?  
2 P: ↑Não entendi.  
3 F1: Estudou até que sé=  
4 P: Segundo grau.  
5 F1: Segundo grau.

No excerto 1.17 a resposta do paciente é bastante objetiva, sem justificativas ou complementos. A pergunta da farmacêutica é igualmente objetiva,

indicando inicialmente o tema “escolaridade”, seguindo de uma questão que limita a resposta do paciente “Estudou até?”.

#### Excerto 1.17 Farmacêutica Manuela, Paciente Matheus

F1: Escolaridade? →O senhor estudou até?  
P: Sétima série.  
F1: (2,0) Consegue ler... os medicamen-tos, as embalagens tudo tranquilo?  
P: Sim.

O Excerto 1.18 demonstra o caso de um paciente com ensino superior. A informação de que o paciente fez faculdade (linha 2) “consegui fazer faculdade” demonstra a clareza que o paciente tem de quão raro eram as pessoas que tiveram acesso ao ensino superior na sua época. A pergunta da farmacêutica já deduzia que o paciente tinha escolaridade “linha 1” “estudou até que série?”.

#### Excerto 1.18 Farmacêutica Júlia, paciente Edson

1 F1: Estudou até que série?  
2 P: Eu consegui fazer ↑faculdade.  
3 F1: Formado no quê? →Economia?=  
4 P: [Economia] Economista. E... contabilidade.

Pode-se concluir, a partir da análise destes excertos e, mais especificamente a partir das escolhas lexicais das perguntas, que as farmacêuticas constroem estereótipos a partir da imagem e das características de fala do paciente suspeitando o nível de escolaridade. Perguntas do tipo “estudou até que série?” trazem a perspectiva de que o paciente teve acesso aos estudos. Já perguntas do tipo “o senhor estudou?” ou “o senhor sabe ler?” demonstram uma preocupação em não constranger o paciente supostamente menos escolarizado.

O que se observou neste momento da interação é que pacientes que não tiveram oportunidade de estudar ou que não saber ler e escrever normalmente procuram construir uma narrativa que justifica essa característica, normalmente citando elementos de sua história de vida. Essa justificativa, obviamente não é demandada pela farmacêutica, entretanto, o paciente, enquanto indivíduo

socialmente referenciado, deve se sentir inferiorizado por sua condição de analfabeto e, quando indagado sobre o tema, busca justificar essa condição.

Assim como nível educacional, o trabalho e a ocupação tem um papel central na vida das pessoas e normalmente estão relacionados com a identidade social do indivíduo na sociedade. Pacientes portadores de doenças crônicas podem desenvolver limitações para o desenvolvimento de algumas tarefas, o que por vezes o afasta do mundo do trabalho formal. Igualmente pacientes idosos aposentados, devido à baixa renda decorrente da aposentadoria, por vezes desenvolvem atividades de trabalho informal para complementar a renda familiar (COCKELL, 2014; ANTUNES, MORÉ, 2016).

A investigação sobre histórico de trabalho pode fornecer informações importantes, como por exemplo, exposições laborais de risco, acidentes de trabalho, meio e identidade social, perda da autonomia, entre outros. O paciente aposentado muitas vezes considera ter perdido seu papel social, o que contribui para o sentimento de exclusão no idoso.

No excerto 1.19 a farmacêutica inquiriu sobre qual era o trabalho do paciente, ou se ele continua a desenvolver alguma atividade laboral. Considerando-se o caráter moral emprestado ao trabalho em na sociedade de consumo, o paciente, apesar de ter já 70 anos, busca evitar produzir um enunciado objetivo que indique que ele não trabalha. Ao mesmo tempo, a pergunta sugestiva da farmacêutica (linha 1) “ou ainda trabalha” pode ter sido interpretado pelo paciente como uma expectativa de que ele ainda trabalhe. Por isso, o paciente escolheu responder com um subterfúgio que não deixa claro se ele ainda trabalha ou não (Linha 2) “ultimamente trabalhei com”. A mulher do paciente acrescenta o fato de ele já ter trabalhado muito na roça, também como operário e “até de guardião”. Esse discurso indica que há um componente moral que norteia os enunciados do paciente e de sua esposa.

### Excerto 1.19 Farmacêutica Pietra, paciente Bernardo T

- |    |   |
|----|---|
| 1  | F1: ↑É? (1,0) Com que o senhor trabalhou? Ou ainda trabalha?    |
| 2  | P: E-u ultimamente trabalhei com... operário, funcionário, etc. |
| 3  | C: Trabalhou na roça bastante.                                  |
| 4  | F1: Na roça?=-  |
| 5  | C: Depois de operário, depois.                                  |
| 6  | F1: De obra? Operário do que? Com que?                          |
| 7  | P: De tudo que é manutenção.                                    |
| 8  | F1: Manutenção?   |
| 9  | P: Mas não de motorista, e nem de...                            |
| 10 | C: Serviços gerais.   |
| 11 | P: É, serviços gerais.  |
| 12 | F1: Entendi.  |
| 13 | C: Até de guardião trabalhou.                                   |
| 14 | F1: Aham.   |
| 15 | P: ↓Até de guardião.  |

É interessante notar como questões que parecem inicialmente triviais, quando descontextualizadas do aspecto institucional podem conduzir a um campo de significação contextual social global. Ou seja, quando questões sobre trabalho são colocadas sem que haja uma conexão direta com o contexto dos problemas de saúde, ela toma uma dimensão moral, relacionada com o trabalho enquanto elemento de construção de imagem social.

O tema do trabalho conduz a questão da renda mensal. Pode-se perceber que a pergunta sobre a renda é realizada pela farmacêutica com elementos que buscam abrandar o tom da abordagem (linha 1) “Quanto o senhor tem de renda **mais ou menos**”. A resposta do paciente é uma pergunta que busca clarificar a questão (linha 2) “Renda?”.

Certamente a renda mensal foi pensada no prontuário como um dado objetivo “quantidade de dinheiro que o paciente ou família dispõe mensalmente para subsistência, considerando-se inclusive a aquisição de medicamentos”. Entretanto, o esforço cognitivo para conseguir esse dado parece ser importante. Há, obviamente, um receio com relação às consequências interacionais por parte do farmacêutico.

Quando a farmacêutica pergunta se o paciente ainda trabalha, ou se a renda é apenas da aposentadoria, o paciente constrói uma narrativa na qual busca justificar o porquê de não trabalhar mais. A resposta objetiva sobre renda mensal vem apenas mais tarde (linha 25) após a farmacêutica ser mais específica e perguntar “quanto mais ou menos é por mês”. Aqui, a expressão “mais ou menos”

tenta novamente tornar a pergunta menos invasiva no intuito de tornar mais elegante uma questão que pode ser constrangedora.

Paciente e cuidadora desenvolvem um discurso no sentido de ilustrar e justificar o fato de a renda ser apenas de um salário mínimo. Surgem elementos como a não contribuição do antigo patrão e a incapacidade de trabalhar devido ao acidente prévio. Esses elementos surgem na esteira da questão sobre renda mensal.

Na linha 42 a farmacêutica encerra o assunto da renda e conecta o diálogo com a pergunta sobre número de pessoas na casa. A resposta do paciente busca desconstruir a relação com o uso do humor na expressão “é só o casal de criança”, referindo-se a ele e a mulher.

A relação entre a divisão sexual do trabalho, o patriarcado e a economia de mercado marcaram uma relação entre classe e entre gênero que moldou na sociedade papéis desiguais em relação ao tipo de trabalho: profissional ou doméstico, público ou privado e também questões como remuneração do trabalho (DALONSO, 2008).

O processo de produção delegado ao homem e de reprodução delegado à mulher na organização da família tradicional definiram as relações sociais durante um longo período e que apenas recentemente essa situação vem se redesenhando. A apropriação desse debate é importante para que não se cometam equívocos comunicacionais no sentido de reproduzir um discurso conservador.

## Excerto 1.20 Farmacêutica Pietra, paciente Bernardo

- 1 F1: Entendi. E hoje o senhor, tem que renda mais ou menos, seu Bernardo?  
2 P: ↑Renda?  
3 F1: De, da aposentadori-a? ou ainda traba-lha?  
4 P: Não, de trabalho não tem mais nada.  
5 F1: ↑Não?  
6 P: Nem lenha eu pico.  
7 C: ^Ele não po-de^  
8 F1: Não? [Não aguenta]  
9 P: + [Eu...] Eu sofri um acidente uma vez, há 10 anos (.) 12 anos atrás de ônibus (0,6) e  
10 ficou quebrado, sabe?+=  
11 C: Aí num aguenta porque dói.  
12 F1: Entendi.  
13 P: ^Não posso picar lenha, não posso trabalhar^  
14 C: E se ele forçar, ele=  
15 F1: Aonde que dói?  
16 P: Nas [cadeiras].  
17 C: [Nas quebraduras] dele.  
18 F1: Entendi.  
19 P: A quebradura me quebrou a coluna daqui pra cima=  
20 F1: Dói muito?  
21 P: ↑Até o pescoço chega a me doer.  
22 F1: E o senhor hoje vive da renda do que?  
23 P: Só de aposentadoria.  
24 F1: E quanto mais ou menos que é? Aproximado.  
25 C: 700 reais.  
26 P: 724.  
27 F1: É um... salário, né?  
28 P: ↓É um salário  
29 C: É. O salário do idoso (.) que serve pra ele. Os patrão dele não [contribuiu] (.)  
30 F1: [entendi]  
31 C: [e ele começou]  
32 P: [não consegui mais nada de trabalho (XX)]  
33 C: trabalhar depois de [idade na fazenda de funcionário], né. Não passaram... não depositaram dinheiro  
34 pra ele.  
35 P: [Só meu salario na fazenda que eu frequentei, trabalhei lá.]  
36 F1: Entendi.  
37 C: ^↑Judiaram dele^.  
38 F1: A senhora é a esposa?  
39 C: Eu sou.  
40 P: |Eles me passou pra trás| (1,0) ^Pedi a conta porque eu não aguentava mais, né (2,0) ↑Nem varrer rua  
41 eu não podia.^  
42 F1: Seu Bernardo, mora junto com a esposa e com quem mais?  
43 C: Só.  
44 F1: Só os dois em casa?  
45 C: Só nós dois.  
46 P: É, só o casal de criança. (rs).

No excerto ilustrado a seguir, a ação comunicacional acerca do trabalho presume que a paciente, sendo mulher, exerce atividades domésticas. Ao mesmo tempo, são eleitos componentes lexicais podem parecer depreciativos às atividades que possivelmente tenha marcado o papel social da paciente. Na linha 1 do Excerto 1.21 a farmacêutica pergunta se a paciente tem alguma ocupação “ou **só** fica cuidando do lar”. O sentido imediatamente apreendido dessa frase indica que cuidar do lar não se configura como uma ocupação.

### Excerto 1.21 Farmacêutica Isabela, paciente Nair G

1 F1: A senhora tem alguma ocupação ou fica em casa só cuidando do lar? (1,0)  
2 P: Olhe menina agora (.) eu faço o que eu tenho. Eh... As vez ou outra eu varro a ↓casa. De primeiro fazia  
3 muito borda-do né.  
4 F1: Aham.  
5 P: Fazia crochê...  
6 F1: Aham.  
7 P: ^Mas agora eu to com catara-ta^ e diz que (.) eu fiz um exame uma ocasião que diz que faz uns 6 anos  
8 (.) que diz que deu um problema na vista (.) não é glaucoma não é out=  
9 C: Uma doença degenerativa.  
10 F1: ↑Ah... da idade talvez né. ↓Pode estar relacionado  
11 P: Isso. É isso aí.  
12 F1: Tá.=  
13 P: Aí ele passou um remédio pra mim. →Vou mostrar.  
14 F1: Tá.  
15 P: E é...=  
16 F1: Então é mais do lar não é=  
17 P: É, mais do lar porque depois ^comecei a ficar doente também^. E... (XX)  
18 C: Eu vou ajudar ela=  
19 P: Faço comida, as vezes lavo a roupa.  
20 F1: Tá.

A resposta da paciente justifica que por conta de problemas de saúde deixou de realizar algumas tarefas (ainda domésticas) relacionadas à produção (linha 2 e 3) “De primeiro eu fazia muito bordado”. A farmacêutica na linha 10 sugere que os problemas de saúde estejam relacionados à idade. A percepção do processo de envelhecer pode estar muito relacionada às limitações que a doença crônica traz ao indivíduo e nem sempre esse é um processo aceito com tranquilidade. Na linha 16 a farmacêutica conclui “Então é mais do lar não é”. A resposta da paciente é imediata (linha 17) “mais do lar porque depois comecei a ficar doente”. Inconscientemente a farmacêutica pode ter gerado um distanciamento com o paciente, explorando elementos socioculturais que sugerem uma assimetria da relação.

Em outro exemplo (excerto 1.22) a questão relacionada a atividade de trabalho gera uma resposta na qual se nota certa hesitação, marcada pelas interrupções nas falas, e nas falas reticentes.

## Excerto 1.22 – Farmacêutica Samanta, Paciente Anderson F

- |   |  |
|---|--|
| 1 | F1: E qual a sua ocupação hoje?  |
| 2 | P: Hoje eu... <u>sou aposentado</u> (0,5) e... trabalho com vendas... (.) na paralela né. De peças de (.) avião. |
| 3 | F1: ↑Peças de avião?.  |
| 4 | P: Isso, da aeronáutica (4,0)  |

Neste caso, de maneira semelhante a questão da escolaridade, o paciente não sente necessidade construir justificativas para sua condição, já que, apesar de estar aposentado, segue desenvolvendo uma atividade laboral. O aumento da expectativa de vida, o aumento da idade mínima de aposentadoria e a necessidade de complementar a renda são elementos que levam o indivíduo a permanecer por mais tempo no mercado de trabalho.

Uma questão importante e de certa maneira muito particular da consulta farmacêutica é que, na tentativa de construir uma consulta focada no paciente, em alguns momentos a abordagem é inespecífica e, em alguns casos pode parecer invasiva ao paciente. A coleta de dados do perfil do paciente tem a intenção de apreender informações contextuais que influenciam no processo saúde – doença, porém, a investigação de dados desse tipo no início da consulta pode trazer certos constrangimentos comunicacionais. Em alguns casos, o farmacêutico pode ser recipiente de queixas que estão desvinculadas da clínica, propriamente dita.

No excerto 1.23, por exemplo, o paciente informa sobre a injustiça que sofreu no trabalho, em decorrência da sua condição de saúde.

O farmacêutico traz a questão levantada pelo paciente como foco do diálogo, sugerindo ações jurídicas. Frente à argumentação do farmacêutico o paciente constrói uma narrativa ilustrando o ambiente de trabalho e associando-o ao evento cardiovascular “Inclusive eu enfartei lá. Várias vezes sabe. Ficava caindo pelos banheiros escondido pra eles não me verem”. Nos próximos turnos o farmacêutico apenas demonstra sinais sonoros de que está atento ao que o paciente diz e deixa que ele termine sua narrativa para finalmente sugerir uma intervenção, que é a de o paciente buscar uma assistente social para conseguir seus direitos.



## Excerto 1.23 farmacêutico Arnaldo, paciente Enzo

- 1 F1: Trabalha com o que?  
2 P: Agora eu estou desempregado porque meu deu um infarto né.  
3 F1: Aham  
4 P: → e a firma me mandou embora.  
5 F1: Ah....Entendi. Mas você [chegou a ver] essas coisas de...trabalhistas assim? (0,3) É?  
6 P: [Não nem t ] Não quis fazer mal pra eles. Mas=  
7 F1: Mas pense que era um direito seu sabe.  
8 P: Pois é, ↑um direito meu, né. Pois é... é.... Eu estava trabalhando lá no (XX). (.) E... Inclusive eu  
9 enfartei lá. Várias vezes lá sabe. Eu ficava caindo pelos banheiros escondido pra eles não verem né.  
10 F1: Entendi.  
11 P: E aí me pegaram lá, viram eu lá e tal. E aí quando eu enfartei mesmo né. Aí eles me deram a conta.  
12 ↑Só que... me deram uma carta de apresentação. Só que lá eu fazia serviços gerais sabe. Eu fazia  
13 assim. Eu fazia... no lugar de seis moça eu fazia sozinho lá sabe.  
14 F1: ah....  
15 P: Você conhece (XX) lá, né?  
16 F1: Conheço.  
17 P: Cada dia que (XX) era milhões de lixo sabe.  
18 F1: Aham  
19 P: Daí eu tava desempregado daí fui lá e peguei lá, pela (XX). (2,0) Daí eles me mandaram =  
20 F1: ↑Se você puder  
21 P: Uhum.  
22 F1: Conversar com um assistente socia-l pra ver isso, pra ver se tem algum jeito de (.) [melhorar] sua  
23 situação em relação a isso, [pra ver quais são os seus direitos], é bom.  
24 P: [Pode ser]  
25 [Pois é. E agora eu eu to...] Eu tinha a mãe e o pai né, e agora como é que  
26 vou fazer sem dinheiro.  
27 F1: Sim, tem que ver isso aí.  
28 P: Uhum. (1,0) Apesar que tem uma perícia doutor no... INSS  
29 F1: ah sim.  
30 P: Que é dia 07/11. Não sei se é possível ver se (XX).  
31 F1: pode ser. Pode ser. Pode ser. Tem que... Lá eles vão avaliar lá. Eles vão avaliar.

Considerando-se a importância contextual do trabalho (remunerado ou não) e ou do histórico de trabalho, essa é uma questão muito importante na coleta de dados do perfil do paciente. Notou-se que os farmacêuticos direcionam a pergunta de acordo com a idade do paciente. Se o paciente é mais idoso a pergunta é direcionada ao histórico de trabalho, ainda que hoje muitos indivíduos aposentados continuem a exercer algum tipo de atividade produtiva no mercado. Pacientes mais jovens tendem a ser questionados diretamente sobre a natureza da sua ocupação. Dependendo da situação de trabalho os pacientes tendem a construir uma narrativa, seja para justificar a ausência de ocupação, seja para contextualizar doenças e limitações impostas pelo trabalho.

Sabe-se que, na sociedade de consumo, principalmente em sociedades onde serviços de saúde não são universais, há uma tendência em se associar melhor renda com melhor saúde, principalmente se considerarmos marcadores como expectativa de vida e mortalidade infantil (SANTOS, JACINTO, TEJADA,

2012). Porém os testes estatísticos que avaliam essas variáveis não alcançam resultados confiáveis devido à alta heterogeneidade. Neste caso, podemos concluir que deve haver uma relação causal entre renda e saúde, porém outras variáveis podem estar relacionadas, como por exemplo qualidade laboral, genética e estilo de vida.

No caso da consulta farmacêutica conhecer a renda familiar pode influenciar na escolha de algumas intervenções. Muitos medicamentos prescritos para os pacientes da cardiologia não são disponibilizados pelo sistema público de saúde. A renda mensal também pode ser um indicativo de precariedade em condições de moradia e acesso a serviços, como de educação, saneamento básico e saúde.

Ainda que esta seja uma informação importante, trata-se de uma questão que invade o âmbito privado do paciente e que parece ser embaraçoso para o paciente responder e para o farmacêutico perguntar. A renda familiar é uma questão sugerida pelo prontuário do serviço, logo no início do atendimento.

Alguns farmacêuticos procuram realizar a pergunta com maior delicadeza, colocando antes da pergunta, um condicional “se o senhor não se incomodar” ou “se o senhor não se importar” (Excerto 1.24 e 1.25)

#### Excerto 1.24 Farmacêutica Brenda, paciente Amaro P

- |   |   |
|---|---|
| 1 | F1: Se o senhor não se incomodar com a pergunta que eu vou fazer...                               |
| 2 | P: Não-o.   |
| 3 | F1: É... Quanto (.) que (.) o (.) senhor (.) consegue de renda em casa?                           |
| 4 | P: ↑De renda?   |
| 5 | F1: É   |
| 6 | P: E (.) Eu só (.) eu só tenho só um salário mínimo e... ela só um também mini (.) mínimo também. |
| 7 | F1: Então são dois salário né?  |
| 8 | P: É.   |
| 9 | F1: mora só os dois em casa?  |

Percebe-se na linha 3 que a farmacêutica fez a pergunta sobre a renda com pausas seguidas, demonstrando insegurança na elaboração da questão. A resposta também é dada com pausas entre expressões. O adverbio “só” (linha 6 do Excerto 1.24) utilizado pelo paciente enfatiza suas limitações de renda.

No Excerto 1.25 a farmacêutica aguarda emergir o tema do acesso aos medicamentos e ampara-se no tema específico dos gastos com esses insumos para iniciar o diálogo sobre renda mensal, ou seja, torna a questão contextualizada. A primeira questão introduz o assunto da renda de maneira mais pertinente, pois é própria do processo de avaliação de problemas da farmacoterapia (linha 1) “Quando precisa comprar, dói muito no bolso, porque tem que gastar, pra comprar?”.

Na linha 16 a farmacêutica faz a pergunta de maneira mais objetiva sobre renda mensal. Nota-se que a farmacêutica faz um grande rodeio antes fazer essa pergunta. Na linha 19, no intuito de descontrair a farmacêutica dá um tom de brincadeira com a expressão cruzeiros, para depois tentar explicar o porquê da pergunta realizada.

Observa-se que a farmacêutica inicialmente introduz o tema dos gastos com medicamentos. Depois questiona sobre gastos reais como medicamentos por mês. Depois iniciando o enunciado questionando se o gasto com medicamentos faz muita falta no orçamento, utiliza esse elo temático para perguntar sobre a renda.

#### Excerto 1.25 Farmacêutica Neide, paciente Henrique S

1	F1: ↑É? Então tá bom. (0,5) Hum... Quando precisa comprar (.) dói muito no bolso o tanto que tem que
2	gastar (.) pra comprar?
3	P: Ah sempre dói...
4	C: Dói porque seria melhor se pegasse de graça né...
5	C: É...
6	F1: Então tá. Entendi. ↑Mas vocês só vão comprar quando ele falta mesmo?= 7 P: É.
8	F1: Uhum. (6,0) ↓Entendi. ↑Quanto que gasta (.) <u>quando precisa comprar</u> (.) vocês sabem mais ou menos 9 quanto gasta?
10	P: ↑Ah, Em torno de uns... 50.
11	C: Menos, uns quinze reais, acho.
12	P: ↓É (.) uma caixinha
13	F1: (1,0)Quinze aí quando precisa comprar mais de um (.) No máximo 50?
14	P: É (.) No máximo uns cinquenta reais.
15	F1: (4,0) Entendi (.)↑E na renda mensal esse valor faz um buraco muito grande? Muita falta? Na renda 16 global assim? ↑Não muito (.) Se importam em me (.) falar qual é a renda? Se se importar não tem 17 problema.
18	P: 900 cruzeiros.
19	F1: 900 (1,5) <u>Cruzeiros</u> ? (.) (rs)
20	P: (rs)
21	F1: (4,0) (resp) Só coloco aqui pra [depois] a gente fazer uma comparação final.
22	P: [ Não ] Não, mas tem que por o
23	certo.

Nota-se uma preocupação em justificar ao paciente a realização da pergunta. A respiração audível na linha 21 pode ser um indicativo de que há um esforço cognitivo por parte da farmacêutica para realizar essa pergunta, a qual parece considerar, de certa maneira, hostil ou inadequada.

No próximo Excerto (1.26) a farmacêutica coleta os dados de perfil do paciente de maneira mais objetiva, como que seguindo um *checklist* de informações, com expressões iniciais que ilustram o tema (linha 1) “Renda mensal de casa” seguido da pergunta (linha 1) “E o marido tá aposentado?”. Frente a afirmativa da paciente, a farmacêutica utiliza uma estrutura distinta, que é a de sugerir o menor valor de aposentadoria, na intenção de não constranger o paciente.

#### Excerto 1.26 Farmacêutica Wanda, paciente Janaína

1	F1: (3,0) ↑Renda mensal de casa → E o marido ta aposenta-do?
2	P: Ta
3	F1: Ganha (.) 1 salário, mais do que isso?
4	P: Uns... 1.800 por ai
5	F1: tá bom.

Percebe-se que neste excerto a farmacêutica não justifica a realização da pergunta sobre renda, na tentativa de que a questão apareça ao paciente como “parte do protocolo” a ser seguido, isentando assim, o farmacêutico de questões morais. Ele pergunta, porque o formulário pede.

A mesma farmacêutica, atendendo outra paciente, consegue informações sobre renda, porém sem especificar exatamente o valor da renda mensal. Essa informação tem relevância clínica semelhante e apenas para fins de análises estatísticas estaria incompleto, de acordo com a demanda do prontuário do serviço.

O tema do acesso a alguns medicamentos leva até a informação de que a paciente ganha menos de 1 salário mínimo, devido à um empréstimo feito pelo marido. Na linha 9 a farmacêutica dispara uma questão direta “Às vezes deixa ficar sem?”.

Neste caso, inicialmente se constrói um contexto de avaliação de acesso à medicamentos que torna desnecessário justificar ao paciente a necessidade de se

questionar renda mensal. Neste caso, também paciente e farmacêutico já tiveram tempo para estabelecer uma relação de confiança entre si.

### Excerto 1.27 Farmacêutica Wanda, paciente Luana

- 1 F1: Tá bom. E os outros? →Como é que está fazendo? O osteonutri...
- 2 P: As vezes eu acho lá no posto. →As vezes não vem.
- 3 F1: E aí?
- 4 P: Aí tem que comprar.
- 5 F1: ↑E você está comprando?
- 6 P: É, da última vez eu comprei, agora não comprei não.
- 7 F1: (0,5) Tá (.) Não comprou ainda. Tá esperando.
- 8 P: Ainda tem um pouco lá em casa=
- 9 F1: Tem um pouco em casa, então tá bom. (.) Você deixa ficar sem?
- 10 P: ↓Às vezes acontece.
- 11 F1: É? (2,0) Porque não tem condição de comprar (.) naquela hora?
- 12 P: É que eu to aposentada, ↓mas daí meu marido precisou fazer um empréstimo.
- 13 F1: É o salário que ganha, né? Um salário?
- 14 P: Mas eu não ganho tudo o salário.
- 15 F1: Por causa do empréstimo. Tá bom. (2,0) Tá.

O paciente atendido no ambulatório de atenção farmacêutica deve ter um histórico de utilização de serviços de saúde, inclusive de consultas com outros profissionais. Entretanto, uma abordagem que investigue aspectos ligados diretamente ao trabalho, estudo e renda deve ser novidade para os pacientes. Obviamente a investigação desses dados busca tornar a consulta farmacêutica integral, centrada no paciente e contextualizada, mas certamente o paciente não está acostumado a compartilhar esse tipo de informação pessoal na maioria das consultas que faz com outros profissionais.

No caso de outros estudos com atendimentos farmacêuticos, como no caso do estudo de Pilnick, esse tipo de temática é absolutamente desconsiderado, sendo que o foco é dado exclusivamente ao medicamento, considerando-se aspectos como dosagem e posologia.

Nos diálogos avaliados no nosso estudo, parece que muitos farmacêuticos se sentiram mais à vontade em deixar essa questão para ser abordada mais tarde juntamente com o tema do acesso, transgredindo o framework do prontuário. Os farmacêuticos que fizeram o questionamento sobre renda no início da consulta utilizaram recursos de cortesia, como pedir permissão para fazer a pergunta e oferecer o direito de paciente não querer responder. Alguns farmacêuticos

justificam a necessidade de se coletar essa informação, à priori ou à posteriori. Das consultas avaliadas neste trabalho, a maioria dos farmacêuticos não abordaram a questão sobre renda familiar.

Dentre os tópicos que são abordados para se construir o perfil do paciente estão informações de natureza mais objetiva, como peso, altura, idade, endereço, telefone para contato, nº de moradores na residência. Outros mais descritivos como acesso a serviços de saúde, satisfação com o serviço de atenção primária, limitações físicas ou mentais. Entretanto, durante nossas análises os tópicos escolaridade, trabalho e renda foram os que se desenvolveram de maneira mais diversa, fazendo emergir questões mais relevantes.

Considerando-se que este serviço atende pacientes polimedicados normalmente apresentando policomorbidades crônicas, é esperado que a maioria da população atendida seja composta de idosos, dentre os quais muitos possuem origem simples e por diversas razões não tiveram oportunidade quando jovens de seguir ou iniciar estudos formais. A maioria também é aposentada e de baixa renda.

Considerando-se essas perspectivas e o fato de que dados de perfil do paciente normalmente são coletados no início da consulta se observa que a maneira como realizar a abordagem sobre temas como renda mensal, escolaridade e trabalho precisa ser melhor trabalhada pelos farmacêuticos do ponto de vista comunicacional.

Vale a pena tomar cuidado com o uso de léxicos como “só” que modifica o verbo de maneira a inferiorizar uma atividade ou formação específica. Como por exemplo, quando dizemos “você só estuda” ou “você só é aposentado?”. É interessante notar que as questões sobre perfil do paciente foram desenvolvidas para serem preenchidas de maneira objetiva, entretanto em muitas delas são desenvolvidos discursos que busquem justificar perguntas ou respostas, demonstrando que esses temas têm implicações interacionais importantes. O tom de voz do paciente e os detalhes de sua narrativa podem revelar elementos contextuais relevantes para o entendimento dos problemas de saúde do paciente e para a formulação de intervenções individualizadas.

#### 5.1.4 Coleta de Dados - Estilo de Vida

O processo de adaptação frente às limitações impostas por síndromes crônicas é, na maioria das vezes, indispensável para a manutenção das funções fisiológicas e da qualidade de vida, porém, muitas vezes insípido e penoso. A sociedade de consumo, principalmente em grandes centros, estimula hábitos pouco saudáveis de alimentação, além de favorecer o stress e o sedentarismo.

O alcance de metas de mudança de estilo de vida é um dos maiores desafios enfrentados pelos pacientes, até porque determinados hábitos estão relacionados diretamente com a identidade social construída pelo indivíduo. A inclusão, cessação ou substituição dessas atividades sedimentadas pela cultura não se dá senão por um processo mais ou menos lento e penoso, a depender da motivação, compreensão e do apoio que o paciente recebe, da família, dos amigos e também dos profissionais de saúde.

Durante nossas experiências com atendimento à pacientes foi possível confirmar o fato de que a aceitação de uma nova realidade imposta pela doença se processa de maneira geral, como uma psicodinâmica na qual são identificadas fases distintas. Podem existir fases de negação, raiva, barganha e melancolia antes de o paciente chegar a aceitar o novo caminhar da vida. Vale lembrar que a adaptação a uma rotina complexa de medicação também é parte dessa mudança de estilo de vida e impacta significativamente na percepção de si mesmo enquanto indivíduo e ser social, visto que o medicamento, em casos de necessidade de uso crônico carrega um simbolismo associado ao envelhecimento e a dependência.

A recomendação de um estilo de vida saudável com alimentação regrada, cessação tabágica e prática de exercícios físicos é um papel que integra a prática de todas as profissões de saúde, pois são ações que previnem o desenvolvimento de problemas de saúde e a agudização desses problemas (prevenção primária e secundária). Quando se trabalha com pacientes que tiveram algum evento cardiovascular prévio, como é o caso dos pacientes deste estudo, a avaliação do seguimento e reforço de recomendações não farmacológicas se torna especialmente importante.

Na estrutura sugerida pelo método de atendimento há um momento que se destina à avaliação da história social. O prontuário farmacêutico tem o intuito de orientar a determinação e a documentação qualitativa e quantitativa do uso ou histórico de uso de tabaco, do consumo de álcool e dos hábitos alimentares na rotina diária do paciente. Uma atenção maior será dada a esses elementos no decorrer da consulta a depender das comorbidades e da farmacoterapia do paciente, por isso, algumas vezes as intervenções relacionadas à estilo de vida são durante a avaliação das condições crônicas, de sintomas ou da história de medicação.

Nas consultas analisadas, o tema do uso de álcool foi pouco discutido entre paciente e farmacêutico, mesmo que a informação tenha sido devidamente coletada. Isso se deve, principalmente às características dos pacientes do estudo, em sua maioria idosos e sem histórico de abuso de substâncias. Sabe-se, ainda, que doses pequenas de álcool podem ter efeito benéfico para o paciente com problema cardiovascular, desde que os medicamentos em uso não interajam com álcool.

Muitos pacientes afirmaram a interrupção do uso de álcool (mesmo que esse uso fosse esporádico) devido a preocupação de interação com a medicação ou devido aos problemas de saúde. A maioria dos farmacêuticos coletavam informações sobre uso de bebidas alcólicas, porém não faziam orientações sobre esse tema.

No Excerto 1.28 o farmacêutico confirma a afirmação da paciente (linha 6) expresso na linha 4 e 5 “não ponho nada de álcool por modo que estraga os remédio né”. Essa frase, ao mesmo tempo em que afirma, também requer uma confirmação, ou seja, a paciente espera que alguma ponderação profissional seja dada a respeito, porém não se observa essa contrapartida. Percebe-se que o paciente busca amenizar o fato de fazer uso de bebidas alcólicas no passado (linha 2) “mas é vinho suave né”.



## Excerto 1.28 Farmacêutica Brenda, paciente Amaro P

- |   |  |
|---|--|
| 1 | F1: É... E... e bebida alcoólica?  |
| 2 | P: ↑Antigamente tomava um vinho. (.) Mas é vinho suave né. Pinga muito pouquinho né=                   |
| 3 | F1: Hoje em dia?   |
| 4 | P: Agora faz uns... dois anos que não ponho nada de álcool na boca por modo que estraga (.) os remédio |
| 5 | né.  |
| 6 | F1: Aham.  |
| 7 | C: Cervejinha ele tomava [um pouco]. Aí a cerveja [{ prejudicava] o problema da próstata né.}          |
| 8 | P: [É] [Não]   |

Tecnicamente falando, a farmacêutica não havia avaliado a farmacoterapia do paciente, portanto não seria possível afirmar que os medicamentos utilizados interagem com álcool. Sendo assim se percebe que a intenção da profissional é identificar problemas relevantes de uso de álcool, e, caso não encontre problemas prefere não se delongar sobre o tema.

No Excerto 1.29 o paciente confirma uso esporádico de álcool. O tom da conversa desliza da seriedade para um tom mais descontraído no decorrer do diálogo. O humor é utilizado aqui como uma maneira de comunicar hábitos que podem ser reprovados pelo profissional de saúde. De maneira semelhante como demonstrado no excerto 1.28, aqui há a informação de que há receio da interação entre álcool e a medicação. Percebe-se que, a intenção da farmacêutica é a de desestimular o uso do álcool, ainda que uma avaliação mais detalhada de interação não tenha sido realizada.

Uso de álcool e drogas são temas considerados tabus na sociedade e normalmente os pacientes buscam preservar sua identidade, no sentido de desassocia-la do uso de substâncias que podem causar dependência. Nota-se a preocupação da cuidadora em afirmar uma postura desestimuladora do uso de bebidas alcólicas, de maneira a expor à farmacêutica que cumpre suas responsabilidades de cuidado ao paciente.

### Excerto 1.29 Farmacêutica Fabiana, paciente Thales K

- 1 F1: E bebidas alcólicas o senhor ingere alguma? ↓Pode tomar alguma?
- 2 P: De vez em quando tomo uma latinha de cerveja ↑ou (.) copo de vinhozinho assim.
- 3 F1: Vinho... e cerveja mas é... quantas vezes por semana mais ou menos?
- 4 P: Ah... eu...= (.)
- 5 C: Não é sempre não.
- 6 F1: ↑Não?
- 7 C: Ele toma muito remédio.
- 8 F1: É...
- 9 C: Eu tenho medo. Ele começa (.) a pegar a lata de cerveja eu falo olha não esquece que tá com os
- 10 remédio hein.
- 11 F1: (rs)
- 12 P: Que nem tomar um litro de pinga né.
- 13 F1: É é (rs)
- 14 F2: Um litro de pinga é demais. (rs)

No Excerto 1.30 a farmacêutica inicia o assunto sobre bebidas alcólicas com um enunciado que notou ser um pouco rude “O senhor costuma beber?” e, por isso faz uma organização de reparo que busca tornar a questão mais profissional e específica “bebida alcólica”. Frente a afirmativa do paciente, a farmacêutica busca confirmar se o uso é esporádico “Mas é... só nos finais de semana?”. O paciente percebe que a farmacêutica se inclina com mais ênfase sobre o tema, e seu discurso se dá no sentido de convencer a farmacêutica de que não é um usuário assíduo de álcool. Na linha 8 se observam os elementos que buscam demonstram o uso moderado.

### Excerto 1.30 Farmacêutica Neide, paciente Heitor A

- 1 F1 ↑O senhor... (.) é (.) costuma... beber? (.) bebida alcoólica?
- 2 P: (XX) Aos finais de semana eu tomo.
- 3 F1: Finais de semana? Mas é... só nos finais de semana? Ou durante a semana?=  
4 P: ↑Não... só final de semana.
- 5 F1: Só no final de semana=  
6 P: Um golinho de cerveja... só (2,0) As vezes uma tacinha de vinho.
- 7 F1: Uhum. (3,0) E a quantidade? Cerveja e vinho
- 8 P: Vinho no máximo no máximo duas taças, pra mim deu. Nada de ir lon-ge (5,0)

Não se observa nenhum tipo de feedback técnico da farmacêutica sobre uso de bebidas alcoólicas associadas ao medicamento.

O Excerto 1.31 a farmacêutica dá uma informação técnica a respeito do tema após avaliar o uso de bebidas (linhas 18 e 19). Neste caso, quando a paciente afirma fazer uso esporádico (linha 2) “mas é raro”, a farmacêutica investiga outras informações concernentes ao uso com frequência e tipo de bebida. Na linha 3 a

questão foi formulada com o objetivo de a paciente completar a frase com o tipo de bebida “E quando você toma, toma?” A paciente não compreendeu o sentido da pergunta, portanto a farmacêutica completa com uma questão ilustrativa que também é sugestiva, nesse contexto (Linha 5) “Cerveja?” Após conseguir dados de quantidade, tempo de uso e tipo de bebida a farmacêutica finaliza com uma explicação sobre uso de álcool e faz uma recomendação “o que a gente não pode é exagerar”.

### Excerto 1.31 Farmacêutica Wanda, Paciente Luana

- |    |  |
|----|--|
| 1  | F1: Bebida alcoólica, faz uso de alguma dona Luana?  |
| 2  | P: Olha, de vez em quando, no final de semana eu tomo uma cerveja, mas é raro.                           |
| 3  | F1: Mais final de semana né? (0,5) E quando você toma, toma?,  |
| 4  | P: Ah, eu tomo ali junto ali com eles=   |
| 5  | F1: Cerveja?   |
| 6  | P: Cerveja é.  |
| 7  | F1: Sempre cerveja? (.) Tá. (2,0) Final de semana sexta, sábado, domingo? Sábado e domingo?              |
| 8  | P: Sábado e domingo.   |
| 9  | F1: Tá. ↓Duas vezes na semana. Duas vezes na se↑ma-na. E toma quantas latinhas normalmente? ou (.)       |
| 10 | gara-fa, enfim   |
| 11 | P: Não, eu tomo umas duas latinhas.  |
| 12 | F1: Duas?  |
| 13 | P: Uhum.   |
| 14 | F1: Faz muitos anos?   |
| 15 | P: Anos?   |
| 16 | F1: É.   |
| 17 | P: Não, faz só um acho. Faz um ano acho.   |
| 18 | F1: Tá bom. +Álcool (.) de maneira geral (.) em doses pequenas, ele faz até bem pro coração, pras (.)    |
| 19 | pras funções (.) pra saúde, de maneira geral... o que a gente não pode é exagerar. Tá? De maneira geral. |

O excerto 1.32 ilustra um diálogo contextualizado sobre o uso do álcool. A cuidadora relata que a paciente fumava e em seguida utilizava um medicamento anti-inflamatório de vias aéreas. O farmacêutico é contundente em frisar a necessidade da cessação tabágica, oferecendo como vantagem a possibilidade de a paciente fazer uso esporádico de álcool (linha 6), considerando nessa afirmação os hábitos sociais da paciente. A paciente aproveita a oportunidade para solucionar uma dúvida importante sobre uso de medicamentos e consumo de álcool (linha 7). Nota-se que há uma mudança de tonalidade importante na pergunta, trazendo mais seriedade e formalidade a questão.

As mensagens da paciente e cuidadora são transmitidas através de estratégias de humor. O farmacêutico, por sua vez constrói seus enunciados com

elementos técnicos “Na minha avaliação e assim...” e reforça a importância da adesão aos medicamentos mesmo quando ocorre a ingestão de álcool. Certamente o farmacêutico procura estabelecer uma relação terapêutica e de confiança entre profissional e paciente “Meu medo é você deixar de tomar porque daí é perigoso”. Neste contexto a palavra “tomar” serve tanto para medicamento quanto para a bebida, então ele faz uma organização de reparo: “deixar de tomar os medicamentos”.

### Excerto 1.32 Farmacêutica Marluce, paciente Juara

- 1 C: Quando ela fumava um pouquinho ma-is (.) aí ela falava, vou dar uma usadinha no alenia.  
2 P: Aham. Da alergia.  
3 C: Mas não... (3,0) Tomou um pouco mais de cerveja, fumou um pouco mais de cigarro ela tomava um  
4 alênia e engov.  
5 P: Meu Deus.  
6 F2: Da cerveja não digo nada, mas do cigarro (.) Recomendo muito (.) parar.  
7 P: +Tá e se quiser tomar uma cervejinha? Com que eu faço daí? (.) Ou não pode?+  
8 F2: +↑Pode.+  
9 P: ^Eu preciso beber uma [cerveji-nha]^  
10 F2: [Por mim pode]. +Na minha avaliação é assim. (.) Pelos medicamentos que  
11 você está tomando aqui=  
12 P: !Vai me ferrar agora! (rs)  
13 F2: Pelos medicamentos que você tá tomando aqui você po-de tomar uma cervejinha de vez em  
14 quando. Só não pode exagerar.  
15 C: Não pode enfiar o pé na jaca né.  
16 P: +Tá, mas ↑se eu chegar a tomar, é... eu tomo remédio aquela noite...?+  
17 F2: ↑Toma.  
18 P: Normalmente?  
19 F2: Normal. Não tem nenhum problema de o medicamento interagir com álcool aqui tá.  
20 C: Porque não tem aquele. O problema dos medicamentos, na minha cabeça é... geralmente é com  
21 ansiolíticos né e... antidepressivos, antibióticos que não pode. Na verdade ele corta o efeito. Anula o  
22 efeito do medicamento não é isso?  
23 F2: Algumas corta o efeito com alguns... exacerba o efeito tá.  
24 C: É. No caso do ansiolítico então ele exacerba.  
25 F2: (1,0) + Então assim Juara. O meu medo é você deixar de tomar, porque daí é perigoso. Deixar de  
26 tomar os medicamentos.+  
27 P: Não, isso não.  
28 F2: Se um dia você..., enfim, tem vida social..., sai para beber uma cervejinha, pode (.) pode tomar o  
29 medicamento normalmente. Tá bom? Só não exagera demais porque aí a pressão so-be=  
30 P: É, mas também nem é mais o caso. Já passamos dessa fase né..  
31 (...) P: Ai bem, pelo menos vai dar pra gente tomar cervejinha né. (8,0) ((para a amiga que acompanha a  
paciente na consulta no momento em que a farmacêutica se ausenta da sala))

Ao fim quando os farmacêuticos se ausentam da sala a paciente confessa a amiga “pelo menos vai dar pra gente tomar cervejinha né”.

Em geral, quando o farmacêutico identifica que o paciente faz uso de álcool, é gerado algum tipo de informação sobre a importância de sua utilização moderada, ou sobre interação dessa substância com os medicamentos. O humor é uma técnica muito utilizada pelos pacientes para confessar o uso esporádico de álcool.

Ficou marcado em quase todos os diálogos sobre uso de bebidas alcoólicas um discurso de autocensura do paciente em relação ao uso esporádico ou anterior de álcool. Os discursos de alguns profissionais não buscaram aprofundar o debate sobre o uso concomitante de álcool e medicamento, obtendo a informação sem construir nenhum tipo de correlação técnica.

A avaliação sobre uso de bebidas alcóolicas é importante na anamnese do farmacêutico pois pode identificar condições clínicas ou medicamentos que compõem a farmacoterapia e que interagem com álcool e, dessa maneira prevenir os efeitos nocivos dessa interação. Sabe-se que o uso de álcool está presente nos mais variados rituais de interação social. Essa substância adquiriu um significado simbólico importante e se enraizou na cultura dos mais diversos países do mundo (LARANJEIRA, ROMANO, 2004). Ainda que os problemas decorrentes do uso exagerado de álcool sejam muito relevantes para a saúde pública devido à sua característica de causar intoxicação e dependência ou de estar relacionada indiretamente com problemas como violência doméstica e de trânsito, muitos indivíduos fazem uso moderado dessa substância a qual, em pequenas doses, pode apresentar um fator de proteção cardiovascular.

O papel do farmacêutico no episódio de cuidado é orientar sobre o uso de álcool e sua relação com a patologia e a farmacoterapia do paciente, sem julgamentos ou discursos pré-moldados (GUASSORA, NIELSEN, REVENTLOW, 2015). Muitos pacientes parecem ter receio de usar os medicamentos quando ingerem bebidas alcóolicas e por isso não seguem adequadamente seu tratamento, aumentando assim o risco de exacerbação de síndromes crônicas ou eventos potencialmente letais como infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico.

Percebeu-se que muitos farmacêuticos buscaram evitar debater esse tema com paciente com receio de estimular o uso de bebidas, porém não considerou o fato de que muitos pacientes podem não ser aderentes à medicação, devido a necessidade de preservação de hábitos sociais, como o uso esporádico de álcool.

Outro elemento importante da avaliação de estilo de vida, principalmente quando se trabalha com uma população de pacientes que apresentaram evento cardiovascular prévio é a questão do tabagismo. Sabe-se que o fumo é um fator de

risco para o desenvolvimento de várias patologias, dentre as quais neoplasias, doenças respiratórias e cardiovasculares que impactam significativamente na saúde pública. Segundo Silva (2016), o tabagismo pode ser considerado uma doença neurocomportamental resultante da dependência da nicotina. Trata-se de um dos principais fatores de risco para várias doenças, mas que pode ser prevenida e controlada, por isso se espera que todos os profissionais de saúde deem atenção ao tema do tabagismo em suas consultas (SILVA *et al.*, 2016).

Os farmacêuticos foram categóricos em afirmar o risco do tabagismo a todos os pacientes avaliados no estudo. Aqueles que ainda fumavam foram orientados sobre os malefícios do cigarro, principalmente sua relação com os problemas cardiológicos. Também foi oferecido ajuda para parar de fumar através do programa de cessação tabágica oferecido no hospital. A maioria dos pacientes era ex-tabagista. O discurso dos pacientes que ainda fumavam foi construído no sentido de demonstrar inclinação a parar de fumar, ou de estar em processo de cessação tabágica, entretanto a maioria desses pacientes recusou a oferta de auxílio profissional ou farmacológico nesse processo. Notou-se que a negociação da cessação tabágica é um processo paulatino, estimulado a cada consulta, cuidadosamente para não gerar negação no paciente.

No Excerto 1.33 se observa que o tabagismo é abordado como parte da sequência de avaliação que integra o perfil do paciente, na parte de história social. Mesmo a paciente não sendo fumante, a farmacêutica faz uma observação importante e assertiva sobre o malefício do cigarro associado a uma condição clínica vascular. O ato de fala da farmacêutica vem no sentido de desestimular possível intenção de iniciar o uso de cigarro, construindo um reforço positivo quando a paciente informa nunca haver fumado na vida.

#### Excerto 1.33 Farmacêutica Wanda, paciente Luana

- |   |   |
|---|---|
| 1 | F1↑Fuma?  |
| 2 | P: Não.   |
| 3 | F1: (0,5) Nem pode né, que fumar piora um monte essa (.) coisa da perna, vascular é bem ruim. Tá? (.) |
| 4 | Fumou algum dia?  |
| 5 | P: Não, nunca fumei.  |
| 6 | F1: Tá bom.   |

No Excerto 1.34 a farmacêutica aborda o tema do cigarro com um tom de seriedade para indicar a importância do tema. A fala compassada empresta uma seriedade singular à fala da profissional já na linha 1 “Juara”. Dizer o nome da paciente antes de fazer alguma pergunta busca trazer a atenção da paciente para o assunto a ser discutido.

Ao invés de perguntar se a paciente fuma, a farmacêutica demonstra que já conhece informações de que houve um histórico de tabagismo relatado em prontuário. A cuidadora interrompe a farmacêutica fazendo uma defesa em relação à atitude da paciente.

Percebe-se que alguns temas como sedentarismo, tabagismo podem ser considerados tabus, pois espera-se que o profissional de saúde venha a condenar esse tipo de atividade. Ainda que a cuidadora indique enfaticamente a cessação tabágica da paciente, na sequência do diálogo se percebe que o cigarro ainda é uma realidade, apesar dos esforços para parar de fumar.

A paciente utiliza o humor na tentativa de desconstruir a interação, já que o tema se coloca de maneira tão grave no diálogo (Linha 5) “Hoje eu sou uma menina limpa tá”. Na linha 17 o farmacêutico que acompanha a consulta faz um reforço no sentido de estimular a paciente a deixar o cigarro. A última fala da paciente tenta demonstrar através do exemplo da amiga, a dificuldade de parar de fumar, que provavelmente é compartilhada entre ambas. “Ela tá sofrendo bastante”. A construção do próximo turno da farmacêutica é precedida de um silêncio de 15 segundos, o que pode ter gerado desconforto entre os interlocutores.

### Excerto 1.34. Farmacêutica Marluce, paciente Juara

1 F1: +Juara+.  
2 P: Oi?  
3 F1: Da última vez (.) tava lá no prontuário (.) que você fumava. [Você faz (XX)=]  
4 C: [↑Não, ela não fuma mais]  
5 P: Hoje eu sou uma menina limpa tá (rs)  
6 F1: (2,0) Você parou? Você acha (.) dá pra dizer que você parou, ou as vezes=  
7 P: ↑Ah eu não quero usar assim sabe. Quero dizer que eu não quero mais assim (.)  
8 F1: Tá.  
9 P: Direto na minha vida sabe. Mas é que eu já vinha (.) é... [querendo]  
10 C: [Ela nunca fumou muito]  
11 P: É... muito malandra assim sabe?  
12 F1: Tá.  
13 P: Só... quando ia, saia que=  
14 F1: Essa semana você fumou alguma coisa?  
15 P: ↑Não. Desde que enfartei. Faz o que? →Uma vez peguei o teu cigarrinho, ((para a cuidadora)) dei uma  
16 pitadinha né. Uma semana atrás. Mas não aguento fumar um cigarro inteiro. (.) Dá uma...  
17 F2: (3,0) Faz um esforço Juara. [Pra largar viu]  
18 F1: [E você tá...]  
19 P: Ela também tá fazendo. Ela tá sofrendo bastante. (15,0)

No excerto 1.35, uma interação na qual participam as duas farmacêuticas e o paciente, a pergunta sobre cigarro vem em seguida à questão do uso de álcool e em formato afirmativo o que gera uma tendenciosidade na resposta do paciente (linha 3) “Cigarro também não?”. A resposta do paciente, no entanto, pareceu ser uma surpresa para ambas as farmacêuticas. A resposta vem associada a uma estratégia de humor que emerge para aplacar uma situação de conflito já esperada pelo paciente. O paciente também busca reforçar o fato de que está parando de fumar (linha 7). Na sequência, uma das farmacêuticas faz um comentário no sentido de construir um reforço positivo ao paciente sobre a importância de parar de fumar.

Ambas as profissionais argumentam sobre os malefícios que o cigarro pode causar ao coração e constroem uma argumentação de convencimento, postulando que o efeito do cigarro é inverso ao efeito dos medicamentos. Na linha 18 a farmacêutica usa uma estratégia de aproximação empática para convencer o paciente a aceitar participar do programa de cessação tabágica “porque a gente sabe que não é fácil né”. Isso contradiz a afirmação do paciente realizado na linha 17 “Não, tá bem facinho” e 20 “nã-o, tá, tá tranquilo”, indicando que houve uma falha no processo de escuta ativa pela farmacêutica, que prefere construir discursos padrões sobre o tema.



### Excerto 1.35 Farmacêutica Manuela, paciente Matheus

1 F1: O senhor é (.) Fez uso (.) faz uso de bebida alcó-olica (.) de vez em quando →[não?]  
2 P: [Não.] ↑HAM  
3 F1: É... cigarro também... não?  
4 P: Faz 40 dias. Faz uns 30 e poucos dias que eu não fumo (rs).  
5 F1: [↑Ah...]  
6 F2: [↑Ah...] +Isso é muito importante, hein seu Matheus.+  
7 P: Eu sei. (.) Dia 5 (.) 30 (.) 31 dias=  
8 F2: +Porque (.) o senhor lembra que o cigarro ele prejudica não só o pulmão, ele prejudica o coração,  
9 sabe.+  
10 P: Eu voltei a fumar de abestado. Tinha ficado sete anos sem fumar. Ai ano passado pra cá que eu  
11 voltei a fumar.  
12 F2: Porque o cigarro ele faz isso aqui ó ((indicando a maquete das artérias))=  
13 F1: Ele ajuda a formação das plaquinhas aumentar assim (1,5) então... o senhor toma os medicamentos  
14 e o cigarro faz o efeito contrário.  
15 F2: É (.) exatamente. Senhor (.) A gente tem acompanhamento aqui no ambulatório de tabagi-smo...  
16 Eles fornecem medicação. ↑A gente encaminha. Se você achar muito difícil de parar.  
17 P: não. Tá bem facinho.  
18 F2:↑É? Porque as gente sabe que não é fácil né. (.) Se o senhor quiser a gente pode fazer o  
19 encaminhamento Matheus.  
20 P: Nã-o, tá tá tranquilo.  
21 F2: Então tá bom.

No Excerto 1.36 o paciente responde a questão sobre tabagismo como se fizesse uma confissão (linha 2) “não deixei totalmente”. A construção da resposta busca comunicar que ele está tentando deixar de fumar, ou seja, o paciente conhece os malefícios e se antecipa em dar uma resposta que seja aquela que os profissionais de saúde esperam para quem ainda fuma e teve o segundo infarto recentemente. A farmacêutica pergunta sobre que tipo de tabaco fuma e a frequência como parte da entrevista. Na linha 8 o paciente demonstra estar fazendo um esforço para cessar o tabagismo “To tentando ver se dou um jeito”. Frente a essa afirmação a farmacêutica oferece o serviço de cessação tabágica do hospital, considerando esse o momento ideal para tal oferta. Entretanto, como o paciente rejeita a oferta, ela constrói um longo enunciado com intenção de conscientizar o paciente sobre o risco de continuar fumando e, considerando a intervenção suficiente para o momento segue a entrevista sobre estilo de vida, encerrando o tema do tabagismo neste encontro.

### Excerto 1.36 Farmacêutica Pietra, paciente Valmir H

- 1 F1: (4,0) O senhor fuma, seu Valmir??  
2 P: ↑Agora (.) não deixei totalmente. De vez em quando eu ainda.  
3 F1: Diminuiu só. (1,5) Quanto que fuma. É cigarro(.) mesmo? Só cigarro?  
4 P: Só.  
5 F1: E quanto que fuma agora, que diminuiu?  
6 P: As vezes passo duas semana, três sem fumar. Daí as vezes fumo 2 por dia, 3 por dia.  
7 F1: entendi.  
8 P: Tô tentando ver se dou um jeito.  
9 F1: Tá tentado parar seu Valmir? (2,0) Já fez alguma consulta com a equipe que ajuda a parar de fumar  
10 (.) aqui?=  
11 P: Eu Fazia aqui uma vez, (XX), mas não deu certo.  
12 F1: A gente pode tentar encaminhar o senhor, seu Valmir, pra consultar com eles. (1,0) Se o senhor quiser  
13 né → Tem que ter vontade também, que não é fácil né.  
14 P: Mas acredito que vou conseguir.  
15 F1: Vai conseguir? ↓É. Mas é bem importante sabe. O senhor sabe que o que tem no coração com o...  
16 cigarro, aí fica pior. O risco de ter um novo infar-to, de ter uma obstrução ali em algum vaso do coração  
17 é ↑muito maior quando tá fumando do que quando não fuma. Sabe? Então o risco pro senhor, que nem o  
18 senhor me falou né, o risco da cirurgia que era de 8 né (.) não sei, 5 subiu já. Porque já era segunda vez.  
19 → Mesma coisa pra ter um novo problema no coração. → Quem não fuma, talvez tenha risco de 8 10 (.)  
20 por cento né. Quem fuma o risco sobe lá para 14... 15... Sabe? É bastante. Não dá pra brincar né seu  
21 Valmir (.) com a saúde. (1,5) E bebe bebida alcóolica?

O discurso da farmacêutica sobre associação entre tabagismo e aumento de risco de infarto é informativo, e o encerramento do tema se dá porque possivelmente o enunciado é redundante e indesejado pelo paciente. A definição do tabagismo como um problema não deve partir apenas do profissional. É interessante que o paciente também venha a definir seu comportamento como um problema, o que pode gerar no farmacêutico a oportunidade de discutir, complementar e sugerir intervenções. Na literatura médica se sugere que ao invés de tentar persuadir o paciente à mudança de estilo de vida, é mais efetivo estimular o próprio paciente a manifestar conscientização sobre o tema e sugerir sua própria mudança de comportamento. (RUBAK *et al.*, 2006; ABRAMOWITZ *et al.*, 2010; CODERN-BOVÉ *et al.*, 2014; STAWNYCHY, CREBER, RIEGEL, 2014).

No Excerto 1.37 a paciente afirma ser fumante passiva. Neste caso a informação coletada serviu para a farmacêutica identificar um fator de risco. Expressou sua preocupação e desaprovação nas linhas 3 e 5 “Ixi Maria”, mas não forneceu nenhuma orientação em relação a isso na primeira consulta.

### Excerto 1.37 Farmacêutica Wanda, paciente Janaína

- 1 F1: (...) Cigarro (.) fuma?
- 2 P: não (.) mas eu acho que fumo por tabela, por que meu marido fuma.
- 3 F1: ^Marido Fuma, ixi^.
- 4 P: É... ele fuma aquele (.) cigarro de (.) É cigarro de palha né.
- 5 F1: ↑^Ixi maria^.

Ainda assim, após a avaliação dos componentes relacionados à estilo de vida, a farmacêutica elabora questões invocando uma reflexão por parte da paciente, dando espaço para que ela possa sugerir mudanças, tanto de estilo de vida quanto relacionadas a farmacoterapia. No Excerto 1.38 que a farmacêutica constrói um resumo de sua avaliação oferecendo protagonismo à paciente no que concerne ao autocuidado (linha 2 e 3) “A senhora entende pra quê tem que tomar os remédios, entende suas condições de saúde”.

### Excerto 1.38 Farmacêutica Wanda, paciente Janaína

- 1 F1: + É (.) assim (.) dona (.) Janaína das coisas que a gente viu (.) o quê que eu entendi da senhora
- 2 assim → dona Janaína.+ ↓A senhora entende (.) pra quê que tem que tomar os remé-dios, entende suas
- 3 condições de saú-de, então sabe que tem hipertensão..., sabe que tem pré diabe-tes=
- 4 P: Eu sei tudo. Eu sei=
- 5 F1: Já sei (.) já sabe que tem lá o histórico de AVC e que a gente precisa cuidar disso tá?
- 6 P: ^É, isso aí tudo eu sei, essas coisas assim, [as vezes] o que a gente não faz (.) as vezes é por que a
- 7 gente relaxa ne?
- 8 F1: [l-ssol]

Outro tópico importante no processo de avaliação de estilo de vida é o tipo e a frequência de exercício físico praticado pelo paciente. A prática de exercício físico é recomendada para prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares. O sedentarismo é um grave problema da sociedade moderna que associada ao estresse e a uma alimentação pouco saudável pode contribuir para o desenvolvimento de fatores de risco como a síndrome metabólica (CIOLAC, GUIMARÃES, 2004). A introdução de uma rotina de atividade física adequada à cada caso pode melhorar o controle de patologias como obesidade, hipertensão arterial, diabetes melitus, depressão, ansiedade, entre outros.

A estratégica para avaliação da rotina de exercícios físicos de uma parte dos farmacêuticos se dá através da avaliação de sintomas relacionados à atividade

física. Pode se tornar, portanto o início da avaliação clínica do paciente. Como a grande maioria dos pacientes sofreu algum tipo de evento cardiovascular agudo no passado, algum tipo de sintoma, principalmente cardíaco pode estar relacionado ao esforço físico. Outra perspectiva de avaliação, mais simplista, utilizada por muitos farmacêuticos é a simples identificação da presença de atividade física na rotina do paciente.

Exceto por raras exceções sempre é realizada uma recomendação direta sobre a importância da realização de exercícios, como se observa no Excerto 1.39. Aqui o paciente é quem incita o tema atividade física explicitando uma dúvida (Linha 1) “Não sei se é bom andar ou não...”, o que indica que ele ainda não foi orientado sobre possibilidade de atividade física após o infarto. Na linha 8 e 9 é possível perceber que o paciente ainda sente receio de associar atividade física por conta do infarto, mas em seguida o farmacêutico apresenta a hipótese de que a prática de exercício físico possa ter sido um fator atenuador da extensão do infarto do paciente.

#### Excerto 1.39 Farmacêutico Arnaldo, paciente Enzo

- |    |  |
|----|--|
| 1  | P: Não sei se é bom andar ou não...  |
| 2  | F1: Não → tem que andar.   |
| 3  | P: ↑Tem que andar?   |
| 4  | F1: É bom.   |
| 5  | P: Porque antes eu fazia 40, 50 quilômetros. É p (.) Parece <u>incrível</u> , né?                                    |
| 6  | F1: Aham.  |
| 7  | P: Eu vinha de a pé ↑lá do meu bairro até (.) até o centro.  |
| 8  | F1: Certo. Isso é bom. Talvez...=  |
| 9  | P: O meu caso seja=  |
| 10 | F1: Talvez pra você isso tenha feito com que você não tivesse um infarto <u>tão importante</u> . (.) Foi um infarto, |
| 11 | mas se você não fizesse <u>nada</u> de exercício talvez teria sido pior. (.) Entendeu?                               |
| 12 | P: Uhm... Então é bom andar, né?   |
| 13 | F1: É bom andar. (...)   |

A grande maioria dos farmacêuticos inicia a avaliação sobre exercício físico usando a hipótese de que o paciente faz caminhadas, que é um tipo de exercício leve, aeróbico, normalmente recomendado ao paciente após recuperação do infarto e também por ser adequado ao paciente idoso. Isso pode ser ilustrado pelo excerto 1.40, na linha 1. Observa-se uma sequência inicial de turnos com interrupções, o que sugere que o tema gera alguma ansiedade no paciente. A farmacêutica

aproveita para fazer uma avaliação de sintomas relacionada diretamente ao problema cardíaco do paciente (linha 5) “Sente algum incômodo quando caminha?” e também sugere possíveis sintomas de dor no peito e cansaço.

#### Excerto 1.40 Farmacêutica Brenda, paciente Amaro P

1 F1: O senhor consegue fazer algumas caminha-das? [Consegue=  
2 P: [Eu] Eu faço caminhada às vezes assim. Não é  
3 tanta não. Mas eu faço. Sempre hoje m=  
4 (...)  
5 F1: E o senhor sente algum incômodo quando cami-nha? Algum cansa-[ço, dor no pe-ito?]  
6 P: [A . Antigamente] Antes de de  
7 acontecer o que aconteceu aqui, quando andava bem uma subida= subida (.) dava dor (.) no peito. Dava  
8 dor no peito e... só que (XX)  
9 F1: Mas e agora, tá doe-ndo?  
10 P: Agora não (.) graças a Deus (.) eu to bem.

No Excerto 1.41 o paciente relata com pesar que a limitação cardíaca não o permite fazer exercícios físicos. Nota-se que, como o paciente já havia se queixado de falta de ar, a farmacêutica procede com uma organização de reparo no sentido de reformular a questão utilizando o tempo passado “Antes de ficar com esse problema de falta de ar **fazia** algum exercício?”. Ou seja, a profissional desconfia que o paciente está incapacitado de realizar atividades físicas, buscando não projetar expectativas que possam frustrá-lo.

#### Excerto 1.41 Farmacêutica Beatriz, paciente Edmilson

1 F1: Certo. O senhor tem (.) antes de ficar com esse problema de falta de ar fazia algum exercício? Caminha-  
2 da, as vezes andar de bicycle-ta...?  
3 P: Quando eu to na praia tenho duas bicicletas. Só ando de bicicleta lá.  
4 F1: É mesmo?  
5 P: Eu nem(.) (XX) tenho casa na praia lá. Tem até a minha bicicleta lá. Não ando nem de carro. Só de  
6 bicicleta.  
7 F1: Que coisa boa.  
8 P: Agora com esse negócio da (.) da respiração, ^não está deixando nem eu andar de bicicleta mais.^

Percebe-se que o paciente persiste realizando exercícios, ainda que frise na linha 8 que os sintomas cardíacos prejudicam essa atividade.

No Excerto 1.42 a farmacêutica busca isentar seu questionamento de um contorno moral (Linha 1) “Consegue fazer alguma coisa?”. Normalmente as respostas negativas são justificadas com algum tipo de impedimento relacionado a sintomas ou por conta de elementos contextuais, porém este paciente apenas identifica o fato de não estar realizando nenhum tipo de exercício físico, ainda que se considere apto a tal.

As questões feitas pela farmacêutica na linha 3 e 5 usam “Por quê”, o que pode intimidar o paciente. A paciente quebra a sequencialidade sugerida pelo par adjacente e não responde a razão do sedentarismo. Na linha 5 a farmacêutica insiste na pergunta, mas tenta modificar um pouco o tom de julgamento, colocando a frase na terceira pessoa (Linha 5) “Por que não estamos fazendo?” e então a paciente responde em volume muito baixo a razão demandada pela profissional.

Depois, a farmacêutica constrói um turno longo de fala onde usa uma estratégia de convencimento usando informações técnicas (Linha 7 e 8) “A recomendação é que seja 150 minutos por semana”, para depois explicar que a atividade física pode ser leve, demonstrando opções que facilitariam a adesão ao exercício físico “Caminha 10 minutos depois em outro horário caminha mais 10 minutos” e dá ênfase nos benefícios relacionados aos problemas de saúde da paciente. “Ajuda um monte tanto para a circulação quanto pro coração”.

#### Excerto 1.42 Farmacêutica Wanda e paciente Luana

1 F1: Atividade física → consegue fazer alguma coisa?  
2 P: Olha eu consigo fazer caminhada, mas não tô fazendo no momento.  
3 F1: Não tá fazendo nada? E porque não, qual a dificuldade?  
4 P: Não (1,5) ↓ Mas aí já mandaram eu fazer.  
5 F1: E porque não tamo fazendo dona Luana? → Qual que é a dificuldade?  
6 P: {É que eu cuido dos meus ne-tos pros meus filhos (XX)}  
7 F1: (1,0) Entendi. (1,0) Entendi. É... você sabe que assim dona Luana, a recomendação (.) é que seja  
8 150 minutos por semana. Isso significa o que? Uma média de uma meia hora por dia. Não é muito. Meia  
9 hora por dia essa meia hora nem precisa ser inteira a meia hora. Então pode caminhar um pouco pra ia  
10 até uhm... na farmácia, na padaria fazer alguma coisa. Caminha 10 minu-tos, depois num outro horário  
11 do dia caminha mais 10 minu-tos. ↑ E ajuda um monte. Tanto a circulação que senhora (XX) quanto pro  
12 coração. Pra proteger o coração no futuro. É muito bom, dona Luana. Tá? (2,0) [Alimentação]  
13 P: {Eu posso levar} a  
14 menina na creche.  
15 F1: É... Oi lá (.) Ó. Isso é uma coisa boa. E atividade física gasta bastante caloria. Ajuda a não ganhar  
16 peso.

Por fim a paciente concorda propondo uma atividade que pode realizar e a farmacêutica faz um reforço positivo “isso é uma coisa boa” e completa apontando a vantagem de que exercícios físicos ajudam a controlar o peso.

Nos áudios analisados, alguns farmacêuticos não fizeram questão de discutir elementos relacionados a exercícios físicos, ou apenas coletaram dados a respeito. Em alguns casos o motivo pode ter sido a presença de queixas que podem limitar ou impedir a atividade física, como falta de ar aos mínimos esforços em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva em classe funcional adiantada ou problemas de origem musculoesquelética, como exemplificados nos excertos 1.43 e 1.44. O paciente Allan trouxe como queixa principal a dificuldade em realizar atividades do cotidiano devido à falta de ar. Por isso o tópico de exercício físico foi abordado de maneira breve. No turno da farmacêutica ela já questiona sugerindo que não paciente não faz nenhum tipo de exercício (linha 1) “Nada?” Isso também pode ter sido resultado de um sinal não verbal realizado pelo paciente durante a realização da pergunta.

#### Excerto 1.43 Farmacêutico Wesley e paciente Allan

- |   |   |
|---|---|
| 1 | F1: Mas então (.) O se (.), <u>hoje</u> o senhor faz exercício físico, algu-ma coisa? Nada? |
| 2 | P: Nada.  |
| 3 | F1: Ok  |

O paciente Edson justifica à farmacêutica a abstenção de atividade física através da queixa de problema de dormência na perna. A farmacêutica não faz nenhuma consideração sobre a afirmação do paciente. Esse fato deixou o paciente desconfortável tomando o silencio da farmacêutica como uma expressão de desaprovação. Ele finaliza o tema com o uso de uma expressão de humor para tornar a criar uma atmosfera mais descontraída nesse momento.

#### Excerto 1.44 Farmacêutica Julia, paciente Edson

F1: Faz algum exercício físico?

P: ↓ Não. Não por causa desse problema da perna aqui. (1,0) Dormente.

F1: (1,0) uhum.

P: Eu quero resolver esses problemas aí. (2,0) Depois eu vou ver. Aí depois eu vou começar a correr. (.)  
Mas correr de carro né.

F1: (rs).

Em geral a questão da atividade física foi abordada de maneira cuidadosa e conservadora. A caminhada foi o tipo de exercício mais indicado pelos farmacêuticos por se tratar de um tipo de atividade aeróbica de pouca intensidade. Em alguns casos os pacientes que sofreram eventos cardiovasculares necessitam de uma liberação do cardiologista após realização de testes de tolerância ao esforço, o que pode ter intimidado a ação do farmacêutico no sentido de estimular uma rotina objetiva de atividades físicas. Não houveram intervenções no sentido de encaminhar o paciente para cuidados de um educador físico nas consultas avaliadas por nós.

Muitos pacientes apresentam histórico de evento cardíaco grave e como não realizavam atividades físicas antes dos eventos agudos cardíacos ficam temerosos sobre como e quanto poderiam desenvolver de esforço físico. Uma atitude comum foi a avaliação sintomas associados ao esforço em pacientes que realizavam algum tipo de exercício regular. Em algumas consultas o farmacêutico orientou com detalhes a maneira mais indicada de realizar exercícios, destacando benefícios da atividade física para a prevenção de novos eventos agudos, o que foi bem aceito pelo paciente. Portanto, parece ser adequado uma avaliação de sintomas associados ao esforço e uma orientação sugerindo atividades prazerosas que se adaptem ao contexto do paciente. Pacientes que não realizam atividades física tendem a tratar do tema de maneira evasiva, eventualmente justificando o sedentarismo através de sintomas específicos relacionados à doença de base, como dispneia e dor em membros inferiores.

A avaliação de hábitos alimentares também é uma importante etapa do atendimento farmacêutico. A perda de peso pode reduzir limitações funcionais e melhorar variáveis clínicas significantes para o desenvolvimento de problemas cardiovasculares, tais como como níveis pressóricos, perfil lipídico e a resistência



à insulina. Além disso, conhecer a rotina de alimentação do paciente pode ajudar o farmacêutico no manejo de problemas da farmacoterapia, adequando os horários de tomada de medicamento à rotina de alimentação.

Dependo da patologia de base que o paciente possua ou da medicação que o paciente use, instruções específicas foram realizadas com relação à restrições dietéticas básicas. O encaminhamento ao profissional nutricionista também foi uma intervenção realizada pelos profissionais.

Patologias de origem emocional não tratadas ou com tratamento inefetivo podem estar relacionadas com a dificuldade de o paciente aderir à uma dieta saudável e essa questão foi evidenciada nos diálogos entre farmacêutico e paciente. Esse ponto foi abordado com mais cuidado durante o processo de avaliação da história clínica do paciente. Também questões sociais como dificuldade de acesso à uma alimentação adequada ou rotina estressante puderam ser identificadas na consulta farmacêutica como fatores modificáveis em benefício do paciente, com os quais o farmacêutico precisa trabalhar exercitando a empatia e buscando construir uma relação de confiança com o paciente.

As consultas iniciais mostraram que os farmacêuticos abordam mais profundamente questões relacionadas a hábitos alimentares quando o paciente possui doenças como diabetes melitus que exigem maior rigor com a dieta e uma associação direta entre as doses dos medicamentos e a ingesta de alimentos.

Uma abordagem importante, no sentido de avaliar o controle dietético nas consultas farmacêuticas é a investigação de restrições ou hábitos específicos que são esperados que o paciente realize devido à uma patologia específica, como diabetes ou hipertensão. Essa abordagem é objetiva e associa diretamente o hábito alimentar ao problema de saúde do paciente, como ilustra o Excerto 1.45 com a paciente que possui Diabetes melitus.

### Excerto 1.45 Farmacêutica Amélia, paciente Marcia A.

- |    |   |
|----|---|
| 1  | F2: E a alimentação da senhora? A senhora consegue controlar? ((pergunta realizada em tom acolhedor)) |
| 2  |   |
| 3  | P: ↑Ó, eu como <u>normal</u> .  |
| 4  | F1: Açúcar?   |
| 5  | P: ↑Ó (.) de vez em quando eu como um pedacinho de bolo, não vou dizer que não, eu como               |
| 6  | F1: Ham ram   |
| 7  | P: Mas é (.) depois que eu saí de lá eu comi bolo uma vez só.   |
| 8  | F1: Ham ram. E Pão, Pão branco?   |
| 9  | P: Olha eu como.... esse pão que é pra comer, mas daí <u>enjoa</u> , e eu mudo para o outro.          |
| 10 | F1: De vez em quando... não tem problema.   |
| 11 | P: É  |

Quando a farmacêutica inicia o diálogo sobre alimentação, sua voz empresta um tom amigável, como se comunicasse o fato de que compreende que controlar a alimentação não é uma tarefa fácil. Nota-se que a pergunta da linha 1 “a senhora consegue controlar? pressupõe que a paciente foi anteriormente orientada sobre a dieta e que compreende que há a possibilidade de que não tenha sido possível controlar ainda. Isso dá abertura para a paciente expor sua dificuldade com relação ao seguimento da dieta. Em seguida a paciente responde que “come normal”. A palavra “normal”, neste caso, tem um sentido impreciso, já que pode significar “seguir a dieta esperada para diabéticos” ou “não seguir dieta nenhuma”. Frente a isso a farmacêutica traz o foco da questão para a ingesta de açúcares. As respostas da paciente buscam confessar que, apesar de tentar seguir a dieta, em algumas ocasiões a paciente não segue as recomendações. A farmacêutica busca construir uma identidade de profissional flexível e compreensivo (linha 10) “De vez em quando... não tem problema”.

No Excerto 1.46 a farmacêutica identifica os hábitos alimentares baseando-se na rotina da paciente (Linha 1) “Quando acorda toma o quê? Come o quê?”. Neste caso a paciente tem um problema de obesidade que está tratando com orientação nutricional profissional. A farmacêutica busca avaliar a adesão à dieta e também reforçar alguns pontos sem parecer severa nas suas considerações.

Após realizar a avaliação, a profissional constrói um enunciado longo, elaborando considerações técnicas sobre o problema da obesidade na sociedade, as razões dessa problemática e orientações gerais sobre como deve ser uma alimentação saudável. O uso da locução pronominal “a gente” identifica uma ação empática por parte da profissional. (Linha 15 e 16). “O problema é sempre

quantidade o problema da gente”. Ou seja, a estratégia da farmacêutica busca ser a menos acusativa possível, discutindo o problema da alimentação e sugerindo atitudes sem apontar as falhas específicas do paciente neste momento.

#### Excerto 1.46 Farmacêutica Wanda, paciente Luana

1 F1: Quando a senhora acorda normalmente de café da manhã toma o quê? (.) Come o quê?  
2 P: Ah eu... Tomo café com leite=  
3 F1: Tá bom.  
4 P: (2,0) Café com leite e pão  
5 F1: E aí no meio da manhã come alguma coisa?  
6 P: Eu como algo. Uma maçã, uma banana.  
7 F1: Uma fruta, né? ↑Almoço?  
8 P: Almoço é arroz e feijão, normal... e salada e carne.  
9 F1: Arroz, feijão, carne, tá bom. E salada. (0,7) Lancha a tarde?  
10 P: As vezes um pãozinho só.  
11 F1: Só? Aham. (.) E de noite, na janta?  
12 P: Ah, na janta eu como de novo, só que daí eu ponho mais salada no prato.  
13 F1: (2,0) Antes de dormir come alguma coisa?  
14 P: ↓Não, eu só janto mesmo.  
15 F1: Tá. (1,0) É... de maneira geral, tá tudo certo, tá? NÃO PODE LIMITAR. Não é parar de comer tudo. A  
16 questão sempre é a quantidade **o problema da gente**. Todo mundo. O brasileiro de maneira geral ele  
17 exagera. Tanto que a gente tá ficando cada vez mais (.) É comum a gente olhar antes, parece que uns  
18 anos atrás todo mundo era mais magro e agora tá todo mundo (.) (resp) sobrepeso né. É o que tá  
19 acontecendo. ↑**A gente tem tudo muito fácil (.) hoje**. Comida pronta e... comida rápida e isso tudo tem  
20 um alto grau de gordura um alto grau de sal. **A gente exagera muito no sal**. ↓Então de maneira geral (.)  
21 uma alimentação saudável ela tem que ser variada, ↑mas é o que a nutricionista passa para a senhora.  
22 Tem que comer pouco várias vezes ao di-a. É aquela coisa de sempre. No horário do almoço e janta,  
23 tentar comer mais sala-da. Doce, não gosta?  
24 P: Não ligo.  
25 F1: Não liga? ↑Vixi, o meu veneno é doce. É... O MEU VENENO É DOCE... (rs)

Por fim a farmacêutica usa uma estratégia de humor para criar uma identificação entre as interlocutoras com o objetivo de construir uma relação e cumplicidade, diminuindo a assimetria de poder e criando familiaridade com a paciente.

No Excerto 1.47, a mesma farmacêutica usa uma estratégia comunicacional que privilegia a persuasão, considerando-se que a paciente é pré-diabética e a estratégia não farmacológica é a intervenção mais adequada para este caso. Além do mais, aproveitou-se o medo da paciente frente a possibilidade de tomar insulina, o que pode ser um fator de incentivo para a mudança de hábitos de alimentação. À partir da linha 6 a paciente inicia um enunciado técnico que busca informar, orientar e justificar as orientações (linha 6) “As intervenções que são mais efetivas para caso de pré diabetes é assim”.

### Excerto 1.47 Farmacêutica Wanda, Paciente Janaína

1 P: Não é uma diabete (.) é uma pré diabete né?  
2 F1: (XX) é o que a gente tem. (.) Esse aqui tá 75.  
3 P: (5,0) Então ele achou que eu não devia ↑nem tomar nada pro diabetes=  
4 F1: não.  
5 P: Você precisa fazer uma dieta só, ele falou só isso.  
6 F1: É isso mesmo. A melhor coisa (.) as intervenções que são mais efetivas ↑pra caso de pré diabetes é  
7 assim. A metformina é bom, mas já que a senhora não pode tomar (.) E assim (.) o que resolve (.) é  
8 mudança de habito de vida sabe. O que que significa isso? mudar (.) a alimentação, o que é indicado é (.)  
9 uma dieta baseado em fru-tas, uma dieta baseado em verdu-ra, pouca carne verme-lha, diminuir um pouco  
10 a car-ne, sabe? se consegue, durante a semana, tentar comer um pei-xe, se não consegue tentar reduzir  
11 pelo menos um pouco a carne. (resp) Carne de boi, carne de porco, um frango grelha-do sabe, ↑e atividade  
13 física dona Janaína. Atividade física é chave pra qualquer coisa.  
14 P: É eu sei disso  
15 F1: ↑E é difícil né?  
16 P: ↓É difícil  
17 F1: EU SEI  
18 P: É difícil. Mas é o problema, vamos supor... Como é que eu posso explicar pra você,  
19 F1: hum?  
20 P: (3,0) +Eu gosto muito de doce, sabe?+ (1,0)  
21 F1: É?  
22 P: E eu acho que a sertralina (.) Ela me ajuda  
23 F1: Isso mesmo. Claro que se (.) Claro que a sertralina ajuda (.) a não comer tanto doce. Que a sertralina  
24 diminui a ansieda-de, diminui aquilo que a senhora quer compensar. Tá triste? Quer compensar no doce.  
25 Seguramente.  
26 P: É isso ai  
27 F1: Claro que sim [dona Janaína]  
28 P: [por isso que eu tô] tem que ser é... tem que mandar fazer agora essa sertralina.  
29 F1: Tem que mandar fazer, não podemos deixar não, dona Janaína.

Após a construção de considerações técnicas a profissional busca demonstrar empatia em relação à dificuldade em seguir dietas específicas, o que fornece a oportunidade de a paciente trazer um apontamento importante sobre a relação entre a dificuldade de acesso a um medicamento antidepressivo e a obsessão por alimentos calóricos. Na linha 20 percebe-se que, após 3 segundo de silencia a paciente confessa em tom de seriedade “eu gosto muito de doce, sabe”. Esse tempo de silêncio entre os turnos foi importante para que a paciente pudesse elaborar essa informação e passa-la à farmacêutica.

Alguns farmacêuticos avaliaram a rotina de alimentação do paciente com o objetivo de identificar horários para tomada da medicação e não realizaram nenhuma orientação sobre estilo de vida. No Excerto 1.48 a farmacêutica investiga hábitos de alimentação, orientando as questões para a rotina diária. O paciente descreve detalhes da alimentação, porém a análise dos farmacêuticos não se propõe avaliar os hábitos alimentares com esse nível de detalhamento.

Na linha 14 a pergunta sobre o fato de o paciente gostar ou não de salada foi realizada com ênfase, porém não foi realizado nenhum tipo parecer ou orientação sobre essa questão. Na linha 17 uma questão sobre dieta relacionado à doenças de base poderia ter gerado uma discussão importante sobre restrição dietética para diabéticos e hipertensos, mas a pergunta traz um conceito de normalidade que faz com que a questão perca seu valor analítico “Tem alguma coisa que o senhor precise diminuir? Sal? Açúcar? Ou tá normal?”

Excerto 1.48. farmacêutica Samanta, paciente Anderson F.

1 F1: E a... os hábitos de alimentação. Como é que o senhor tem feito? O senhor acor-da, dai toma café,  
2 como é o café?  
3 P: Café é... café preto. Um pão francês com queijo e (.) presunto. (2,0) Ou às vezes doce com margarina.  
4 F1: Uhum.  
5 P: (1,0) Isso é diário.  
6 F1: Tá. (2,0) Depois do café, come mais ou menos que horas assim?  
7 P: Meio dia só.  
8 F1: Meio dia só. (0,5) Não toma lanche, nada, de manhã.  
9 P: Não.  
10 F1: Então o café o senhor toma que horas?  
11 P: S-ete e meia.  
12 F1: (2,0) Aí depois vai pro almoço né. Como é que é mais ou menos?  
13 P: O horário é o... mais ou menos umas 13 horas. (1,0) O tradicional que é [arroz, feijão, salada e carne.]  
14 F1: [ aham] ↑E salada? o senhor gosta?  
15 P: ↓Gosto.  
16 (...)  
17 F1: E assim, tem alguma coisa que o senhor precise diminuir? Sal? Açúcar? ou tá normal?  
18 P: Está normal.  
19 F1: (1,0) E água?  
20 P: Tomo, bastante.  
21 F2: Quanto? Mais ou menos, por dia?

O significado de normalidade expresso pelo paciente neste caso (e em outros) pode ser diferente do significado concebido pelo farmacêutico. Diante do enunciado do paciente, a farmacêutica não faz nenhuma consideração, nem aprovação, nem reprovação, nem orientação sobre como proceder em relação à restrição dietética. Isso pode trazer a impressão ao paciente de que as perguntas realizadas sobre o tema não têm objetivos clínicos, mas apenas o preenchimento de formulários.

A avaliação de hábitos de vida é indispensável ao processo de cuidado à pacientes portadores de problemas crônicos e polimedicados, devido à íntima relação entre desenvolvimento e agudização de condições crônicas e estilo de vida.

Os elementos da história social avaliados na consulta são, sobretudo, aqueles que tem relação com problemas cardiovasculares, como alimentação, tabagismo e consumo de álcool.

O uso de bebidas alcólicas foi um tema que despertou curiosidade nos pacientes, pois muitos sinalizaram necessitar de informações à respeito de uso de medicamentos associado a utilização esporádica de álcool. Os cuidadores foram sempre categóricos em se posicionarem contra a utilização de álcool concomitantemente ao uso de medicamentos, sob a premissa de que essa associação não faz bem ou inibe o efeito dos medicamentos. Muitos farmacêuticos não se aprofundaram nesse debate com o paciente para informar segundo evidências clínicas e em relação à farmacoterapia em uso, sobre a possibilidade ou não da utilização de bebidas alcólicas durante o tratamento. A impressão geral é a de que o farmacêutico teve receio de estimular o uso de bebidas alcólicas ao fornecer informações como possibilidade de uso moderado e benefícios cardiovasculares do álcool em pequenas doses.

Em relação ao uso do tabaco, há uma tendência de que a resposta do paciente tabagista venha no sentido de indicar um processo de cessação tabágica ao invés de afirmarem serem tabagistas. Em relação a esse tema, os farmacêuticos são sempre assertivos no sentido de desestimular o uso do cigarro, oferecendo a possibilidade de encaminhamento para um serviço, dentro do hospital, que orienta e acompanha o processo de parar de fumar. Os profissionais procuram, entretanto não insistir demasiadamente nesse assunto logo na primeira consulta, com receio de criar uma barreira comunicacional com o paciente.

A investigação sobre hábitos alimentares se deu geralmente de duas maneiras. Uma delas foi uma abordagem geral, buscando detalhar horário, quantidade e tipo de alimento ingerido durante o dia, ou seja, uma avaliação inserida na rotina diária do paciente. Outra abordagem foi mais objetiva, orientada pelos problemas de saúde do paciente e focada em restrições impostas pela doença, como redução de ingestão de sódio e açúcares. Esta avaliação estabelece uma ponte para avaliação de condições clínicas como diabetes e hipertensão, na qual são discutidas estratégias de melhoria e prevenção baseadas em mudança de estilo de vida.

A avaliação de hábitos de vida traz uma reflexão sobre os fatores socioculturais responsáveis pela gênese dos agravos à saúde nos dias de hoje e da necessidade de preveni-los.

Entende-se que a gênese das “doenças da modernidade”, ou seja, condições e síndromes crônicas, como diabetes, depressão, ansiedade e obesidade tem ligação com hábitos de vida pouco saudáveis proporcionados por um modelo de sociedade que estimula de maneira mercenária um consumo patológico e culmina na superficialidade das relações humanas.

Na maioria dos países, o êxodo rural e o crescimento demográfico apinharam as cidades de pessoas criando uma disputa cada vez mais frustrante por moradia, emprego, conforto e reconhecimento social. O consumo torna-se a razão de ser dos trabalhadores que encontram no efêmero prazer da compra uma estratégia muitas vezes pouco eficiente de preencher o vazio existencial.

As grandes cidades apresentam problemas estruturais e sociais que tem se mostrado progressivamente insolúveis na mesma proporção em que crescem esses grandes centros urbanos. A poluição do ar e das águas causados pelo acúmulo de lixo doméstico e industrial predispõe ao desenvolvimento de problemas respiratórios e gastrointestinais.

A supremacia do carro, sonho de consumo que envenena o ar, contribui para a poluição sonora, para o stress, o sedentarismo e para uma estatística assustadora de mortes no trânsito. A legião interminável de miseráveis é escondida pelo estado nas periferias, encarcerados em presídios ou expostos nos becos como feridas sociais mendicantes. A delinquência, a dependência química e o alcoolismo se transformam em paliativos para o frio, a dor e a exclusão. Paralelamente A cultura do medo que faz com que as pessoas se ignorem, se escondam em casas sem rosto, de muros altos e eletrificados, que acreditem que o controle, a repressão e o extermínio praticados pelo estado são a solução para os problemas sociais (FAZEL-TABAR MALEKSHAH *et al.*, 2016).

A luta pela inclusão social em uma sociedade onde não há espaço para todos amortece a capacidade criativa, transmutando-a em força de trabalho, que é negociada segundo as vontades do mercado para maximização de lucros de elites econômicas. A desigualdade, o desemprego, a competitividade torna a convivência

uma luta de todos contra todos na qual imperam a desconfiança e a falsidade. A contraditória solidão dos grandes centros na era da comunicação e das redes sociais podem estar ligadas ao aumento da prevalência de ansiedade, depressão e toxicomania.

A utilização, pela agro e bioindústria, de tecnologia de transgenia associada ao uso de agrotóxicos e hormônios parece contribuir decisivamente para o desenvolvimento de patologias graves, como câncer, transtornos mentais, doenças respiratórias, problemas de fertilidade e malformações fetais. (PONTES TORRADO *et al.*, 2015) A alimentação humana perde pouco a pouco sua relação com a cultura de cada povo, sendo paulatinamente substituída pela supercalórica comida plastificada dos *fast-foods*. O Brasil já é o segundo país com mais obesos no mundo. A obesidade infantil castiga crianças que, desde a mais tenra idade tem sido inocentemente exposta às generosas porções de açúcares dos produtos industrializados (EL-AHMADY, EL-WAKEEL, 2016).

A noção de normalidade praticada na sociedade favorece o consumo em saúde, que faz com que a indústria farmacêutica ganhe cifras homéricas com a venda de drogas com promessa da felicidade artificial, de noites bem dormidas e de eficiência garantida para todas as idades. Entretanto a bem sucedida estratégia de medicalização dos corpos se transformou em mais uma causa de agravamento à saúde da população por conta dos problemas relacionados à farmacoterapia (RODA *et al.*, 2016).

As consequências de todos esses fatores desembocam nos centros de atenção à saúde, onde pacientes sofrem para controlar suas condições clínicas a base de uma carga de medicamentos que, ao mesmo tempo em que ajudam a prevenir e recuperar problemas graves de saúde, também se apresentam como fonte de problemas relacionados à medicamentos, levando a geração de novos danos à saúde e rombos importantes no orçamento da saúde pública do país.

Por isso, a ação educativa do farmacêutico em consultório deve, na contracorrente do consumismo em saúde, estimular o uso racional de medicamentos e também incentivar estratégias de prevenção que estimulem um estilo de vida mais saudável e equilibrado. Os principais pontos sugeridos pelo prontuário farmacêutico estão focados na avaliação do uso de álcool, tabaco e na



rotina de alimentação, que são estratégicos no cuidado ao paciente cardiovascular. Para que este profissional desenvolva ações efetivas de promoção à saúde e um cuidado centrado no paciente é importante que ele desenvolva competências comunicacionais efetivas e que esteja atento às necessidades e expectativas do paciente, tornando assim sua consulta mais humanizada e integral.

#### 5.1.5 História Clínica - Avaliação de queixa principal (QP)

Com o intuito de construir um estado situacional do paciente, o método clínico sugere que o início da investigação sobre o estado clínico deve ser realizado através de perguntas abertas, que permitam ao paciente (ou cuidador) revelar seus sintomas ou suas preocupações sem nenhum tipo de tendenciosidade sugerida pelo profissional. É importante que o profissional elenque tudo aquilo que considere, ou que seja considerado pelo paciente, um desvio da normalidade, que possa estar afetando ou que possa vir a afetar a capacidade funcional do paciente e sempre oferecer algum tipo de resposta em relação aos elementos que surgirem nesse momento. Do ponto de vista do cuidado farmacêutico o profissional elabora seu raciocínio clínico considerando a farmacoterapia do paciente, relacionando a queixa à efetividade e a segurança do tratamento utilizado e à necessidade de tratamento adicional para problema autolimitado ou não diagnosticado. A queixa principal é documentada usando-se as palavras do paciente, incluindo-se sempre a duração do sintoma.

No excerto 1.49 podemos identificar que a farmacêutica inicia a consulta com uma pergunta aberta. Essa pergunta é realizada com um tom de seriedade profissional, contrariando o tom descontraído do acolhimento e indicando a intencionalidade clínica da questão. Neste caso, como o paciente passou por um procedimento cirúrgico recentemente, o tema se orienta automaticamente para a convalescença da cirurgia, que aparentemente é a preocupação principal da cuidadora e do paciente. Nas linhas 6, 7 e 8 se verifica uma dinâmica de interrupções e falas sobrepostas que indicam que a farmacêutica não permitiu que a cuidadora relatasse os problemas até o fim.

No momento em que se coloca a possibilidade da realização de um exame físico, a cuidadora reprova essa intenção. O paciente não se manifesta, indicando que permite que a cuidadora trate das suas questões de saúde. O fato de a cuidadora negar a proposta de intervenção da farmacêutica causa visivelmente um microconflito o qual a cuidadora procura atenuar flexibilizando a negativa (linha 12) “Só dar uma olhadinha por cima”. Por isso, a farmacêutica apressadamente concorda, interrompendo a cuidadora novamente. Nota-se que a negativa da cuidadora causa um desconcerto na farmacêutica que, após uma pausa relativamente, inicia a avaliação de sintomas específicos através de perguntas fechadas.

#### Excerto 1.49. farmacêutica Amélia, paciente Bruno

1	F1: +Senhor Bruno, como que o Senhor está+?
2	P: Eu to bem graças a Deus.
3	F1: É...?
4	C: Ele ta se recuperando devagarinho.
5	F1: Ta se recuperando devagarinho?
6	C: É, num dia ruim ta mal da...=
7	F1: [Isso, que ele =]
8	C: [A gente ta fazendo curativo especial].
9	F1: ↑Ta?
10	C: Hoje ele fez uma rotina.
11	F1: Ta. (0,8) Eu quero dar uma olhadinha depois.
12	C: ↓Acho que ele não vai querer. (.) Só dar uma olhadinha por [cima assim...
13	F1: [Isso por cima]→ só não→ não, não tem
14	problema. E... (1,2) tem tido dor no pe-ito...?

Pode-se notar que o paciente não respondeu à questão aberta da farmacêutica com uma queixa, ou seja, parece não haver queixa principal, isso porque o paciente se refere ao processo de recuperação do evento cardiovascular recente (linha 2) “Eu to bem graças a Deus”. Entretanto a cuidadora busca assumir um protagonismo na consulta, revelando elementos que contradizem a resposta do paciente (linha 6). Aqui verificamos que a cuidadora busca construir uma imagem que justifique seu papel, inferindo sobre aspectos da saúde do paciente, explicitando problemas, intervenções domiciliares e prevendo ações do paciente (linha 12) “Acho que ele não vai querer”. Trata-se de um processo de construção de identidade frente ao profissional, buscando preservar seu status de cuidadora e seus conhecimentos à respeito da saúde do paciente e sobre saúde em geral.

No Excerto 1.50 a farmacêutica faz também uma pergunta aberta e o paciente responde estar bem, entretanto logo em seguida traz uma queixa direta relacionada a um descontrole da pressão, que na sequência percebe-se estar sugestivamente associada à inefetividade do tratamento. É recorrente que o fato de que os pacientes respondam a esse tipo de pergunta aberta feita pela profissional referindo-se estarem bem, mas logo em seguida apresentarem a queixa. Isso acontece, possivelmente devido à intenção de construir uma identidade de paciente pouco queixoso.

#### Excerto 1.50. farmacêutica Amélia, paciente Airton

- 1 F1: Como é que o senhor tá se sentindo seu Airton?
- 2 P: Me sinto bem né.
- 3 F1: ↑É...? =
- 4 P: ↓Há duas semanas atrás que começou a subir a pressão.
- 5 F1: ↑Subiu a pressão?
- 6 P: Começou a subir, daí eu... olhei na na receita..., na última {tava de 12 em 12}.
- 7 F1: ↑Um... +Vamos ver (.) ajustar isso aí já seu Airton pra não acontecer isso.+
- 8 P: Depois daí passou.
- 9 F1: Passou? Deixa anotar aqui. Então há duas semanas atrás (.) começou a subir a pressão. (1,0) Subiu?
- 10 E o senhor mediu? Foi no postinho? Foi na emergência? Fez o quê?
- 11 P: Eu tenho aparelho.
- 12 F1: ↑Ah... tá. Mediu em casa né?
- 13 P: Eu meço todo dia, (.) cedo, de noite.
- 14 F1: Ce-rto. E quanto que deu? Você lembra (.) o senhor lembra?
- 15 P: O quê?
- 16 F1: A pressão deu quanto?
- 17 P: A pressão alta, 18 por 8, 18 por 7.
- 18 F1: 18... por 7.
- 19 P: E no outro dia foi 19 por (.) 19 por... (.) por 7.
- 20 F1: Tá. E teve essas duas (.) esses duas vezes?
- 21 P: Depois baixou daí.
- 22 F1: Depois baixou? (.) Tá certo.
- 23 P: Já deu 15 por 6.
- 24 F1: Beleza. A gente já vai ver o medicamento. Provavelmente é alguma coisa aí do medicamento (.) sabe
- 25 seu Airton?

Da mesma forma que o paciente anterior, Airton faz referência não a um sintoma específico, mas ao problema crônico de saúde e ao processo de controle e recuperação. Esse é um diferencial da consulta farmacêutica, os pacientes tendem a apresentar a queixa principal relacionadas ao tratamento.

Na linha 3 a farmacêutica expressa uma reação positiva, mas logo em seguida o paciente relata a queixa de descontrole da pressão arterial (PA). Apesar não ter sintomas, o paciente tem o conhecimento de que sua condição não está

controlada e esse descontrole pressórico é algo que o incomoda. O tom descendente com que o paciente apresenta a queixa deixa na linha 4 reforça sua preocupação. Na linha 5 a farmacêutica faz uma questão reflexiva sugerindo que o paciente explique melhor o que aconteceu “Subiu a pressão?”. Em seguida o paciente associa o problema com algo relacionado ao medicamento linha 6 “Começou a subir, daí eu... olhei na receita”, ou seja, o paciente indica que parece haver algum problema com relação aos medicamentos que deveriam estar controlando sua pressão.

Na linha 24 a farmacêutica concorda com a sugestão do paciente e oferece uma perspectiva sobre o que será feito para resolver o problema “A gente já vai ver o medicamento. Provavelmente é alguma coisa aí do medicamento (.).”. O tom de voz da farmacêutica comunica atenção com relação ao problema apresentado, o que faz com o paciente sinta siga apresentando suas queixas sem nenhum tipo de barreira.

Ainda na mesma consulta, logo na sequência que foi apresentado no excerto 1.50, a farmacêutica segue investigando outras queixas que o paciente queira acrescentar (Excerto 1.51)

No excerto 1.51 observamos que quando a farmacêutica deu a oportunidade de o paciente continuar seu relato (linha 1) “Alguma outra queixa, dor?”, foi o momento no qual surgiu o relato de um sintoma que importante. Como o assunto diz respeito a elementos pessoais e emocionais, o paciente precisou se sentir bem acolhido para expor com sinceridade problemas de ordem pessoal que acabam gerando seu problema de insônia. Ainda assim, o paciente não o expressa diretamente, mas oferece pistas, com pausas e oscilações (linha 2) “ Não. (1,5) Só... (.) sistema nervoso mesmo”. Essas pausas na fala do paciente revelam que há certa dificuldade em expressar esses sintomas.

Quando a farmacêutica pergunta sobre a insônia, o paciente revela não conhecer esse termo técnico e a explicação vem na forma de uma pergunta (linha 7) “Consegue dormir ou não?” A resposta do paciente insere o medicamento, o que faz com que a farmacêutica inicie um processo de avaliação da farmacoterapia relacionada à queixa. O paciente não é capaz de identificar o nome do medicamento, entretanto, a pergunta da farmacêutica na linha 11 “Passiflora um

por (.) um antes de dormir. E o senhor acha que ele ajuda? Tá dormindo bem? Como é que tá?” já aborda o nome do medicamento, a posologia e a efetividade. A resposta do paciente é reticente e com tom de desânimo, apontando para o fato de que, na verdade, não está satisfeito com o resultado da terapia (linha 13) “É... Ele... ele as vezes (.) melhora um pouco”.

#### Excerto 1.51. farmacêutica Amélia, paciente Airton

- 1 F1: E (.) o que mais o senhor tá sentindo? Alguma outra que-ixa, do-r?
- 2 P: ↓Não (1,5) Só... (.) sistema nervoso mesmo.
- 3 F1: Sistema nervoso? Tá com insônia ainda, não?
- 4 P: Oi?
- 5 F1: ↑Insônia?
- 6 P: ↓O que é insônia?=-
- 7 F1: Consegue dormir ou não?
- 8 P: Tomando {meio} (.) calmante né.
- 9 F1: Qual que é? o Passiflora?
- 10 P: Não sei. (...)
- 11 F1: Tá. Então, vamo lá, Passiflora um por (.) um antes de dormir. E o senhor acha que ajuda? Tá dormindo
- 12 bem? como é que tá?
- 13 P: ↓É...Ele... ele as vez (.)↓melhora um pouco.
- 14 F1: Melhora?
- 15 P: Acalma.
- 16 F1: É...? O senhor tá. + O senhor anda muito estressado, seu Airton?+ ((fala com tonalidade afetiva))
- 17 P: ↓Eu tenho um probleminhas sempre né, ^isso que deixa nervoso^. (2,0) Porque se... tiver tudo normal
- 18 não tiver nada né assim, eu fico bem, como tá hoje né (.) é tranquilo, mas se eu ficar nervoso com qualquer
- 19 coisa do contra.
- 20 F1: É...Engrac (.) e a...=
- 21 P: Eu tenho uma filha que judia muito também. ↓Nossa, como essa menina tem me judiado.
- 22 F1: É...? (2,0) Ah... seu Airto, ↑ tem que tentar se controlar.
- 23 P: Tentar me controlar né.
- 24 F1: É. ^Eu sei bem como é que é^

Por fim, a farmacêutica busca discutir a gênese dos sintomas (linha 16) “É.... o senhor tá (.) o senhor anda muito estressado seu Airton?”. O tom de acolhedor e cuidadoso, cria uma maior familiaridade entre os interlocutores o que estimula o paciente a expor um problema familiar que está causando a insônia. Percebe-se que há uma dificuldade na realização da pergunta sobre sintomas de ordem psicológica ou social. Pausas, reticências, prolongamento das palavras indicam que a farmacêutica busca a melhor maneira de abordar o tema com o paciente.

Na linha 22 a farmacêutica comenta que o paciente precisa se controlar, mas logo em seguida busca desenvolver uma atitude mais empática em relação ao

problema do paciente (linha 24) “É. Eu sei bem como é que é.” No decorrer da consulta percebe-se a associação entre o stress familiar, a insônia e a elevação da pressão arterial, que foi a primeira queixa apresentada pelo paciente. Em resumo, o problema não estava realmente relacionado à inefetividade da farmacoterapia anti-hipertensiva, mas a problemas familiares do paciente. O uso do calmante fitoterápico é uma estratégia para melhorar os sintomas de insônia do paciente e, conseqüentemente melhorar sintomas de ansiedade e, indiretamente, o aumento da pressão arterial.

A queixa do paciente pode gerar um processo de medicalização se o farmacêutico desenvolver uma análise tecnicista, ou seja, associar aumento da PA exclusivamente a uma inefetividade da terapia calmante e desconsiderar variáveis não farmacológicas. A decisão por estratégias farmacológicas ou não farmacológicas normalmente consideram a gravidade do sintoma e o risco associado, bem como as preferências do paciente.

Percebe-se que, na avaliação da queixa principal da farmacêutica Amélia, há a preocupação em dar tempo para o paciente se expressar, sem tentar construir hipóteses clínicas antes de o paciente deixar bem claro qual é o tipo de problema. Ou seja, a farmacêutica soube ouvir ativamente as queixas do paciente, sem interrupções ou afobamentos. Também houveram sinais de que a profissional desenvolveu empatia pelo paciente, o que pode melhorar a relação de confiança entre eles.

No excerto 1.52, vemos um exemplo no qual o farmacêutico se mostra impaciente com o discurso do paciente, dando sempre alguma explicação ou perguntando detalhes sobre a queixa, antes que o paciente expresse com clareza aquilo que está sentindo. Outra característica importante é que o farmacêutico faz a investigação da queixa principal apenas após 30 minutos de consulta. Por isso, durante a coleta de dados muitas questões já foram abordadas, porém não houve objetividade, tampouco organização e resolutividade (Excerto 1.52).

Quando o farmacêutico encerra a avaliação do perfil do paciente, ele inquiri sobre a queixa principal de uma maneira sistemática (linha 1) “Então eu vou perguntar pro senhor (.) Como é que estão as coisas em relação à sua saúde. O que você tem de queixa pra mim?”. Isso faz parecer que o profissional tem pouca

prática clínica, tornando o diálogo mais sistemático e carecendo de naturalidade. Quando o paciente tenta construir uma narrativa é interrompido várias vezes pelo farmacêutico (linha 4 e linha 6). O farmacêutico direciona o raciocínio do paciente (linha 4) “Você me falou da do-r”. O farmacêutico continua interrompendo a fala do paciente (linha 10 e linha 14). Quando o paciente consegue descrever o sintoma em seu turno, o farmacêutico pergunta sobre a existência de outras queixas (linha 21) “Tá (.) Tá. (2,0) tem alguma outra queixa?”.

#### Excerto 1.52. farmacêutico Arnaldo, paciente Enzo

1 F1: Então eu vou perguntar pro senhor (.) como é que estão as coisas em relação à sua saúde. O que  
2 você tem de queixa pra mim?  
3 P: É que nem=  
4 F1: Que você falou da do-r=  
5 P: Sim, o meu problema é aquilo que eu falei pro doutor=  
6 F1: Pra deitar=  
7 P: Só que essa dor não é de agora. (.) Tá entendendo?  
8 F1: É antiga  
9 P: Já é antigo, já vem, chegou nesse patamar [no caso com essa dor.]=  
10 F1: [Quanto tempo?]  
11 P: Ah... já faz é... porque que nem eu falei pro doutor, eu sempre trabalhei, eu nunca parei. Trabalhei  
12 muito em {escritório} uma época depois né (.) Mas aí... depois comecei no serviço pesado aí né (.) não  
13 sei por que que =.  
14 F1: Então uns 5 anos, 10 anos, 20 anos?  
15 P: Ah... Mais ou menos uns 15, 20 anos. (.)↑E fora em casa, que eu não posso ver sujeira, não sei por  
16 que isso, não posso ver nada sujo. O tempo inteiro eu tenho que estar limpando, o teto, o canto,  
17 entende? (2,0) Só que como eu falei entende, eu tenho (.) eu sinto um cansaço muito grande. Que nem  
18 agora eu vou chegar em casa, tomar a medicação, muito calmo, mas depois ↑já. Entende? Eu não  
19 posso por um travesseirinho, eu tenho dor aqui assim, sabe? Eu não sei se é problema na coluna (.) de  
20 crista, por exemplo.  
21 F1: Tá. (.) tá. (2,0) ↑Tem alguma outra queixa?  
22 P: Não. Assim pra=  
23 F1: Pra ir no banheiro...  
24 P: Não não.  
25 F1: Tá beleza?  
26 P: Olha, assim, no banheiro, no caso (.) tudo que eu como já me dá disenteria.

Nota-se que na linha 19 e 20 o paciente faz uma atribuição relacionada ao sintoma, mas essa atribuição não é considerada pelo farmacêutico (linhas 19 e 20) “Eu não sei se é problema na coluna (.) de crista, por exemplo”.

A atribuição é um fenômeno interacional no qual o paciente, durante uma consulta com profissional de saúde, realiza uma exposição de um sintoma ou um problema de saúde e lhe atribui uma causa específica. Consideramos que, quando um paciente realiza uma atribuição ele pretende, muito do mais do que externar uma crença ou uma experiência, sinalizar seu interlocutor sobre uma hipótese que

deve ser avaliada, uma opinião que deve ser levada em conta pelo profissional que está realizando o cuidado. A atribuição se transforma, além disso, em uma pista clínica para o desenvolvimento da avaliação do profissional (OSTERMANN, SOUZA, 2009).

Após ser perguntado sobre outras queixas o paciente busca desenvolver uma narrativa, mas novamente é interrompido pelo farmacêutico, que torna a avaliação fechada (linha 23) “Pra ir no banheiro...”. Como consequência o paciente acaba por queixar-se de uma disenteria. Neste caso, a avaliação da queixa principal do paciente acabou se confundindo com uma avaliação por sistemas.

Pode-se concluir que, durante a avaliação da queixa principal, a interrupção da farmacêutica pode piorar o processo de coleta de informações. Quando o paciente tem liberdade para expressar essa queixa, normalmente esse discurso não é exageradamente longo a ponto de prejudicar o andamento normal da consulta. Sendo assim, uma falha comunicacional importante observada nas consultas farmacêuticas pode estar relacionada com a incapacidade de conduzir a avaliação da queixa principal, interrompendo o paciente e fazendo perguntas antes que ele consiga desenvolver seu raciocínio.

No próximo excerto (excerto 1.53) o paciente parece buscar construir uma identidade de independência, expondo e preservando seus conhecimentos em saúde. Por isso utiliza termos técnicos durante a descrição dos seus problemas.

Outra questão está relacionada com a busca da inversão de assimetria por parte do paciente. Os farmacêuticos em geral buscam, através das ações comunicacionais, negociar e reduzir a assimetria natural da relação profissional-paciente com intenção de desconstruir o paternalismo em saúde e estabelecer uma relação mais horizontal e cooperativa entre os atores do processo de cuidado. Entretanto, algumas vezes, a depender da postura do paciente e das habilidades comunicacionais do farmacêutico, essa assimetria se inverte. Quando isso acontece não é mais o profissional aquele que guia o processo de atendimento, mas o paciente. Quando isso acontece a consulta normalmente se torna desestruturada, desorganizada e ineficiente.

Neste caso, o paciente expõe o fato de que está sendo cuidado por uma equipe de médicos especialistas (linhas 10 e 12) “Mas estamos procurando



soluções”. A frase na primeira pessoa do plural reforça uma postura medicocentrista do paciente, pois esse “nós” não considera o farmacêutico nessa equipe de cuidado. Isso traz um debate importante em torno da diferença de status que existe entre o médico e o farmacêutico nos serviços de saúde.

A farmacêutica não interfere no discurso do paciente o qual acaba direcionando o tema para o processo de uso de medicamentos, sempre citando as especialidades médicas e buscando, de maneira objetiva, provar ser uma paciente aderente à farmacoterapia (Excerto 1.53).

#### Excerto 1.53. farmacêutica Júlia, paciente Edson

- |    |  |
|----|--|
| 1  | F1: Como o senhor tem <u>sentido</u> ? (1,0) Como o senhor está atualmente?                                |
| 2  | P: ↑Olha (0,7) disso aqui está tudo bem ((fazendo referência à endocrinologia)), +só que vem               |
| 3  | aparecendo mais coisas né+. Há uns três anos atrás eu tive um <u>aneurisma aí</u> .                        |
| 5  | F1: uhum.  |
| 6  | P: Tive que colocar uma endoprótese.   |
| 7  | F1: Há três anos?  |
| 8  | P: É... Depois apareceu na perna aí uma, uma artéria (2,5) <u>entupida</u> .                               |
| 9  | F1: Uhum...  |
| 10 | P: Mas estamos procurando... (3,0)   |
| 11 | F1: Pode falar.  |
| 12 | P: Procurando... soluções, né. (2,0)   |
| 13 | F1: Tá (1,0) ((barulho de quem está manipulando papel))  |
| 14 | P: +A medicação que eu tenho (.) pelo cardiologista, pela endócrino e... (.) e pela anticoagulação (.), tá |
| 15 | aqui.+   |
| 16 | F1: Uhum. (.) Tá.  |
| 17 | P: Esse aqui eu não tomo regularmente, porque ele (.) é um diurético, né. Então... Só quando (1,0) for     |
| 18 | muito (.) problema aí que eu vejo que...= ((paciente fala bem lentamente, com as palavras bem              |
| 19 | marcadas))   |

Alguns farmacêuticos simplesmente não realizavam avaliação da queixa principal do paciente, como no exemplo a seguir. A farmacêutica seguiu todo os pontos do formulário, mas deu atenção especial para a revisão da farmacoterapia. Durante a consulta, entretanto, o paciente reclamou muitas vezes de dores na região da coluna, que foram avaliadas superficialmente, sem a realização da história da doença atual (excerto 1.54).

Foram adicionados neste Excerto 1.54 quatro momentos da consulta nos quais o paciente busca expor sua queixa principal, ainda que não tenha sido consultado sobre ela. Percebe-se que nesses 4 momentos a farmacêutica termina por redirecionar o diálogo para outro assunto, sem dar a devida importância e sem

dar um retorno ao paciente a respeito de sua queixa (linha 10) “E o senhor hoje vive da renda do que?”. (Linha 17) “Seu Bernardo, me conta uma coisa, como é a alimentação do senhor?”. (Linha 26) “Entendi. Então tá bom. Vamos ver como está essa pressão então”. (linha 34) “E o senhor deixa de tomar quando está mais descuida-do, assim, de si?”. Em todos os casos o paciente reclamava da dor na coluna. O paciente nas linhas 24 e 25 reclama da dor nas costas e relata que o problema da pressão e do coração não o incomodam. Utiliza uma expressão de humor em seguida (linha 25) “Venho até aqui de a pé (rs)”. O humor aqui é utilizado como uma estratégia para expor elementos que causam desconforto psíquico.

Ainda nas linhas 31, 32 e 33 o paciente tenta convencer novamente a farmacêutica de que seu único incômodo em relação à saúde é a dor nas costas. Utiliza para tanto uma expressão popular (linha 32 e 33) “não é que eu esteja comprando a dinheiro e vendendo fiado”, que indica que ele está realmente dizendo a verdade sobre seu sintoma e não fingindo estar doente.

Neste caso do excerto 1.54 houve uma questão comunicacional que pode estar relacionada inicialmente a inabilidade da profissional em exercitar a escuta ativa. Outra questão pode estar relacionada ao fato de a farmacêutica poder ter se sentido inapta a avaliar a dor do paciente, considerando-se que era resultado de um trauma antigo que o paciente sofreu. Ainda, a farmacêutica pode considerar que não há intervenção capaz de melhorar as dores do paciente e que a avaliação desse ponto seria perda de tempo na consulta. Por fim, a profissional ofereceu uma proposta de intervenção, indicando que faria uma carta de encaminhamento ao médico, entretanto continuou se fornecer nenhum parecer profissional sobre o significado da dor e a expectativa de tratamento durante toda a consulta, que durou, especificamente 1 hora e 48 minutos.

As sucessivas quebras de linearidade do diálogo pode indicar que o processo interacional não foi eficiente no sentido de alinhar objetivos e desenvolvimento de tarefas. Enquanto o paciente insistia em apresentar um sintoma que esperava que fosse analisado durante o processo de cuidado, a farmacêutica seguiu as etapas sugeridas pelo formulário farmacêutico, gerando uma consulta inflexível e centrada no formulário ao invés de centrada no paciente.

## Excerto 1.54. farmacêutica Pietra, paciente Bernardo T

1 P: Não posso picar lenha, não posso trabalhar. ((3min13s))  
2 C: E se ele forçar, ele=  
3 F1: Aonde que dói?  
4 P: **Nas [cadeiras.]**  
5 C: [Nas quebras] dele.  
6 F1: Entendi.  
7 P: A quebra me quebrou a coluna daqui pra cima.  
8 F1: Dói muito?  
9 P: ↑Até o pescoço chega a me doer.  
10 F1: E o senhor hoje vive da renda do que?  
12 (...)  
13 P: Uh. Que ver eu tá alegre é eu ter alguma coisa pra eu mecher. Mas pesado eu não posso.  
14 ((11min51s))  
15 F1: Não, pesado não. Faz mal mesmo se forçar. Faz mal né (.) Do jeito que o senhor tá.  
16 P: **Me quebrou as cadeira, os osso da bacia, tudo.**  
17 F1: Seu Bernarndo me conta uma coisa, como é a alimentação do senhor?  
18 (...)  
19 F1: não. Não sente falta de ar nem nada. ((30min17s))  
20 P: Nã-o  
21 C: Agora pra caminhar ligeiro na subida, daí ele tem que (.) não pode caminhar. Tem que ir no  
22 tranquinho, pra não apurar né.  
23 F1: mas se te (.) se doe=  
24 P: **Sinto uma dor nas cadeira.** Eu não aguento só de caminhar longe. Por causa da **dor nas cadeira.**  
25 **Do coração e da pressão eu aguento.** Venho até aqui de a pé (rs)  
26 F1: entendi. Então tá bom. Vamos ver como é que tá essa pressão então.  
27 (...)  
28 F1: Toma? Quando o senhor se sente bem, deixa de tomar porque tá bem? ((37min57s))  
29 P: Não.Tomo do mesmo jeit=  
30 F1: E quando se sente mal?  
31 P: Do mesmo jeito eu tomo. **Me sentir mal só de dor nas cadeiras.** Do contrário eu só sofro disso sabe.  
32 Eu não tenho mais nada. Desse eu posso te dizer, na verdade. Não é que eu esteja comprando e  
33 vendendo... comprando a dinheiro e vendendo fiado. Não.  
34 F1: E o senhor deixa de tomar quando tá mais descuida-do, assim, de si?

No Excerto 1.55 tomaremos de exemplo um caso no qual a farmacêutica inicia a avaliação clínica do paciente pela revisão da farmacoterapia, passando em seguida para avaliação de exames específicos das patologias de base do paciente, ou seja, não inicia a avaliação pela queixa principal do paciente. Em determinado momento da consulta, passados já mais de 15 minutos, a farmacêutica executa a avaliação de sintomas específicos ligados ao histórico de infarto agudo do miocárdio. Entretanto, quando a farmacêutica oferece uma pausa de 5 segundos (linha3) de silêncio o paciente irrompe com a queixa principal, que vinha sendo negligenciada.

Na linha 4 o paciente é categórico ao afirmar que há um outro problema, o qual a farmacêutica não está avaliando e que é muito preocupante: “O meu problema é outro” “Tem problema pior do que esse”. Inclusive, no fim da frase o

paciente ri. Esse sorriso parece ganhar uma conotação de preocupação ou ironia, que reveste de gravidade a mensagem verbal transmitida.

#### Excerto 1.55. farmacêutica Luana, paciente Edu S

- 1 F1: Está se sentindo mais cansa-do → seu Edu S, ou não? Normal? ((17min36s))  
2 P: Não, só quando eu subo assim. Fazendo as co-isas e trabalhan-do não sinto nada.  
3 F1: Uhum. (5,0)  
4 P: +O meu problema é outro → coração eu não queria nem... (0,7) Tem problema pior do que esse (rs).  
5 F1: Pois é, por isso que é superimportante=  
6 P: Mas...=  
7 F1: O tratamento [do senhor, seu Edu S.]  
8 P: [não quiseram fazer aqui], diz que não pode mais, né.  
9 F1: Uhum. (1,0)  
10 P: O meu problema tá no estô → na barriga. (2,0) Eu sinto uma dor uma... grande aqui que, todo dia.  
11 Tem dia que eu nem durmo direito.  
12 F2: +Como que é essa dor? Essa dor aí?+  
13 P: ↑Eu falo, deve ser intestino → eu falei se não é câncer no intestino não.  
14 F2: Faz quanto tempo que ta isso?  
15 P: ↑Dói assim ó. Eu faço... a necessidade, só (.) aquela fezes preta e fedida. Eu falei várias vezes aqui,  
16 mas falou → Ah → agora, antigamente, podia fazer os exames..., fazer → agora diz que não pode mais,  
17 tem que pedir pelo postinho. Tá triste (rs)  
18 F2: Não sabe o que que é=  
19 P: Então, eu vou... ↓morrer desse troço se pedir pelo postinho.  
20 F2: Seu Edu S está sentindo isso desde quando?  
21 P: Isso é que me incomoda, o coração não estou nem aí (rs)  
22 F2: É, desde quando faz que o [senhor está sentindo?]  
23 P: [↑Ah, faz muito tempo] já.  
24 F2: É? (.) Tipo um ano?  
25 P: Por aí.

Inicialmente a profissional não captou essa gravidade pois insiste no discurso de que o tratamento cardíaco é importante. A insistência do paciente se nota através das interrupções e das falas sobrepostas nos próximos turnos, trazendo enfim, no enunciado das linhas 10 e 11, a atenção do profissional para o sintoma.

Percebe-se a significância dos sintomas relatados através da ênfase que o paciente faz em relação à dor “eu sinto uma dor uma... grande aqui. Todo dia.” Na sequência o farmacêutico que acompanha a consulta busca protagonizar a avaliação do sintoma, sinalizando ao farmacêutico 1 a importância dessa queixa. O paciente faz uma atribuição clínica ao seu sintoma (linha 13) “Eu falo, deve ser intestino → eu falei se não é câncer no intestino não”. Essa atribuição expressa a preocupação do paciente e também o sentimento de descaso do sistema de saúde

em relação ao seu problema (linha 19) “Eu vou morrer desse troço se pedir pelo postinho.

Muitas vezes, o farmacêutico se prendeu ao tema da adesão e efetividade da terapia de base, quando na verdade o paciente está interessado em discutir outros aspectos do seu tratamento e da sua saúde. Não importa o quão incisivo o profissional for em relação à importância de usar corretamente os medicamentos, se o paciente não estiver convencido dessa importância, a intervenção não será efetiva. No caso deste paciente, a partir do momento no qual ele expõe sua preocupação, a consulta muda de direcionamento. Surge um sinal de urgência, que precisa ser priorizado. Ficou claro que, todo o tempo da consulta anterior a exposição do paciente significou perda de tempo. Isso indica que, a investigação da queixa principal precisa ser realizada antes e ser priorizada em relação à avaliação de problemas diagnosticado e da farmacoterapia, a não ser em casos muito específicos.

Podemos notar no próximo excerto (1.56), no qual a farmacêutica inicia a consulta, logo após a apresentação do serviço, com uma questão aberta, através da qual foi possível identificar a queixa principal da paciente. A queixa, por sua vez, se mostrou estar diretamente relacionada com uma questão específica de uso de medicamento. A paciente desenvolve livremente seu raciocínio enquanto que a farmacêutica desenvolve uma comunicação suporte, com questões de facilitação e reflexão que orientam esse raciocínio. (Excerto 1.56)

A farmacêutica inicia a consulta perguntando como a paciente está se sentindo, imprimindo um caráter clínico à pergunta. A paciente inicia sinalizando estar bem, porém logo expõe um sintoma de dores no corpo (linha 4) “Eu tenho dor no corpo”. A paciente realiza uma atribuição relacionada à possível gênese dos sintomas (linha 8) “as vezes pode ser por causa do nervo ou por causa da pressão”. Esse enunciado busca transmitir uma mensagem subliminar, oferecendo pistas para a farmacêutica, pois logo em seguida, na linha 10 reafirma a questão do nervosismo como possível causa das dores “Assim, mais quando eu estou nervosa”.

## Excerto 1.56, farmacêutica Wanda, paciente Janaína

- 1 F1: Como que a senhora está se sentindo dona Janaína? Ta tudo bem?  
2 P: ↑Hoje?  
3 F1: Ho-je, nesses últimos dias, como é que tem passado?=  
4 P: Eu to até bem. As vez → eu tenho dor no corpo, muito é...  
5 F1: Dor no corpo?  
6 P: Dor, ↑No corpo assim, geralmente nas mãos, nos braços  
7 F1: Tá (.) On=  
8 P: não sei se é por causa do → as vezes pode ser por causa do nervo ou por causa da pressão  
9 F1: A senhora sente essa dor no corpo (.) com que frequência, normalmente dona Janaína?  
10 P: (0,7) Assim, mais quando estou nervosa ou...=  
11 F1: Mais quando ta nervosa? (.) É mais associado ao nervoso né?  
12 P: (0,5) Eu tomo a sertralina também, mas eh... ultimamen → eu... (1,0) eu me acabou a sertralina, eu  
13 tenho que mandar fazer e... (1,5)  
14 F1: E também não mandou, é isso?  
15 P: É isso aí, rrs, é isso aí.  
16 F1: É? (XX)=  
17 P: Não, é que eu... tô esperando meu... meu marido receber, pra depois eu comprar  
18 F1: Esperar ne. E a senhora tem se sentindo, depois que passou a sertralina. (.)↑Depois que parou de  
19 tomar. E a senhora tem se sentido pior? → sentiu que deu uma baqueada?  
20 P: É...  
21 F1:[É né...?]  
22 P: [Baqueia, baqueia].

Na linha 11 a farmacêutica utiliza uma questão reflexiva “É mais associado ao nervoso né?”. Já na linha 12 a paciente expõe, vacilante, o fato de ter deixado de tomar a sertralina “mas eh... ultimamente → eu (1,0) eu me acabou a sertralina, eu tenho que mandar fazer e... (1,5)”. Surge então uma nova variável no tema, que é a questão da dificuldade econômica como fonte do problema (linha 17) “ Não, é que eu... tô esperando meu... meu marido receber, pra depois eu comprar”. A habilidade comunicacional da farmacêutica, exercitando a escuta ativa e a comunicação suporte permitiu identificar e esclarecer a queixa principal associada a um problema da farmacoterapia gerado pela dificuldade de adesão.

A profissional busca conduzir a avaliação sem constranger a paciente (linhas 18 e 19) inferindo sobre consequências previsíveis da falta do medicamento, mas fazendo-o de maneira empática “Depois que parou de tomar. E a senhora tem sentido pior? → sentiu que deu uma baqueada?”.

Apesar de objetivar a avaliação e o acompanhamento do uso dos medicamentos, é preciso desconstruir a ideia intuitiva de que o cuidado farmacêutico tem o foco nos medicamentos. A consulta farmacêutica tem como objeto central o paciente, suas expectativas e necessidades em saúde.

No excerto 1.57 verificamos a importância da construção de uma relação de confiança entre profissional e paciente e da escuta ativa enquanto competência comunicacional imprescindível para essa construção. Na linha 3 a paciente interrompe a farmacêutica e inicia um discurso com a presença de muitas pausas, indicando que há uma certa dificuldade em sua elaboração. Na linha 5 a paciente afirma “você ta me escutando né o que eu quero falar”. Ser ouvida, sem interrupções é um fator importante para a paciente, pois, segundo ela, na família os parentes não deixam ela terminar um raciocínio e a interrompem com frequência. A farmacêutica suspeita que o AVC tenha prejudicado fluência na produção do discurso da paciente e pergunta na linha 14 “Depois que a senhora teve o AVC, (.) ficou mais difícil para concluir as ideias? Tipo pra falar pra se expressar né”

#### Excerto 1.57. farmacêutica Wanda, paciente Janaína

1 F1: É... Claro que sim ne? E se preocupa também ne dona Janaína não tem como não→ mas isso é  
2 normal, tá? E... voltando=  
3 P: E as vezes (.) E as vezes a gente (.) sabe o problema sabe o que que é? As vezes é... que a gente....  
4 eu tenho essa... que eu tive um infar (.) eu tive um AVC (0,7) Eu tive AVC. (.) então.... o problema meu é  
5 depressão → Vamos supor você está → você ta me escutando né o que eu quero falar.  
6 F1: Claro.  
7 P: Agora tem gente, da família da gente com a gente, ou parente mesmo, que a gente, a gente não... a  
8 gente não tem (.) |↑quer falar alguma coisa (.) começa falar a pessoa já toma (.) já interrompe a gente, a  
9 gente quer falar ou uma coisa... (.) ou uma coisa boa ou qualquer coisa que ta pensan-do (.) a pessoa  
10 corta no meio do caminho|, daí a gente fica nervosa, irritada com aquilo ali, então espere a gente falar o  
11 que tem que falar para depois.... responder pra gente. É essa minha (XX).  
12 F1: não tem paciência né?  
13 P: É, é isso ai  
14 F1: Ta. E (.) depois que a senhora teve o AVC, (.) ficou mais difícil pra concluir ideias? tipo pra falar pra  
15 se expressar ne?  
16 P: É. {tudo tudo}.  
17 F1: Mas tá=  
18 P: Eu to me (.) Eu tô me tratando também.

Percebe-se que o ritmo de voz da farmacêutica é tranquilo, o que passa uma mensagem de compreensão em relação aos problemas apresentados pela paciente, sem julgamento e demonstrando interesse em ajudar.

No próximo excerto (1.58) vamos perceber que a farmacêutica não investiga queixa principal do paciente e acaba por realizar uma transposição, da avaliação de estilo de vida, diretamente para avaliação dos problemas diagnosticados, utilizando para tanto, perguntas fechadas e sugestivas linha 6

“Então no geral o senhor tem se sentido bem?” e linha 8 “Não sente mais falta de ar, dorme bem também?”. O paciente limita-se a concordar com as afirmações da farmacêutica e não teve a oportunidade de colocar suas preocupações em relação à saúde.

#### Excerto 1.58. farmacêutica Samanta, paciente Anderson F

- |    |  |
|----|--|
| 1  | F1: Faz quanto tempo que o senhor tá praticando essa caminhada?  |
| 2  | P: Essa caminhada faz... acho que <u>três meses</u> agora. Eu tinha dado uma parada, eu tava com muita dor |
| 3  | na coluna, ↑daí deu uma melhorada.   |
| 4  | F1: Tomou algum medicamento, fez fisioterapia, alguma coisa?   |
| 5  | (...)  |
| 6  | F1: Tá joia. Então no geral o senhor tem se sentido bem?   |
| 7  | P: Bem, bem.   |
| 8  | F1: Não sente mais falta de ar, dorme bem também?  |
| 9  | P: Dormindo bem também. Tudo bem.  |
| 10 | F1: E a sua pressão? O senhor tem medido assim?  |

De maneira geral, se observou que os farmacêuticos que investigam com maiores detalhes o perfil do paciente, antes iniciar a avaliação dos problemas de saúde e queixas, acabam por não realizar a avaliação da queixa principal. Isso acontece, provavelmente porque durante a avaliação inicial do perfil do paciente, muitos pacientes já expõem algumas queixas que normalmente estão relacionadas a pontos específicos, tais como dificuldade para realização de atividade física e limitação laboral. Entretanto, como se trata do momento de coleta de dados do perfil do paciente, os farmacêuticos menos experientes não avaliam adequadamente essas queixas.

Percebeu-se durante as avaliações que alguns farmacêuticos desenvolviam as etapas do método clínico de maneira mais natural e fluida, estando atentos às falas dos pacientes e orientando a consulta no sentido de desenvolver tarefas que eram esperadas por ambas as partes. Outros farmacêuticos tiveram mais dificuldade em orientar o processo de atendimento, gerando problemas de entendimento mútuo e tornando a consulta mais demorada e menos resolutiva. Essa discrepância de comportamento pode estar relacionada com o nível de experiência clínica do farmacêutico. Farmacêuticos mais experientes, fazem a consulta com maior naturalidade, despreendendo-se por vezes dos passos sugeridos pelo prontuário e dando maior importância para elementos



centrais da consulta, como a queixa principal. Uma avaliação adequada da queixa principal do paciente pode favorecer à construção de uma relação de confiança entre profissional e paciente e tornar a consulta mais objetiva e resolutiva, principalmente nas consultas iniciais.

Pode-se observar que o farmacêutico, de modo geral busca estabelecer uma relação com o paciente no sentido de reduzir a assimetria da relação, revelando, além disso uma intencionalidade que busca humanizar o processo de atendimento. Práticas interacionais reveladas através da microanálise de conversa podem indicar aspectos macroestruturais do episódio de cuidado farmacêutico (PILNICK, 1998). Consideramos portanto, através das análises da avaliação da queixa principal, que a consulta farmacêutica parece buscar desenvolver práticas concretas de humanização do processo de cuidado e que essa intencionalidade fica, muitas vezes limitada à pouca experiência clínica do profissional farmacêutico com a prática do cuidado, associado à lacuna do processo de formação acadêmica no sentido de desenvolver competências comunicacionais para o desenvolvimento de práticas de cuidado centradas no paciente.

#### 5.1.6 História Clínica – Avaliação da história da doença atual e história médica pregressa

A avaliação de sintomas através da história da doença atual é essencial para que o farmacêutico consiga avaliar a queixa do paciente e decidir como proceder em relação a ela. A história da doença atual é um termo usado para identificar um método de avaliação de sintomas, que considera os seguintes fatores relacionados: tempo, localização, característica, gravidade, ambiente, fatores que agravam ou aliviam e sintomas associados.

Através de uma HDA bem feita pode-se chegar a um diagnóstico farmacêutico, que é essencialmente diferente do diagnóstico médico. No caso da avaliação farmacêutica, esse diagnóstico consiste em identificar primeiramente a gravidade do sintoma.

Considerando-se uma série de sinais de alerta, o farmacêutico precisa identificar se o sintoma é um problema menor e autolimitado ou um problema de saúde mais importante que necessita de diagnóstico médico. Muitas vezes os sinais de alerta podem gerar um encaminhamento diretamente para serviços de urgência ou emergência.

Outra possibilidade é que o sintoma esteja relacionado à um problema de saúde já diagnosticado, indicando, muitas vezes, progressão ou descompensação da patologia. Também, os sintomas ou sinais de descompensação e descontrole das doenças podem estar relacionados diretamente com problemas relacionados à medicamentos. A identificação dos problemas relacionados à medicamento é um outro tipo de diagnóstico farmacêutico.

O medicamento responsável por controlar a patologia do paciente pode não estar sendo efetivo. Isso pode acontecer, porque a escolha do medicamento não foi a mais adequada, porque a dose não está correta, ou porque o paciente não está usando corretamente a medicação. Também há a possibilidade de que apenas um medicamento não esteja sendo suficiente para controlar o problema do paciente, podendo ser necessário a adição de um outro medicamento à farmacoterapia ou eventualmente substituir esse medicamento por outro, a depender do que indiquem as diretrizes terapêuticas.

Ainda, o sintoma pode estar relacionado com o efeito dos medicamentos que o paciente está tomando. Isso pode se dar através da manifestação de um evento adverso qualquer ou mesmo por uma intoxicação medicamentosa.

Via de regra, todo sintoma trazido pelo paciente, principalmente aquele identificado como queixa principal é avaliado com cuidado através da história da doença atual para diferenciar um problema menor de um problema que necessite encaminhamento e para identificar problemas relacionados à farmacoterapia.

Condições clínicas já diagnosticadas precisam ser avaliadas também com base em exames laboratoriais e sinais específicos. Doença arterial coronariana (DAC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), são condições que normalmente estão presentes nos pacientes atendidos pelo ambulatório onde este trabalho foi desenvolvido. Essas condições sempre são

avaliadas, segundo exames laboratoriais como hemoglobina glicada (HbA1C) no DM, sinais como a medida da pressão arterial na HAS e sintomas como presença de dor retroesternal para DAC.

De acordo com as nossas análises os farmacêuticos, em sua maioria, partem inicialmente da avaliação dos problemas de saúde do paciente para depois fazer correspondência com a avaliação do histórico de medicamentos, assim como está sugerido pelo prontuário farmacêutico.

Em alguns casos, entretanto, a avaliação se inicia pelos medicamentos do paciente, para depois fazer a correlação com os sintomas e problemas de saúde. Nesses casos, a avaliação da HDA e da HMP normalmente se dão concomitantemente à avaliação da farmacoterapia. Essa preferência por avaliar inicialmente a história de medicação pode ter relação com o processo de agendamento e apresentação do serviço, onde se explicitam os objetivos da consulta, dando ênfase ao fato de que a consulta tem o objetivo de avaliar os medicamentos em uso. Por isso, alguns pacientes já se adiantam em apresentar os seus medicamentos ao farmacêutico, que frente à demanda apresentada pelo paciente sacrificam a linha de raciocínio usual orientada pelo prontuário. Isso está exemplificado em excertos apresentados anteriormente, no qual o paciente se adianta em apresentar os medicamentos para que a paciente faça a análise.

A maioria dos farmacêuticos, quando inicia a avaliação da história médica pregressa do paciente, já tem informações prévias do prontuário hospitalar do paciente, ou seja, já tem uma lista dos internamentos passados, das patologias crônicas e procedimentos prévios realizados dentro do hospital. Também pelo fato de os pacientes do ambulatório serem clientes da cardiologia do hospital, os farmacêuticos iniciam a avaliação da história médica pregressa com uma certa tendência a avaliar problemas cardíacos e outros problemas relatados em prontuário hospitalar. Como no exemplo mostrado no excerto 1.59:

Excerto 1.59, farmacêutico Wesley, paciente Alan L

1 F1: É... Seu Alan, está sentindo dor no peito?  
2 P: Não.  
3 F1: Sem dor?  
4 P: Sem dor → Não me incomoda nada →. ↑Às vezes, assim, sabe, quando eu canso muito (.) dá aquela...  
5 uma dorzinha, mas não é aquela dor (0,5).  
6 F1: Uma fisgadinha?  
7 P: Não, não é fisgada, é aquela assim (0,5), como se tivesse... trabalhado entendeu?  
8 F1: ↑Um cansaço?  
9 P: ↓É.  
10 F1: ↑É um cansaço, mas não é uma dor?  
11 P: Não. ↑NÃO.(.) é... uma coisinha... levezinha.  
12 F1: Mas é uma dor que aperta?  
13 P: Não.  
14 F1: Queima?  
15 P: Não.  
16 F1: Não queima e não aperta?  
17 P: Não. (5,0) Às vezes eu fico quietinho é (.) por causa deles (2,0).  
18 F1: Entendi.  
19 F1: E falta de ar, está sentindo?  
20 P: Falta de ar é brava.  
21 F1: +Me conte como que é essa falta de ar.+

Como o farmacêutico já sabe de antemão que o paciente teve um episódio de infarto agudo do miocárdio no passado e que certamente possui doença arterial coronariana, a avaliação é bastante direcionada aos possíveis sintomas de descontrole da doença. Diferentemente da avaliação da queixa principal as perguntas são fechadas (linha 1) “Seu Alan, está sentindo dor no peito?”; (Linha 12) “mas é uma dor que aperta?”; (Linha 14) “Queima?”; (linha 16) “não queima nem aperta?”. Verifica-se que, conhecendo que a dor é um sintoma típico de uma DAC descompensada, o farmacêutico investiga minuciosamente esse sintoma junto ao paciente, o qual não soube explicar com clareza a natureza da dor, mas conseguiu deixar claro que não é algo relevante (linha 11) “É uma coisinha... levezinha”. Quando o farmacêutico percebe que a dor não parece ter grande importância clínica no momento, segue com a investigação de sintomas relacionados à doença cardíaca do paciente chegando por fim ao que parecer ser algo verdadeiramente relevante, que é a falta de ar. Como o paciente dá ênfase à gravidade do sintoma, (linha 20) “falta de ar é brava” o farmacêutico resolve fazer uma pergunta aberta para que o paciente descreva com suas próprias palavras seu sintoma (linha 21) “Me conte como que é essa falta de ar”.

Apesar do relato do paciente sobre o sintoma, ainda há elementos para serem avaliados. Como o paciente era ex-tabagista, teve infarto, histórico de

cirurgia de pulmão e toma uma série de medicamentos hipotensores, o farmacêutico resolve avaliar a pressão arterial, também movido por uma nova informação relatada, a queda no banheiro (Excerto 1.60)

Percebe-se na linha 1 que o paciente ao descrever a falta de ar busca também representar, ainda que inconscientemente, esse sintoma através das pausas na fala, como se estivesse sentindo falta de ar no momento da explanação. Isso pode ter relação com a intenção de convencer o farmacêutico do quão grave e limitante é o sintoma.

Nas linhas 2 e 4 o farmacêutico investiga a gravidade da falta de ar, verificando a resistência ao exercício e tempo de recuperação do fôlego. Apesar de ter feito uma pergunta aberta, o farmacêutico não permite que o paciente desenvolva seu relato, interrompendo para fazer perguntas fechadas. Na linha 7 o farmacêutico demonstra surpresa frente ao relato do paciente “Cinco minutos?” Isso indica ao paciente que o farmacêutico está começando a compreender a gravidade do seu problema, tanto que o paciente acentua esse fato no próximo turno de fala (linha 8) ^tem que puxar forte^.

Excerto 1.60. farmacêutico Wesley, paciente Alan L

- |    |  |
|----|--|
| 1  | P: A falta de ar, se eu sair daqui e andar meia (1,0) Daí já me (0,5) (resp) <u>falta o ar</u> já me já já...= |
| 2  | F1: Você anda o quê?--> Até ir na escada já falta o ar?  |
| 3  | P: Ah, Subir uma escadinha, descer.  |
| 4  | F1: <u>Um</u> lance de escada e já está com falta de ar, → E essa falta de ar demora quanto tempo para         |
| 5  | passar?  |
| 6  | P: Ah... demora uns cinco minutos.   |
| 7  | F1: ↑Cinco minutos?  |
| 8  | P: É. (2,0) ^Tem que puxar forte.^ (5,0)   |
| 9  | F1: E isso foi depois de novembro, que o senhor teve o... o...=  |
| 10 | P: Não, antes eu já [tinha].   |
| 11 | F1: [Infarto?] O senhor já tinha antes?  |
| 12 | P: Já tinha um cansaçozinho.   |
| 13 | F1: Entendi → Mas piorou (.) depois?   |
| 14 | P: +Ah depois piorou+ (1,0) Banho, por exemplo, quanto tempo faz que eu saí daqui do hospital? Três            |
| 15 | meses?   |
| 16 | C2: Vai fazer três meses.  |
| 17 | P: Três meses. Até hoje, eu não pude tomar um banho sozinho quieto eh... em pé.                                |
| 18 | F1: Uhum.  |
| 19 | P: Tem que ter uma banca. Na hora que for passar água na cabeça... eu tenho que estar sentado.                 |
| 20 | F1: Senão, o senhor passa mal? (3,0) Entendi.  |
| 21 | P: Depois disso eu andei caindo, depois que eu saí daqui, andei caindo no banheiro, me quebrei todo.           |
| 22 | F1: (2,0) Entendi. Vamos fazer o seguinte, vamos ver como está a pressão do senhor ago-ra.                     |
| 23 | P: Vamos.  |

Na linha 9 o farmacêutico investiga há quanto tempo o paciente sente esse desconforto e busca e relação entre o IAM passado e início dos sintomas. O paciente ainda complementa que até para tomar banho sente falta de ar, reiterando a gravidade do sintoma e depois, na linha 20, ainda acentua essa gravidade com a descrição de um evento acontecido em decorrência da dispneia “andei caindo no banheiro, me quebrei todo”. Um evento de queda em idoso é um fator preocupante e que necessariamente acaba sendo priorizado, pois aumenta muito o risco de óbito. O farmacêutico que está auxiliando na consulta, após medir a pressão, pergunta ao paciente sobre eventos de tontura. (Excerto 1.61)

Excerto 1.61, farmacêutico Wesley, paciente Alan L

1	F2: Senhor Allan, quando o senhor levanta da cama, sente tontura?
2	P: Sente. (2,0) Outro dia eu caí, (.) caí até disseram que eu tinha que esperar um pouco pra... (2,0) Mas já
3	caí. Já caí no banheiro, com a cara no chão. (3,0) Bati na porta. Aqui ó. (XX) A sorte é que não foi em um
4	lugar assim, mais... (2,0) não fez nada assim. Mas dar com a cara no chão.
5	F1: Sim. (2,0) Precisou vir pro hospital? (.) PRECISOU VIR AQUI PRO HOSPITAL? ((farmacêutico fala
6	mais alto, porque o paciente está sentado na maca, longe do farmacêutico))
7	P: não. (2,0) Ai já correram, me levantaram (3,0)
8	F1: Então tá bom.

Confirma-se, neste caso que o paciente tem dois problemas principais: Falta de ar a pequenos esforços e tontura por hipotensão. As causas podem estar relacionadas com a doença do paciente, pois a lesão cardíaca do infarto pode ter levado a um quadro insuficiência cardíaca de classe funcional avançada. Entretanto, também há a questão da medicação do paciente que precisa ser revista para evitar um evento agudo e grave de queda por hipotensão. No Excerto 1.62 o farmacêutico auxiliar coloca em evidência a problemática da queda, investigando hipotensão postural. Na linha 8 o farmacêutico usa uma expressão que indica que finalizou a avaliação dessa queixa “então tá bom”. Ou seja, a mensagem passada para o paciente é: Eu já tenho todas as informações necessárias sobre a falta de ar e compreendi seu problema. O diálogo se dá sem interrupções. Por isso, logo em seguida o farmacêutico faz a investigação de queixas adicionais, indicando o fechamento da avaliação de sintomas (Excerto 1.62).

A investigação de queixas adicionais é importante para que o paciente tenha oportunidade de expor todos seus problemas em relação à saúde. Isso evita consultas desnecessárias e também faz com que as intervenções do farmacêutico levem em consideração todos os elementos importantes para o paciente (linha 1) “Tem mais alguma coisa que o senhor gostaria de falar pra gente?”. O paciente compreende que quando o farmacêutico pergunta se “tem mais alguma coisa pra falar” ele quer dizer em relação a queixas. Tanto que sua resposta tem clara relação com elementos que o incomodam (linha 2).

Excerto 1.62, farmacêutico Wesley, paciente Alan L

- |    |  |
|----|--|
| 1  | F1: (12,0) Ok. Tem mais alguma coisa que o senhor gostaria de falar para gente?          |
| 2  | P: Não, é só isso aí que (.) Que me incomoda=  |
| 3  | F1: O senhor tem exame recente?  |
| 4  | P: Não não, agora que eu estou marcando um.  |
| 5  | C2: Mas é para o dia 23 de fevereiro.  |
| 6  | F1: O exame de sangue? 23 de fevereiro?  |
| 7  | P: É.  |
| 8  | F1: <u>Ótimo</u> , deixa eu anotar aqui. (6,0) Marcou aqui no HC?                        |
| 9  | C2: Não, no Alto da Glória.  |
| 10 | F1: Ah, tá. (2,0) Entendi. É... você tem as receitas dos medicamentos que o senhor toma? |
| 11 | P: Tenho tudo. (6,0) A pressão estava boa?   |

Quando o paciente indica que não há mais nada (sintoma) que o incomode, o farmacêutico em seguida procede com a avaliação de exames. O paciente responde que agora está marcando um exame (linha 4) e a reação da cuidadora é a de complementar a informação, demonstrando que não será necessário esperar muito tempo para ter o resultado. Isso gera uma resposta positiva do farmacêutico (linha 8) “Ótimo, deixa eu anotar aqui”. A cuidadora provavelmente busca passar a ideia de que é responsável com relação à saúde do paciente, demonstrando que as medidas necessárias foram tomadas por ela e pela família, com relação ao cuidado do paciente. Como nesse momento não há exames para avaliar, o farmacêutico parte para a avaliação da farmacoterapia do paciente. “Você tem as receitas dos medicamentos que o senhor toma?” O farmacêutico usa dois pronomes de tratamento na mesma frase (você e senhor), indicando uma certa confusão com relação à intenção de manter a relação mais formal e respeitosa, considerando-se a idade do paciente, ou torna-la mais descontraída

No próximo excerto a farmacêutica tem a intenção de verificar se o paciente tem mais alguma queixa, além da queixa principal. O paciente logo reclama de um problema que parece vir em forma de duas queixas relacionadas, porém essencialmente distintas: “Cansaço e desânimo” (excerto 1.63).

A busca por queixas adicionais pela farmacêutica resulta em uma afirmação que parece muito enfática, visto que o paciente chega a interromper a farmacêutica para indicar o sintoma, que é dito com ênfase, aumentando o tom de voz (linha 2) “Cansa”.

Excerto 1.63, farmacêutica Fabiana, paciente Thales K.

1	F1: Além desses sintomas <u>da pressão</u> , o senhor tem sentindo mais alguma...=
2	P: ↑Cansa.
3	F1: ↓Cansaço tá. E como que é?
4	P: Ah, tem hora que desanima [que]
5	F1: [desanima?]
6	P: (XX)
7	F1: Mas é cansaço em repouso, quando... o senhor tá <u>descansando</u> , ou quando faz alguma atividade?
8	P: Não, quando eu (.) é=
9	F1: Em repouso?
10	P: ↓É... Mas não me dava né, essas coisas né=
11	F1: Uhum.
12	P: !Apesar de que a idade também chegou já né!
13	F1: (rs) É cansaço ou o senhor acha que é desânimo?
14	P: (1,0) Um pouco é desânimo né.
15	F1: É?
16	P: ^Não é tanto o cansaço^
17	F1: (2,0) O senhor consegue... associar alguma coisa? Algum medicamento que o senhor toma → o
18	senhor acha que pode dar esse cansaço?
19	P: (1,0) A-cho que não
20	F1: Não? (2,0) Eu posso ver os medicamentos do senhor?

Diante da queixa a farmacêutica faz uma pergunta aberta, permitindo ao paciente explicar com suas palavras o que sente (linha 3) E como que é? Entretanto enquanto o paciente está tentando explicar o que sente, a farmacêutica interrompe o raciocínio do paciente (linha 4 e 5), pedindo que ele explique o desânimo explicitado no início da frase. Para a farmacêutica, o desânimo é essencialmente um sintoma distinto do cansaço, mas a interrupção da farmacêutica acaba por confundir o paciente. O paciente poderia dizer, por exemplo que se sente desanimado com os eventos de falta de ar e cansaço, mas foi impedido de se expressar corretamente. Em seguida, a farmacêutica, buscando identificar a gravidade do sintoma, oferece duas opções para o paciente responder (linha 7)



“quando... o senhor tá descansando ou quando faz alguma atividade?”. Entretanto, não oferece espaço para o paciente responder adequadamente, sugestivamente o paciente (linhas 8 e 9) “Em repouso?” Após responder afirmativamente à questão da farmacêutica o paciente tenta usar de um pouco de descontração na linha 12 “Apesar de que a idade também já chegou né”. O humor aqui, provavelmente tem a intenção de afastar a tensão criada diante da queixa e dos sentimentos negativos associados ao sintoma vivido pelo paciente e que estão relacionados com as limitações vivenciadas com a doença. Porém, em seguida, após sorrir condescendente com a tentativa de humor do paciente, a farmacêutica retoma o tema, buscando agora resolver o dilema criado por ela mesma pelo fato de não ter aguardado o paciente descrever seus sintomas (linha 13) “É cansaço ou o senhor acha que é desânimo?” Frente à pergunta, o paciente dá uma pausa de 1 segundo e responde (linha 14) “Um pouco é desânimo né”.

Este excerto demonstra que a ansiedade da farmacêutica acabou prejudicando o entendimento da queixa adicional do paciente, ou seja, não deu tempo ao paciente para que ele pudesse explicar o que sente. Na sequência a farmacêutica busca investigar os medicamentos do paciente para verificar se algum deles pode estar relacionado com a gênese do sintoma de cansaço e procede com a avaliação da farmacoterapia. Nota-se durante a consulta, entretanto, que a farmacêutica não esclarece essa questão do cansaço do paciente, nem orientando sobre a natureza do sintoma, nem fazendo qualquer tipo de intervenção a esse respeito.

Após a avaliação da farmacoterapia e triagem de eventos adversos a farmacêutica se foca na avaliação de um problema de saúde diagnosticado para o qual o paciente faz uso de terapia crônica, a hiperplasia prostática benigna (excerto 1.64).

Excerto 1.64, farmacêutica Fabiana, paciente Thales K.

- 1 F1: E como tá... o problema da próstata→tá...? (0,6) Acha que tá bom ou ainda tá tendo incontinência,  
2 alguma coisa assim?=  
3 P: Tem dia que (XX). Mais que isso não. ↑Em visto o que tava antes.  
4 F1: O senhor acha que melhorou? (0,5) Melhorou. Ainda incomoda o senhor?  
5 P: (3,0) Não incomoda não né. (0,6) [Tem dia que (.) que arde]  
6 F1: [O senhor vai muitas vezes no banheiro?]  
7 F1: As vezes arde. (1,0) E o=  
8 P: {É só as vez assim}  
9 F1: O jato? O senhor acha que tá=  
10 P: É pouco.  
11 F1: ↓É pouco (1,0) E as → e as vezes depois de... de urinar ainda fica um pouco?-->tipo é, depois ainda  
12 fica as vezes pin (.) dá... (.) pingando assim?  
13 P: (1,0) Tem dia que dói  
14 F1: Dói tipo quando faz xixi. Ah... Arde? (2,0) ((barulho de papel)) Dor muscular o senhor tem?

A pergunta da farmacêutica inicia um novo assunto. A pergunta que inicialmente seria aberta, acaba sendo complementada por sugestões da farmacêutica. Ficou claro que o objetivo da farmacêutica era confirmar se a medicação estava sendo efetiva (linha 1 e 2) “Acha que tá bom ou ainda tá tendo incontinência, alguma coisa assim?”, porém a pergunta não é clara pois a incontinência não é o principal sintoma da HPB, mas sim a retenção urinária. O paciente responde dizendo que melhorou em relação a como estava anteriormente, indicando nessa frase que os medicamentos estão sendo efetivos, mas não foram capazes de resolver todos os sintomas. A farmacêutica segue então verificando alguns sintomas específicos, entretanto não avalia elementos específicos relacionados aos sintomas, como frequência e intensidade, sugeridos pela HDA. Os sintomas de ardência, jato fraco e dor foram revelados pelo paciente, mas não foram investigados em maiores detalhes. Além do mais, os turnos comunicacionais não estão bem definidos nem são devidamente respeitados pela farmacêutica, tornando a comunicação repleta de interrupções e impedindo o desenvolvimento das ideias do paciente (linhas 5 e 6). Assim como no caso do cansaço, estes sintomas são explorados pela farmacêutica, mas o paciente não tem um parecer do profissional a respeito deles. Ela simplesmente encerra o tema, seguindo para a investigação de possíveis queixas relacionadas com eventos adversos, como neste caso, as dores musculares.

No próximo excerto (1.65) o paciente vem ao primeiro retorno com a farmacêutica. A prioridade da profissional foi avaliar as intervenções realizadas na

última consulta com relação à acesso aos medicamentos, entretanto, em determinado momento ela procede à avaliação dos problemas de saúde crônicos diagnosticados, que é de praxe em toda consulta farmacêutica, inclusive as de retorno. A farmacêutica utiliza uma estratégia metonímica para auxiliar na compreensão do paciente, através do vocábulo urina fazendo referência ao problema de próstata (linha 1) “(resp) ↑Seu Amaro, (1,0) + como está a urina? tá conseguindo fazer xixi...?”. Isso é uma estratégia comum entre os farmacêuticos, especialmente quando paciente tem pouca instrução, ou quando é mais idoso. Acaba se tratando de uma organização mais terna do discurso, afastando-se do discurso excessivamente técnico (próstata - urina, pulmão – fôlego, depressão - tristeza). A respiração audível da paciente serviu para marcar uma mudança de tema na conversação. Isso se confirma com o aumento do tom de voz na chamada ao paciente “↑Seu Amaro”. Isso é utilizado como uma estratégia quando se esgotou o assunto anterior e o farmacêutico tem necessidade de abordar uma nova questão.

Em seguida, o complemento da pergunta da farmacêutica (linha 3) “Precisou ir na UPA de no-vo ou não?” gerou um episódio de questões múltiplas, que prejudicam a organização de fala do paciente (Como está a urina? Está conseguindo fazer xixi? Precisou ir na UPA?) Frente a isso, paciente e cuidadora se preocuparam em responder apenas a última das questões, entretanto ambos tiveram interpretações diferentes da pergunta da farmacêutica com relação ao elemento temporal. E ambos respondem simultaneamente informações que se contradizem (linhas 4 e 5).

Depois a farmacêutica faz um complemento à pergunta que esclarece definitivamente o paciente (linha 7) “Depois da última vez que a gente conversou”. Em seguida a farmacêutica segue investigando, através de perguntas fechadas, sintomas que podem estar relacionados à um mal controle da hiperplasia, como ardência, gotejamento e retenção, porém se esqueceu apenas de avaliar a noctúria, justamente o sintoma que ainda persiste e é revelado pela cuidadora (linha 26) “Não, ele agora tá urinando bem. Primeiro não... (3,0) ↑Levanta muito à noite”. O sintoma é confirmado pelo paciente no próximo turno (linha 28) “↓É, isso aí é direto”. O tom ascendente da cuidadora quando diz que o paciente levanta muito à noite e o tom descendente do paciente, indicam a relevância do sintoma na

qualidade de vida do paciente. Frente a essa informação a farmacêutica toma a decisão de avaliar o controle da hiperplasia prostática através de um instrumento específico. É importante notar, que o tempo de silêncio de 3 segundos foi necessário para que a cuidadora acrescentasse o sintoma de noctúria, demonstrando a importância em dar um tempo para que paciente ou cuidador lembrem dos sintomas ou sinais e organizem o processo de fala.

Percebe-se neste excerto que, mais uma vez a farmacêutica não permitiu ao paciente expor de forma aberta sua percepção de controle da patologia, desta vez devido à interrupção na resposta do paciente na linha 2. Nota-se que há uma certa impaciência dos farmacêuticos pelas respostas, não deixando tempo para o paciente raciocinar sobre a questão e articular uma resposta adequada. A resultante foi que a avaliação se tornou um conjunto de múltiplas questões fechadas que acabavam por concluir erroneamente que a condição estava controlada. A fala da cuidadora foi a que revelou um problema importante com relação ao controle: A noctúria.

Excerto 1.65, farmacêutica Brenda, paciente Amaro P, retorno

1	F1: (resp) ↑Seu Amaro, (1,0) + como está a urina? tá conseguindo fazer xixi...? =
2	P: tá.=
3	F1: Precisou ir pra UPA de no-vo, ou não?
4	P: [Precisou.]
5	C: [Não]
6	F1: ↑Precisou sim ué. ((falando para a cuidadora – esposa))
7	F1: Depois, da última vez que a gente conversou?
8	P: Ah... não.
9	C: Nã-o.
10	F1: Não, né?
11	C: Foi antes.
12	P: Não, foi antes.
13	F1: (1,0) E... está sentindo ardência?
14	P: Não.
15	F1: Gotejamento, de ficar pingando o xixi?
16	C: Não.
17	P: Não.
18	F1: Na roupa, não?
19	P: Não.
20	F1: É... consegue (.) Eh, demora bastante para começar a fazer xixi?
21	P: Não, De(.) não... de (.) demora um pouco, mas... ↑não demora muito não. Num instante.
22	F1: Não? É? E... faz de uma vez, ou fica fazendo em... falhado=
23	P: É de uma vez.
24	F1: De uma vez.
25	P: Demora, mas é pouquinho, [é de uma vez].
26	C: [Não, ele agora tá] urinando bem. Primeiro não... (3,0) ↑Levanta muito à
27	noite.
28	P: ↓É, isso aí é direto.
29	F1: Peqa... o instrumento pra eu aplicar nele? ((para a farmacêutica que observa a consulta)) É um HPB.

O próximo excerto (1.66) demonstra a farmacêutica avaliando sintomas relacionados à doença arterial coronariana. A avaliação de sintomas acaba se tornando desorganizada, com muitas interrupções e sobreposição de falas, principalmente no final, devido à uma discrepância de sentidos em relação ao que a farmacêutica pretendia dizer e aquilo que o paciente interpretou.

Nota-se que a questão levantada pela farmacêutica na linha 11 teve a intenção de avaliar se o paciente consegue fazer as atividades diárias sem prejuízo relacionado à dispneia (linha 11) “Consegue fazer as coisas em casa...?”. Entretanto, o sentido interpretado pelo paciente está relacionado não com a condição de saúde, mas com atividades de labor, como está mostrado na linha 15: “Eu não faço mais nada, não trabalho mais”. Isso acabou desorientando a avaliação da condição clínica pretendida pela farmacêutica. Sem tecer qualquer consideração em relação ao sintoma anteriormente avaliado, a farmacêutica tenta retomar a ordem da conversa mudando drasticamente de assunto e impondo seu turno através do ritmo de fala acelerado (linhas 21 e 22).

Excerto 1.66, farmacêutica Brenda, paciente Amaro P, retorno

- |    |   |
|----|---|
| 1  | F1: ↑Dor no peito. Tem tido dor no peito?   |
| 2  | P: Não, a... dor no peito melhorou mesmo.   |
| 3  | F1: Não né?   |
| 4  | P: É.   |
| 5  | F1: É... falta de ar...?  |
| 6  | P: Não. (3,0)   |
| 7  | F1: À noite está sentindo falta de ar?  |
| 8  | P: Não. Falta de ar, <u>nunca senti</u> não.  |
| 9  | F: ↑Não?  |
| 10 | P: Não.   |
| 11 | F: Consegue fazer as coisas em ca-sa...?  |
| 12 | P: Não, [em casa não faço mais nada] eu só faço a mulher passar raiva (rs)          |
| 13 | F1: [tranquilo?]  |
| 14 | C: Dorme, dorme.  |
| 15 | P: É... eu não faço mais nada, não trabalho mais.                                   |
| 16 | F1: [Falta de so-no]?=  |
| 17 | P: [Ando.]  |
| 18 | C: [Ele passa vassoura na casa]   |
| 19 | F1: [Mas, faz alguma coisa?]  |
| 20 | P: [Isso não é trabalho, isso não é trabalho].= ((para a esposa))                   |
| 21 | F1: ↑Alguns→dos→remédios→que→o→senhor→já→usou→está→fazendo→mal? (.)                 |
| 22 | Posso→pegar→aquela→caixinha→de→novo? ((farmacêutica fala mais rápido e alto agora)) |

No excerto 1.67 o paciente Giovani tenta demonstrar que é bem acompanhado por médicos para o controle de seus problemas de saúde. Mesmo quando a farmacêutica pergunta se o paciente tem alguma outra queixa, o paciente relata a queixa de dor através de uma explanação detalhada, porém ele faz referência diversas vezes ao fato de uma médica estar tomando conta desse problema, desresponsabilizando a farmacêutica (linha 11 e 12) “Inclusive a médica chamou dia 11 eu tirei, fez um... negócio lá, o cara encheu de xizinho lá nas pernas, não sei se é varize ou o que que é”. E em seguida completa (linha 15) “E... eu vou mostrar pra ela na.... terça feira. Pra ver o que é, o que toma”.

É preciso tomar cuidado para que na avaliação da medicação os pacientes não se sintam confrontados em relação ao seu conhecimento sobre medicamentos e desempenho em seguir as prescrições, pois se trata de uma percepção negativa e equivocada que deve ser desconstruída pelo farmacêutico durante a consulta.

#### Excerto 1.67, farmacêutica Brenda, paciente Giovani P, retorno

- 1 ↑E dor no peito, não sentiu mais
- 2 P: Não.
- 3 F1: Tá igual semana passada?
- 4 P: aham.
- 5 F1: Tem alguma outra queixa?
- 6 P: Não.
- 7 F1: Em relação a saúde? Não? (.) Então tá.=
- 8 P: Só tem só aquelas dor na perna que eu te falei. ↑Isso eu te falei né?
- 9 F1: uhum.
- 10 P:Que eu tenho aquela dor quando eu fiz a=
- 11 F1: Mas o senhor tinha me falado de dor no braço.
- 12 P: não, dor no braço e eu tenho uma dor tremenda nas pernas, inclusive a mé-dica chamou dia 11 eu
- 13 tirei, fez um... negócio lá, o cara encheu de xizinho lá nas pernas, não sei se é varize ou o que que é.=
- 14 F1: Uhm, entendi.
- 15 P: E... eu vou mostrar pra ela na... terça feira. Pra ver o que que é, o que que toma.
- 16 F1: E como que é essa dor?
- 17 P: E dor na nuca né, que esse aqui eu também fiz o exame junto que ela mandou eu fazer.
- 18 F1: uhum.
- 19 P: Mas ele não gostou nada, que ele põe um aparelho aqui por baixo do pescoço, o mesma coisa que
- 20 ele pôs na perna. Daí ele disse que aqui ele não viu nada. Daí ele perguntou se eu não tive... problema
- 21 de coluna.
- 22 F1: Ah, ta.
- 23 P: Eu disse olha, muitos anos atrás fui jogar futebol e tive problema de... hérnia de disco (.) bico de
- 24 papagaio e... e andava torto né, então pode ser isso que está me afetando.
- 25 F1: uhum=
- 26 P:Que me dói muito aqui sabe, se eu faço assim, nossa, não sabe a dor.
- 27 F1: uhmmm, mas=
- 28 P:Eu vou falar com ela pra ver se ela me diz pra fazer algum... outro tipo de exame.
- 29 F1: Uhum. Entendi.
- 30 P: Essa minha idade agora já viu né. É a idade do Condor.(rs) !Aparece tudo!
- 31 F2: +E esses medicamentos então o senhor não começou ainda né?+

A farmacêutica insiste em realizar a avaliação do sintoma, mas o paciente quebra a sequencialidade da comunicação. Ou seja, frente à demanda da farmacêutica (linha 16) “E como é essa dor?”, o paciente comunica outra informação, desconsiderando a questão realizada pela farmacêutica (linha 17) “E dor na nuca né, que esse aqui eu também fiz o exame junto que ela mandou fazer”. Isso tem consequências importantes no processo de interação, pois desrespeita o mecanismo dos pares adjacentes. A farmacêutica pode se sentir rejeitada ou subestimada pelo paciente, pois não é desconsiderada enquanto profissional capaz de resolver seus problemas. Ou seja, o paciente apenas repassa informações mecanicamente, sem criar expectativas em relação ao processo relacional com a farmacêutica, desempenhando “um papel” de paciente em uma consulta, mas profundamente desinteressado em construir uma relação de confiança com a profissional. Nota-se que esse processo segue, pois enquanto o paciente continua relatando os sintomas e os exames que realizou a farmacêutica segue dando sinais verbais de que está escutando (linhas 14, 22, 18 e 25) e, quando na linha 27 tenta fazer uma pergunta relacionada à descrição dos sintomas, é prontamente interrompida “Uhum, mas=”. A interrupção do paciente busca sinalizar o fato de que já há alguém responsabilizado pelo sintoma relatado (Linha 28) “Eu vou falar com ela pra ver se ela me diz pra fazer algum... outro tipo de exame”.

Neste excerto o paciente contou com detalhes seu problema, mas não deu espaço para que a farmacêutica fizesse nenhum tipo de pergunta, consideração ou intervenção. Por fim, para minimizar o desconforto criado devido à característica majoritariamente unidirecional do diálogo, o paciente faz uma brincadeira (linha 30) “Essa minha idade agora já viu né. É a idade do Condor.(rs) !Aparece tudo!”. Trata-se de uma tentativa de usar o humor para finalizar o tema e tornar a relação mais descontraída. Como o paciente foi mais impositivo no processo comunicacional, o conteúdo da brincadeira traz um sentido que remete à humildade, à busca pela descontração na relação.

É possível perceber que no excerto 1.67 o paciente desenvolve um diálogo com a farmacêutica, mas que não há uma relação de confiança e terapêutica, pois o paciente parece insistir sobre a existência de médicos que estão tomando conta de seus problemas de saúde e queixas. Isso provavelmente se dá pela cultura

medicocentrista cultivada entre os pacientes e também pelo fato de o paciente nunca ter tido contato com um processo de consulta farmacêutica. A farmacêutica, percebendo um relativo desinteresse do paciente em relação à sua opinião acerca dos sintomas, segue diretamente para a avaliação da medicação, que é, neste caso um foco da consulta farmacêutica, característica da qual se espera que o paciente tenha consciência, pois assim foi informado no momento do agendamento.

O farmacêutico, considerando o histórico de problemas crônicos e agudizações, pode estabelecer uma ordem de importância na intervenção relacionada aos problemas do paciente. Quando se percebe a necessidade de controle de algum parâmetro que não é sintomático, como pressão arterial, por exemplo, necessita-se convencer o paciente dessa importância, ou seja, compartilhar com ele os motivos da sua preocupação com intenção de informa-lo e conscientizá-lo dessa necessidade, de maneira assertiva e empática. No excerto 1.68 o tema da pressão arterial emerge como parte da avaliação de problemas de saúde e ganha relevância para a farmacêutica (excerto 1.68).

#### Excerto 1.68, farmacêutica Wanda, paciente Janaína, retorno

- 1 F1: Ta! (1,0) me conta uma coisa (.) sua pressão (.) tem medido nos últimos dias?
- 2 P: O médico. Eu (.) não gosto muito de medir a pressã-o (.) Eu...
- 3 F1: Em casa?
- 4 P: Em casa eu não gosto muito de medir a pressão → assim pra mim, mas (.) ela quando... quando → eu
- 5 quando eu tomo os remédios [certi-nho né](.), dai minha pressão ↑ta.... Agora se eu me esquentar, eu
- 6 passo → eu passo.. eu tomei remé-dio, mas fiquei nervosa → alguma coisa, ai não adianta, minha
- 7 pressão sobe
- 8 F1: [Aham...]
- 9 F1: +Me conta uma coisa+ (.) é, normalmente quando mede toma remédio a pressão é boa quanto?
- 10 P: Ah, vai pra... (.) ai como é que eu posso explicar... normal, 12, 13
- 11 F1: 12 por 8? 13 por 8?
- 12 P: É...
- 13 F1: chega a 14 por 8?
- 14 P: Ah minha pressão vai até pra (XX)=
- 15 F1: [↑15 por 8?]
- 16 P: [Ela junta]
- 17 F1: Ela junta? então (.) ela oscila né, ↑é isso?
- 18 P: É. Às vezes ta pra 22, mas quando ela ta ↑mu-ito alta eu já sinto no = no corpo mesmo.
- 19 F1: Tá... Então a senhora tem picos de pressão né? E quando assim, +quando sente que a pressão ta
- 20 muito alta passa mal?+ Sente dor no corpo, é isso?
- 21 P: É, mais ou menos. [E aquela (XX)]
- 22 F1: [Dor na cabeça não sente aqui?]
- 23 P: Dor de cabe-ça. É tanto que quando eu tive o enfarte eu sentia muito (.) o AVC, eu sentia muito eh (.)
- 24 enfarte não = AVC, ai dói (.) doía muito essa parte aqui assim sabe
- 25 F1: Doía muito aqui? é isso?
- 26 P: Sim
- 27 F1: Ta. Ta certinho. Assim (1,2) de tudo da senhora aqui dona Janaína, o que mais me preocupa (.) é a
- 28 pressão da senhora. A pressão é uma coisa que nós temos que controlar, porque a pressão
- 29 descontrolada ela é risco tanto pra doença cardiovascular no futuro, quanto por exemplo também pra (.)
- 30 AVC no futuro, ta?
- 31 P: É.



Considerando as informações anteriores explicitadas pela paciente e o histórico clínico, a farmacêutica intenciona agora focar na avaliação da pressão arterial e o faz realçando alguns termos, com pausas, buscando trazer um novo foco para o diálogo (linha 1). A paciente revela, de maneira entrecortada, como que confessando um medo, o fato de que não gosta de medir a pressão, ainda que não informe o porquê desse fato. Como a farmacêutica permite que a paciente desenvolva seu raciocínio sem interrupção, surgem informações importantes sobre a percepção da paciente a respeito do controle de sua pressão. Segundo ela, há uma relação hierárquica e contraditória entre os medicamentos e o nervosismo como os principais fatores que levam ao descontrole da PA (linhas 4,5,6 e 7) “quando eu tomo os remédios [certi-nho né](.), daí minha pressão ↑ta.... Agora se eu me esquentar, eu passo = eu passo.. eu tomei remé-dio, mas fiquei nervosa = alguma coisa, aí não adianta, minha pressão sobe”. No seu turno de fala, a farmacêutica continua com um tom tranquilo e pausado, enfatizando algumas palavras. Inicia seu turno num tom de seriedade (linha 9) “Me conte uma coisa”, para investigar agora o conhecimento da paciente sobre o padrão de normalidade da pressão arterial. Ela faz isso com cuidado, pois parece não querer que a paciente se sinta confrontada ou avaliada em relação aos seus conhecimentos sobre saúde. A farmacêutica acaba descobrindo que o referencial da paciente para descontrole da PA não são as medições, mas sim o mal-estar geral e, mais especificamente, uma dor de cabeça que está associada com a experiência vivenciada no AVC prévio (linha 18) “É. Às vezes ta pra 22, mas quando ela ta ↑muito alta eu já sinto no → no corpo mesmo”. Percebe-se que a estratégia da farmacêutica é direcionar o raciocínio da paciente, buscando clarificar alguns conceitos (linha 17) “Ela junta? então (.) ela oscila né, ↑é isso?” e (linha 25) “Doía muito aqui? É isso?”, sem, contudo, interromper a paciente com a emissão de algum tipo de comentário ou pergunta, o que permitiu à paciente expor com a maior clareza possível suas percepções de sintomas.

É apenas após o relato da paciente que a farmacêutica emite uma avaliação sobre o problema, demonstrando qual a sua principal preocupação em relação à saúde da paciente “O que mais me preocupa é pressão da senhora” e também os motivos dessa preocupação (linhas 29 e 30) “porque a pressão descontrolada ela é risco tanto pra doença cardiovascular no futuro, quanto por

exemplo também pra (.) AVC no futuro, ta?”. A farmacêutica faz referência a um evento passado da paciente, o AVC, reforçando que a pressão arterial é risco pra novo AVC, uma informação que pode melhorar a adesão ao tratamento da paciente.

Percebe-se que há poucas interrupções durante o diálogo e que paciente e profissional se respeitam, havendo confiança. A segurança com que a farmacêutica passa as informações à paciente reforça essa confiança. O tom da farmacêutica é de quem compreende as dificuldades do paciente e tem a intenção de acolher e amparar a paciente em seus problemas. As informações da paciente deram pistas de quais problemas devem ser resolvidos para que a pressão arterial melhore: A não adesão ao tratamento (linhas 4 e 5) “quando = eu quando eu tomo os remédios [certi-nho né](.), daí minha pressão ↑ta” e o transtorno de humor (linhas 6 e 7) “eu tomei remé-dio, mas fiquei nervosa = alguma coisa, aí não adianta, minha pressão sobe”. Mesmo antes de medir a pressão arterial da paciente, a farmacêutica já identificou que o PA parece estar mal controlada e que, considerando o histórico da paciente, esse deve ser o principal foco da intervenção. Também identificou que a melhoria da PA parece ter relação com a resolução do problema da adesão à farmacoterapia e com o acesso ao medicamento antidepressivo.

Nos prontuários médicos está documentado o histórico de condições, e algumas dessas condições podem estar relacionadas à manifestação de dor crônica. No caso do próximo exemplo (excerto 1.69) a farmacêutica também inicia a avaliação com múltiplas perguntas (Como é que é? Tá doendo ainda o joelho? Qual joelho?), o que pode provocar confusão para o paciente. O que se nota é que normalmente o paciente acaba respondendo a última questão colocada pela farmacêutica. É o que acontece neste caso (linha 4) “Esse aqui.”, que é a resposta para (linha 2) “Qual joelho?”.

Na linha 10 a farmacêutica indica que terminou de avaliar a localização da dor e pergunta sobre a efetividade de uma intervenção já realizada por outro profissional (a troca do AAS pelo Somalgín) e, apesar de o paciente sugerir que teve uma melhora discreta, a farmacêutica, com intenção de avaliar a frequência da crises, prefere fazer essa investigação através de uma pergunta fechada (linha

13) “E dói todo dia?”, ao invés de fazê-lo através de uma pergunta aberta do tipo “Quantas vezes por semana o senhor sente dor?” ou “qual a frequência das crises?”. A resposta do paciente é orientada pela pergunta, ou seja, ele responde utilizando as referências temporais que a farmacêutica colocou na questão (linha 14) “Dói quase todo dia” e depois complementa para enfatizar a gravidade do caso (linha 16) “Às vezes tem dor que leva uma semana, né?”. Percebe-se que o paciente busca confirmação da cuidadora para tornar a afirmação mais confiável. Ou seja, demonstra-se que a condição álgica realmente incomoda muito.

#### Excerto 1.69, farmacêutica Amélia, paciente Bruno

1 F1: É... Só queria investigar esse (.) questão da gota (.) essa crise (.) como que é? Ta doendo ainda o  
2 joelho e a (.) qual joelho?  
3 C: Explica que você que sente.  
4 P: Esse aqui.  
5 F1: Joelho direito?  
6 P: A gota as vezes ela tanto dá no joelho quanto da no outro  
7 F1: Ta, e agora ta no joelho direito?  
8 P: E... as vezes ela dá mais na... no joanete lá no...=  
9 C: Naquela bolinha do pé, naquele redondo lá.  
10 F1: Ta(.) e depois que trocou o AAS (.) pelo Somalgin percebeu que melhorou?  
12 11 C: Deu (.) pouca coisa, mas melhorou.  
13 F1: E dói todo dia?  
14 P: Dói quase todo dia.  
15 F1: Tá=  
16 P: As vezes tem dor que leva uma semana né?  
17 (...)  
18 F1: E vamos dar uma olhadinha porque (.) desses aqui para gota, não tem nada, só tem o Dipirona que  
19 é para dor né?  
20 C: É.  
21 F1: Ta, vou dar uma (.) a gente faz assim Dona Adelaide, a gente consulta e depois a gente sempre  
22 discute o caso com toda a equipe, com o chefe.  
23 C: Gota, ele antes dele dar esse infarto nele, ele tomava {colchicina}  
24 F1: Tomava?  
25 C: Tomava, mas daí depo-is que ele saiu de ↑alta, o médico liberou que ele podia continuar andando, ele  
26 podia continuar tomando. ↑Aí eu comecei a dar, mas aí no outro exame do SUS que ele fez, deu uma  
27 piorada no exame (.) aí também dei uma (.) uma parada para ver se podia ser da colchicina também (.)  
28 aquele outro também é (XX) né (.) aí fiz assim.

Na sequência há uma descrição da cuidadora de que no hospital o paciente sofreu muita dor por causa da gota (não reproduzido no excerto 1.68). A farmacêutica, por sua vez, dá uma resposta ao paciente sobre a relevância da queixa (linhas 18 e 19) “E vamos dar uma olhadinha porquê (.) desses aqui para gota, não tem nada, só tem o Dipirona que é para dor né?”. A farmacêutica identifica um problema de condição clínica sem tratamento, porém no momento ainda não sabe como proceder, pois o paciente tem outras condições clínicas que impedem o uso

de determinados medicamentos que são primeira escolha para dor da gota, como a colchicina, por exemplo. Por isso, prefere consultar o preceptor do ambulatório antes de realizar a intervenção (linhas 21 e 22). A cuidadora busca complementar as informações, contando à farmacêutica o fato de que o paciente já havia tomado colchicina antes, mas que percebeu que os exames do paciente haviam (exames renais) piorado e que ela mesma fez a retirada da medicação. Percebe-se aí um bom conhecimento em saúde da cuidadora, que se mostra responsável e atenta com relação à farmacoterapia do paciente. A farmacêutica elogia a competência da cuidadora.

No próximo excerto referente à mesma consulta, a farmacêutica, após perguntar se o paciente já fez hemodiálise depois que recebeu alta, percebeu que o tema da hemodiálise é difícil para o paciente, que possivelmente teme ter que ficar dependente desse processo pelo resto da vida (excerto 1.70). A cuidadora na linha 3 dá ênfase ao fato de o paciente não querer fazer a hemodiálise. A reação da farmacêutica demonstrou algum tipo de constrangimento (linha 4) “Ah sim.”, fazendo apenas uma confirmação da informação. Em seguida a cuidadora descreve como foi a orientação da médica em sua cidade e, enfaticamente afirma que o paciente ficou muito triste com a perspectiva de ter que fazer hemodiálise (linha 8) “Ele voltou TRISTE, bem chateado. (XX) não vai precisar fazer já”. A ênfase na palavra triste e a afirmação de que não vai precisar fazer já deixam o turno aberto para a farmacêutica exprimir alguma opinião a respeito.

Na sequência, nas linhas 9 e 10 a farmacêutica se mostra confusa, buscando demonstrar compreensão em relação aos sentimentos do paciente, mas sem saber direito como fazer isso naquele momento. Sua fala é entrecortada por pausas, demonstrando incerteza, insegurança, e no final acaba por emitir uma opinião que se configura mais em um mecanismo de defesa próprio contra a ansiedade do que no estabelecimento de uma relação empática com o outro (linhas 9 e 10) “Claro que não (.) não é ass, não a é..., e não é (.) tão (.) a gente fica assim, mas não é um bi-cho de sete cabeças né=”. No seu próximo turno, a farmacêutica busca realizar uma orientação mais técnica, também revelando uma intenção de afastamento do mal-estar produzido pelo tema, gerando uma justificativa biomédica (linhas 12 a 15) “Porque assim Senhor Bruno, o rim ele precisa eliminar tudo que é

ruim do nosso corpo (.) né as (.) substâncias tóxicas, né, o rim. Aí, se o rim ele tiver com algum probleminha ele não ta eliminando, ↓então o Senhor fica com essas substâncias tóxicas no organismo então a hemodiálise vai fazer o que, vai eliminar isso aí, mas também não é sempre assim que vai fazer”.

#### Excerto 1.70, farmacêutica Amélia, paciente Bruno

1 F1: !A-h...! Mas é muito ruim, é muito ruim fazer?  
2 P: Não, não é que fazer é ruim=  
3 C: Porque ele não quer fazer hemodiálise.  
4 F1: ↑Ah sim.  
5 C: Mas só sabe que a médica lá em sua cidade, a doutora L., já explicou para nós..., que se ele  
6 tiver que fazer vai fazer com a família; eu vou ter que fazer um cursinho de 15 dias, ele vai ter que  
7 internar (.) três dias pra po-r a sondinha, sabe. Tudo isso a Doutora Luciana explicou para nós lá em  
8 sua cidade., ela passou. Ele voltou pra casa TRISTE, bem chateado. (XX) não vai precisar fazer já...  
9 F1: →Claro que não (.) não é ass, não a é..., e não é (.) tão (.) a gente fica assim, mas não é um bi-cho  
de 10 sete cabe-ças né=  
11 P: (??) {agora que tão tratando}  
12 F1: Porque assim Senhor Bruno, o rim ele precisa eliminar tudo que é ruim do nosso corpo (.) né as (.)  
13 substâncias tóxicas, né, o rim. Aí, se o rim ele tiver com algum probleminha ele não ta eliminando, ↓então  
14 o Senhor fica com essas substâncias tóxicas no organismo então a hemodiálise vai fazer o que, vai  
15 eliminar isso aí. Mas também não é sempre assim que vai fazer. Tem que ver, se o (.) vai ter que  
16 acompanhar (.) se o exame estiver ruim (.) faz, se não, vai controlando. Isso é critério do nefrologista  
17 mesmo, mas é be-m importante, sabe seu Bruno?  
18 C: Eu falei para ele, não sofra antes da hora.  
19 F1: Não sofra antes da hora, exatamente. Se for sofrer, sofre no dia.  
20 C: (??)  
21 F1: Isso é verdade. O Senhor tem uma sorte que tem uma enfermeira, esposa dessa do seu lado, você  
22 tem muita sorte, porque as vezes chega uns paciente perdido aqui que !dá vontade de levar para ca-sa,  
23 porque não tem quem cuide né?!

Por fim a fala da farmacêutica teve um caráter informativo, mas não foi capaz de demonstrar acolhimento e compreensão da dor do paciente, o que, como se percebe, era a intenção da profissional. Tenta-se comunicar de maneira a ser agradável e demonstrar empatia, mas acaba-se utilizando uma fórmula do tipo “Podia ser pior”, o que demonstra, no fim das contas, a inabilidade, naquele momento, em responder adequadamente ao sentimento do paciente, ainda que a farmacêutica tivesse realmente a intenção de minimizar esse sofrimento através das palavras (linha 22, 23 e 24) “O senhor tem sorte que tem uma enfermeira, esposa dessa ao seu lado, você tem muita sorte, porque as vezes chega uns paciente perdido aqui que dá vontade de levar para ca-sa porque não tem quem cuide né?”.

A dificuldade que a farmacêutica teve em lidar com os sentimentos negativos do paciente pode estar relacionado com a pouca experiência em atendimentos clínicos. Percebe-se que ela lança mão de muitas estratégias verbais que tem o intuito de tranquilizar a pessoa, mas por conta do nervosismo e da desorientação em relação ao tema emocional, acaba por demonstrar mais simpatia que empatia.

Em outra consulta a farmacêutica se depara igualmente com uma questão que incomoda a paciente: o fato de ter sido diagnóstica como pré-diabética e ter sido orientada a utilizar insulina, considerando-se que, devido à um problema renal não foi possível utilizar metformina (Excerto 1.71). Observemos como a reação é empática e como se cria uma relação de proximidade entre as interlocutoras

A paciente, manifesta de maneira objetiva, ainda que não verbalizada explicitamente, a negação da doença, como se procurasse convencer não apenas a farmacêutica, mas também a si mesma sobre a inexistência da patologia. A farmacêutica aguarda enquanto a paciente relata um possível erro médico em considerar que ela tinha diabetes (linha 6) “[Botei tudo] em cima e falei ó ↑eu não tenho diabetes, eu não tenho ã (.) isso aí foi um erro do médico”. Este turno de fala da paciente foi um turno relativamente longo e compreende as linhas 2, 3, 4, 6 e 7. Foi importante que a farmacêutica não interrompesse a paciente nesse momento.

Em seguida, a profissional inicia um discurso também longo em seu turno, objetivando esclarecer aspectos do Diabetes Mellitus e introduzir o conceito de pré diabetes (linhas 9 e 10) “o que significa o pré diabetes, dona Janaína? Que assim, o seu organismo ele já não está respondendo tão bem (.) à insulina que seu corpo produz”. As informações são passadas em um ritmo pausado, buscando não confrontar inicialmente as crenças da paciente (linha 8) “Porque assim ele (.) ele (.) a senhora provavelmente (.) é isso que a senhora falou mesmo”. Apesar da aparente indecisão sobre como iniciar a explanação, a farmacêutica prefere concordar inicialmente com o discurso da paciente. No decorrer do turno aborda questões relacionadas ao medicamento (metformina) e sobre a contraindicação do medicamento para pacientes com lesão renal, buscando reconhecer e exaltar os conhecimentos da paciente (linhas 23, 24 e 25) “↑Só que é verdade o que a senhora falou (.) Ela afeta (.) a função renal, na→verdade não é que ela afeta a função renal,

é que o paciente que tem problema no rim não é tão bom tomar a metformina sabe?”.

A paciente concorda com a farmacêutica. Há um breve momento de sobreposição de falas, no qual a paciente busca colocar a aceitação da condição de pré diabetes, para logo em seguida buscar provar através dos resultados de exames que não necessita de insulina. A farmacêutica pede para ver os exames para conferir, mas já vai confirmando o fato de que os resultados parecem não estarem muito alterados. Frente a isso, a paciente busca a aprovação da farmacêutica em relação ao diagnóstico do pré diabetes (linha 33) “Não é uma diabete é uma pré diabete né?”. A paciente também busca referenciar seus argumentos com a figura do médico (linhas 35 e 36) “Ele achou que eu não devia nem tomar nada pro diabetes, só fazer uma dieta, ele falou só isso”. Há uma expectativa de que a farmacêutica concorde com isso.

Depois de avaliar os exames da paciente, a farmacêutica inicia um turno para conversar sobre intervenções não farmacológicas, que possivelmente seja a estratégia mais adequada para a paciente, de acordo com os exames. No discurso da farmacêutica ela explica quais deveriam ser, em linhas gerais as mudanças de estilo de vida pro futuro, explicando o porquê de a metformina estar contraindicado para a paciente. A farmacêutica mais uma vez inicia um turno longo de fala concordando com a paciente (linha 37) “É isso mesmo”.

No final, ao completar a informação da dieta com a necessidade de realizar exercícios físicos, a farmacêutica age de maneira empática, buscando identificação com a paciente em relação à dificuldade em aderir às intervenções não farmacológicas, o que é prontamente confirmado pela paciente, que ao final, adiciona uma informação importante que guarda relação direta com a dificuldade em aderir às medidas não farmacológicas (linhas 49 e 50) “É difícil. (1,0) Mas é o problema é (.) vamos supor (.) Como é que eu posso explicar (4,0) Eu gosto muito de doce”.

## Excerto 1.71, farmacêutica Wanda, paciente Janaína

1 F1: Que era por causa da diabé-te né?  
2 P: →Não → é por causa do rim, é por causa do... ↑esse, esse remédio, esse metformina com o (.) a (.) a  
3 (.), pra o rim, era bom (0,6) Então ele achou QUE EU TINHA DIABETES e já tomava insulina, mas eu  
4 falei pra ele (.) eu cheguei la e mostrei, peguei todos esses remédios que não toma-va sabe?  
5 F1: [Aham]  
6 P: [Botei tudo] em cima e falei ó ↑eu não tenho diabetes, eu não tenho ã (.) isso ai foi um erro do médico  
7 (0,5) dai ele fez tudo certinho, e viu que eu não tinha mesmo sabe=  
8 F1: Porque assim ele (.) ele (.) a senhora provavelmente (.) é isso que a senhora falou mesmo (.) não tá  
9 num estágio que a gente chama de diabetes ja, mas é (.) um estágio pré diabetes, o que significa o pré  
10 diabetes, dona Janaína? Que assim, o seu organismo ele já não está respondendo tão bem (.) à insulina  
11 que seu corpo produz. A insulina (.) resumindo assim (.) é um hormônio.  
12 P: uhum.  
13 F1: Que o pâncreas da gente produ-z, e é como se ele fosse (.) uma chave, então a gente tem as nossas  
14 células, que é como (.) é (.) a gente é dividido em vários pedacinhos, certo?  
15 P: Sei.  
16 F1: E a insulina ela vai lá e abre (.) a célula (.) para entrar o açúcar no sangue, tá? Por isso que a  
17 gente fica com o açúcar (.) quando a gente come aumenta bastante e depois logo em seguida baixa  
18 P: É...  
19 F1: No caso da senhora não é o estágio de diabetes já, ta no pré diabetes. ↑Por isso que o médico  
20 prescreveu a metformina.  
21 P: É  
22 F1: A metformina é boa para pré diabetes tá? Metformina tem bom resulta-do, e bom e ela é um  
23 medicamento relativamente seguro. ↑Só que é verdade o que a senhora falou (.) Ela afeta (.) a função  
24 renal, na→verdade não é que ela afeta a função renal, é que o paciente que tem problema no rim não é  
25 tão bom tomar a metformina sabe? [Pode ter alguma reação... tá?]  
26 P: [ É. Isso ele disse. ] Por isso que ele ia tentar botar esse... a insulina  
27 pra mim.  
28 F1: A insulina.  
29 P: Mas como (.) eu só tenho (.) eu só tenho 110, 105...  
30 F1: Ta anotadinho?  
31 P: Ta aqui oh. Deu, deu aqui oh,  
32 F1: Deu né? eu vi nos seus exames que tava, que tava ali que deu 5.5, uma coisa assim ne?  
33 P: Não é uma diabete é uma pré diabete né?  
34 F1: Vamos ver o que a gente tem ((barulho de folha de papel)) (10,0)  
35 P: Então ele achou. Ele achou que eu não devia nem tomar nada pro diabetes, só fazer uma dieta, ele  
36 falou só isso.  
37 F1: É isso mesmo. A melhor coisa, as intervenções que são mais efetivas PRA caso de pré diabetes (.) é  
38 assim (.) a metformina é bom, mas já que a senhora não pode tomar... ↑e assim, o que resolve é  
39 mudança de habito de vida. O que que significa isso? mudar (.) a alimentação, o que é indicado é (.) uma  
40 dieta baseado em fru-tas, uma dieta baseado em verdu-ra, pouca carne verme-lha → diminuir um pouco  
41 a carne, sabe? se consegue (resp), durante a semana, tentar comer um pe-ixe, se não consegue tentar  
42 reduzir pelo menos um pouco a carne (resp) carne de boi, carne de porco, um frango grelha-do sabe  
43 P: Eu sei.  
44 F1: E... (.) atividade física dona Janaína, atividade física É CHAVE pra qualquer coisa=  
45 P: É... eu sei disso  
46 F1: E é difícil, né?  
47 P: É difícil  
48 F1: Eu sei.  
49 P: É difícil. (1,0) Mas é o problema é (.) vamos supor (.) Como é que eu posso explicar (4,0) Eu gosto  
50 muito de doce.

O processo de avaliação de sintomas trazidos pelo paciente compreende a queixa principal ou outros sintomas que podem ser resultado de efeitos do uso de medicamentos ou da manifestação das patologias já diagnosticadas na paciente. A avaliação tanto dos sintomas, quanto do controle das doenças crônicas do paciente é um processo central em consultas farmacêuticas à pacientes



polimedicados. Nas consultas farmacêuticas se identificou algumas características comunicacionais que podem favorecer uma boa avaliação clínica pelo farmacêutico.

O uso de perguntas abertas, principalmente no início da avaliação de qualquer problema de saúde, permite que o paciente identifique com as suas palavras o tipo de manifestação sintomática ou contextual que o incomoda. Além disso, é possível identificar em perguntas abertas o conhecimento do paciente a respeito da sua condição clínica e também o tipo de sentimento relacionado ao processo de adoecimento e tratamento.

O que se notou é que muitos farmacêuticos, apesar de iniciarem a avaliação com uma pergunta aberta, não permitem que o paciente desenvolva com tranquilidade o seu raciocínio até o fim. Sabe-se que os pacientes não necessitam mais do que alguns minutos para expressarem com as suas palavras os sintomas, perspectivas e medos em relação à doença. Entretanto, o que se percebeu é que muitos dos profissionais, ainda que iniciassem a avaliação com a pergunta aberta, acabavam por interromper o paciente com algum tipo de pergunta fechada. Observou-se a dificuldade em tolerar qualquer momento de pausa ou silêncio no processo de fala do paciente. O silêncio muitas vezes é importante para o paciente organizar suas ideias e, então, expressar verbalmente o que vivenciou com a doença (MARCO *et al.*, 2010). Com as interrupções é possível que o foco da análise farmacêutica tome um rumo que não era o pretendido inicialmente pelo paciente.

Uma das causas possíveis para as interrupções é a inabilidade do farmacêutico em realizar a escuta ativa (JAHROMI *et al.*, 2016). A escuta ativa é um processo de escuta no qual a atenção está completamente direcionada ao que o outro está dizendo, ouvindo-se cuidadosamente ao mesmo tempo em que demonstra interesse e não interrompe aquele que está falando. Por isso, quando o farmacêutico está prestando atenção total àquilo que o paciente está dizendo e realmente interessado na história e na perspectiva do outro, a frequência de interrupções deve diminuir. Escutar é uma habilidade intelectual e emocional que deve ser melhorada pelos farmacêuticos para que consigam obter melhores informações do paciente.

O tipo de escuta realizado pela maioria dos farmacêuticos durante a consulta parece ser mais avaliativo do que ativa. Ou seja, o farmacêutico ouve as queixas do paciente em uma perspectiva técnica, com um grau de concentração suficiente para organizar e cruzar as informações com o conhecimento clínico acumulado, entretanto carece de envolvimento com aquilo que o paciente diz e falta sensibilidade e identificação com relação ao que é relatado (JAHROMI *et al.*, 2016).

Outro motivo aparente para a impaciência dos farmacêuticos em persistir ouvindo os relatos dos pacientes pode estar relacionado com a demanda em preencher os dados do prontuário no tempo estipulado. A sensação de urgência em relação ao tempo pode fazer com que o farmacêutico se sinta ansioso quando o discurso do paciente se estende ou com pequenas pausas. Entretanto, percebeu-se também que o processo de interrupção do paciente pode gerar dificuldade de entendimento entre farmacêutico e paciente, resultando em maior tempo gasto para esclarecer conceitos e intencionalidades do que se o paciente tivesse tido o tempo necessário para expressar seus sintomas. Uma sugestão válida, neste caso é a redução do número de campos a serem preenchidos no prontuário. Prontuários muito longos que exigem preenchimento completo pelo profissional podem gerar ansiedade no profissional, dificultando a concentração na história do paciente.

Outro fenômeno encontrado com frequência nas nossas análises está relacionado com a falta de *feedback* ou de resposta ao paciente em relação à algum tópico avaliado durante a consulta. Ou seja, é quando o farmacêutico investiga sintomas, sinais ou exames laboratoriais, mas ao fim não compartilha com o paciente um parecer a respeito do que foi avaliado. Se o farmacêutico verifica a pressão arterial, por exemplo, o paciente normalmente gostaria de saber qual o foi o valor obtido ou, pelo menos se o farmacêutico considera que o valor está dentro ou fora da normalidade. Ao se investigar um determinado sintoma ou avaliar o resultado de um exame, o paciente espera que haja algum tipo de reação do farmacêutico, seja através de uma recomendação, uma intervenção, reprovação ou aprovação, mas se espera que haja algum tipo de explicação em relação ao que foi avaliado.

São frequentes os episódios nos quais os farmacêuticos fazem uma série de questões relacionadas à doença e depois seguem avaliando outras questões

sem que seja feito qualquer tipo de consideração, nem mesmo no fechamento da consulta. Parece elementar que, ao fim de cada avaliação ou no fechamento da consulta, se explique ao paciente sobre cada item abordado durante a consulta. Se um parâmetro está dentro da normalidade e a doença está controlada, isso deve ser também compartilhado no sentido de incentivar o paciente a continuar seguindo as recomendações dadas a ele, em forma de reforço positivo. Se o farmacêutico não sabe como proceder em relação a um ponto específico ou não chega a uma conclusão, isso precisa ser compartilhado igualmente com o paciente. Em resumo, as avaliações clínicas de muitos dos pontos abordados por muitos farmacêuticos tem início e meio, mas carecem de fim. Terminam na fase exploratória e não na fase resolutiva. Isso pode passar a sensação de ineficiência do serviço ou de que se está perdendo tempo relatando os problemas para um profissional que faz muitas perguntas, mas dá poucas respostas. A questão do tempo também pode estar relacionada à gênese dessa problemática. Como a intenção da consulta farmacêutica é avaliar todos os problemas de saúde do paciente, isso pode levar muito tempo, dependendo do número de comorbidades e do número de medicamentos utilizados pelo indivíduo. Por isso, muitos profissionais acabam não focando na intervenção e apenas dos problemas mais graves, ainda que tenham avaliado os demais, omitindo, por questão de tempo e prioridades a sua opinião em relação à condição de saúde investigada.

Outra característica comunicacional que chama atenção durante as avaliações clínicas dos farmacêuticos é o uso de metonímias para abordar algum tipo de problema de saúde. A metonímia é uma figura de linguagem que consiste na utilização de uma palavra fora do contexto semântico usual, mas que guarda relação de contiguidade com o conteúdo com o qual se busca fazer referência. Quando o farmacêutico pergunta, por exemplo, “como está o xixi?”, na verdade a indagação é sobre a doença relacionada às vias urinárias do paciente (infecção urinária, ou HPB, por exemplo). Essa estratégia pode ser usada para facilitar o entendimento do paciente e também para tornar o diálogo mais afável. As figuras de linguagem como a metáfora e a metonímia fazem parte da estrutura linguística com a qual nos comunicamos, estão relacionadas não apenas com estratégias de estilo em poesias, mas também o mecanismo de raciocínio comunicacional.

O uso de questões múltiplas como iniciadoras de algum tipo de avaliação clínica também foi identificado em nossas análises. A construção da avaliação inicial contendo várias questões, mesmo que abertas, parece não ser a estrutura mais apropriada para indagar sobre determinado problema, pois na maioria das vezes o paciente escolhe apenas 1 das questões para responder, normalmente a última delas. Por exemplo, quando ao se avaliar um sintoma álgico eu faço várias perguntas em uma mesma frase, do tipo “Conte-me como é essa dor, é todo dia que ela acontece, onde que dói exatamente?”, o paciente pode se sentir confuso e responder, por exemplo “A dor é aqui no braço”. A melhor formulação seria deixar apenas a primeira questão “conte-me como é essa dor”. Assim o paciente teria liberdade para descrever com suas palavras os aspectos inerentes a esse sintoma.

A empatia é um tema bastante debatido no contexto da relação profissional-paciente. A maioria dos profissionais já teve oportunidade de entrar em contato com esse tema, pois tem grande relevância no processo de construção de uma relação de confiança com o paciente, mas também no processo de exaustão psíquica (*burnout*) resultante de acúmulo de sentimentos negativos decorrentes da introjeção de emoções por desenvolver uma relação muito próxima com os pacientes no dia a dia. A capacidade de se permitir sentir a dor do outro, colocar-se no lugar do outro na busca de compreender realmente seu problema é um importante fator para a humanização do cuidado profissional e para a construção de um modelo de cuidado centrado na pessoa, entretanto também deve ser trabalhado no sentido de não intoxicar emocionalmente o profissional (FLICKINGER *et al.*, 2016).

Wynn *et al* (WYNN, 2005) realizaram análise de conversa em consultas entre médicos e pacientes buscando identificar momentos em que o processo de empatia era alcançado. Os autores classificaram pelo menos quatro tipos de empatia decorrentes de encontros entre profissionais e paciente: empatia cognitiva, empatia afetiva, empatia de compartilhamento e empatia nutricional. Em nossas análises pudemos identificar momentos nos quais o processo de empatia aconteceu, entretanto, as reações frente ao processo de identificação com os problemas do paciente diferiram entre os farmacêuticos. Pudemos identificar momentos nos quais o profissional percebia a dor do paciente e isso causava um

tipo de perturbação psíquica no profissional, que se refletia diretamente em sua fala. Por isso, se buscou expor pontos positivos relacionados ao problema do indivíduo, na tentativa de reduzir a tensão criada. Ou seja, apesar de identificar a dor do outro, a resposta do profissional tinha a intenção de reduzir o próprio desconforto relacionado a ela.

Por outro lado, houve consultas nas quais a profissional soube ouvir com atenção aos relatos de sofrimento do paciente e soube expressar-se empaticamente. Construções verbais do tipo “Eu sei que é difícil” são exemplos de respostas empática e construções verbais do tipo “Pelo menos você tem alguém que cuida bem de você” são exemplos de respostas não empáticas encontradas nas nossas análises.

Há uma falsa crença de que a habilidade necessária para desenvolver uma boa entrevista clínica está relacionada com características estritamente pessoais de cada profissional e que o treinamento e o aprendizado para conhecer e manejar o processo comunicacional são desnecessárias (MARCO *et al.*, 2010). Parece ser justamente a falta de capacitação de profissionais da saúde para desenvolvimento de habilidades comunicacionais a principal causa dos conflitos comunicacionais encontrados nas nossas análises.

A avaliação da história da doença atual e da história médica pregressa são orientadas pelo método clínico, entretanto poucos farmacêuticos seguiram à risca os processos de avaliação de sintomas descritos pela HDA. A avaliação da história médica pregressa acabou sempre por focar em 1 ou no máximo 2 problemas mais importantes, juntamente com a queixa principal. Durante a avaliação da história médica pregressa alguns farmacêuticos identificaram problemas relacionados com o controle de doenças crônicas que precisavam ser compartilhados com o paciente e, assim convencê-lo dessa importância para que fossem tomadas decisões clínicas compartilhadas tanto com relação à farmacoterapia, quanto em relação à mudança de estilo de vida. Muitas questões abordadas pelo farmacêutico acabaram ficando sem resposta, ou seja, o paciente não foi informado sobre a opinião do profissional a respeito do fenômeno avaliado. A história medica pregressa muitas vezes foi avaliada concomitantemente com a avaliação da farmacoterapia através de um processo focado principalmente em critérios de

necessidade, efetividade, adesão e segurança, que será descrita no próximo tópico.

#### 5.1.7 História de Medicação

A história de medicação é uma etapa central na consulta farmacêutica. Compreende a avaliação de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, prescritos e não prescritos inclusive preparações caseiras e fitoterápicos. Trata-se de uma revisão dos medicamentos com a finalidade de avaliar principalmente se existem problemas reais ou potenciais de acesso, efetividade, necessidade, segurança ou adesão relacionados aos medicamentos. O serviço de cuidado farmacêutico tem como principal objetivo atender a necessidade dos pacientes relacionadas à medicamentos, promovendo o uso racional dessas tecnologias na busca dos melhores resultados decorrentes desse uso.

A estratégia normalmente utilizada para realização de uma consulta que compreende a revisão da farmacoterapia se inicia no momento do agendamento. É essencial que o paciente traga todas as receitas e todos os medicamentos na consulta, com exceção, eventualmente, de medicamentos termolábeis quando o paciente tem dificuldade em transportá-los. É frequente a frustração em consultas farmacêuticas quando o paciente esquece de trazer receitas e medicamentos para o consultório, pois a avaliação da farmacoterapia necessita estar instrumentada com esses elementos. Nesses casos, normalmente é necessário explicar ao paciente que será necessário marcar uma nova consulta para avaliar a farmacoterapia.

No processo de avaliação da medicação devem ser documentados todos os medicamentos em uso, preferencialmente pelo nome genérico, bem como dose e posologia prescritas. Em seguida pede-se ao paciente que explique, com suas palavras, como faz para tomar os medicamentos, para verificar se a maneira como o paciente utiliza corresponde à posologia prescrita. É importante também avaliar se o paciente sabe identificar cada medicamento e se compreende a sua função.

Assim é possível identificar o quanto o paciente conhece dos seus medicamentos e o quanto adere ao seu tratamento.

Nota-se que a avaliação da farmacoterapia também compreender identificar o nível de educação em educação em saúde do paciente. É extremamente relevante para a adesão ao tratamento que o paciente conheça sua farmacoterapia, compreenda porque está utilizando cada um dos medicamentos e reconheça sua importância. Esses são fatores que podem melhorar a autonomia do paciente e a adesão.

O excerto 1.72 ilustra o diálogo sobre um medicamento específico, que guarda relação com a prevenção de um sintoma a qual se que a paciente está apresentando: o edema em membros inferiores. A presença do sintoma foi considerada um indicativo da não adesão a esse medicamento. Percebe-se que na linha 1 a farmacêutica refere-se enfaticamente ao nome genérico do um medicamento, a “furosemida”, entretanto, no sentido de tornar a frase mais compreensível para a paciente, acrescenta a classe do medicamento (linha 1) “Tá tomando FUROSEMIDA (.) O diuRÉTICO?”.

A primeira informação possível de perceber neste excerto é que o paciente tem dificuldade em identificar o nome dos medicamentos. Frente a isso, a profissional busca associar o nome do medicamento com o efeito ou com a indicação de cada medicamento, para que a paciente tenha uma referência de informação e consiga identificar os medicamentos. Os pacientes usam características como indicação, cor, tamanho e efeito para identificar os medicamentos (linha 2) “Só o único que ela tirou acho que foi o aquele da... da... diabete → o grandão”. Neste caso, “o grandão” é facilmente identificado pela farmacêutica como metformina 850mg. Igualmente se nota a referência quando a farmacêutica comenta do carbonato de cálcio (linha 10) “pros ossos”.

Quanto mais experiência o paciente tem com a tomada dos medicamentos maior é a facilidade de associá-los a possíveis sintomas que eles produzem. Esses sintomas na maioria das vezes são decorrentes de efeitos colaterais que não provocam dano ou então de eventos adversos. No caso da maioria dos medicamentos crônicos, principalmente aqueles indicados para reduzir risco cardiovascular, o ideal é que não se produza nenhum tipo de sintoma no paciente,

porém nem sempre é assim e cada paciente pode apresentar manifestações mais ou menos intensas desses efeitos e essas manifestações podem representar maior ou menor impacto no cotidiano do paciente, dependendo de como o paciente interpreta esse sintoma. Ou seja, muitas vezes, apesar de apresentarem efeitos semelhantes, diferentes pacientes podem considerar esse sintoma como um incômodo desprezível ou como algo que impacta de forma contundente no seu bem-estar.

#### Excerto 1.72 farmacêutica Amélia, paciente Márcia A

1 F1 - Tá tomando FUROSEMIDA (.) O diuRÉTICO?  
2 P - To. ↑Esse aí também (.) Só o único que ela tirou acho que foi o aquele da... da... diabete→o grandão  
3 F1 - É metformina ne? (1,5) É... (3,0) ah=  
4 P - Até o médico ia mandar eu faze-r (.) É (.) pano com... água fria, daí ele resolveu (.) receitar esse  
5 rémedio. (3,0)  
6 F1: [Tá certo]  
7 P: [↑Mas ele ia] se chegasse a avermelhar neh?=  
8 F1 - É. esses daqui são mais para as dores,  
9 P - Ham ram=  
10 F1 - E aqui é o carbonato de cálcio é pro ossos.  
11 P - Só que eu acho aqui Amélia que esse paracetamol pra mim não resolve nada. Eu antes → agora eu  
12 sei que não pode, ele me receitava aquele... profe (.) Profen...=  
13 F1 - Profenide.  
14 P - Isso. Ele disse que eu não posso por que tenho que tomar três dias, e parar três dias por causa do  
15 coração=  
16 F1 - É... aquele profenide não=  
17 P - ↑ Mas é o único que tira a dor.  
18 F1 - Esse gabapentina aqui, ele é mais forte, ele vai tirar a dor. A senhora tem dor nas pernas ali também  
19 neh?  
20 P - Aqui assim, é. Aqui, aqui.  
21 F1 - Tá! (2,0) ↑Esse daqui vai tirar a tua dor. Esse paracetamol é pra tomar só se tiver dor ainda, tá?=  
22 P: Pois é =  
23 F1: A gabapentina (.) esse daqui, vai tirar essa dor da senhora. Tá bom?  
24 P - Viu. Daí eu falei pra ele, ele falou, até eu podia receitar, só que daí você tem que tomar três dias e  
25 parar três  
26 F1 - A é.  
27 P - Que daí... por causa do coração ↓ele disse que eu não posso tomar  
28 F1 - Hum rum.

Percebe-se no diálogo entre farmacêutica e paciente que os turnos de fala são confusos e fazem referências a turnos passados. Por exemplo, quando a paciente constrói sua fala na linha 4 ela faz referência ao medicamento que foi comentado na linha 1 pela farmacêutica. Ou seja, “esse remédio” que paciente faz referência nas linhas 4 e 5 não é a metformina que foi citada na linha 3, mas a furosemida que foi citada na linha 1.



Igualmente na linha 11 a paciente comenta sobre o que foi dito na linha 8 “Esses aqui são mais para as dores” e não sobre o carbonato de cálcio, que foi o último medicamento comentado pela farmacêutica, o que gera uma pequena quebra na sequencialidade do diálogo. Na linha 24 a paciente comenta sobre o profenide (linha 24) “Viu. Daí eu falei pra ele, ele falou, até eu podia receitar, só que daí você tem que tomar três dias e parar três”. Esse medicamento que “ele”, o médico, podia receitar é o profenide que foi mencionado na linha 16. Isso indica que, existiam elementos que precisavam ser finalizados, ou seja, o tema relacionado a cada medicamento não foi exaurido e a paciente continuava sentindo necessidade de comentar discutir sobre um medicamento específico, ao passo que farmacêutica já passava a análise para outro medicamento. A questão do uso do profenide parece ser importante para a paciente, pois no momento em que a farmacêutica afirma (linha 16) “profenide não”, a resposta da paciente é imediata, com aumento do tom de voz (linha 17) “↑ Mas é o único que tira a dor”, o que faz com que a farmacêutica desenvolva uma estratégia de convencimento sobre a superioridade da eficácia da gabapentina em relação ao profenide. Também na linha 24 a paciente reproduz a fala do médico “Até eu podia receitar”, ou seja, a paciente tentar usar da autoridade do médico para convencer a farmacêutica de que ainda pode usar o profenide em algumas ocasiões. Também se verifica que a farmacêutica tenta convencer a farmacêutica com argumentos incisivos: (linha 18) “ele é mais forte” e “ele vai tirar a dor”.

A estratégia da farmacêutica para convencer a paciente a não buscar usar o profenide (anti-inflamatório não estereoidal) e a usar a gabapentina é a de afirmar categoricamente a eficácia deste. No entanto, a paciente, em decorrência da experiência com a medicação anti-inflamatória, continua discutindo a possibilidade de usar o profenide contra as dores.

Durante um momento curto da interação acontece um debate velado, discreto entre farmacêutica e paciente sobre o profenide com resultado de um pequeno conflito entre o interesse da farmacêutica (que a paciente use apenas a gabapentina que está prescrita) e o da paciente (que é continuar usando o profenide alternadamente). Por fim, devido a insistência da paciente, a

farmacêutica assente para descontinuar o debate a fim de evitar o conflito e não propriamente como uma aprovação do uso do profenide.

No próximo excerto, ainda na mesma consulta, a farmacêutica identifica que na receita médica há uma orientação sobre a tomada do diurético duas vezes ao dia, se necessário. Frente a essa orientação médica associada ao fato de a perna da paciente apresentar muito edema, a farmacêutica tenta orientar a tomada de 2 comprimidos ao dia, entretanto, surge um fator complicador, que é o evento adverso relatado pela paciente.

### Excerto 1.73 farmacêutica Amélia, paciente Márcia A

- 1 F1 – Dona... Márcia, a furosemida que é o diurético (.) que eu marquei lá pra senhora que é pra tomar
- 2 um de manhã, que → a → sua → filha → também → deve → ter → marcado → lá... (.), marcou ali no... na
- 3 caixinha. Tá escrito aqui ó..., pela médica, +se necessário um comprimido a tarde. Eu acho a perna da
- 4 senhora muito inchada.+
- 5 P - ↑ Têm que tomar mais?
- 6 F1 - ↓ Vamos tentar tomar um a tarde?
- 7 F2 - Olha eu vou colocar aqui um aviso tá, (.) um asterisco na frente do furosemida, e vou colocar aqui (.)
- 8 se necessário, por que daí=
- 9 P - Tomar dois?
- 10 F1 – [Isso]
- 11 F2 – ↑ [Tomar mais um a tarde né].
- 12 P: Daí eu tomo um de manhã e um a tarde?
- 13 F1 – I-sso. Um a tarde. Não precisa muit → Que horas a senhora vai dormir?
- 14 P - Eu to indo dormir depois da novela, 22:30, 20 para as 23:00=
- 15 F1 - Então toma logo 16h da tarde.=
- 16 P – ^Por que esse ai dá bastante caimbra na gente.^
- 17 F1 – E (.) Caimbra? Esse faz a gente fazer xixi né?
- 18 P- É, e ↑ dá caimbra também.
- 19 F2 - Tá dando caimbra na senhora?
- 20 P - Dá. Aham. ↑ Faz anos que isso aí dá caimbra.
- 21 F2 - Hum rum. É porque ele elimina potássio neh (.) mas a espironolactona a senhora já usava?
- 22 P - Já.
- 23 F2 - Já?
- 24 P - Faz anos. (2,0)
- 25 F2- Com que frequência que dá caimbra?
- 26 P – Ah é... (.) ↑ é mais a noite assim embola tudo as pernas.
- 27 F1- É...? (.) Toda noite?
- 28 P – É (4,0)
- 29 F1 - Vamos fazer assim ó (.) toma um a tarde, do jeito que tá aqui. Por que eu tô achando a perna da
- 30 senhora muito inchada, ele ajuda a enxugar.
- 31 P – Acho que é conforme eu caminhei de lá até aqui, neh?
- 32 F1 - Se a senhora ver que está piorando essa caimbra, ou se tá continuando com caimbra, daí toma só
- 33 um de manhã.
- 34 P - Hum rum
- 35 F1 - ↑ Combinado?
- 36 P: ↓ Tá

Depois que a farmacêutica informa sobre a possibilidade de tomar mais um comprimido de furosemida à tarde, a fala da paciente fica mais séria. Acatando as informações com humildade, mas já dá indícios, logo na linha 5, de que essa informação de alguma maneira incomoda. Nota-se inclusive pelo aumento do tom de voz na pergunta (linha 5) “Tem que tomar mais?”. Essa questão da paciente revela um descontentamento expresso em forma de pergunta. A farmacêutica no próximo turno parece perceber esse incômodo da paciente e baixa o tom de voz, tornando o tom da voz mais terno e acolhedor e fazendo uma construção verbal que inclui a paciente na tomada de decisão “vamos tentar tomar um a tarde”. A escolha da primeira pessoa do plural “vamos” (nós) busca se incluir como corresponsável pela atitude de inserir uma segunda dose do medicamento. O acontece em seguida é que a farmacêutica que acompanha a consulta toma de assalto o turno de fala, ou seja, não deixa a paciente responder à pergunta realizada pela farmacêutica Amélia e se interpõe na conversa (linha 7 e 8) “Olha eu vou colocar aqui um aviso tá, (.) um asterisco na frente da furosemida, e vou colocar aqui (.) se necessário, por que daí=”. A farmacêutica auxiliar se refere ao calendário posológico. A paciente, neste caso, reclama seu turno de fala interrompendo o discurso da farmacêutica auxiliar, formulando uma fala de esclarecimento em relação à proposta feita inicialmente (linha 9) “Tomar dois?” e novamente na linha 12 “Daí eu tomo um de manhã e um à tarde?”.

Essas construções buscam demonstrar que se está cooperando com a profissional e que se está interessada nas informações prestadas pelas farmacêuticas, entretanto, na linha 16 a paciente insere uma queixa que busca justificar o não cumprimento das orientações “^Por que esse aí dá bastante câibra na gente.^”. Essa frase, pronunciada em tom de desânimo pela paciente insere uma problemática que as farmacêuticas desconheciam antes de sugerirem a adição da dose de furosemida. Ainda mais considerado o fato de que a paciente acentua a importância desse evento adverso. A farmacêutica busca confirmar a associação entre câimbra e o uso da furosemida (linha 17) “Esse é o que faz a gente fazer xixi né?”, mas a associação se confirma fatalmente no próximo turno de fala da paciente (linha 18) “É, e ↑dá câimbra também”.

A partir daí se dá um processo de negociação implícito. A farmacêutica busca uma concordância em relação à adição do medicamento, utilizando o sinal do edema como justificativa para convencimento (linhas 29 e 30) “Porque tô achando a perna da senhora muito inchada”, entretanto no próximo turno a paciente busca indagar que o edema é menos significativo do que parece e que aconteceu devido ao deslocamento de casa até o consultório, indicando implicitamente que não concorda com a farmacêutica em relação à necessidade de adição da dose da furosemida (linha 31) “Acho que é conforme eu caminhei de lá até aqui, ne?”. Para tentar um acordo a profissional oferece a liberdade de escolha à paciente, sugerindo que, se o evento adverso piorar ou continuar, a paciente pode voltar a tomar apenas 1 ao dia (linha 32 e 33) “Se a senhora ver que está piorando essa câimbra, ou se tá continuando com câimbra, daí toma só um de manhã”.

Percebemos que nas tomadas de decisão a farmacêutica busca incluir a paciente, ou seja, negociar com ela a intervenção. A paciente, por sua vez, sente abertura para colocar questões que a incomodam e, de maneira cuidadosa, indiretamente discordar com relação às sugestões da farmacêutica.

No próximo excerto observamos a paciente explicitando um problema com relação à autonomia para a tomada da insulina. Percebe-se que neste momento da consulta as questões da farmacêutica são bastante objetivas, até porque neste momento a consulta caminha para o fim. É possível verificar que há muitas falas sobrepostas e interrupções recíprocas (Excerto 1.74).

#### Excerto 1.74 farmacêutica Amélia, paciente Márcia A

- |    |  |
|----|--|
| 1  | F1 - Decide não tomar o remédio (.) por algum motivo, por que [vai numa consulta?]                     |
| 2  | P - [↑Não. A única coisa que as vezes] tem   |
| 3  | problema <u>é a insulina</u> ,(.) Que daí eu não [tenho meu] irmão                                     |
| 4  | F1: [Não.]=  |
| 5  | P: Pra aplicar, daí como eu vou pra lá amanhã com minha filha, daí eu meu genro <u>faz</u> amanhã, (.) |
| 6  | sábado, domingo e segunda, que eu venho segunda [de manhã.]  |
| 7  | F1 - [Tem que ser] sempre alguém pra aplicar né?   |
| 8  | P - É, porque eu não consigo   |
| 9  | F1 - Tá!   |
| 10 | P - Não adianta esconder, por que <u>↑é né</u> , então como diz a Maria, [eu conto a verdade]          |
| 11 | F1 - [É, Sempre tem que (.)] Todo dia tem que  |
| 12 | achar alguém pra aplicar=  |
| 13 | P: É...=   |
| 14 | F1 - por que daí é importante, um dia que fica sem <u>já pode descompensar</u> , (.) a diabetes neh.   |
| 15 | P - É  |

A paciente polimedicada consegue gerir, segundo ela própria, toda a farmacoterapia, com exceção da insulina que, por algum motivo, não consegue aplicar (linha 2, 3 e 5) “[↑Não. A única coisa que as vezes] tem problema é a insulina,(.) Que daí eu não [tenho meu] irmão pra aplicar”. A aplicação da insulina é considerada, portanto um problema. O que chama atenção é que esta dificuldade não foi investigada em maiores detalhes pela profissional. Não se sabe o que causa essa dependência da paciente com relação à aplicação da insulina. Dentre as possíveis hipóteses se pode considerar a falta de habilidade técnica, medo da agulha, dificuldade para enxergar a dose, etc. Esse é um tipo de problema que está repercutindo na efetividade do tratamento, já que os exames de glicemia não estão dentro das metas.

É interessante notar a reação da farmacêutica frente à afirmação da paciente (linha 7) “[Tem que ser] sempre alguém pra aplicar né?”. De fato, esta afirmação não é uma repreensão por parte da farmacêutica, entretanto para a paciente isso é como se fosse uma falta, uma incapacidade (linha 8) “É, porque eu não consigo”. E em seguida no seu próximo turno na linha 10, revela esse fato como se fosse uma confissão “Não adianta esconder, por que ↑é né, então como diz a Maria, [eu conto a verdade]”. A farmacêutica neste caso usa uma estratégia de reafirmar a importância da adesão à terapia com insulina (linhas 11, 12 e 14) “Todo dia tem que achar alguém pra aplicar, porque daí é importante”. Percebe-se que a fala da profissional é informativa, mas também intimidativa no sentido de alertar a paciente com esta ressalva: (linha 14) “Um dia que fica sem já pode descompensar”. A paciente consente, mas continua sem perspectivas de melhorar sua autonomia em relação à auto aplicação da insulina.

O Excerto 1.75 ilustra como se dá o processo de avaliação da rotina de medicação na consulta farmacêutica e igualmente a dependência do método com o fato de o paciente trazer consigo os medicamentos de que faz uso. Percebe-se na fala da farmacêutica uma certa objetividade (oração imperativa) sobre como o paciente deve proceder (linha 1) “Me mostra os medicamentos e a forma como está tomando”. Outra estratégia poderiam ser o uso de uma frase interrogativa, como por exemplo “A senhora poderia me mostrar os medicamentos e contar como está tomando eles, por favor?”. A paciente obedece a ordem da farmacêutica colocando

todos os medicamentos sobre a mesa, finalizando uma parte da tarefa demanda pela farmacêutica (linha 7) “São esses daí”.

Neste caso, a farmacêutica deu preferência à avaliação da adesão através da conferência dos horários que o paciente toma os remédios. Entretanto era importante avaliar se a paciente conhece, ou consegue identificar os medicamentos por nome. Isso não foi feito, porque a farmacêutica já ia identificando os medicamentos para a paciente à medida em que procedia a avaliação (linhas 8) “Esse aqui é enalapril→vou deixar um só tá, só pra gente=” e (linha10) “E esse aqui é o carvedilol”. Após organizar todos os medicamentos sobre a mesa a farmacêutica inicia a avaliação de adesão (linha 10) “Então me conta (.) Esse daqui ó, como é que você toma?”. A pergunta “como é que você toma?” dá margem à várias interpretações sobre “como tomar”, ou seja, esse “como tomar” pode estar relacionado à via de administração, preparo do medicamento, número de comprimidos, horário de tomada, etc. Isso não foi especificado ao paciente, por isso o paciente responde (linha 11) “Esse daí é 1 ao dia”. Em seguida farmacêutica precisa especificar que tipo de informação gostaria de receber (linha 12) “Que horas que você tá tomando?”.

#### Excerto 1.75 Farmacêutica Marluce, paciente Juara

- 1 F1: Então mostra os medicamentos e a forma como está toman-do.
- 2 P: Tá. ((barulho de plástico e envelopes)) (5,0)
- 3 C: Como é que você toma esse?
- 4 F1: Pode pôr tudo daí você va.
- 5 P: Tá. (4,0) Esse daqui (.) Eu já pus o AAS aí (5,0). Tem esse aqui (3,0) Aí a bulinha que você deu.
- 6 F1: Aham....
- 7 P: São esses daí. (2,0) que esse daqui já tenho. (.) É
- 8 F1: Esse aqui é enalapril→vou deixar um só tá, só pra gente.=
- 9 P: Aham...
- 10 F1: E esse aqui é o carvedilol. Então me conta (.) Esse daqui ó, como é que você toma?
- 11 P: Qual que é esse daí? ↑Ah esse [daí é 1 ao dia.]
- 12 F1: [Clopidogrel.] Que horas que você tá tomando?
- 13 P: De manhã. Tudo de manhã.
- 14 F1: Tá (.) Esse. Qual mais ce toma de manhã?
- 15 P: Esse de manhã, esse de manhã=
- 16 F1: Tá=
- 17 P: esse de manhã=
- 18 F1: Esse toma (.) quanto de manhã?
- 19 P: Um. (.) Um é... porque ele é de 80.
- 20 F1: Tá.-->
- 21 P: Esse de manhã ↑e à noite. (1,0) ↑E esse (.) a metade (.) de manhã (.) e a outra metade a noite. (4,0) E
- 22 daí o AAS de meio dia (.)↑AH, MAS POSSO TOMAR O AAS JUNTO TUDO NÉ (.) DE MANHÃ CE-DO?!
- 23 F1: Até pode. [Você come bem o café da manhã?]
- 24 P: [PORQUE EU ACABO ESQUECENDO.] (.) Como be-m.
- 25 F1: É? Pode tomar junto também. (0,5)
- 26 P: É né. Na hora do almoço eu sempre esqueço. (.) Ah, esses daí tudo de manhã também. (3,0) Todos
- 27 eles de manhã. (1,0) Eu só tomo um a noite. ↑Dois. Que é metade desse e aquele que eu te falei.

Na sequência, a paciente fornece apenas a informação sobre o horário de tomada, indicando quais toma pela manhã, porque a farmacêutica pergunta na linha 14 “Qual mais ce toma de manhã?” e paciente vai contando quais toma de manhã, mas não menciona a quantidade. A farmacêutica presume que é apenas um comprimido, mas quando chega a um medicamento específico, pergunta sobre a quantidade (linha 18) “Esse toma (.) quanto de manhã?”. Em um primeiro momento, não se sabe o porquê de farmacêutica perguntar sobre a quantidade de comprimidos apenas para um medicamento específico. Provavelmente porque a farmacêutica esperava que a paciente tomasse uma quantidade diferente de comprimidos para esse medicamento, mas paciente responde e justifica por quê toma apenas 1 comprimido ao dia (linha 19) “Um. (.) Um é... porque ele é de 80”. Em seguida a paciente começa a indicar, além do horário de tomada, também a quantidade de comprimidos (linha 21) “Esse de manhã ↑e à noite. (1,0) ↑E esse (.) a metade (.) de manhã (.) e a outra metade a noite”.

A paciente, em determinado momento relata tomar o AAS ao meio dia, que é o horário usual orientado pelos médicos e documentado na prescrição, mas em seguida faz uma ressalva importante, com relevo na voz para realçar a informação (linhas 22 e 24) “daí o AAS de meio dia (.)↑AH, MAS POSSO TOMAR O AAS JUNTO TUDO NÉ (.) DE MANHÃ CE-DO? (...)[PORQUE EU ACABO ESQUECENDO.]”. A paciente faz a pergunta pedindo permissão à farmacêutica para tomar o AAS pela manhã e justifica que acaba esquecendo se precisar tomar ao meio dia (linha 26).

A maneira como a farmacêutica iniciou a questão sobre a rotina de medicação careceu de ser mais específica. Nesses casos é necessário um tipo de orientação sobre quais informações o paciente precisa descrever a respeito da rotina de medicação, como por exemplo, pedir ao paciente que identifique o medicamento e diga o horário de tomada e a quantidade de comprimidos que toma em cada horário.

No excerto 1.76 podemos ver uma outra maneira de iniciar a avaliação dos medicamentos. Podemos perceber no excerto que a farmacêutica inicia um novo tema de conversação durante a consulta (linha 1) “Agora vou pedir pra você me

contá (.) dos seus remédios. Tá bom?”. Percebe-se nos próximos turnos que a paciente não sabe qual a natureza da avaliação, contando que os medicamentos estão descritos na prescrição e depois quando a farmacêutica tenta indicar que gostaria de saber outro tipo de informação a paciente expõe problemas de acesso (linhas 5 e 6). A farmacêutica inicialmente não rejeita a queixa da paciente, mas logo em seguida, na linha 13, ela tenta organizar o raciocínio da paciente “vamos ver já dona Luana (.) você acorda de manhã e toma o quê?”. Essa questão busca fazer referência à rotina do paciente (acordar, tomar café, almoçar, jantar e dormir), inserindo nesses momentos, a rotina de medicação. Inclusive, há no prontuário um espaço no qual se preenche a rotina diária do paciente e, conhecendo-se essa rotina, busca-se identificar os momentos de tomada do medicamento.

#### Excerto 1.76 Farmacêutica Wanda, paciente Luana

- 1 F1: Agora vou pedir pra você me contá (.) dos seus remédios. Tá bom?  
2 P: Tá, dos meus remédios?  
3 F1: É  
4 P: Então dos meus remédios (XX) tá tudo anotado  
5 F1: Na verdade eu vou ver as receitas sim... mas eu quero=  
6 P: Então, eu só consigo pegar 1 ou 2 no posto (.) e o resto eu tenho que comprar também.  
7 F1: Comprar? Por quê...?  
8 P: (2,0) Então, comprar porque o topiramato tem que comprar (.) não pega. É...=  
9 F1: não tem no posto de saúde (.) nada...?  
10 P: Não. Ô, só consegui pegar o.... (XX) até o (XX) tava em falta.  
11 F1: Tá.  
12 P: Mas {eu tomo é...}  
13 F1: vamos ver já dona Luana (.) você acorda de manhã e toma o quê?  
14 P: Acordo de manhã e tomo o... Puran. O puran.  
15 F1: Tá bom.  
16 P: E o sulfato ferroso.  
17 (...)  
18 F1: Vamos ver já. (.) E esse tanto de topiramato aqui?  
19 P: Minha filha, ela pegou um tanto a mais  
20 F1: !Entendi! Caso precisar né. Se precisar.  
21 P: Topiramato é... daí eu tomo... {puran cedo} é (.) de 100.  
22 F1: É 100 microgramas?  
23 P: Aham. E o sulfato ferroso (.) que eu tomo cedo.  
24 F1: Tá, aí é um comprimido ↑logo que você acorda?  
25 P: É. Logo que acorda.  
26 F1: Em jejum?  
27 P: É, em jejum.  
28 F1: E o sulfato ferroso?  
29 P: É depois (.) do café, mais ou menos.  
30 F1: Tá (2,0)  
31 P: Então, daí as vez eu (.) aí aí eu já tomo as vez o... (3,0) o... (1,5) Fluoxetina (1,0) 3 né (.) comprimido eu 32 tomo (4,0)  
33 F1: Fluoxeti-na, você toma cedo também, é isso? (.) Fluoxeti-na (.) Aí você toma 3 de 20 é isso?  
34 P: 3 de 20.  
35 F1: Tá. (2,0)  
36 P: E... É, daí depois eu tomo... aí quando é umas 10 horas da manhã eu tomo... (2,0) oxeonutri.  
37: F1: ↑Oxeonutri né? (2,0) Oxeonutri você toma lá pelas 10 horas é isso?



Percebe-se que a paciente precisa de tempo para organizar as ideias antes de concluir, lembrar do nome dos medicamentos e a farmacêutica não interrompe a paciente nesses momentos (linha 31 e 32) “Então, daí as vez eu (.) aí aí eu já tomo as vez o... (3,0) o... (1,5) Fluoxetina (1,0) 3 né (.) comprimido eu tomo (4,0)”. A farmacêutica faz algumas perguntas para direcionar o pensamento da paciente nas linhas 24, 26, 28. Na linha 30 apenas assente as informações e aguarda a paciente continuar seu raciocínio. A profissional usa técnicas de confirmação de informações (linha 33) “Fluoxeti-na você toma cedo também, é isso?” e linha 37 “Oxeonutri você toma lá pelas 10 horas é isso?”. Essa técnica serve para organizar ou clarificar a informação que a paciente já havia dado anteriormente.

Nota-se que aqui a paciente confirma o nome do medicamento, a dose (número de comprimidos) e o horário de tomada (linha 21) “daí eu tomo... puran cedo é (.) de 100.

No Excerto 1.77 a farmacêutica avalia o conhecimento da indicação de cada medicamento. Nota-se que a profissional aborda o tema com receio de que a paciente se sinta pressionada a responder corretamente as perguntas como se se tratasse de um teste. A profissional realiza uma organização de reparo na frase inicial, mas não termina de expor o conteúdo da pergunta, fazendo com que a frase perca o sentido (linhas 1 e 2). Apenas na linha 3, ou seja, no próximo turno da farmacêutica, é que a paciente fica sabendo qual é o tema das questões.

Ainda que não queira fazer parecer um teste, a avaliação é realizada com perguntas fechadas que geram um resultado que é apresentado como “certo ou errado” (linha 6) “Isso (.) Tá certo”. Quando a paciente diz não saber para que serve um medicamento, a farmacêutica inicia um processo de explanação sobre a ação do medicamento, tornando a conversa mais formal, um tom que parece gerar um pequeno distanciamento na relação (linha 10) “Não? (2,0) +Esse aqui, o clopidogrel, ele é também para afinar o sangue tá?+” e a paciente segue apenas confirmando a compreensão das informações nas linhas 11, 13 e 16.

## Excerto 1.77 Farmacêutica Marluce, paciente Juara

1 F1: E assim, Juara, eu vou perguntar (.) eu sei que muitas coisas você já sabe. Se você não souber não  
2 tem problema nenhum tá.-->  
3 P: Tá.-->  
4 F1: Para que que serve esse aqui?  
5 P: (.) Esse é para afinar o sangue.  
6 F1: Isso (.) Tá certo (1,0) ↑E o clopidogrel?  
7 P: Não sei. (3,0)  
8 F1: Esse aqui ó  
9 P: Não sei.  
10 F1: Não? (2,0) +Esse aqui, o clopidogrel, ele é também para afinar o sangue tá?+  
11 P: Uhum.-->  
12 F1: +Ele age de uma forma um pouco diferente desse aqui+  
13 P: uhum.  
14 F1: +Tá? Mas esse daqui também, não deixa as plaquetas lá (.) do sangue (.) se juntarem e fazerem um  
15 coágulo (.) dentro do stent que colocou (.) lá (.) onde tava (.) na artéria que tava entupida no coração+  
16 P: Aham....  
17 F1: Por esse precisa desse para proteger (.) de ter (.) um novo... coágulo alí, ou seja, um novo infarto  
18 naquele lugar, (1,0) tá.

Identifica-se aqui duas maneiras diferentes de corrigir ou acrescentar informação ao paciente em relação à algum aspecto da medicação (identificação, indicação, dose ou posologia). Uma estratégia é a provisão ou correção de informação logo no momento em que a falha é identificada. Outra estratégia é deixar o paciente discorrer sobre todos os medicamentos, sem interrupções, para que no final o farmacêutica faça de uma vez só a provisão ou reparo de informações.

Ao mesmo tempo em que tenta realizar um discurso mais técnico, a fala da farmacêutica é repleta de pausas e indecisões. Esse discurso entrecortado pode passar uma mensagem de insegurança em relação ao que está sendo dito (linhas 14 e 15) “+Tá? Mas esse daqui também, não deixa as plaquetas lá (.) do sangue (.) se juntarem e fazerem um coágulo (.) dentro do stent que colocou (.) lá (.) onde tava (.) na artéria que tava entupida no coração+”. Além disso, esse discurso vacilante dificulta a compreensão das informações pela paciente.

Outro aspecto importante da avaliação da farmacoterapia está ilustrado no excerto 1.78. Ele indica o momento em que a farmacêutica investiga especificamente o conhecimento da indicação dos medicamentos prescritos. Expõem-se na pergunta inicial um tema geral “dos remédios da senhora”, que objetiva o conhecimento global da farmacoterapia. A pergunta poderia ter sido realizada da seguinte maneira “Dos remédios que a senhora toma, a senhora sabe

para que servem?”, porém para tornar o processo de avaliação mais específico e didático, a profissional escolhe um medicamento para iniciar a avaliação (linha 1) “por exemplo, a Losartana, ”.

#### Excerto 1.78 Farmacêutica Wanda, paciente Janaína

1	F1: (...) E assim, dos remédios da senhora dona Janaína (.)↑por exemplo, a <u>losartana</u> , a senhora sabe
2	pra que ela serve? (0,7) Entende para quê que tem que tomar ela?
3	P: Pra pressão... também né?
4	F1: I-sso, [ela é pra pressão]
5	P: [Eu também tomava o enalapril], mas o enalapril também afeta o rim né.
6	F1: ↑É. É. A losartana é... <u>ela é boa</u> (.) E ela, ela... protege o rim assim a longo prazo assim→ Ela é boa.
7	É um bom medicamento. (,0,5) E aí (.) o atelanol a senhora sabe pra que toma?

A farmacêutica pergunta de duas maneiras (linhas 1 e 2) “a senhora sabe para que ela serve?” e “entende para quê tem que tomar ela?”. A primeira pergunta pode parecer um teste sobre conhecimentos a respeito dos medicamentos, enquanto que a segunda pergunta dialoga com a realidade do paciente, a de ter que tomar o medicamento e compreender por que faz isso. O tempo que a farmacêutica teve de menos de 1 segundo levou-a a reformular a pergunta para parecer mais adequada.

A paciente faz uma afirmação sobre o medicamento que tomava antes da losartana, indicando que possui algum conhecimento a respeito dos seus medicamentos, “mas o enalapril também afeta o rim né”.

No excerto 1.79 a farmacêutica mais experiente toma o protagonismo da avaliação da medicação. A abordagem sobre os medicamentos é informal, iniciando a processo de avaliação com uma pergunta aberta (linha 1) “E os remédio, como é que tá os remédio?” Quando a farmacêutica tenta ser mais específica com relação à questão, o paciente responde aumentando o tom de voz (linha 2) “Tomando”. De acordo com a interpretação da pergunta, o paciente busca afirmar que está cumprindo seu papel em relação ao tratamento. Esse fenômeno pode indicar a necessidade de explicar ao paciente os objetivos e os passos da avaliação da farmacoterapia, antes de inicia-la.

Em seguida a farmacêutica prossegue avaliando a rotina de medicação, investigando a habilidade de identificação do medicamento, horário de tomada e

dose (linha 3) “o senhor acorda e toma o que?” e (linha 5) “O senhor lembra quantos miligramas?” Há um momento, entretanto em que a outra farmacêutica faz uma pergunta interrompendo o raciocínio da outra profissional e colocando opções que parecem não ter muito sentido devido ao ritmo de voz utilizado pela farmacêutica (linha 8) “O senhor toma de manhã... quando acorda→a noite ou depois do café?”. Provavelmente na tentativa de reestabelecer o protagonismo da consulta. O paciente responde que toma de manhã. Podemos pensar que tanto “de manhã”, “quando acorda” e “depois do café” se referem ao período da manhã.

Na sequência o paciente continua expondo sua rotina de medicação (linha 11) “A-í umas duas horas depois eu tomo Carvedilol, porque eles não podem ser tomados juntos”. Nota-se que o paciente acrescenta uma informação importante, no fim da frase, uma atribuição em relação ao medicamento, a crença de que carvedilol e enalapril não devem ser tomados no mesmo horário. A farmacêutica mais experiente faz um comentário em relação a essa atribuição do paciente, indicando que essa informação não está correta, mas não entra em detalhes neste momento, indicando que isso será tratado mais adiante (linha 12) “(1,0)↑Mais ou menos, a gente já vai conversar sobre isso”

#### Excerto 1.79 Farmacêutica Manuela, paciente Matheus

- |    |  |
|----|--|
| 1  | F2: (3,0) E os remédio, como é que tá os remédio? (.) Como é que=                                      |
| 2  | P: ↑Tomando.   |
| 3  | F2: É, então vamos lá. ↓Pega os remédios pra nós ver. O senhor acorda e toma o quê, senhor Matheus?    |
| 4  | P: Primeiro eu tomo Enalapril.   |
| 5  | F2: O senhor lembra quantas <u>miligramas</u> ?  |
| 6  | P: Cinco.  |
| 7  | F2: Cinco miligramas. Tá (3,0)   |
| 8  | F1: O senhor toma de manhã... quando acorda→a noite ou depois do café?                                 |
| 9  | P: De manhã.   |
| 10 | F1: Uhm... (2,0) O que mais o senhor toma?   |
| 11 | P: A-í umas duas horas depois eu tomo Carvedilol, porque eles não podem ser tomados juntos.            |
| 12 | F2: (1,0) ↑ <u>Mais ou menos</u> , a gente já vai conversar sobre isso.                                |
| 13 | P: Que na verdade ele... Carvedilol ele junto com o Enalapril ele <u>abaixa muito a pressão</u> .      |
| 14 | [A minha pressão] já é baixa por natureza, EU NEM SEI POR QUE EU TOMO REMÉDIO pra                      |
| 15 | pressão na verdade.  |
| 16 | F2: [Então]. Tá. (2,0) Eles (.) pediram pra você tomar um pouquinho <u>depois</u> ? (1,0) ou você que= |
| 17 | P: <u>Depois</u> . (2,0) Não tomar junto porque a pressão que ↑baixa muito.                            |
| 18 | F1: Tá. O senhor lembra quantos miligramas de Carvedilol?  |
| 19 | P: Três.   |
| 20 | F1: Tá. O que mais o senhor toma?  |

Mas no próximo turno a justificativa da paciente acaba indicando a importância do tema. Trata-se de algo que incomoda o paciente por lhe parecer incoerente: o fato de ter que tomar dois medicamentos que reduzem a pressão arterial mesmo ele se considerando um paciente normotenso (linha 14) “A minha pressão já é baixa por natureza” e sua fala indica não concordar com a estratégia de tratamento prescrita (linhas 14 e 15) “EU NEM SEI POR QUE EU TOMO REMÉDIO pra pressão na verdade”. Se a pressão é “baixa por natureza” pode indicar que há presença de eventos adversos relacionados com os medicamentos hipotensores.

A farmacêutica 2 tenta demonstrar que aceita o fato de o paciente se sentir irritado por ter que tomar dois medicamentos que acredita serem desnecessários e aguarda dois segundos para realizar a próxima pergunta (linha 16) “Tá (2,0) Eles (.) pediram pra você tomar um pouquinho depois?”. No caso “eles” fica subentendido que se trata do(s) profissionais prescritores. Após aguardar mais 1 segundo, a farmacêutica dá sequência em sua fala para perguntar se foi o paciente que decidiu espaçar os horários de tomada. Entretanto é interrompida pelo paciente antes de terminar a frase (linha 17) “Depois. (2,0) Não tomar junto porque a pressão baixa demais”. Percebe-se que o paciente fica na defensiva, possivelmente devido a crença de que não se deve desobedecer as ordens médicas.

Neste caso, a farmacêutica 1 decide não esclarecer a questão antes de avaliar toda a farmacoterapia do paciente e segue investigando dose de carvedilol e outros medicamentos que compõe a rotina de medicação do paciente. A estratégia da farmacêutica parece evitar a questão colocada pelo paciente. Trata-se de um evento de “microconflito” que poderia ser esclarecido de alguma maneira antes de seguir adiante a avaliação da farmacoterapia. Ou seja, mesmo que a intenção da farmacêutica fosse seguir com a avaliação, ela poderia verbalizar ao paciente a necessidade de verificar toda a farmacoterapia antes de se pronunciar a respeito do problema colocado pelo paciente. A linha 20 “Tá, o que mais o senhor toma?” poderia ser substituída, por exemplo por uma frase do tipo: “Seu Matheus, compreendo a sua dúvida em relação à isso, mas preciso avaliar todos os seus medicamentos antes de dizer o que penso a respeito dessa questão, entende? Pode ser? O senhor poderia me dizer o que mais o senhor toma?” Isso com certeza

deixaria o paciente mais tranquilo e não pareceria uma fuga em relação à questão colocada inicialmente.

Este excerto também demonstra um problema que parece ser uma disputa entre duas profissionais pela condução da avaliação da farmacoterapia. Enquanto uma delas tenta avaliar toda a medicação antes de se atender aos problemas encontrados (F1), a outra busca se atender à problemas que surgem durante a avaliação (F2). Isso aponta para o fato de que os papéis devem estar muito bem definidos quando a consulta for compartilhada entre dois profissionais. Enquanto uma farmacêutica conduz a consulta, a outra deve ter manter uma postura de observadora e interferir apenas em casos muito específicos ou quando demandado pela outra profissional, caso contrário há um risco de tornar a consulta menos eficiente e o diálogo mais confuso com o paciente.

O excerto 1.80 e 1.81 ilustra dois momentos semelhantes na avaliação da farmacoterapia de uma mesma consulta e uma pequena confusão com a identificação dos nomes dos medicamentos nesses diferentes momentos.

Na linha 1 a paciente confessa não gostar de tomar dois medicamentos que estão prescritos. Quando ela diz que há outro remédio que ela “toma”, ela realiza uma operação de reparo, pois o que ela queria dizer é que havia um outro remédio que estava prescrito e que na verdade ela não toma, porque não gosta. Nota-se a presença de um eufemismo nessa organização de reparo (linhas 1 e 2) “que eu não sou muito chegada a tomar, sabe”. Nos próximos turnos a farmacêutica tenta adivinhar quais são os medicamentos, baseando-se nos conteúdos anteriores do diálogo.

Na linha 9 ela faz uma pergunta que tenta diferenciar qual dos medicamentos prescritos para controlar a pressão arterial a paciente não gosta de tomar (linhas 9 e 10) “é o anlodipino (1,0) ou é o outro? (.). Que tem dois aqui. Faltou assim, o anlodipino e aquele outro que é a clonidina”. Isso aconteceu, porque na sacola de medicamentos que a paciente trouxe para a consulta, faltavam esses dois que estavam prescritos.

Frente a essas duas opções a paciente afirma categoricamente na linha 11 “A clonidina que eu não gosto de tomar” e na tentativa de evitar qualquer tipo de

confusão, a farmacêutica pergunta se a paciente conhece o anlodipino. A paciente diz que o problema é que precisa comprar este medicamento.

### Excerto 1.80 Farmacêutica Wanda, paciente Janaína

1 P: ↑E tem um outro remédio que eu tomo, quer→ dizer→ que →eu→ não, não sou muito chegada a  
2 tomar sabe, que ta na receita,  
3 aquele outro  
4 F1: (.) Eu sei qual é. E outro pra pressão? (0,7) [que você] não ta tomando né?  
5 P: [Ele] Ele esquento muito meu rosto me da uma  
6 agonia uma [(XX)]  
7 F1: [ Ta ]  
8 P: As vezes eu to muito eu tomo. As vezes eu não tó. ↑Esses é esses aí, esses ai. O resto (XX).  
9 F1: é o anlodipino (1,0) ou é o outro? (.) Que tem dois aqui. Faltou assim, o anlodipino e aquele outro  
10 que é a clonidina.  
11 P: Clonidina que eu não gosto de tomar.  
12 F1: É?  
13 P: E esse (.) Esse anlodipino sabe o que é que é?  
14 F1: Hã?  
15 P: Eu num (.) Eu queria é... tem→ que→ comprar→ né?  
16 F1: Ele tem no posto de saúde  
17 P: Anlodipino?  
18 F1: Tem, tem no posto de saúde  
19 P: Eu não sabia  
20 F1: Ele da pra co (.) tomar. Ele tem lá (0,5) e tem... [em qualquer posto]  
21 P: [É esses dois aí que eu não gosto] de tomar. Esses  
22 dois ai oh quando (.) só quando da na na {ruim do} corpo mesmo.  
23 F1: Me conta uma coisa, [você]  
24 P: [ai→ eu→ pego→ e→ tomo]  
25 F1: Você me falou assim que a clonidina você não gosta de tomar, porque você acha que ele da um  
26 quenturão no rosto é isso?  
27 P: É é. isso  
28 F1: (1,5)Ta. (2,0) ↑Sempre sente isso quando toma o medica↑mento?  
29 P: (1,5) Eu tenho muita dor de cabeça também  
30 F1: Dor de cabeça também né? (3,0) Isso atrapalha a senhora?  
31 P: Me atrapalha.  
32 F1: Atrapalha? Se sente mal com isso?  
33 P: É

Claramente no excerto 1.80 a paciente se confunde em relação à clonidina e o anlodipino, pois afirma que que a clonidina lhe dá os efeitos adversos que são esperados para o anlodipino e que o anlodipino não está disponível na rede pública, quando na verdade é a clonidina que não é disponibilizada na farmácia básica.

A exposição de uma dificuldade de acesso sempre é um tema que parece ser um pouco constrangedor aos pacientes e as características de tom e pausas demonstram que há sempre dificuldade em expor esse tipo de problemática (linha 15) “Eu num (.) Eu queria é... tem→ que→ comprar→ né?”.

A farmacêutica entendeu que a paciente não tomava o anlodipino porque ela pensava (equivocadamente) que não era fornecido pela unidade de saúde e que os eventos adversos relatados aconteciam devido a tomada da clonidina. Frente a isso, ela elabora uma estratégia que consiste na retirada da clonidina e reinserção do anlodipino, que se trata de um medicamento mais custo-efetivo e seguro (excerto 1.81).

Apesar de haver identificado problemas com relação a adesão de dois anti-hipertensivos, torna-se a avaliar possíveis eventos adversos à medicamentos nas linhas 1 e 2 “Assim, dona Janaína, das coisas que a senhora toma, desse mo-nte de medicamen-to assim, algum deles incomoda a senhora?”. A expressão “esse mo-nte de medicamentos” utilizado pela farmacêutica oferece duas ideias à paciente: A primeira é uma identificação empática do tipo “eu sei que não é fácil utilizar tanto medicamentos” e outro é uma facilitação no sentido de que quando se tem uma farmacoterapia tão complexa aumentam as possibilidades de que algum medicamento incomode, ou seja, uma ideia de que é normal acontecer de algum medicamento acusar algum tipo de incômodo.

A paciente responde que os únicos medicamentos que incomodam são os dois que foram citados anteriormente (diálogo transcrito no excerto 1.80), e a farmacêutica tenta esclarecer a informação, indicando que é a clonidina que foi citada como aquela que causava os eventos adversos e que a o anlodipino não estava sendo utilizado porque a paciente imaginava que não estava disponível na unidade de saúde.

Frente a isso, a farmacêutica constrói uma argumentação para demonstrar que é possível retirar a clonidina e reinserir o anlodipino (linhas 12, 13 e 14) “a senhora não tava tomando o anlodipino. Quando foi no médico, o médico achou que tava tomando. E ai como não tava controlada a pressão, ele adicionou a clonidina, que é essa que a senhora não gosta, tá?”. As narrativas dos profissionais para explicar, esclarecer, ou convencer o paciente sobre a tomada de algum medicamento, normalmente ocupam um turno longo. Neste caso, a farmacêutica foi interrompida pela paciente que começa a se dar conta de que se confundiu em relação aos nomes dos medicamentos.



A confusão apenas fica aparente quando a paciente faz referência a uma identidade sensorial do medicamento anlodipino, que é a de possuir cor vermelha. Por fim fica claro que o medicamento que a paciente não pode tomar devido a incidência de eventos adversos é o anlodipino (linha 22) “Mas o vermelhinho É ESSE EU NÃO TOMO, por que eu não gosto dele”. O aumento no volume da voz da paciente indica o fato de que finalmente a confusão com relação aos nomes dos medicamentos pode ser solucionada. Ou seja, é do Anlodipino que a paciente “não gosta”. Na linha 25 a farmacêutica usa a expressão “está fazendo mal” ao invés de incomoda, porque ela já sabe que é real a ocorrência de sintomas associados ao uso do medicamento, ou seja, a paciente mesmo já identifica esses sintomas como algo que faz mal a ela. Na linha 30 a paciente confessa estar confusa com relação a identificação dos medicamentos (linha 30) “nem→sei→ o→ que→ ele→ me→ deu→ sabe, ele me deu os remédios”.

#### Excerto 1.81 Farmacêutica Wanda, paciente Janaína

1 F1: Ta (0,7) Desses reme (.) Assim, dona Janaína, das coisas que a senhora toma, desse mo-nte de  
2 medicamen-to assim, algum deles incomoda a senhora?  
3 P: É. Esses dai. Aqueles dois.  
4 F1: Na verdade a clonidina que a senhora me disse, né?  
5 P: É.  
6 F1: O anlodipino não tava tomando porque não sabia que tinha no posto. E agora nós vamos começar a  
7 tomar (.) né? a gente vai vê isso sabe por quê? Porque o anlodipino (.) ele é o que ta faltando, eu acho,  
8 pra controlar a pressão da senhora, sa-be?  
9 P: É. (1,0) Esse ai faz pouco tempo que o médico mandou, esse ai.  
10 F1: sabe o que aconte-ce? A clonidina, ela a gente (.) O que que acontece? a pressão é assim (.) receita  
11 um remédio não controlou (.) associa. Aí associa de novo. Não ta controlado? associa de novo. Então  
12 assim, a senhora não tava tomando o anlodipino. Quando foi no medico, o médico achou que tava  
13 tomando. E ai como não tava controlada a pressão, ele adicionou a clonidina, que é essa que a senhora  
14 não gosta, tá? porque a clonidina ela não é (resp) ela é a última escolha la (.) pra ajudar a controlar a  
15 pressão, então o que nós precisamos é testar pra ver se [o anlodipino]=  
16 P: [aquele é anti,] como é que é, é anti  
17 F1: é esse, é esse.  
18 P: É esse né?  
19 F1: É esse. É esse mesmo. (1,0) Andipino, alguma coisa assim, E TEM. Tem no posto viu?  
20 P: Eu sei que é aquele vermelhinho la=  
21 F1: ↑Isso mesmo, é o vermelhinho  
22 P: Mas o vermelhinho É ESSE EU NÃO TOMO, por que eu não gosto dele  
23 F1: Mas igual (.) você não gosta. E a clonidina voce não gosta tambem  
24 P: É. Esse ai não (rs)  
25 F1: ↑Tá. Me conta qual deles que ta te fazendo mal? Por que que eu achei que era clonidina, mas agora  
26 você ta falando que é o anlodipino  
27 P: É o anlodipino que me faz mal, e o outro (.) pra falar a verdade, eu tenho receita aqui pra te mostrar,  
28 aque-le lá, eu (.) ele me deu, ele me deu...  
29 F1: Hã?  
30 P: Nem→sei→ o→ que→ ele→ me→ deu→ sabe, ele me deu os remédios (1,0)  
31 F1: Ta. Qual deles voce não sabe o que te deu?

A avaliação da farmacoterapia consiste em uma entrevista minuciosa que busca identificar sobretudo as dificuldades, incômodos e falhas do paciente com relação ao uso dos remédios. Muitas vezes o paciente pode se equivocar em relação ao nome dos medicamentos que faz uso quando não os traz para a consulta. Neste caso em específico, o paciente não trouxe nem o anlodipino, nem a clonidina, pois não estava fazendo uso deles, o que causou o problema em identificar qual deles estava fazendo mal e qual estava indisponível na farmácia básica. A farmacêutica só conseguiu identificar esse problema depois de sugerir uma intervenção ao paciente para voltar a usar o anlodipino e caracterizá-lo como um medicamento possível de ser conseguido no posto de saúde

Muitas vezes o farmacêutico busca estratégias para convencer o paciente da importância da utilização do medicamento. No excerto 1.82 podemos verificar uma estratégia de convencimento quando se identifica que o paciente não está utilizando o clopidogrel, um medicamento importante para pacientes que tiveram infarto recente.

A farmacêutica pede para que o paciente descreva sua rotina de medicação. As perguntas vão ficando cada vez mais específicas (linha 1) “Me conta dos seus medicamentos seu Edu”; (linha 2) “Desde que o senhor acorda até a hora em que o senhor vai dormir” e (linha 4) “Qual você toma primeiro?”. O paciente não oferece respostas precisas à farmacêutica, indicando que utiliza a receita para se orientar (linha 8) “[Tomo ce-do] e depois (.) os→horários→que→está→marcado→aí→ né.”. A farmacêutica insiste, especificando ainda mais a questão através de uma pergunta fechada (linha 9) “o senhor sabe por nome esses medicamentos ou não?”, mas o paciente não responde nem que sim, nem que não dizendo que utiliza o papel onde os medicamentos estão marcados para se orientar e termina a frase em tom de humor. Essa frase acompanhada de riso no fim do turno indica uma intenção de tornar o diálogo mais descontraído frente ao fato de não conseguir responder as questões como a farmacêutica esperava.

Percebe-se que o paciente continua sendo evasivo em relação às questões que a farmacêutica faz sobre os medicamentos. Ou seja, o paciente não se sente

confortável para dizer que não sabe ou que tem dificuldades para identificar os medicamentos. Quando a farmacêutica pergunta se ele tem o papel do calendário (posológico), o paciente tenta iniciar a frase procurando uma palavra que lhe falta naquele momento. A farmacêutica completa após um tempo de silêncio (linha 13) “(1,5) A receita?” e o paciente aceita a sugestão em seu próximo turno. Entretanto, na próxima fala a farmacêutica insiste na investigação do conhecimento do paciente em identificar os medicamentos e os horários de tomada (linha 15) “É... O senhor sabe me dizer qual o senhor toma ↑antes, o que o senhor toma depo-is?”. É interessante notar como no próximo turno o paciente quebra a sequencialidade do diálogo, pois ao invés de responder à questão do paciente, ele coloca uma informação nova (linha 16) “Agora tem um que acho que não estou tomando”. A quebra dessa sequencialidade encerra o tema anterior, provavelmente desagradável para o paciente e inicia uma nova problemática que a farmacêutica se vê inclinada a abordar.

O paciente se evade assim da avaliação inicial da farmacêutica. A quebra da sequencialidade sempre é um fenômeno mais ou menos drástico no processo comunicacional, pois desconsidera o turno anterior do par comunicacional. Neste caso, a farmacêutica pode ter compreendido o fato de o paciente evitar responder as questões feitas por ela e decide ater-se a essa nova informação que se trata praticamente de uma queixa do paciente em relação à sua farmacoterapia: A questão do acesso a um medicamento importante.

O paciente diz aos farmacêuticos que buscou conseguir o clopidogrel no componente especializado, mas que o processo está demorando muito. Além disso, confessa não estar fazendo uso desse medicamento (linha 17) “Diz que é muito caro, aquele remédio ↑tô tomando ele não”. Esta importante informação muda a perspectiva da análise para identificar qual medicamento o paciente não iniciou.

Na linha 22 confessa ter considerado comprar o medicamento, mas segundo ouviu falar o medicamento é absurdamente caro. Ainda assim, ele mesmo não se preocupou em conferir o preço na farmácia. Frente a essa informação o farmacêutico que acompanha a consulta interfere na tentativa de conscientizar o paciente sobre a importância do medicamento (linhas 24 e 25) “+Viu, seu Edu S

(1,0) é... tem que conferir às vezes (.) se demorar muito, porque é um remédio extremamente importante pro senhor+”.

### Excerto 1.82 Farmacêutica Luana, paciente Edu. S

- 1 F1: Seu→Edu  
2 P: Uhm?  
3 F1: É...Me conta dos seus medicamentos seu Edu quero saber como é que o senhor faz para tomar os  
4 seus medicamentos, desde que o senhor acorda (.) até a hora que o senhor vai dormir, como que você  
5 faz com os medicamentos?  
6 P: Eh...=  
7 F1: Qual você toma prime-iro? [Como que você faz?]  
8 P: [Tomo ce-do] e depois (.) os→horários→que→está→marcado→aí→ né.  
9 F1: Mas, é qual deles? O senhor sabe por nome esses medicamentos ou não?  
10 P: ↑Ah..., Isso aí eu já largo lá o papel pendurado, !que é para mim saber! (rs)  
11 F1: É? O senhor tem lá um papelzinho do calendário?=  
12 P: LÁRGO O (.) LÁRGO O  
13 F1: (1,5) A receita?  
14 P: É eu largo a receita pendurada pra mim não esquecer né, que aí já está tudo.  
15 F1: Uhum (0,5) É... O senhor sabe me dizer qual o senhor toma ↑antes, o que o senhor toma depo-is?  
16 P: Agora tem um que acho que não estou tomando, que me deram para pegar lá na... saúde né mas...  
17 sei lá quando que vai dar. Diz que é muito caro, aquele remédio ↑tô tomando ele não.  
18 F1: Qual→qual deles? o senhor sabe me dizer?  
19 P: ↓Como é que é “Coquitogrel”.  
20 F1: Clopidogrel né. Uhum.  
21 (...)  
22 P: Eu falei, se for esse valor... eu vou ficar sem esse remédio porque trezentos paus, eu falei da onde.  
23 (rs)  
24 F2: Foi o Clopidogrel que o senhor foi pegar né? (2,0) +Viu, seu Edu S (1,0) é... tem que conferir às  
25 vezes (.) se demorar muito, porque é um remédio extremamente importante pro senhor+  
26 P: Sei.  
27 F2: Por causa do stent que o senhor colocou né. (1,0) Que eu vi que o senhor já teve... (.) reestenose do  
28 stent e colocou outro por cima.  
29 P: É, o médico falou que aquele estava arreventado ↑e trocou.  
30 F2: Tem que cuidar, porque é ↑esse remédio que vai... que vai garantir que o stent dure e não estrague.  
31 P: Eu vou passar saindo daqui na farmácia eu quero ver se é esse o preço que me falaram mesmo.  
32 (...)  
33 F1: Então por isso que é muito importante o tratamento do senhor e por senhor (.) tentar do (.) né (.) vê  
34 (.) qual é a importância (.) desse tratamento (.) né. Que a gente não quer que o senhor volte pra cá (.) O  
35 senhor acho que também não quer [nem a família do senhor né]  
36 P: [É....]  
37 F1: Muito menos a família.=  
38 P: É... eu, se depender, não quero muito não (rs)  
39 F1: Então... seu Edu, vamos tentar fazer a risca esse tratamento, porque só fazendo à risca que se evita  
40 que o senhor volte.  
41 P: Uhm.  
42 F1: Por que a gente vê, aqui no ambulatório, ↓quem não faz tratamento direito ↓acaba voltando e a gente  
43 sabe que (.) né? É claro que tem um risco ainda com o tratamento, ↑mas é muito menor o risco=  
44 P: Esses tempo atrás já tive que voltar ficar uma noite aqui (rs)  
45F1: ↑Então. Né?

Nota-se que a frase é dita com um tom de seriedade, contrastando o uso do humor pelo paciente no turno anterior. Esse humor apresenta uma conotação irônica para evidenciar o quanto o medicamento é caro. A sugestão “tem que conferir” que o farmacêutico faz ao paciente está relacionada ao fato de insistir com

o processo burocrático na farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica. O farmacêutico justifica a importância do medicamento fazendo referência a um evento passado de reestenose do stent que provavelmente aconteceu devido à não adesão à medicamentos como clopidogrel e termina por enfatizar a importância do clopidogrel como o medicamento que vai garantir que não haja nova reestenose (linha 30) “Tem que cuidar, porque é ↑esse remédio que vai... que vai garantir que o stent dure e não estrague”. Apesar de usar linguagem técnica em alguns momentos como “reestenose”, neste momento o profissional busca ser o mais claro possível, fazendo referência à percepção do paciente, pois o paciente disse que o stent havia quebrado, o farmacêutica diz que o clopidogrel garante que o stent não estrague”.

Os turnos de fala do farmacêutico emprestaram uma gravidade ao assunto do clopidogrel. Tanto as informações quanto o tom de voz fizeram com que o paciente parecesse tomar consciência da importância do tratamento com esse medicamento e isso fica claro na resposta que o paciente dá a profissional (linha 31) “Eu vou passar saindo daqui na farmácia eu quero ver se é esse o preço que me falaram mesmo”, ou seja, o paciente já vai passar logo após a consulta em uma farmácia para tentar resolver esse problema, verificando o preço para tentar iniciar o tratamento até que o processo para aquisição pela saúde pública esteja finalizado.

É possível que este paciente nunca tenha tido esse tipo de conversa anteriormente a respeito desse medicamento caro e difícil de conseguir e, por isso, não o utilizou como deveria quando colocou pela primeira vez o stent. A falta de um esclarecimento simples pode ter sido a causa de o paciente ter se exposto a um risco grande em relação à sua saúde e gerou um gasto desnecessário ao sistema com a colocação de um novo stent.

Em outro momento a farmacêutica que protagoniza a consulta reforça a importância de se tomar os medicamentos, indicando os perigos da não adesão. Na linha 34 a farmacêutica diz que não quer que o paciente volte para o hospital, no sentido de que não quer que o paciente volte a ter um evento agudo, depois completa que tem certeza de que nem o paciente nem a família do paciente

gostariam que houvesse algum tipo de complicação devido à descontinuação da medicação.

O paciente volta a utilizar o humor com o objetivo de tornar o diálogo menos desagradável, considerando-se a gravidade do tema (linha 38) “É... eu, se depender, não quero muito não (rs)”, mas o próximo turno da farmacêutica é uma proposta de acordo que segue com uma justificativa bem clara (linhas 39 e 40) “Então... seu Edu, vamos tentar fazer a risca esse tratamento, porque só fazendo à risca que se evita que o senhor volte”. A palavra “então” tem o sentido de conclusão, ou seja, de acordo com tudo o que foi conversado minha proposta é aderir ao tratamento. A palavra “à risca” reforça a importância da adesão. Para estimular o aceite do paciente da proposta a farmacêutica afirma que essa é a única maneira de o paciente não precisar voltar ao hospital. Essa frase “evitar de voltar ao hospital” é, na verdade um eufemismo, pois alberga um significado mais complexo que pode estar relacionado com a continuação da vida ou prevenção de sequelas e sofrimento decorrente de eventos agudos.

O paciente inicialmente assente a proposta com seriedade e depois utiliza a evidência de um evento recente no qual precisou voltar ao hospital. Usa a frase com um tom de humor, mas confirma sua preocupação com o tema Esses tempos atrás já tive que voltar ficar uma noite aqui (rs)”

A avaliação da farmacoterapia pode ser considerada um momento na consulta onde se desenvolve um tipo de entrevista. Essa entrevista pode tomar duas formas iniciais. Em uma delas o farmacêutico utiliza perguntas abertas do tipo “conte-me sobre como o senhor toma seus medicamentos”. Entretanto, poucos pacientes conseguem descrever a tomada de medicamentos com toda a riqueza de informações que a análise pede. Por isso, normalmente surge, em decorrência disso, a outra forma de entrevista, na qual o farmacêutico faz perguntas fechadas, considerando a rotina do paciente.

Parece estar presente na avaliação de muitos farmacêuticos a preocupação de que não pareçam estar testando os conhecimentos do paciente. Entretanto a verdade é que dentro do processo de avaliação da farmacoterapia é necessário testar esses conhecimentos e o importante é deixar claro ao paciente

que o objetivo não é emitir um julgamento, mas identificar se existem equívocos e que esses equívocos precisam ser corrigidos.

A estrutura comunicacional desenvolvida nesse diálogo pode parecer previsível em alguns aspectos. Ou seja, espera-se que haja um tipo de organização de fala na qual o paciente responda as questões do farmacêutico a respeito de nome de medicamento, indicação e horário de tomada. Entretanto, dificilmente a entrevista flui dessa maneira, pois junto com as respostas das questões, normalmente são adicionados alguns tipos de queixas relacionados aos medicamentos, seja em relação à horário de tomada, efeitos adversos, dificuldade de acesso, entre outros.

Frente as queixas ou evidências colocadas pelo paciente, muitos farmacêuticos preferem seguir avaliando todos os medicamentos para depois voltar as questões colocadas pelo paciente, enquanto que outros preferem debater o problema no momento em que ele é colocado, interrompendo a avaliação dos outros medicamentos.

O fato é que é importante perceber que os pacientes emitem considerações sobre os medicamentos. Essas considerações são resultado de experiências prévias vividas com o uso deles, ao conjunto de informações resultante de leituras, conversas com outros usuários com outros profissionais. É muito provável que raramente os pacientes sejam convidados a conversar sobre seus medicamentos e, por isso, se sintam à vontade para expor algum tipo de preocupação ou confirmar algum tipo de informação com o farmacêutico a respeito de seus remédios.

O tema da dificuldade de acesso parece ser sempre o mais delicado de ser abordado. Normalmente ele é colocado pelos pacientes com um certo constrangimento ou com uso de humor na tentativa de tornar essa abordagem mais leve e descontraída.

Os turnos de fala entre farmacêutico e paciente possuem normalmente uma extensão semelhante durante o diálogo, com exceção do momento no qual o farmacêutico tece um parecer profissional. Esse parecer profissional geralmente busca informar sobre a importância do medicamento, evidenciando aspectos técnicos do remédio e da condição clínica para qual ele está indicado. Essas informações são passadas com uma certa formalidade profissional e também têm

a intenção de convencer o paciente a seguir o tratamento. O tipo de linguagem apresentada na passagem da mensagem tende a ser mais técnico e assertivo nesse momento.

#### 5.1.8 Plano de cuidado

O plano de cuidado é o resultado do processo de avaliação global do paciente, considerando suas condições clínicas e a sua farmacoterapia. No plano de cuidado são elaboradas estratégias ou ações, preferencialmente em conjunto com o paciente e com a equipe de saúde, no intuito de resolver ou prevenir os problemas encontrados durante a coleta de dados e avaliação realizadas na consulta. O objetivo é construir ações que preservem ou estimulem a melhoria dos resultados em saúde, da qualidade de vida do paciente, e da eficiência dos gastos em saúde. É, portanto o momento das tomadas de decisões clínicas. O farmacêutico que desenvolveu as consultas no serviço do hospital de clínicas foi capacitado para seguir um modelo de atenção centrado na pessoa, considerando-se aspectos contextuais e as preferências do paciente.

O sucesso das intervenções farmacêuticas na maioria das vezes depende de uma postura ativa do cliente do serviço (paradoxalmente nomeado “paciente”), portanto o profissional busca oferecer um protagonismo a esse paciente e negociar com ele as decisões clínicas que compõe o plano de cuidado.

Metas à curto ou longo prazo para mudança de processos e resultados são estabelecidas junto ao paciente e/ou cuidador. Busca-se assim estimular o autocuidado e o apoio familiar no cuidado ao paciente. Envolver o paciente e a família no processo de tomada de decisão é uma maneira de corresponsabilizar o núcleo familiar no processo de recuperação e promoção da saúde e na prevenção de futuros agravos.

O plano de cuidado, portanto, no contexto do cuidado multidisciplinar ao portador de condições crônicas, é um processo de negociação entre profissional e paciente na busca das melhores ações para resolver os problemas identificados durante a consulta. O profissional contribui com seu conhecimento técnico



específico da profissão, compartilhando sua visão a respeito da situação e suas sugestões no sentido de corrigir problemas ou erros no processo terapêutico. O paciente, sendo ele o maior conhecedor de si próprio, de suas limitações, medos e dores, assim como de suas potencialidades e expectativas, compartilha sua opinião considerando a vivência da doença, do tratamento e os desafios a serem enfrentados com as sugestões do profissional, aceitando, sugerindo modificações ou propondo outras estratégias.

No momento do plano de cuidado foram definidas metas terapêuticas a serem alcançadas dentro de um espaço de tempo especificado. Normalmente esse tempo equivale ao período que vai até a próxima consulta, na qual os resultados das intervenções serão avaliados e se concluirá um episódio de cuidado. Na consulta farmacêutica, as metas terapêuticas estiveram associadas à resultados terapêuticos decorrentes do uso de medicamentos, como melhoria de sintomas ou normalização de exames laboratoriais, ou ainda, associados à processo, como mudança de estilo de vida ou adesão à farmacoterapia. A mudança de processo pode ser considerada um desfecho intermediário, enquanto que as mudanças de resultado são os desfechos finais. Tais mudanças previnem agravos à saúde ou melhoram resultados em saúde.

As intervenções farmacêuticas no serviço estiveram fortemente relacionadas à ações junto a outros profissionais de saúde, principalmente profissionais médicos. As principais intervenções farmacêuticas realizadas no plano de cuidado incluem ações de aconselhamento sobre medicamentos, doenças, estilo de vida e monitoramento, alterações ou sugestões de alterações nas terapias, encaminhamentos a outros profissionais ou serviços, recomendações de monitoramento e provisão de materiais. Pilnick desenvolveu uma análise aprofundada do processo de aconselhamento ao paciente em um ambiente hospitalar com pacientes clientes da oncologia (PILNICK, 1997).

Um tipo de intervenção muito frequente nas consultas farmacêuticas no ambulatório de atenção farmacêutica foi a provisão de carta a outros profissionais de saúde, principalmente de carta ao médico. Essa carta era confeccionada ao final da consulta e entregue ao paciente para que ele entregasse ao profissional prescritor. Os pacientes, em sua maioria, já haviam consultas médicas previamente

agendadas ou, em alguns casos, o farmacêutico aconselhava o paciente a procurar uma consulta médica. Quando o paciente era orientado a procurar um médico, normalmente ele era contra referenciado para a unidade de saúde, onde seria consultado por um médico da família.

Foi possível notar que ainda há uma relação de dependência significativa da consulta farmacêutico com o profissional prescritor. Isso acontece porque muitos dos problemas identificados estão relacionados à necessidade de modificação da prescrição de medicamentos tarjados, como mudança de dose, adição ou retirada de medicamentos. Também, em alguns casos, o paciente poderia trazer para a consulta farmacêutica, queixas de problemas de saúde importantes, que necessitavam de diagnóstico médico.

Em muitos casos, paciente traziam queixas de sintomas à partir dos quais se contatava não se tratar de um problema menor e autolimitado. É o que acontece no excerto 1.83, que a paciente traz um sintoma de pele pouco específico, mas que persistia por longo tempo. Depois de a farmacêutica fazer uma avaliação física, conclui que se trata de um sinal que necessita de uma avaliação médica mais detalhada para que fosse realizado um diagnóstico (Excerto 1.83)

#### Excerto 1.83 Farmacêutica Rebeca, paciente Ana R

1 C: Que a mãe ficou quase todo o período na UTI. E ela ficou com essas marquinhas → E em cima  
2 dessas marquinhas ela ficou... esses nodulozinhos, ↓mas acho que isso é normal  
3 F1: Sim.  
4 C: Aí a posição que ela ficava também na cama. (6,0)  
5 F1: A senhora tinha alguma... (3,0) ↓(XX) ((avaliação física pela farmacêutica)). COMEÇOU DEPOIS DO  
6 INTERNAMENTO?  
7 P: (XX)  
8 F1: É eu não consegui identificar. (5,0) A senhora chegou a comentar com algum médico sobre?  
9 P: Não, eu só notei assim...  
10 F1: É, esse aí realmente eu não posso avaliar, mas eu (.) se eu fizer alguma cartinha pro médico eu  
11 relato isso pra ele avaliar, tá bom?  
12 P: Tinha que fazer algum exame também.  
13 C: É {esse não}=  
14 F1: [Sim, teria que fazer], mas isso realmente é o médico que tem que solicitar. Eu faç (.) coloco isso  
15 na carta também tá? Vou lembrar (43,0)

Durante a avaliação da glicemia da paciente, o cuidador comenta sobre o problema que ele identifica como nódulos na pele (linha 2) “esses nodulozinhos”. Normalmente nódulos na pele são sinais bastante inespecíficos, mas podem ser

sinais de alerta para doenças mais graves, portanto é importante que o paciente busque realizar uma avaliação médica.

Comentários que o cuidador ou o paciente fazem a respeito de algum tipo de sintoma ou sinal convidam o profissional para que ele realize algum tipo de avaliação. Por isso a farmacêutica interrompe a verificação da glicemia para realizar a avaliação do problema apresentado pelo cuidador. Porém, na linha 8 a profissional expressa que não foi capaz de identificar a natureza dos nódulos e pergunta sobre algum tipo de avaliação médica prévia desses sinais.

A farmacêutica, neste caso, não desenvolveu nenhum tipo de resposta clínica para o paciente que justifique o encaminhamento ao médico. Pelo contrário, a justificativa pareceu superficial e breve. Ademais, a proposta de intervenção relegou a importância do sintoma trazido pelo cuidador (linhas 10 e 11) “É, esse aí realmente eu não posso avaliar, mas eu (.) se eu fizer alguma cartinha pro médico eu relato isso pra ele avaliar, tá bom?”.

A profissional constrói um enunciado que denuncia impotência e também inabilidade “isso realmente eu não posso avaliar”, frente ao qual a paciente busca comunicar compreensão de maneira cordial, concordando com a farmacêutica ao mesmo tempo em que exige ações do sistema de saúde (linha 12) “Tinha que fazer algum exame também”.

O cuidador e a paciente no excerto 1.83 comunicam duas ideias gerais. A primeira é a de que se concorda e aceita o fato de que a farmacêutica não o profissional capaz de diagnosticar o problema colocado. A segunda ideia é a de que o problema parece ter sido originado de uma intervenção, ou seja, é uma iatrogenia e que é necessário que o sistema dê conta de resolver isso através, por exemplo, da realização de exames diagnósticos.

A farmacêutica finaliza o tema demonstrando acordo com o cuidador e reiterando o fato de que esses exames são necessários e que é o médico quem os solicita. A manifestação da paciente na linha 12 modifica o discurso do farmacêutico, perdendo em sua próxima fala a condicionalidade da frase e tornando-a afirmativa (linha 14 e 15) “Eu faç (.) coloco isso na carta também tá? Vou lembrar”.

Aqui vemos que a intervenção do farmacêutico foi baseada em uma demanda do paciente em relação a um determinado problema. Esse problema se configurou como um problema de saúde que necessitava avaliação diagnóstica e, portanto, sua resolução foge da alçada direta das competências do farmacêutico. Para resolver esse problema, a intervenção farmacêutica foi o encaminhamento, na forma de carta ao médico.

Como na consulta é realizada uma avaliação global do paciente, podem ser identificadas queixas e problemas cuja resolução compete a outros profissionais. Ainda que não esteja manifesto verbalmente, as falas da farmacêutica buscam também revelar o fato de que o problema avaliado não se caracteriza como uma urgência e que o processo de encaminhamento para a unidade básica de saúde é viável.

A questão da construção de identidade do farmacêutico clínico pode ser influenciada pelas limitações de autonomia impostas à sua profissão. A insegurança em relação às suas possibilidades de ação em consultório pode levar a um processo perigoso de encaminhamento de muitos casos para os médicos, gerando aumento da demanda de profissional. Em decorrência disso, o paciente pode perceber a consulta farmacêutica como uma simples ponte para acesso ao serviço de consulta médica, o que, evidentemente é uma ideia que precisa ser desconstruída. Por isso, em todas as ocasiões nas quais se necessita encaminhar o paciente a outros profissionais, é importante avaliar cuidadosamente a questão, oferecendo uma justificativa coerente do motivo desse encaminhamento, avaliando se o paciente concorda e dispõe de possibilidades para comparecer a essa consulta para a qual será encaminhado.

Outro tipo de intervenção farmacêutica muito frequente é o aconselhamento ao paciente. O aconselhamento pode ser considerado um tipo de serviço farmacêutico clínico e normalmente está relacionado a provisão de informação sobre a utilização dos medicamentos e suas características, considerando-se efeitos esperados, dose, posologia, e horários de tomada. Este é um tipo de intervenção no qual o farmacêutico tem total autonomia e competência para desenvolver. Não se trata, porém de uma atividade privativa, já que outros profissionais podem (e devem) proceder com aconselhamento sobre

medicamentos, estimulando seu uso adequado. Vejamos dois exemplos nos excertos 1.84 e 1.85.

#### Excerto 1.84 Farmacêutica Rebeca, paciente Ana R

1 F1: ↑O Ômega 3 ele tem alguma ação → a senhora tá tomando por conta pró-pria, ↑né? Mas se estiver  
2 faltando (.) dinheiro pra algum medicamento, para de tomar esse omepra (.) ômega 3 e compra essa  
3 Varfarina→  
4 C: Sim→  
5 F1: Ela é a mais importante de todos. Tá? (.) Ele até acaba sendo bom pro colesterol  
6 P: Essa parte (XX) ele veja essa parte dos remédios pra comprar  
7 F1: Sim=  
8 P: Eu prefiro que ↑ele mexa nessa parte de remédio. Ele mexe nessa parte  
9 F1: Uhum.

Uma característica importante do processo de aconselhamento é que ele normalmente acontece sem que o paciente demande as informações que são passadas pelo profissional. Ou seja, o profissional assume hipoteticamente o fato de que o paciente desconhece as informações transmitidas durante o processo de aconselhamento.

A farmacêutica inicia seu discurso sobre o medicamento ômega 3 com um recurso retórico indicando que o medicamento apresenta efeito benéfico, mas ao mesmo tempo questionando sua utilização (linha 1) “ele tem **alguma** ação”. Percebe-se que a palavra “alguma” significa, neste contexto, que apesar da medicação apresentar um efeito terapêutico, não é um efeito tão importante se comparado com o dos medicamentos prescritos. Busca assim, desconstruir uma avaliação superestimada do ômega 3, certamente influenciada pela mídia não especializada ou pelo meio social.

Nota-se no primeiro turno da farmacêutica, uma frase subsequente que busca desestimular o uso de medicamentos não prescritos (linha 1) “→A senhora tá tomando por conta própria, ↑né?”. A farmacêutica teve a intenção de privilegiar o acesso a medicamentos que estão prescritos, pois sabe que alguns itens da farmacoterapia precisam ser comprados pelo paciente e sugere que, em caso de limitação de recursos, dê preferência para os medicamentos prescritos, neste casos, a varfarina ao invés do ômega 3.

A questão da renda e acesso continuam sendo temas de difícil abordagem, pois o farmacêutico parece ter receio de gerar algum constrangimento ou ofensa ao paciente (linhas 1,2 e 3) “Mas se estiver faltando (.) dinheiro pra algum medicamento, para de tomar esse omepra (.) ômega 3 e compra essa Varfarina→”. A pausa entre as palavras “faltando” e “dinheiro” demonstram o desconforto em se abordar esse tipo de tema. A paciente também parece preferir não aprofundar esse tema, sinalizando que a responsabilidade pela compra dos medicamentos é dos filhos que cuidam dela.

No próximo Excerto a farmacêutica justifica ao paciente e cuidador suas intervenções. Nota-se que as intervenções desta farmacêutica estão diretamente relacionadas com encaminhamento ao médico, (Linha 1) “Aqui eu to encaminhando pra um psiquiatra” e (linhas 2 e 3) “Eu só não encaminho a senhora pra ver a questão da dor no joelho e ↑no ombro porque eu quero fazer tudo de uma vez → pra senhora não ter que ir várias vezes no médico”.

#### Excerto 1.85 Farmacêutica Rebeca, paciente Ana R

1 F1: ↑E aí (.) eu só não encaminho a senhora agora (.) aqui eu to encaminhando pra um psiquiatra pra  
2 avaliar a questão da depressão (.) Eu só não encaminho a senhora pra ver a questão da dor no joelho e  
3 ↑no ombro porque eu quero fazer tudo de uma vez → pra senhora não ter que ir várias vezes no médico.  
4 E eu acho que quando eu souber como que a senhora tá tomando os remédios certinho → alias, quando  
5 a senhora começar a tomar a Varfarina que não tá tomando ain-da, o ipratrópio mesma coi-sa. É... aí a  
6 gente vai ver realmente como tá controlando a sua saú-de. A gente vai solicitar exa-mes, tá? (1,5) Outra  
7 coisa. O oxigênio (.) que [o médico fez (.) aquele encaminhamen]=  
8 C: [Isso (.) A gente vai ver isso] A gente vai ver. Da outra vez a Va não tinha percebido, mas na terça  
9 feira a gente vai dar uma passada alí. (...)  
10 F1: ↑ trazer todas as prescrições, ↑até as que você acha que não vale mais →  
11 C: A gente vai no médico então, [daí já peço lá]  
12 F1: [↑E a forma como estão organizando] ↓todos os comprimidos, os horários  
13 (0,5) Tá? A pressão també=  
14 C: Esses. Essas medicações que a gente tem. Que a gente não tem certeza por não ter a (.) a  
15 prescrição aqui, ↑eu sei que a mãe usa depois (.) depois das refeições as principais (.) o almoço e a janta  
16 (.) É o metformina → O enalapril ela toma lá (.) dois comprimidos de de... de enalapril dez miligramas de  
17 manhã, de tarde. De tarde você toma né, logo depois do almoço. Parece que toma um. Né. ↑E daí não  
18 toma a noite. O enalapril toma a noite. ↑A furosemida que não toma a noite. Só toma de manhã. Que  
19 aqui conta (XX)=  
20 F1: É que ela tinha comentado que era depois do almoço.  
21 C: [XX ]  
22 F1: [Normalmente Furosemida] pode ser só uma vez ao dia, mas se ela tiver com  
23 C: [ XX ]  
24 F1: [muito inchaço] (.) É. Se ela tiver com muito inchaço pode ser por isso que ele tenha aumentado.  
25 C: Sim  
26 F1: Mas como eu disse, eu me baseei no que você lembra. Metformina faz sentido. Se tiver menos  
27 inchaço. Mas senhora tem bastante inchaço. (1,5) Aí tem que tomar os dois.  
28 C: Tá, mas eu vou trazer essas próxi (.) da próxima vez (xx)=

É importante ressaltar o fato de que, muitos pacientes não trazem medicamentos, receitas e exames na primeira consulta. Esses elementos se configuram como material imprescindível para a realização de uma consulta farmacêutica adequada. Por isso, muitas vezes a intervenção nas primeiras consultas se limita a orientação sobre o que trazer na próxima consulta e, muitas vezes também a solicitação de exames laboratoriais atualizados (linha 6) “A gente vai pedir exames, tá?”.

Outra questão interacional importante ilustrada por este excerto é a busca do reconhecimento do cuidador de sua competência enquanto responsável pelo cuidado do paciente, ou seja, ele se preocupa em demonstrar que está fazendo um bom trabalho cuidando do paciente e ser reconhecido por isso.

É preciso ter cuidado com essa questão, já que, como muitos problemas relacionados à farmacoterapia podem ser identificados em uma consulta, o cuidador pode entender que está sendo culpabilizado pelos problemas ou desqualificado de seu papel. Isso pode fazer com que ele entenda as recomendações do profissional como repreensão em relação à sua conduta com o paciente. Uma atitude não julgadora e colocar o cuidado em uma posição de colaborador do processo de cuidado é uma tarefa que pode ser conseguida através de ações comunicacionais adequadas.

Na linha 14 até a 19, o cuidador utiliza seu turno de fala com a intenção de demonstrar que acompanha e conhece os horários de tomada dos medicamentos da paciente, corrigindo uma informação sobre a furosemida. Percebe-se que neste momento acontecem muitas interrupções entre farmacêutico e cuidador. Este finaliza o tema concordando em trazer as receitas e os medicamentos na próxima consulta para que a farmacêutica possa avaliar com mais segurança a farmacoterapia da paciente (linha 28) “Tá, mas eu vou trazer essas próxi (.) da próxima vez (xx)=”.

Ainda que faltem muitas informações para a tomada de decisão em relação à farmacoterapia, há uma exceção que é a questão da depressão não tratada, para a qual a farmacêutica já decide encaminhar a paciente para uma consulta médica. Essa também é a queixa principal da paciente e do cuidador. Além disso a paciente

demonstra durante toda a consulta, através de sinais verbais e paraverbais, que a questão da depressão parece estar realmente manifesta.

O excerto 1.86 ilustra uma postura colaborativa da profissional durante a tomada de decisão. Todas as propostas de intervenção vêm justificadas pela farmacêutica. As queixas de dor articular e dor de estômago necessitam de prescrição de um novo medicamento e de alteração de dose de outro. Por isso a farmacêutica decide escrever uma carta ao médico e justifica (linhas 2 e 3) “A colchicina realmente não é bom... (.) quando a pessoa ta com probleminha no rim, mas tem outras alternativas” e (linhas 9, 10 e 11) “e... o Omeprazol 20 miligramas é pouco ainda, é pouco, tem gente que toma 40, tem gente que toma até mais, então se ainda ta com 20 e se queixa de dor, se a gente colocar 40 pode ser que melhore entende?”.

Antes de finalizar a sugestão de encaminhamento a farmacêutica investiga se o paciente já possui consulta médica agendada, pois isso torna mais fácil o encaminhamento da carta a esse profissional. A cuidadora, concordando com a sugestão, em seu turno de fala confessa que, mesmo sem ter a prescrição médica já fazia o aumento de dose do omeprazol por conta própria e assim sinaliza estar de acordo com a intervenção proposta pela farmacêutica.

#### Excerto 1.86 Farmacêutica Amélia, paciente Bruno

1 F1: Tá, eu vou fazer o seguinte Dona Adelaide e Bruno, eu vou escrever uma cartinha pro médico para  
2 gente ver a questão da gota. A conchicina realmente não é bom... (.) quando a pessoa ta com  
3 probleminha no rim, mas tem outras alternativas. Tá? Então eu vou fazer uma cartinha sugerindo para o  
4 médico (.) você tem consulta lá em sua cidade? ou não?  
5 C: Tenho (.) depois que o exame ficar pro-nto.  
6 F1: Então leva nesses  
7 C: Daí eu tenho consulta que ele vai fazer (XX)  
8 F1: Ta, então ta bom. E daí qualquer médico lá mesmo você pode levar essa cartinha ta? Essa cartinha  
9 e... o Omeprazol 20 miligramas é pouco ainda, é pouco, tem gente que toma 40, tem gente que toma até  
10 mais, então se ainda ta com 20 e se queixa de dor, se a gente colocar 40 pode ser que melhore,  
11 entende?  
12 C: Para falar bem da verdade=  
13 F1: Ahn?  
14 C: O dia que deu a dor mesmo nele, ele tomou dois comprimidos, um de manhã e tomou outro a tarde  
15 (XX). Aí quando começou com a dor [ele {toma dois}]  
16 F1: [Eu acho que ele vai] se beneficiar bastante em tomar dois (.) a maioria dos  
17 pacientes tomam dois (.) em jejum, ta? Mas eu vou escrever isso na cartinha, ↑daí você leva lá na  
18 unidade quando der, pode ser?=  
19



Antes de iniciar a confecção da carta a farmacêutica busca um gesto de concordância do paciente e da cuidadora (linhas 17 e 18) “? Mas eu vou escrever isso na cartinha, ↑daí você leva lá na unidade quando der, pode ser?=". Observa-se que neste excerto a farmacêutica também elabora um plano de cuidado que contém uma comunicação com o médico, entretanto, todas as questões clínicas são detalhadamente explicadas ao paciente. Além disso, há sugestões claras do que se pretende com a avaliação do médico

Nota-se que a farmacêutica Amélia busca a concordância do paciente em todas as propostas de intervenção. No caso da proposta de medida residencial de pressão arterial, a farmacêutica verifica as condições materiais para o paciente realizar as medidas em casa, ou seja, verifica se possui aparelho de medida de pressão arterial. Depois ela afirma que a medida de pressão arterial ambulatorial está fora do esperado, mas ao mesmo tempo tenta tranquilizar o paciente (Excerto 1.87).

Em seguida a farmacêutica faz uma série de perguntas fechadas que o paciente (ou cuidadora) respondem através de mensagens não verbais (linha 4) “mede em casa né? Eu vou pedir uma tarefa de casa, pode ser?” e (linhas 7 e 8) “Mede duas vezes, anota, aí no mesmo dia mede a noite ou a tarde e anota para mim, pode ser? Por quatro dias. Pode?”

#### Excerto 1.87 Farmacêutica Amélia, paciente Bruno

1	F1: Tá. vocês têm aparelhinho de pressão em casa né?
2	C: Tem, tem.
3	F1: Tá. aqui deu um <u>pouquinho</u> alta, mas assim (.) norma-l (.) às vezes (.) agitação da viagem, aquelas
4	coisa. E você mede em casa né? (.) Eu vou pedir uma tarefa de casa, pode ser? (.) Pra a gente ver
5	assim ó (.), aqui tem o dia, pode ser segunda, terça, quarta, qualquer dia. Começa lá, coloca o <u>dia</u> e o
6	<u>horário</u> ,
7	pode ser de manhã (.) mede duas vezes e anota, aí no mesmo dia mede a noite ou a tarde e anota para
8	mim, pode ser? Por quatro dias. Pode? Então tá bom.

Assim como a farmacêutica Amélia, os farmacêuticos em geral não tiveram um postura paternalista, ou seja, buscaram na medida do possível adaptar a intervenções para as necessidades e possibilidades do paciente. Essas atitudes buscam construir uma relação de confiança com o paciente e se pautam por um modelo de cuidado centrado na pessoa.

A intervenções que sugerem mudanças de estilo de vida ou de comportamento em relação à medicação se desenvolvem à partir de estratégias de convencimento. Os farmacêuticos também desenvolvem ações empáticas, expressando identificação com a dificuldade do paciente em aceitar e implementar uma mudança drástica de comportamento (Excerto 1.88).

A farmacêutica busca convencer a cuidadora a não preparar chás laxativos para tratar sintomas de constipação do paciente e justifica o argumento com o relato de uma experiência própria juntamente com a evidência científica (linhas 2 e 3) “ó pra chá não é bom pra soltar o intestino. A gente, eu já tomei chá, aquele chá de sene, já ouviu falar?”. Na linha 5 e linha 9 a farmacêutica explicita a ação negativa dessas infusões “machuca muito”, “dá cólica” e “irrita muito”. Em seguida, com a intenção de convencer a paciente a utilizar um outro tipo de medicamento, a farmacêutica busca estabelecer uma relação entre o medicamento mais indicado (lactulona, neste caso) e os chás que o paciente utilizava (linhas 17 e 18) “É o chá é de origem natural e a lactulose também é de origem natural”. Além disso ressalta uma diferença importante entre o chá e a lactulose (linha 17) “Lactulose é ótimo e ele não agride o intestino”.

Neste caso, percebe-se que a farmacêutica tentar modificar um hábito perigoso da cuidadora, que é o de fazer chá irritativo para controlar a constipação do paciente, sem desconsiderar o conhecimento cultural nem as crenças da cuidadora, mas trabalhando com elas, buscando modificar essa crença à partir da informação em saúde, ilustrando essas questões com experiências próprias.

A cuidadora aceita a sugestão da profissional e tira dúvida sobre o tempo de uso do medicamento (linha 20) “esse aí ele pode tomar permanente pra controlar?”, indicando o estabelecimento de uma relação de confiança entre as interlocutoras.

## Excerto 1.88 Farmacêutica Amélia, paciente Bruno, Retorno

- 1 C: tá bem preso.  
2 F1: É? O intestino da to (.) tem um... ó pra chá não é bom pra soltar o intestino. A gente, eu já tomei chá,  
3 aqueles chá de sene, já ouviu falar?  
4 C: tomou. (rs) Eu fiz duas copadas assim ó=  
5 F1: +O chá de sene ele machuca muito o intestino.  
6 C: Ele dá cólica, né?  
7 F1: No-ssa  
8 C: Eu falei pra ele que dá {no tempo} que !ele queria emagrecer! (rs)  
9 F1:Ele (rs) +O sene, a cáscara sagra-da dá cólica e irrita muito, sabe? Deixa eu ver se tem um papel  
10 aqui. Tem um medicamento que é bem bom, ele. (.) est (.) ele=  
11 C: Ele já tomou tamarine gel [e ele]=  
12 F1: [Em um pote]  
13 C: Bem grande o tamarine.  
14 F1: Aham. É a Lactulose. Provavelmente aqui mesmo ele deve ter tomado, não me lembro. Lactulose, já  
15 ouviu falar?  
16 C: Não.  
17 F1: Lactulose é ótimo e ele não agride o intestino. É o chá é de origem natural e a lactulose também é de  
18 origem natural. Mas o chá ele irrita muito o estômago, ele machuca.=  
(...)  
19 F1: Tá. Eh... Eu vou colocar aqui pra você (.) o nome.  
20 C: Coloque pra mim.  
21 F1: É Lactulose. Tem na farmácia, não deve ser muito caro. (2,0)  
20 C: Esse aí ele pode tomar permanente pra controlar?  
21 F1: Ó. Pode tomar, pode tomar... por um tempo assim.

A estratégia de convencimento da farmacêutica parece ter sido eficiente. Os argumentos da farmacêutica parecem ter sido claros e assertivos e não foram impositivos.

No próximo excerto podemos verificar uma estratégia orientada para a melhoria na adesão do paciente à farmacoterapia prescrita. Neste caso a farmacêutica não necessita do intermédio do médico para realizar a intervenção, mas apenas convencer o paciente a utilizar o medicamento conforme a prescrição (Excerto 1.89)

Neste excerto é possível identificar estratégias retóricas de convencimento (linhas 7, 9 e 10). A farmacêutica faz perguntas e afirmações que dificilmente podem ser negadas “O sono é muito importante pra gente, o senhor sabe né?”. Utiliza os sintomas do paciente e a possibilidade de sua eliminação com o uso do medicamento por tempo prolongado. É uma tentativa de convencer o paciente a persistir no tratamento, ainda que em curto prazo ele não tenha sentido melhora (linhas 1 e 2) “esse aqui é um remedinho (.) que ele DEMO-RA pra fazer efeito”. Nota-se a ênfase na palavra demora reforçando esse aspecto da terapia.

## Excerto 1.89 Farmacêutica Beatriz, paciente Augusto L

1 F1: Tá, entendi. Eu estou te perguntando isso Seu Augusto por que esse aqui é um remedinho (.) que  
2 ele DEMO-RA pra fazer efeito,sabe?  
3 P: é.  
4 F1: Daí 15 dias não é suficiente pra saber se (.) resolveu ou não.  
5 P: É demora.  
6 F1: Ele é demorado. Então eu queria pedir para o senhor (.) tomar 2, e daqui 1 mês a gente ver se  
7 resolve. Por quê dormir mal (.) para o senhor que é um homem ativo, não deve ser bom neh?  
8 P: É  
9 F1: Ficar acordando toda hora a noite, demora pra dormir, ↑não é coisa boa isso aí. O sono é muito  
10 importante pra pra gente, o senhor sabe neh?  
11 P: Sei.  
12 F1: Vamos (.) tentar?  
13 P: Uhum.  
14 F1: Como o médico recomendou 2, eu acho que a gente devia investir nisso. ↑E aí (.) se daqui um tempo  
15 não melhorar a gente pensa em outra estratégia. Mas vamos primeiro tentar (.) assim. O que é o que o  
16 senhor acha? Ele tá te dando alguma reação ruim?=  
17 P: É bom. ↓Eu vou (.) vou tentar então.  
18 F1: Vamos combinar então? Tá?  
19 P: Por que... eu acho que o paracetamol (.) ele, e ele falou (.) que eu até pedi pra ele (.) se não podia  
20 trocar por um mais forte  
21 F1: Aham.  
22 P: Ele falou não, o outro vai te VICIAR.  
23 F1: Então antes de trocar (.) vamos tentar fazer esse aqui o melhor possível. E por enquanto o melhor  
24 possível é 2. Vamos tentar?  
25 P: Vamos.  
26 F1: Então a primeira coisa que eu quero combinar com o senhor (.) 2 por noite.  
27 P: 2 por noite.

A farmacêutica faz busca se corresponsabilizar pela saúde do paciente utilizando o verbo no plural o a locução “a gente” (linha 6 e 7) “pra gente ver se resolve”; (linha 12) “vamos tentar?”; (linha 14) “eu acho que a gente devia investir nisso”; (linha 18) “Vamos combinar então?”. A farmacêutica também estabelece exatamente o período para reavaliar a efetividade do tratamento.

O paciente, por sua vez manifesta acordo com relação a proposta da farmacêutica (linha 17) “É bom. ↓Eu vou (.) vou tentar então”. Ainda assim percebe-se uma redução no tom de voz do paciente, o que indica uma possível insegurança em relação ao acordo firmado com a profissional.

Mais adiante o paciente compartilha o motivo da insegurança ou desconfiança em relação ao medicamento. A palavra “viciar” utilizada com ênfase na linha 22 apresenta uma pista à respeito do significado cultural associado ao medicamento. Essa palavra e a maneira como foi pronunciada informa um possível receio em relação à dependência do medicamento para dormir.

Entretanto, a farmacêutica aproveita a palavra “trocar” para reforçar seu argumento de tentar dobrar a dose do medicamento hipnótico ao invés de trocar por outro (linha 23) “Então antes de trocar (.) vamos tentar fazer esse aqui o melhor possível”. Ou seja, a perspectiva de mudar o medicamento é oferecido como uma alternativa menos interessante e também como a única possível.

Com a intenção de reiterar uma relação colaborativa, novamente a farmacêutica pergunta ao paciente se ele concorda em tentar usar a estratégia proposta (linha 24) “vamos tentar?”. Para reforçar esse acordo a farmacêutica reitera na linha 24 “Então a primeira coisa que eu quero combinar com o senhor (.) 2 por noite”.

Usualmente o paciente se sente inclinado a aceitar as intervenções profissionais, considerando a verticalidade natural da relação profissional -paciente. Por isso, é esperado que alguns pacientes se sintam inibidos em discordar abertamente da opinião ou sugestão do profissional. Por isso, a expressão da discordância muitas vezes se dá de maneira mais sutil, através de sinais, como foi o caso específico deste paciente, que utilizou um exemplo de outro medicamento e a orientação de outro profissional para expressar sua desaprovação em relação à proposta de aumento da dose da medicação.

No próximo excerto (excerto 1.90) a farmacêutica faz uma recapitulação dos problemas avaliados e conclui que não há intervenções a serem realizadas, a não ser pela necessidade de exames laboratoriais para avaliar a efetividade da farmacoterapia. Entretanto, a intervenção é menos uma proposta que uma imposição.

Ainda, a intervenção, de acordo com a fala da farmacêutica, parece ter pouca relevância e o adverbio de exclusão “só” tem uma função ambígua na frase. Pode-se compreender que os exames são a única intervenção necessária ou que os exames são uma intervenção menos importante. Esta última interpretação fica ainda mais evidente devido à continuação da frase (linhas 8 e 9) “Então o que eu vou fazer só vou pedir exames (.) pro senhor para gente ver como está tudo isso. Né?”. A segunda parte da oração pode ter tido a intenção de não preocupar o paciente, mas também pode ser interpretada como uma intervenção aparentemente desnecessária (linha 10) “Mas eu acredito que vai tá tudo bem

também”. Como a farmacêutica não sabe realmente o resultado dos exames pode ser um equívoco presumir que tudo vai estar bem, pois oferece uma expectativa irreal ao paciente, já que eventualmente os exames podem vir alterados e frustrar essas expectativas criadas pela farmacêutica.

Os turnos de fala da farmacêutica, neste caso são longos e abordam várias questões, impedindo a oportunidade para transição de turno para o paciente.

A farmacêutica oferece o calendário posológico, um instrumento específico para auxiliar pacientes com dificuldade de adesão, como se fosse um produto oferecido pelo serviço (linhas 12, 13 e 14) “Me diz aqui uma coisa, eu tenho aqui um papel, que eu posso fazer um calendário. É bem explicativo de tomar o medicamento. E eu quero saber se o senhor... (.) quer que eu faça um desse pra você.”. Espera-se que o calendário seja utilizado como um instrumento com o qual a farmacêutica ajuda pacientes com dificuldade em manejar a farmacoterapia a compreender melhor sua rotina de medicação. Neste caso o paciente afirma que já possui uma outra estratégia que o ajuda a organizar os medicamentos e as tomadas diárias (linha 18) “[tenho na caixinha] já tá já é marcado as vez a=”, recusando, portanto, a oferta da farmacêutica. Frente à recusa do paciente a profissional oferece o instrumento para a cuidadora, sem que tenha havido qualquer menção de interesse por parte desta.

Excerto 1.90 Farmacêutica Neide, paciente Henrique S.

1 F1: Certo. (resp) Então assim seu Henrique (.)↑ao meu ver (.) tudo o que eu perguntei pro senhor (.) tudo  
2 o que eu (.) ↑tinha me planejado pra perguntar pro senhor ↓e... (.)↓e... ↑ver se tava tudo ok com você (.)  
3 tá tudo ok → a pressão, essa batadeira que (.) tá tudo bem. O senhor não tem mais sintomas de... (1,0)  
4 da hepatite que teve não sente mais dor. ↑Quando teve hepatite C, sentia dor no fígado?  
5 P: Não. [Eu não.] Eu ↑nem sabia.  
6 F1: [Não?] Sabia =  
7 C: [(XX) janela]  
8 F1: Ah... entendi. E... (1,0) e esse hipotireodismo também (.) eu não (.) não vi nada dele. Então o que eu  
9 vou fazer só vou pedir exames (.) pro senhor para gente ver como está tudo isso. Né? Pra mim fazer o  
10 controle. Mas eu acredito que vai tá tudo bem também. Daí eu só marco um dia pro senhor vir trazer de  
11 volta esses exames pra mim (.) e provavelmente vai tá tudo bem. Tá bom? (.) Daí (.) a gente conversa na  
12 próxima consulta sobre os resultados dele. Tá bom? (1,0) Me diz aqui uma coisa, eu tenho aqui um  
13 papel, que eu posso fazer um calendário. É bem explicativo de tomar o medicamento. E eu quero saber  
14 se o senhor... (.) quer que eu faça um desse pra você. Aqui eu coloco o nome do remédio (.) e o horário  
15 que tem que tomar (.) [vai facilitar não esquecer]  
16 P: [Mas é (.) mas é (.) Eu já tenho a (.) tenho na=]  
17 F1: [Tem a caixinha?]  
18 P: [tenho na caixinha] já tá já é marcado as vez a=  
19 F1: Ah, então tá bom. A senhora quer levar esse (.) esse papel pra para anotar os seus em casa?  
20 C: Aham.  
21 F1: Daí cola na geladeira.  
22 C: Uhum.

Pode-se perceber que nesta consulta não houve interesse do paciente em participar dos processos da consulta farmacêutica, pois parece conhecer sua farmacoterapia e ser aderente a ela. Ainda assim, a profissional sente necessidade de propor algum tipo de intervenção, sem que haja realmente necessidade dela. A relação construída nesse episódio de atendimento não foi de cooperação e interesse mútuo fazendo parecer que o longo tempo da consulta tenha sido desperdiçado por ambas as partes. Vários fatores podem ter influenciado nesse processo. A inexperiência ou carência de habilidades comunicacionais da farmacêutica, o desinteresse por parte do paciente e o fato de o prontuário ser excessivamente longo e a farmacêutica ser obrigada a preencher todos os itens podem ser elementos que contribuíram para esse processo.

No próximo excerto (Excerto 1.91) a farmacêutica tenta desenvolver uma intervenção muito simples, que é enviar uma carta ao médico através da paciente, sugerindo avaliação de perfil lipídico da paciente, afim avaliar a efetividade da estatina. No entanto, o diálogo entre paciente e farmacêutica se caracteriza por sucessivas interrupções e vários episódios de falas sobrepostas. Não há uma ordenação de turnos, o que torna o processo comunicacional disputado e exaustivo.

A informação inicial demandada pela farmacêutica era a data da consulta na unidade de saúde (linha 1) “E... quando que é a consulta do posto da senhora?”, entretanto nem a paciente nem a cuidadora são precisos em relação a essa informação. A farmacêutica, já na linha 10, após subseqüentes interrupções busca justificar a intervenção para a paciente, mas em nenhum de seus turnos de fala consegue finalizar seu enunciado sem que haja interrupção (linhas 10, 12, 14 e 15 e 17 e 18). A interação é caótica e não há uma ordenação de falas. A estrutura da consulta é comprometida pelo fato de a farmacêutica não conseguir guiar o processo de atendimento e questões de pouca relevância clínica acabam sendo abordadas durante o atendimento.

A farmacêutica usa o humor como recurso no sentido de transmitir informações e buscar aproximação com a paciente, como na linha 22, em resposta ao enunciado que expressa a intenção da paciente em mudar a dose do medicamento por conta própria. Infelizmente as estratégias da farmacêutica não

pareceram funcionar e o humor muitas vezes se confunde com ironia devido a dinâmica na qual a interação se desenvolve. Alguns sinais apontam que a farmacêutica se sente impotente e exausta: linha 14 “Enfim”, 18 “(resp) é...=, 22 “!Não, calma. Não mexe na dose ainda não!

Esta consulta teve duração de mais de duas horas por conta da dificuldade comunicacional entre farmacêutica, paciente e cuidador. No fim da consulta as duas únicas intervenções foram a solicitação de medida residencial de pressão arterial e a solicitação de exames via carta ao médico (linha 24) “Então, o que eu posso fazer pra senho-ra é [escrever uma carta] pra [esse médico do posti-nho]”. A construção da frase da linha 24 parece indicar uma certa impotência da farmacêutica em resolver os problemas da paciente, ou seja, a única coisa que a farmacêutica pode fazer para ajudar é escrever uma carta para que a paciente tenha uma consulta esperando que o médico da consulta peça os exames necessários.

A interdisciplinariedade do cuidado ao paciente é condicional para o desenvolvimento de práticas de cuidado farmacêutico. Esse fato fica claro quando se observa as ações farmacêuticas na elaboração de planos de cuidado. Entretanto é preciso debater limitações que o sistema e a legislação ainda impõe a ações clínicas do profissional farmacêutico. Evidentemente muito se tem avançado nesse tema, mas muito mais precisa ser melhorado e grande parte do protagonismo desse processo recai sobre o próprio farmacêutico, conquistando seu espaço enquanto profissional do cuidado e demonstrando estar preparado para desenvolver intervenções responsáveis que cooperem com a melhoria do cuidado ao paciente e com a ampliação do acesso a serviços clínicos de qualidade, contribuindo para tornar o sistema de saúde mais eficiente e humanizado.



## Excerto 1.91 Farmacêutica Tulipa, paciente Ester S.

- 1 F1: E... quando que é a consulta do posto da senhora?  
2 P: Agora é=  
3 C: Ficou marcado agora pro dia 27=  
4 P: Mas agora tem o...=  
5 C: Erasto né=  
6 P: Agora tem o Erasto que eu vou marcar... Remarcar. Mas ela disse pra eu telefonar que ela vai fazer  
7 a...=  
8 F1: É...=  
9 P: [Diferença do...]  
10 F1: [Porque eu (.) queria] bastante que a senhora fosse nesse médico do posto=  
11 P: Tá bem=  
12 F1: Pra ver se consegue esse exame do colesterol. Que é bem importante pra senho-ra=  
13 P: É uma médica né=  
14 F1: É a médica enfim → mas é (.) importante conseguir esse exame, porque a senhora tá usando um novo  
15 medicamento e a gente tá sem...=  
16 P: Desde esse novo medicamento eu não tenho mais resultado do [colesterol]=  
17 F1: [pois é] E é (.) e é bastante importante  
18 (resp) é...=  
19 P: Já pensou eu só precisava usar esse, vou ter que tomar uns 4 da rosuvastatina? Vai ser bom.  
20 F1: Pois é →  
21 P: Nem que fosse pra aumentar 2 desse.  
22 F1: !Não, calma. Não mexe na dose ainda não! (rs) [!não é → tem que ver o resultado do exame!]  
23 P: [Não é eu (.) não é eu... É... ]=  
24 F1: Então, o que eu posso fazer pra senho-ra é [escrever uma carta] pra [esse médico do posti-nho]  
25 P: [tá] [Tá]  
26 F1: Pra médica no caso  
27 P: Tá  
28 F1: Explican-do que a senhora já tá tomando um outro medicamen-to (.)=  
29 P: Mais quatro deles  
30 F1: Né...=  
31 P: ↑Seis deles=  
32 F1: E tá sem (.) né (.) ^o exame do colesterol^ Né... pra poder avaliar, então posso fazer [isso pra senhora]  
33 P: [Pode. Pode]  
34 F1: E aí... se a se (.) Eh... se a senhora me disser qual é a data (0,5) E aí... (.) É porque agora=  
35 P: É final ↓de outubro.  
36 F1: Então faz o seguinte em vez de eu marcar a consulta da senhora (.) Eu ligo pra senhora (.) depois  
37 dessa consulta pra saber mais ou menos quando que fica pronto esse exame=  
38 P: Ah tá.  
39 F1: Mas antes disso eu vou ver a senhora também. (.) porque o ideal seria ↑ver o resultado desse exame

Durante o desenvolvimento deste trabalho, no hospital de clínicas da UFPR foi possível ao farmacêutico, referenciado por legislação específica e em concordância com gestão e demais profissionais, solicitar de exames laboratoriais para avaliação da segurança e efetividade da farmacoterapia. Isso facilitou sobremaneira o trabalho do farmacêutico no cuidado aos pacientes do ambulatório, agilizando o processo de avaliação do paciente.

Em uma consulta que propõe uma avaliação integral do paciente, e natural surgirem casos nos quais o paciente necessita de atenção específica de outros profissionais, como por exemplo diagnóstico de novos problemas de saúde,

prescrição de dietas ou acompanhamento psicológico. O encaminhamento para outros serviços de cuidado é uma intervenção importante. Essa intervenção consiste em orientar o paciente e encaminhá-lo de maneira adequada através do sistema público de saúde aos cuidados de outros profissionais em diferentes pontos de atenção à saúde, estando atento à necessidade de se traçar um trajeto terapêutico simplificado e eficiente ao paciente.

Quanto menor for a autonomia do farmacêutico no processo de cuidado, menos eficiente será o episódio de cuidado desse profissional. Essa limitação de autonomia pode frustrar o paciente e também o farmacêutico que, apesar de identificar problemas importantes e saber como resolvê-los acaba se tornando dependente de outros profissionais para executar tarefas, não por limitação técnica, senão por questões legais e burocráticas. Percebe-se que alguns enunciados transmitem um sentido de impotência do profissional farmacêutico “O que eu posso fazer por você é enviar uma cartinha pro médico”.

Nas consultas de retorno se identificou muitos casos nos quais o paciente segue a orientação de procurar uma consulta médica, mas não consegue devido à superlotação dos serviços de saúde, retornando para a consulta farmacêutica com os mesmo problemas identificados na consulta inicial.

O aconselhamento foi uma intervenção frequente nas consultas avaliadas. O aconselhamento pode ser realizado com foco nos medicamentos (horário de tomada, efeitos esperados, doses, etc) ou com foco na mudança de estilo de vida. Existem dois contextos específicos nos quais o aconselhamento é realizado: Quando é identificado um problema de adesão à farmacoterapia ou à mudança de hábitos de vida e quando não são identificados problemas. Isso indica que, mesmo que durante a avaliação de problemas se perceba que o paciente é aderente a farmacoterapia, ainda assim, algum tipo de aconselhamento e orientação é fornecido ao paciente. O objetivo parece ser estimular o uso racional de medicamentos e reforçar questões importantes de estilo de vida e adesão. Os cuidadores normalmente são mais resistente à receber informações de aconselhamento, pois tem uma tendência a demonstrar conhecimento em saúde para preservar seu papel de cuidador.

A intervenção de aconselhamento que busca modificar uma postura em relação ao tratamento normalmente é realizada através de um discurso de convencimento que busca ressaltar vantagens econômicas, biológicas ou mesmo vantagens relacionadas à crença cultural do paciente: “esse é mais barato”, “é ótimo e não agride o estômago”, “é de origem natural”.

Outra estratégia que busca melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e propor um acompanhamento desse processo, se corresponsabilizando pelos resultados, ressaltando-se a importância da prevenção de problemas de saúde no futuro: “Acho que a gente deveria investir nisso”, “se não melhorar a gente pensa em outra estratégia”, “Esse remédio é muito importante pro senhor não precisar voltar aqui pro hospital”

Pode-se notar haver algum tipo de dificuldade interacional na abordagem do tema relacionado à dificuldade de acesso. É comum que o paciente utilize o humor para expressar esse tipo de problemática, notando-se que essa estratégia pode ser usada para expressar sentimentos negativos. O farmacêutico normalmente altera o tom de voz ao abordar esse tema, tornando-se sério e cuidadoso, pois questões como essa normalmente são de foro particular, limitadas ao ambiente familiar. Na intervenção que busca melhorar o acesso aos medicamentos, o farmacêutico informa o paciente sobre como conseguir o medicamento pelo sistema público na farmácia básica ou pelo componente especializado da assistência farmacêutica. Também faz propostas de alternativas terapêuticas mais custo efetivas.

Quando do episódio de primeira consulta, muitas vezes se identifica a necessidade de mais elementos para a avaliação adequada da farmacoterapia, tais como exames, receitas, medicamentos, etc. Nestes casos, a intervenção parte da orientação sobre realização de exames laboratoriais ou de automonitoramento e da recuperação dos medicamentos e exames que devem ser trazidos na consulta de retorno. Os pacientes normalmente compreendem esses passos do processo de cuidado e concordam com a sua execução, pois estão acostumados com consultas médicas às quais, normalmente também se pedem exames complementares para complementação do episódio de cuidado.

Há sinais de que a consulta farmacêutica é desenvolvida no modelo de cuidado centrado no paciente. No momento da intervenção é possível perceber ações comunicacionais que confirmam a intenção do farmacêutico em desenvolver esse tipo de abordagem. Antes de pedir para o paciente fazer alguma tarefa, o farmacêutico busca identificar elementos contextuais que permitam a realização dessa tarefa. Por exemplo se o farmacêutico faz um encaminhamento para unidade de saúde afim de que haja uma consulta médica, normalmente ele se informa quais são as possibilidades de o paciente se deslocar até a unidade. Se o farmacêutico pede para o paciente fazer medidas de pressão arterial em casa, ele investiga se o paciente tem aparelho de pressão em casa ou alguém que possa emprestar, ou mesmo se é possível fazer as medidas na unidade de saúde. Outro sinal que demonstra que a consulta é centrada no paciente é o fato de o farmacêutico sempre explicar as intervenções e justificá-las, oferecendo-as como sugestões e perguntando se o paciente concorda com elas. Além disso, o farmacêutico, em geral inclui o paciente no processo de decisão “Quero combinar isso com o senhor”.

Por fim, nota-se que o profissional busca construir sua identidade de cuidador negociando uma relação de colaboração mútua e duradoura. Posturas paternalistas por parte do profissional são quase inexistentes nos nossos dados analisados. Pelo contrário, o farmacêutico demonstra a intenção de reduzir a assimetria da relação e propor um plano de cuidado realista e adaptado às necessidades e limitações de cada paciente (PILNICK, 1998).

#### 5.1.9 Fechamento da consulta

O momento do fechamento da consulta consiste em um período breve no qual normalmente são expressos elementos formais de despedida para finalização do diálogo entre aqueles que estão presentes no consultório. É quando o farmacêutico devolve os objetos do paciente (medicamentos, receitas, exames, etc.) e acrescenta a este conjunto os objetos próprios da consulta farmacêutica (lista de medicamentos, receita, instrumento de avaliação residencial, etc).

O fechamento da consulta não pode ser menosprezado pelo profissional. Ainda que a consulta esteja se encaminhando para o fim, é um momento no qual muitos pacientes transmitem questões importantes que talvez exijam um esforço cognitivo maior e estavam sendo elaboradas durante o decorrer do atendimento. Ao mesmo tempo, é o momento de se identificar se há alguma outra questão importante para o paciente que deixou de ser tratada durante a consulta, pois ainda que não haja tempo para tratar o problema naquele episódio, ele pode ser desenvolvido na próxima consulta (PELAEZ FERNANDEZ *et al.*, 1996).

Muitos farmacêuticos aproveitam para realizar um resumo do que foi discutido durante o atendimento, reforçando as ações pactuadas com o paciente e a ocasião na qual o paciente deve retornar para uma nova consulta.

No excerto 1.92 podemos identificar 3 etapas importantes desenvolvidas no fechamento: Confirmação da data do retorno; entrega dos objetivos da paciente; resumo das ações pactuadas.

Após confirmar a data de retorno, a farmacêutica ainda oferece a oportunidade para mudar a data do retorno (linha 10) “[Pode? Você prefere] dia onze ou dia dezoito?” buscando facilitar o acesso ao serviço para a paciente. A preferência da paciente acaba sendo pela data mais próxima, pois para ela quanto mais rápido melhor (linha 11) “quanto mais cedo mais rápido”. A farmacêutica aproveita a mensagem da paciente para complementar a importância do atendimento de retorno (linha 12) “nós precisamos resolver o problema da senhora”.

Na linha 15 podemos verificar o momento no qual a farmacêutica devolve os objetos da paciente que foram utilizados para a consulta “Tá? Esse aqui vai pra senho-ra. (2,0) E esse aqui fica comigo, tá”.

A farmacêutica busca então finalizar a consulta com um resumo do que foi acordado, das intervenções necessárias e das perspectivas de resultado (linhas 19 e 20) “Nos vamos, +tentar mudar os remé-dio... que nem nós combinamos+”. Além disso, a farmacêutica ainda faz um reforço nos últimos momentos sobre a importância da adesão às intervenções propostas. Reforça também o papel ativo do paciente no processo de melhora (linhas 29 e 30) “+eu preciso assim, que nesse período dona Janaína, o tratamento da senhora, eu quero ↑ajudar a senhora. Mas

depende da senhora→”. Apesar de a construção da frase de F1 apresentar duas organizações de reparo, a necessidade de comprometimento de ambas as partes no processo de resolução dos problemas da farmacoterapia pareceu ficar clara.

#### Excerto 1.92 Farmacêutica Wanda, paciente Janaína

- 1 F1: Dia 11 a senhora volta aqui comigo (1,0)
- 2 P: Dia 18?
- 3 F1: Onze (0,5) Dia 18 você prefere?
- 4 P: !Eu não sei é... você falou dia 18.
- 5 F1: Só um minutinho ((vai conferir com a farmacêutica assistente)) É onze ou (.)
- 6 F1: Onze. Dia 11.
- 7 P: Ah tá.
- 8 F1: Pode ser dia 11 que tem vaga.
- 9 P: Então tá [(XX)
- 10 F1: [Pode? Você prefere] dia onze ou dia dezoito?
- 11 P: É... ↓ mais quanto mais cedo mais rápido.
- 12 F1: É, quanto mais cedo, mais rápido → eu também acho nós (.) nós precisamos (.) é... resolver o
- 13 problema da senhora dona Janaína, então (1,5)
- 14 P: Tá.
- 15 F1: Tá? Esse aqui vai pra senho-ra. (2,0) E esse aqui fica comigo, tá.
- 16 P: Uhum. (...)
- 17 F1: Tá. Esse aqui é o que nós fizemo hoje (.) →
- 18 P: Uhum-->
- 19 F1: E que nós vamo fazer o seguinte. Nos vamos, +tentar mudar os remé-dio... que nem nós
- 20 combinamos+ Então ó. A gente mudou (.) O omeprazol que vamos começar a tomar todo o dia=
- 21 P: esse aqui vai ficar pra mim também?
- 22 F1: VA!. Esse é seu.
- 23 P: Uhum.
- 24 F1: E o omeprazol que vamos começar todo o dia tá? (.) Aí nós vamos (.) o AAS que tomar depois do
- 25 almo-ço. Nos vamos começar com o anlodipino → primeiro essa semana e você vai ficar → essa
- 26 semana você vai ficar tomando um... pra depois a gente ver como é que comporta a pressão pra colocar
- 27 o outro tá.
- 28 P: Uhum.
- 29 F1: E os outros, +eu preciso assim, que nesse período dona Janaína, o tratamento da senhora, eu quero
- 30 ajudar a senhora. Mas depende da senhora→
- 31 P: Tá bom→
- 32 F1: Então se nós fizer certinho, é... eu tenho certeza que a sua pressão vai sair daqui excelente e nos
- 33 vamos sair daqui bem.
- 34 P: Tá bom→
- 35 F1: Tá bom?
- 36 P: Tá.
- 37 F1: então dia 11 eu vejo a senhora aqui [as 2 horas da tarde?]
- 38 P: [Esses exame eu tenho que trazer depois de volta?]
- 39 F1: exame de glicemia ↑sim senhora. (2,0)
- 40 P: Então (0,7) Esse aqui (.) tem que que marcar?
- 41 F1: Esse pode ficar pra você. Eu marco alí.
- 42 P: Ah tá.

Na linha 38 se nota que a paciente tira uma dúvida importante antes do final da consulta “[Esses exame eu tenho que trazer depois de volta?]”. Ainda, para oferecer um reforço positivo, F1 expressa de maneira otimista a expectativa dos resultados se ambos (paciente e profissional) colaborarem (linhas 32 e 33) “Então

se nós fizer certinho, é... eu tenho certeza que a sua pressão vai sair daqui excelente e nós vamos sair daqui bem”. A utilização das palavras “certeza” e “excelente”, demonstram a intenção de estimular a paciente a seguir as recomendações e também de fidelizar o paciente no serviço.

Um dos fenômenos mais importantes que se manifestam no momento do fechamento é a elaboração de algum comentário, pergunta ou pedido do paciente. Antes de terminar a consulta a paciente pode sentir que é a última oportunidade para expressar algo que estava querendo dizer durante a consulta, mas não se sentiu confortável, seja por insegurança ou por dúvida em relação à pertinência do tema.

Essa elaboração tardia do paciente normalmente é estimulada pelos profissionais da saúde antes de fim da consulta. É comum que no final da consulta os profissionais investiguem outras queixas do paciente. Nas consultas farmacêuticas alguns farmacêuticos realizaram esse tipo de fechamento, entretanto, muitas vezes essas questões surgiram naturalmente sem que houvesse verificação por parte do profissional. Podemos identificar esse fenômeno ilustrado dos dois próximos excertos (excertos 1.93 e 1.94)

#### Extrato 1.93 Farmacêutica Wanda, paciente Janaína

1	F1: Dona Janaína, na próxima (.) consulta nós nos vemos novame-nte. Muito [obriga-do]
2	P: [Escuta, você es...] Você
3	não consegue fazer... (.) é... (2,5)
4	F1: O que você precisa?
5	P: É... receita pra... nem que seja pra só... só pra... 30 comprimido (.) É... <u>Sertralina</u> .
6	F1: Não→consigo. ((A afirmação é feita de maneira muito natural pela farmacêutica))
7	P: ↑Não?
8	F1: Não → é só o médico.
9	P: Então vou ter que consultar lá no meus papel.
10	F1: Tem que achar nos teus papel. Só o médico, ou então passar lá no posto de saúde que eles faz (0,7)
11	Tá bom?
12	P: Não mas eu tenho.

A farmacêutica ensaia finalizar o episódio da consulta, agradecendo e se despedindo, entretanto, a paciente interrompe esse processo para demandar algo da farmacêutica. Perce-se o cuidado e a dificuldade com que a paciente elabora seu enunciado, repleto de pausas e organizações de reparo (linhas 2 e 3) “[Escuta, você es...] Você não consegue fazer... (.) é... (2,5)”. A pausa de quase três

segundos faz com que a farmacêutica intervenha no sentido de facilitar o pedido que a paciente tem a fazer (linha 4) “O que você precisa?”. O pedido de uma prescrição de sertralina é desenvolvido com pausas e prolongamento de palavras demonstrando insegurança pra desenvolver o enunciado. É possível que a paciente suspeitasse que a farmacêutica não conseguiria fazer a receita desse medicamento sujeito a controle especial.

A farmacêutica responde com naturalidade e segurança, sem constrangimentos e com objetividade. A paciente organiza seus próximos turnos no sentido de fazer parecer a questão da receita menos urgente, afirmando dispor de alguma quantidade do medicamento em casa e que buscará atendimento na unidade de saúde para consultar com o médico.

No próximo excerto (excerto 1.94) o paciente aproveita o fim da consulta para construir uma narrativa sobre seu histórico de problemas, contextualizando sua relação com o sistema de saúde, aproveitando para fazer uma crítica ao atendimento recebido pela atenção primária. Essa narrativa que isoladamente pode parecer trivial, na verdade dialoga com as intervenções propostas pela farmacêutica para resolução dos problemas. A farmacêutica, durante a consulta, elaborou carta endereçada aos profissionais da atenção primária, para que o paciente fosse atendido por um médico. A narrativa construída pelo paciente no fim da consulta busca assim, transmitir a ideia de que não acredita na efetividade dessa intervenção. Ou seja, essa narrativa talvez comunique também uma crítica indireta e sutil à própria consulta farmacêutica.

Observa-se que o paciente inicia sua crítica com uso de humor (linha 7). É uma estratégia descrita na literatura o uso de humor com objetivo de expressar frustração ou discordar de algum tipo de recomendação do profissional. Da linha 9 à linha 19 o paciente constrói um longo turno narrando seus dramas com relação à saúde e o serviço de cuidado recebido. O farmacêutico, como resposta busca estimular a adesão à terapia. O encaminhamento parece ser a única intervenção possível neste momento, por isso o profissional não oferece outra alternativa ao paciente.



A última frase do farmacêutico busca, co-responsabilizar-se pela saúde do paciente. O uso da 1 primeira do plural ilustra essa intenção do profissional (linha 32) “Mas junto vamos resolver os problemas. (rs)”.

Foi possível perceber que muitos farmacêuticos compartilham, além do telefone institucional do ambulatório o telefone pessoal com o paciente colocando-se à disposição para solucionar qualquer dúvida em relação ao tratamento ou à intervenção feita na consulta. Nas consultas dos farmacêuticos há sempre um intuito de tornar a relação com o paciente o mais próximo possível e fornecer o telefone pessoal é um gesto que busca reforçar esse processo.

#### Extrato 1.94 Farmacêutica Luana, paciente Edu S

- 1 F1: É... O retorno acho que eu vou ligar pro senhor (.) depois pra ver se o senhor conseguiu alguma  
2 resposta nã (.) na unidade básica  
3 P: Uhm→  
4 F1: E aí... à partir disso a gente marca um retorno do senhor pra cá. ↑Tá bom?-->  
5 P: Daí você liga né?  
6 (...)  
7 P: É... vocês não queira ficar véio. Quando eu era novinho igual vocês não sentia nada. (rs)  
8 F2: Mas eu já tô cheio de dor também seu Edu S.  
9 P: Só fui em... médico quando eu machuquei o pé e... Quando me deu essas pontada aqui no coração.  
10 Uns 5 mês sofrendo de dor. Daí eu trabalhava de noite ainda. Dirigia. Tinha noite que eu rolava no chão  
11 (.) de dor. Ia no postinho lá (.) chegava lá (.) pra fazer o eletro. ↑Não. Não tem nada. Digo, mas e essa  
12 dor? Não, pode ir embrora. ↑Duas vezes passei a noite inteira sentado na cadeira tomando o (.) soro e o  
13 (.) comprimidinho né. Mandava embora. Na última vez que deu forte que eu fiquei a noite inteira lá.  
14 Pensei que ia morrer pensei nem vou ligar pra família. Não vou ligar, se eu morrer, eu morri aqui. Aí eu  
15 botei o (XX) pra fora chegou lá o médico fez e (.) não, não deu nada. Fiquei lá a noite inteira. Falou não,  
16 vai embora, se você sentir dor no meio do caminho. ↓Tinha que pegar o ônibus lá embaixo. ↑Você volta.  
17 ↑Ah, cheguei (XX) antes do terminal a dor veio. ↑E vai eu voltar lá. Sentei lá. Falei ah (XX) eu to com dor.  
18 Foi quando que ele ligou pro (.) Santa casa lá aquela época, 5 anos atrás. Liguei lá o médico ó, você vai  
19 operar, não sei se você vai aguentar. Já te deu não sei quantos infartos ne você.  
20 F1: Então.  
21 P: Atrás de postinho ih.  
22 F1: Então seu Edu S. Por isso é importante o seu tratamento também. A gente tá... com urgência em  
23 outra coisa agora, mas esse tratamento (,) diminui essa dor também.=  
24 P: não eu (1,0)  
25 F1: O senhor vai sentir que vai diminuir quando o senhor começar a tomar bem direitinho.  
26 P: Se eu conseguir eliminar essa dor, essa coisa ruim que tá aqui pra mim vai ser...  
27 F1: Isso mesmo (1,5)  
28 P: O que me incomoda é isso.  
29 F1: Qualquer coisa o senhor liga, tá bom?  
30 P: Tá bom?  
31 F1: Aí eu ligo na semana que vem pro senhor semana que vem pra saber tá?  
32 F2: Mas junto vamos resolver os problemas. (rs)  
33 P: (rs) Até mais  
34 F1: Tchau seu Edu S.

No próximo excerto a iniciativa para a finalização da consulta é do paciente e não do farmacêutico. Entendendo que o encontro chegou ao fim e também devido

à urgência com relação ao horário, o paciente é quem propõe o fim do encontro através de uma pergunta (linha 1) “Eu vou ter que voltar com vocês, me encontrar mais vezes ou não?”. A pergunta do paciente nesta etapa final da consulta também parece demonstrar que não ficaram claros os objetivos da consulta e que há um caráter de obrigatoriedade do retorno em relação ao qual ele parece não estar totalmente de acordo. A resposta afirmativa do profissional tem uma pausa de 1 segundo e, apenas após essa pausa o farmacêutico inicia um enunciado que justifique o retorno do paciente. Entretanto a justificativa do retorno está atrelada à encaminhamentos à outros profissionais (linhas 4 a 7). O enunciado da farmacêutica pode fazer com que o paciente interprete a função da consulta reduzida à elaboração de encaminhamento para outros profissionais (excerto 1.95)

#### Extrato 1.95 Farmacêutica Júlia, paciente Edson

1 P: Eu vou ter que voltar com vocês, me encontrar mais vezes ou não?  
2 F1: Sim. (1,0) Sim [porque a gente tá pedindo]=  
3 P: [Ah... tá  
4 F1: pro médico (.) pedir uns exames pro senhor. Provavelmente ele iria pedir esses exames de qualquer  
5 forma, mas como ele é... médico vascular, ↑se tiver algum exame alterado de alguma outra  
6 especialidade aí a gente junto com o senhor reavalia e o que a gente puder encaminhar a gente  
7 encaminha.  
8 P: Quer dizer que eu vou voltar?  
9 F2: Sim, mas depois... da consulta médica.  
10 P: Não, não. Tudo bem.  
11 F2: E qualquer dúvida que tiver pode ligar pra gente. A gente disponibiliza nosso telefone=  
12 P: Uhum. Se o remédio estiver fazendo mal (2,0)  
13 F2: Liga e fala ó, nao estou me sentindo bem, a gente vai chamar o senhor pra uma consulta pra gente  
14 conversar direito=  
15 P: Ah tá.  
16 F2: Não só por telefone.  
17 P: Apesar de que até agora... nenhum dos remédios me (1.5) causou arritmia, ↓obstrução.  
18 (...)  
19 F1: Tá, pra daí (.) pra avaliar como está a efetividade aí da sinvastatina =  
20 P: Mas daí eu ligo pra, eu ligo pra pra vocês aqui. Você é a Tânia?  
21 F1: Eu vou deixar.... (1,0) meu telefone.  
22 P: Daí eu ligo pra você direto.  
23 F1: Isso, pode ligar. (3,0) Isso.  
24 P: Então tá.

A explicação da farmacêutica de porquê o paciente precisa retornar à consulta parece não ter sido clara, pois no seu próximo turno o paciente reforça a pergunta, buscando maior objetividade na resposta da farmacêutica (linha 8) “Quer dizer que eu vou voltar?”. No próximo turno o paciente continua a investigar a necessidade do contato com o farmacêutico através de uma afirmação (linha 12)

“Uhum. Se o remédio estiver fazendo mal” que é reiterada pela farmacêutica no próximo turno. O paciente em seguida argumenta no sentido de refutar o fato de que necessita fazer contato com o farmacêutico (linha 17) “Apesar de que até agora... nenhum dos remédios me (1.5) causou arritmia, ↓obstrução”. Ou seja, neste caso o paciente busca comunicar o fato de que não necessita de reconsulta no serviço de farmácia.

Percebe-se também que o paciente é quem toma a dianteira no sentido de finalizar a consulta (linha 20) “Mas daí eu ligo pra, eu ligo pra vocês aqui. Você é a Tânia?”. Esse tipo de fenômeno parece acontecer em alguns casos quando o atendimento se prolonga por mais de 1 hora. Por isso, é importante que o farmacêutico compreenda as limitações que o paciente apresenta em relação à sua disponibilidade de tempo para o atendimento e tente adaptar a consulta a essa necessidade. Como alguns pacientes apresentam polimedicação pesada e várias condições crônicas, a intenção de avaliar todos os problemas de saúde e queixas, além de correlacionar com toda a farmacoterapia do paciente pode gerar consultas exageradamente longas, cansativas e ineficientes, que prejudicam o processo de construção de uma relação terapêutica entre paciente e profissional. Eleger questões mais urgentes para avaliar, deixando as demais para abordar nas consultas subsequentes é uma boa estratégia para evitar esse tipo de desgaste relacional provocado pelo tempo demasiadamente longo da consulta.

Observamos a importância de buscar controlar do tempo de consulta ilustrado no próximo excerto. Esta consulta durou 1h e 24min (excerto 1.96) e a paciente já vinha comunicando durante a consulta a necessidade de não demorar-se no hospital devido à um compromisso.

Percebe-se neste excerto uma sequência de quebra de sequencialidade pela farmacêutica, desrespeitando o par adjacente exporto pela cuidadora e pela paciente. Além disso, diversos sinais paraverbais transmitiam urgência pelo fim da consulta e forma totalmente ignorados pela farmacêutica.

Neste caso, a voz da farmacêutica é pausada, monótona e tranquila, o que contraria a fala preocupada, apressada e eufórica da paciente. Na linha 2 deste excerto a cuidadora (neste caso amiga de trabalho da paciente) faz uma afirmação direcionada inicialmente à paciente, mas audível o suficiente para que a

farmacêutica possa ouvir (linha 2) “Nós temos que ir. Eu não tenho muito tempo. Tem atendimento agora né”

#### Excerto 1.96 Farmacêutica Marluce, paciente Juara

1 F1: É Rua M, (.) vinte (.)=  
2 C: Nós temos que ir. Eu não tenho muito tempo. Tem atendimento agora né.  
3 F1: Vinte. É... (.) em frente do teatro=  
4 P: ↑Ah, eu sei onde é ali. Aham.  
5 F1: É no=  
6 P: Ali que entra o meu processo.  
7 F1: Entra no processo com aqueles papéis=  
8 P: É  
9 F1: O meu fone (.) é (.)  
10 P: E o teu nominho.  
11 F1: Marluce =  
12 P: Marluce.  
13 F1: Hospital (.) 3333 (2,0) 3333 ou (1,0) 2222 (.) É Marluce, hospital. Maluce R. Tá?=  
14 P: Tá.  
15 F1: Tem mais uma Marluce.  
16 P: Joia.  
17 F1: Daí eu ligo marcando o retorno e vocês pra mi (.) você vê qual (.) qué o dia que fica (.) [(melh=  
18 P: [E... nós  
19 gostamos muito de você mas a gente precisa ir embora  
20 F1: Tá bom.

A frase “nós temos que ir” é uma afirmação direta sobre a questão do tempo na consulta, mas a farmacêutica parece não ter dado atenção à essa mensagem e continua a falar com voz pausada e tranquila um endereço onde a paciente deve buscar seus medicamentos. Ou seja, não faz nenhum tipo de consideração, do tipo “já já terminamos” ou “vou tentar terminar o mais rápido possível” ou uma pergunta sobre a possibilidade de prosseguir a consulta.

Enquanto a farmacêutica vai passando as informações, a paciente responde seu turno imediatamente na sequência, demonstrando impaciência e pressa. Por fim a paciente interrompe a profissional indicando a impossibilidade de permanecer na consulta (linha 18) “[E nós gostamos muito de você, mas a gente precisa ir embora”.

Um tempo de consulta muito longo (neste caso, que ultrapassa 1 hora de consulta) parece não ter relação com melhoria da qualidade do atendimento. Um tempo demasiadamente longo de consulta tende a estar mais associado a problemas comunicacionais entre farmacêutico e paciente.

Farmacêuticos mais experientes tendem a desenvolver consultas mais orientadas e eficientes. Eles conseguem orientar os objetivos do atendimento e desenvolver as tarefas necessárias considerando as demandas trazidas pelo paciente. Farmacêuticos menos experientes normalmente perdem tempo discutindo questões triviais que o paciente traz, desorientadas dos objetivos clínicos do atendimento. Alguns farmacêuticos perdem o controle do processo interacional e não conseguem orientar a consulta, fazendo com que o tempo da consulta aumente consideravelmente.

Farmacêuticos mais experientes desenvolveram consultas mais breves, abordando todos os pontos do prontuário, fazendo uma avaliação adequada e dando encaminhamentos para todos ou para a maioria dos problemas encontrados. Ou seja, a eficiência do atendimento parece estar intimamente relacionada à competência comunicacional do profissional de saúde e essa competência parece melhorar com o tempo de experiência em atendimento. Uma adequação do prontuário clínico, resumindo pontos a serem preenchidos e tornando alguns tópicos opcionais também podem ajudar a tornar o tempo de consulta mais curto e a consulta mais eficiente, porém esse redesenho do prontuário deve estar associado a um treinamento do profissional no sentido de desenvolver competências comunicacionais.

Durante a etapa finalização normalmente o farmacêutico faz um resumo a respeito dos elementos abordados na consulta e sobre as intervenções acordadas com o paciente. Esse enunciado normalmente vem acompanhado de uma mensagem motivacional com intuito de reforçar a importância da adesão ao serviço de cuidado farmacêutico, à farmacoterapia, à mudança de estilo de vida e às demais intervenções realizadas durante a consulta. O paciente, em geral apenas responde afirmativamente às mensagens, concordando e admitindo também para si as responsabilidades com relação à sua saúde. Por isso, este também é um momento onde se estabelece um acordo de co-responsabilização (profissional e paciente) pela melhoria dos resultados em saúde do paciente.

Outras etapas importantes desenvolvidas no processo de fechamento é o estabelecimento da data do próximo encontro e de estratégias de contato para continuidade do cuidado. A principal determinante para determinar a data para a

reconsulta é a disponibilidade do paciente em conseguir realizar as tarefas recomendadas pelo farmacêutico, como por exemplo, ir a uma consulta com o médico, iniciar um novo tratamento ou realizar exames laboratoriais ou de auto monitoramento.

O fechamento da consulta é um momento estratégico, pois pode representar a última oportunidade para o paciente abordar temas difíceis (PELAEZ FERNANDEZ *et al.*, 1996). Esses temas podem vir em forma de uma queixa, um pedido, um desacordo ou uma sugestão. Cabe ao farmacêutico estimular esses discursos finais do paciente com perguntas do tipo “Posso ajudar em mais algumas coisa?” ou “há mais alguma questão que o(a) senhor(a) queira colocar?”.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos tempos a profissão de farmácia tem sofrido mudanças significativas. As atividades antes desenvolvidas em farmácia de manipulação ou dispensação tiveram um declínio de relevância, influenciado pelo desenvolvimento da indústria e da informática. Em relação à dispensação, a cada dia fica mais claro que se trata de um trabalho que precisa ser ressignificado pelo farmacêutico.

O declínio das atividades tradicionais de farmácia vem de encontro com a emergência do papel desse profissional no cuidado, no qual ele desenvolve ações voltadas para o estímulo do uso racional de medicamentos e identificação, resolução e prevenção de problemas relacionados à medicamentos. Ademais, esse papel se expande no sentido de contribuir com a promoção da saúde, tornando-se, o farmacêutico, uma fonte acessível de informações acerca dos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos.

A prática farmacêutica avaliada neste trabalho se desenvolve através do processo interacional com o paciente, mas perpassa e supera práticas limitadas a aconselhamento ou dispensação. O modelo de consulta farmacêutica deste trabalho propõe uma avaliação integral no sentido de que presta todos os serviços farmacêuticos possíveis, à depender da necessidade do paciente.

A atividade clínica desenvolvida durante a consulta é dependente da fala, ou seja, é através, principalmente do processo interacional com o paciente e cuidador que o farmacêutico desempenha suas tarefas em consultório. Assim como podemos dizer que o pedreiro utiliza a colher de pedreiro como ferramenta que o identifica, podemos afirmar que o farmacêutico utiliza a fala como sua principal ferramenta. É através da consulta farmacêutica que o profissional atende a uma demanda social ao mesmo tempo em que constrói os fundamentos para um novo modelo de prática fortemente dependente de conhecimentos e habilidades interdisciplinares, inclusive aqueles derivados das ciências sociais.

Poucos estudos vem tratar especificamente do processo interacional entre farmacêutico e paciente no contexto do atendimento em consultório. Isso significa

que, de alguma forma, a farmácia, ao mesmo tempo em que evolui suas práticas e conceitos, permanece atrelada a referenciais tradicionais de pesquisa e ensino.

Nosso estudo buscou se orientar por um método que se preocupa com a natureza dinâmica e reacional da comunicação no contexto específico da consulta farmacêutica. Essa consulta propõe uma abordagem clínica geral e integral, pautada pelo método centrado na pessoa para atendimento à pacientes polimedicados. Trata-se de um método derivado das ciências sociais para análise do processo interacional farmacêutico/paciente/cuidador. O uso da análise de conversa permitiu descrever elementos resultantes da interação real (naturalística) entre os indivíduos, considerando os detalhes dessa interação. Assim foi possível definir e analisar ações comunicacionais e tecer considerações acerca de competências necessárias para melhor desenvolver o cuidado farmacêutico.

De acordo com as nossas análises, os encontros entre farmacêutico e paciente em consultório podem ser considerados, dentro de uma estrutura geral, como um tipo de interação institucional. Os elementos de fala institucional se caracterizam pela especialização de ações conversacionais, norteadas por um framework de eventos orientados com a intenção de desempenhar tarefas específicas para alcançar objetivos compartilhados.

Essa conversa, entretanto, é permeada por elementos próprios da conversa mundana com as quais os indivíduos lidam com problemas e necessidades no dia a dia. No contexto institucional os profissionais utilizam uma mescla de estratégias comunicacionais rotineiras e padronizadas para que tarefas sejam realizadas.

Obviamente no contexto do atendimento farmacêutico uma série de tarefas buscam ser realizadas. Dentre as tarefas, desenvolvidos através de atos de fala, estão, por exemplo, a apresentação da consulta, a apreensão de dados gerais do paciente, do seu estado clínico atual, do nível de conhecimento e autonomia do paciente em relação ao tratamento, do grau de adesão ao tratamento, além de desenvolver ações nos sentido de convencer e acordar intervenções, modificar comportamentos, aumentar conhecimento, informar, expandir perspectivas, facilitar a aceitação do que não pode ser mudado, etc. Os discursos construídos dentro do contexto do atendimento farmacêutico são, portanto, marcados por ocorrências que



tendem a se repetir, mas que se desenvolvem à partir de uma infinidade de variações.

As etapas do atendimento farmacêutico analisado neste trabalho são francamente orientadas pelo prontuário de consulta, porém se observa que profissionais com mais prática em atendimento tendem a direcionar a conversa no sentido das demandas do paciente, pautando-se mais pelo método clínico e menos pelas etapas do prontuário. Outro fator importante de ser mencionado é o fato de que, como a consulta é longa e aborda várias questões, ela acaba se tornando também bastante heterogênea a depender das características do paciente e do farmacêutico, ainda que um grau de reprodutibilidade seja conseguido em decorrência do método clínico ensinado aos farmacêuticos e do prontuário que guia o atendimento.

O tempo longo das consultas farmacêuticas teve relação com a complexidade dos pacientes e com a extensão do prontuário farmacêutico. Consultas exageradamente longas normalmente aconteciam com farmacêuticos que apresentavam menor tempo de experiência. O aumento do tempo de consulta (mais de 1 hora para consultas iniciais e mais de 30 minutos para consultas de retorno) não esteve relacionado com melhoria da qualidade interacional entre farmacêutico e paciente.

De forma geral, considerando-se primeiras consultas, há uma fase de cumprimentos e identificação, marcado por expressões comuns no encontro entre duas pessoas que não se conhecem e, no caso da consulta, com a apresentação formal do ofício: “olá”, “boa tarde”, “eu sou farmacêutica”.

Na fase seguinte é descrita a razão da consulta. Vale a reflexão de que, em consultas médicas, normalmente a razão da consulta é fornecida pelo paciente, na forma de algum tipo de queixa específica, pois o paciente tem um conhecimento implícito de sua estrutura e seus objetivos. Entretanto, na consulta farmacêutica a razão da consulta é fornecida pelo próprio profissional “a gente vai avaliar todos os medicamentos e os problemas de saúde do senhor”, ainda que, muitos farmacêuticos, orientados pelo método clínico, consultem a queixa principal do paciente antes de apresentar o serviço. Neste caso, observamos que o serviço farmacêutico é, na verdade, previamente oferecido ao paciente e que, durante a

execução do serviço o profissional deverá alinhar com o paciente os objetivos da interação em consultório.

Os propósitos da consulta farmacêutica onde se desenvolveu a pesquisa são complexos e ousados, pois de maneira geral, objetivam a resolução de todos os problemas da farmacoterapia do paciente o que, se consideramos os problemas da farmacoterapia de uma perspectiva ampliada, significa a resolução de todos os problemas de saúde do paciente. Na apresentação da consulta, o farmacêutico simplifica esse objetivo usando expressões do tipo: “A gente vai avaliar a saúde em geral e os medicamentos em uso para identificar e resolver problemas”.

Todos os campos do prontuário eram de preenchimento obrigatório, devido ao contexto de pesquisa no qual a consulta estava inserida. Isso trazia alguns constrangimentos relacionados à orientação da consulta para temas que não eram o foco da problemática apresentada durante a consulta.

Durante toda a interação ocorre um esforço no sentido da construção de identidades. No caso da interação desenvolvida em consultório o farmacêuticos buscaram construir uma identidade de profissionais colaborativos, disponíveis, interessados e competentes.

Por parte dos pacientes, alguns buscaram construir um papel tradicional submisso ao poder profissional, humildes e obedientes, estimulando a assimetria da relação. Por outro lado, alguns tiveram a intenção de destacar conhecimentos de saúde e de termos técnicos, demonstrando uma mescla de experiência com a doença e o tratamento e de conhecimento biomédico. Também, em alguns casos, o paciente buscou valorizar o status do médico, no sentido de recusar o atendimento prestado pelo farmacêutico.

O cuidador, que acompanhava o paciente, buscou construir uma identidade de responsável, destacando os esforços dispendidos em prol da recuperação do paciente e, por vezes tendendo a minimizar as informações profissionais como uma estratégia para preservar sua competência. A maneira como a simetria na relação é negociada durante a consulta trouxe implicações sobre a qualidade de relação estabelecida entre profissional, paciente e cuidador.

O farmacêuticos procederam com a coleta de dados do perfil do paciente após a apresentação da consulta e seus objetivos. A coleta de dados de perfil do paciente que se pretendia breve, acabou sendo, muitas vezes temas de conversas longas, já no início da consulta. Além disso, em muitos casos, questões relacionadas à aspectos pessoais e familiares trouxeram constrangimentos para a relação. Os pacientes buscaram justificar situações como baixa escolaridade, ausência de trabalho formal e baixa renda familiar.

A avaliação da história social e estilo de vida apresentaram um caráter mais clínico, visto que elementos como uso de álcool e tabaco, assim como prática de exercício físico foram diretamente correlacionadas com as condições clínicas do paciente e com o seu tratamento. Essa ligação entre história social, os problemas de saúde e tratamento normalmente são trazidos pelo paciente, pois são temas relacionados culturalmente com a saúde.

Apesar de estar localizada em um ambiente especializado de atendimento (hospital de clínicas com paciente provenientes das clínicas de cardiologia), o serviço farmacêutico desenvolvido neste trabalho pode ser caracterizado com um atendimento de clínica geral, ou seja, a avaliação é integral e são abordados todos os problemas de saúde e todos os tratamentos. Também por isso, houve necessidade de que muitos pacientes fossem acompanhados por longos períodos. A tentativa de abordar todos os problemas de saúde e da farmacoterapia de pacientes muito complexos já no primeiro encontro resultou em consultas demoradas e confusas, gerando pouca resolutividade e atrasos de cronograma de atendimento. Por isso, nos casos em que o paciente apresente polifarmácia pesada, várias queixas e vários problemas de saúde diagnosticados se orienta que sejam estabelecidas prioridades de avaliação.

Em trabalhos que tratam de serviços de atendimento em consultório, porém com características de atendimento distintos do nosso, como no caso do trabalho de Pilnick, no qual se realizavam consultas de aconselhamento, podemos encontrar discrepâncias comunicacionais importantes. Isso acontece, inicialmente, porque o objetivo geral parece ser claramente distinto. Em serviços farmacêuticos “menos complexos” (sem a intenção de menosprezar sua importância) e mais objetivos, por vezes o farmacêutico desenvolve ações verbais no sentido de informar,

apresentando nomes e doses dos medicamentos, porém sem perguntar ao paciente sobre o que ele realmente necessita. Por isso muitas vezes o paciente recebiam informações desnecessárias ou das quais não tinha interesse.

Enquanto consultas de aconselhamento parecem continuar focadas no medicamento “como vai a medicação?”, na consulta de revisão da farmacoterapia proposta neste trabalho há um esforço para que ela seja centrada no paciente “como vai a saúde?” No caso do serviço de consulta ambulatorial que foi objeto de estudo deste trabalho, o farmacêutico inicialmente busca investigar quais são as necessidades, conhecimentos e habilidades do paciente, antes de fornecer informações. Ou seja, há uma ordenação de ações no sentido de coletar dados gerais e clínicos para depois construir um plano de ação junto ao paciente.

A ordem dos processos realizados durante as consultas variam entre os farmacêuticos, sendo a mais comum: (1) acolhimento ou abertura da consulta, (2) coleta de dados contextuais, (3) Avaliação da queixa principal, (4) avaliação da história clínica, (5) avaliação da história de medicação, (6) intervenção com proposta de mudanças, (7) fechamento da consulta. É importante frisar que em algumas consultas o processo de intervenção se dá de maneira concomitante com a identificação de problemas no momento da avaliação do paciente, ou seja, à medida em que se vai identificando problemas já se propõem as intervenções.

A avaliação da queixa principal acontece através de perguntas abertas à partir das quais o paciente tem a oportunidade de expressar suas preocupações e incômodos. É interessante notar que, quando o paciente não é indagado pelo farmacêutico à respeito de sua queixa principal é muito comum que essa queixa surgisse durante os enunciados do paciente, elaborado de forma direta ou indireta.

Na avaliação da história clínica o farmacêutico normalmente procede com a verificação do status de controle das condições clínicas já diagnosticadas do paciente através de uma análise de sintomas e sinais específicos de cada doença, além da avaliação de exames de monitoramento específicos. No momento da avaliação da história clínica se associam essas informações com a efetividade da farmacoterapia crônica, pois o descontrole de alguma condição diagnosticada é indício de problemas da farmacoterapia que precisam ser resolvidos.

Como muitas das condições clínicas crônicas apresentam-se assintomáticas, a identificação e compartilhamento da informação sobre descontrolado da doença e os riscos desse descontrolado se apresentaram como um tema delicado do ponto de vista interacional, pois pode representar um fracasso terapêutico para o paciente ou mesmo confrontar o paciente com uma realidade que ele muitas vezes prefere negar.

A avaliação da história de medicação é um momento inicialmente mais sistemático, no qual, à partir do relatos de uso (rotina de medicação) e das receitas médicas se busca identificar possíveis falhas de utilização dos medicamentos. Essa abordagem pode ser percebida como um episódio de “caça de problemas”. Evidentemente muitos pacientes e cuidadores notavam essa abordagem e buscavam, por sua vez, preservar sua competência ou, em alguns casos, admitir francamente o desconhecimento da farmacoterapia e da posologia.

A conferência de dose, horário e identificação do medicamentos é um método eficiente para avaliar a adesão à farmacoterapia. Entretanto, farmacêuticos que iniciaram a avaliação com questões abertas do tipo “o senhor está tendo algum problema ou dúvida para tomar os medicamentos?” antes de proceder com a conferência, geraram uma repercussão positiva na interação. Isso porque o paciente tinha a oportunidade de expor algum problema antes de “ser pego” na avaliação do profissional, comunicando uma postura mais colaborativa e menos confrontativa.

Durante o processo de avaliação da farmacoterapia observou-se que os pacientes com recorrência: Queixam-se de um medicamento específico; queixam-se do excesso de medicamentos; queixam-se da falta de um medicamento; queixam-se da retirada de um medicamento; queixam-se da adição de um medicamento.

Esses são os contextos com os quais o farmacêutico normalmente lida durante o processo interacional e que determinam o tipo de estratégia a se utilizar para negociar alterações ou manutenção da farmacoterapia do paciente.

Muitos farmacêuticos corrigem informações e comportamentos concomitantemente ao processo de avaliação, quando identificam problemas, enquanto outros preferem reunir todas as informações e, apenas no final da

consulta, expor quais são os problemas e quais são as propostas de modificação para resolver os problemas.

A intervenção farmacêutica nas primeiras consultas esteve muitas vezes refém da falta de elementos para o processo de avaliação, como por exemplo, necessidade de exames laboratoriais ou de automonitoramento, por isso o agendamento de exames foi uma das principais intervenções realizadas pelos farmacêuticos. Além disso, muitas intervenções, como modificação na farmacoterapia prescrita, dependiam de uma consulta com o médico. Assim as intervenções muitas vezes foram sugeridas em cartas, porém delegadas ao médico, por questões éticas e de limitação de autonomia profissional em consultório. Para além disso, as intervenções realizadas estavam relacionadas com educação em saúde, informação, orientação sobre a saúde em geral e sobre a medicação utilizada.

Na etapa de finalização da consulta os farmacêuticos agendavam nova consulta, explicavam a importância da adesão à terapia e reforçavam o papel ativo do paciente no processo de recuperação e preservação de sua saúde. Os pacientes normalmente utilizam o espaço da finalização da consulta para fazer algum tipo de enunciado que normalmente carrega conteúdos importantes sobre necessidades ou concepções à respeito do seu tratamento ou de sua doença.

Em cada uma dessas fases os participantes da consulta desenvolvem estratégias para expor o que pensam, enfrentam dificuldades comunicacionais, elaboram enunciados que são compreendidos apenas parcialmente pelo seu interlocutor, criam constrangimentos e dilemas que precisam ser elaborados durante a interação.

A tomada de decisão sempre buscou considerar as preferências do paciente e do médico do paciente. Qualquer modificação proposta em consultório considerou essas duas variáveis, preservando aspectos éticos da multidisciplinariedade do cuidado e respeitando-se o preceitos do modelo de cuidado centrado no paciente. É comum que o farmacêutico sugira adição, retirada ou alteração de medicamentos na farmacoterapia do paciente. Essas etapas de sugestão, justificativa, negociação, aceitação ou rejeição da intervenção foram ações comunicacionais empenhadas em todas as consultas pelo farmacêutico.

A eleição do método de análise de conversa para investigar a interação entre o farmacêutico e o paciente durante consultas nos pareceu ser adequado para os fins propostos neste trabalho. Este método microanalítico vem sendo utilizado há mais de 30 anos para avaliar a interação entre profissionais e pacientes em diferentes ambientes de atendimento, como visitas domiciliares e até atendimentos telefônicos de urgência. No início o interesse principal dos analistas de conversa era o processo de interação médico-paciente, porém, posteriormente utilizou-se deste método para avaliar a interação de diferentes profissionais de saúde com seus paciente, como dentistas, psicólogos, fisioterapeutas e farmacêuticos, sendo que posteriormente buscou-se avaliar também a interação entre os profissionais nos ambientes de cuidado multidisciplinar. Para além disso, este método também vem sendo utilizado como estratégia pedagógica no sentido de melhorar habilidades comunicacionais de profissionais médicos.

O detalhamento do método permitiu identificar associação entre conflitos interacionais e características verbais e paraverbais próprias da fala naturalística. Por exemplo, diálogos com excesso de interrupções e falas sobrepostas demonstram que há disputa entre os interlocutores e que o farmacêutico está tendo problemas para orientar a consulta. Farmacêuticos que constroem discursos vacilantes, com pausas, respiração audível, e tempos de silêncio grande entre os turnos demonstram nervosismo e são vistos como inseguros e geram desconfiança por parte do paciente.

O uso do humor foi uma técnica comunicacional utilizada com muita frequência pelo atores comunicacionais da consulta. O uso do humor foi identificado através do riso ou sorriso, incongruências (exageros ou absurdos), quebra de linearidade ou outras pistas verbais. Ele foi utilizado com objetivos diversos, cumprindo funções importantes na interação. Primeiramente, se identificou a utilização do humor para criar um clima de relaxamento, reduzindo a assimetria na relação e gerando maior aproximação e familiaridade entre paciente e profissional. Os pacientes também expressam queixas, preocupações, falhas, e frustrações através do humor. Além disso, muitos pacientes buscam, através do uso do humor, criar um distanciamento em relação a temas que geram ansiedade (SCHOPF, MARTIN, KEATING, 2015).

Como citado anteriormente neste trabalho, já se realizaram estudos avaliando a interação entre farmacêutico e paciente, sendo o trabalho de Alisson Pilnick pioneiro para a área de farmácia (PILNICK, 1998). Por isso, vale tecer algumas considerações sobre as diferenças entre seu trabalho e o que desenvolvemos nesta tese.

Apesar de compartilhar do mesmo método de análise, no estudo de Pilnick o ambiente, o objetivo e o contexto de cuidado onde o farmacêutico desenvolve sua interação é substancialmente diferente daquele apresentado pelo nosso trabalho. No caso da tese de Pilnick, o contexto é a entrega e orientação rápida sobre o uso dos medicamentos em clínicas oncológicas. A interação com o paciente e o cuidador é breve e o ambiente não é um consultório farmacêutico, ainda que se trate de um espaço privativo. Por isso, a importância do nosso trabalho foi justamente o de expor e problematizar o processo interacional entre pacientes, cuidadores e farmacêuticos durante o desenvolvimento de consultas farmacêuticas com pacientes polimedicados, considerados de alto risco para desenvolvimento de problemas da farmacoterapia e de alto risco cardiovascular.

Uma das funções das nossas análises foi buscar compreender de que maneira os participantes constroem contexto organizam os encontros terapêuticos.

É interessante ressaltar que a consulta farmacêutica no modelo avaliado por nós nunca foi uma prática corrente nos ambientes de saúde no Brasil, ou seja, a totalidade dos pacientes nunca havia tido contato com o farmacêutico em um ambiente de consultório. Isso gera no profissional uma responsabilidade com relação à criação de um significado na trajetória do paciente crônico. Queremos dizer com isso que, o paciente que compareceu à consulta é “virgem” em relação à experiência de cuidado farmacêutico e que durante a consulta vai criando a noção para si de qual a importância desse tipo de atendimento.

Nas consultas, há momentos em que o enunciado farmacêutico se torna mais formal e técnico e a construção do turno normalmente é mais longo. Isso pode estar relacionado com a afirmação de seu papel de terapeuta e com seu papel de informar e reclamar competências técnicas.

A busca da horizontalidade relacional entre profissional e paciente em consultório necessita ser conseguida de maneira colaborativa. Caso contrário pode



acontecer a inversão da assimetria, casos em que o paciente desconsidera as falas do profissional e este não é capaz de orientar a consultas para os objetivos do atendimento.

É por isso é que muitos profissionais buscam preservar seu “Ethos” de profissional de saúde ao mesmo tempo em que envolve o paciente nos processo de decisão clínica, considerando-se suas perspectivas enquanto paciente. Nota-se nas nossa análises que a maneira mais eficiente de manter a autoridade profissional sem tornar a consulta verticalizada e paternalista é dando respostas assertivas e clinicamente embasadas ao problemas e dúvidas do paciente. Quando na sua fala o farmacêutico demonstra insegurança e desconhecimento o “self” do paciente pode se sobrepor gerando conflitos, aumento no tempo de consulta, desrespeito mútuo e desconforto entre ambas as partes.

Neste trabalho foi possível, através do método de análise de conversa, investigar de maneira detalhada as principais características da consulta farmacêutica à pacientes polimedicados. Estão descritas, nesta tese, as principais abordagens comunicacionais resultantes do processo interacional farmacêutico/paciente/cuidador.

Foi possível identificar estratégias comunicacionais e características individuais que podem ser fonte de conflitos ou dificuldades na relação entre os interlocutores, assim como aquelas que podem favorecer a construção de uma relação orientada para o cumprimento das tarefas institucionais da consulta em sintonia com as preferências do paciente.

Este trabalho pode sinalizar elementos que devem ser melhorados no processo de atendimento e no processo de *design* de serviços farmacêuticos clínicos no futuro, bem como, fornecer embasamento para aprimorar o serviço de cuidado onde o trabalho foi desenvolvido. Além disso, o método de análise de conversa utilizado pode ser utilizado pelos profissionais como estratégia pedagógica no processo de capacitação e treinamento em comunicação clínica para os profissionais farmacêuticos.

Acima de tudo, acreditamos ter contribuído para a compreensão do que vem a ser essa nova prática farmacêutica focada no cuidado a pacientes portadores de condições crônicas.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMOWITZ, S. A. *et al.* Linking a Motivational Interviewing Curriculum to the Chronic Care Model. **J Gen Intern Med**, v. 25, n. Suppl 4, p.620-626, 2010.
- AH, Y. M. *et al.* Clinical and economic evaluation of pharmacists' contribution to patient care on a multi-disciplinary liver transplant team. **Int J Clin Pharmacol Ther**, v. 54, n. 2, p.102-109, 2016.
- AL HAMID, A. *et al.* A systematic review of qualitative research on the contributory factors leading to medicine-related problems from the perspectives of adult patients with cardiovascular diseases and diabetes mellitus. **BMJ Open**, v. 4, n. 9, p.e005992, 2014.
- AL KHALIDI, D.; WAZAIFY, M. Assessment of pharmacists' job satisfaction and job related stress in Amman. **Int J Clin Pharm**, v., n., 2013.
- ALANO, G. M.; CORRÊA, T. D. S.; GALATO, D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n., p.757-764, 2012.
- AL-AZZAM, S. I. *et al.* Drug-related problems in a sample of outpatients with chronic diseases: a cross-sectional study from Jordan. **Ther Clin Risk Manag**, v. 12, n., p.233-239, 2016.
- ALHARBI, T. S. *et al.* Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study. **BMC Nurs**, v. 13, n., p.28, 2014.
- ALLEN, M. S.; WALTER, E. E.; MCDERMOTT, M. S. Personality and sedentary behavior: A systematic review and meta-analysis. **Health Psychol**, v. 36, n. 3, p.255-263, 2017.
- ALMEIDA, A. M. R. D.; EL-HANI, C. N. Um exame histórico-filosófico da biologia evolutiva do desenvolvimento. **Scientiae Studia**, v. 8, n., p.9-10, 2010.
- AL-QUTEIMAT, O. M.; AMER, A. M. Evidence-based pharmaceutical care: The next chapter in pharmacy practice. **Saudi Pharm J**, v. 24, n. 4, p.447-451, 2016.
- ALVES, C.; BATEL-MARQUES, F.; MACEDO, A. F. Data sources on drug safety evaluation: a review of recent published meta-analyses. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v. 21, n. 1, p.21-33, 2012.
- AMARASINGHAM, L. R. Social and cultural perspectives on medication refusal. **Am J Psychiatry**, v. 137, n. 3, p.353-358, 1980.
- AMARILES, P. *et al.* Effectiveness of Dader Method for pharmaceutical care on control of blood pressure and total cholesterol in outpatients with cardiovascular disease or cardiovascular risk: EMDADER-CV randomized controlled trial. **J Manag Care Pharm**, v. 18, n. 4, p.311-323, 2012.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n., p.3603-3614, 2010.

- ANTUNES, M. H.; MORÉ, C. L. O. O. Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador: revisão integrativa da produção brasileira. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 16, n., p.248-258, 2016.
- ARRAIS, P. *et al.* Perfil da Auto Medicação no Brasil. . **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p.71-77, 1997.
- ARRAIS, T. C. Estrutura profunda e padrões de representação semântica. **Trans/Form/Ação**, v. 2, n., p.138-154, 1975.
- AXELSSON, M. *et al.* Personality, adherence, asthma control and health-related quality of life in young adult asthmatics. **Respir Med**, v. 103, n. 7, p.1033-1040, 2009.
- AXELSSON, M. *et al.* The influence of personality traits on reported adherence to medication in individuals with chronic disease: an epidemiological study in West Sweden. **PLoS One**, v. 6, n. 3, p.e18241, 2011.
- BACKES, M. T. S. R., L. M.; FERNANDES, G. C. M.; BECKER, S. G.; MEIRELLES, B. H. S.; DOS SANTOS, S. M. A. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História Sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. **Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro**, v. 17, n. 1, p.7, 2009.
- BAILEY, S. C. *et al.* Evaluation of language concordant, patient-centered drug label instructions. **J Gen Intern Med**, v. 27, n. 12, p.1707-1713, 2012.
- BARROS, J. A. Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico?\*. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p.18, 2002.
- BARROS, N. J. **Cuidados da doença crônica na atenção primária de saúde**. ed. São Paulo: Hucitec Editora Sobravime, 2012.
- BARTELS, J. *et al.* Eloquent silences: A musical and lexical analysis of conversation between oncologists and their patients. **Patient Educ Couns**, v. 99, n. 10, p.1584-1594, 2016.
- BASAK, S. C.; VAN MIL, J. W.; SATHYANARAYANA, D. The changing roles of pharmacists in community pharmacies: perception of reality in India. **Pharm World Sci**, v. 31, n. 6, p.612-618, 2009.
- BAUER, M. W. G., G. (ORGS.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. 12<sup>a</sup>. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- BEACH, W. A.; DOZIER, D. M. Fears, Uncertainties, and Hopes: Patient-Initiated Actions and Doctors' Responses During Oncology Interviews. **J Health Commun**, v. 20, n. 11, p.1243-1254, 2015.
- BEIVIDAS, W. Em busca de Saussure. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 11, n., p.349-352, 2008.
- BELLENZANI, R.; NEMES, M. I. B.; PAIVA, V. Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/Aids. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n., p.803-834, 2013.
- BENNETON, L. **Temas de Psicologia em Saúde – A Relação Profissional-Paciente**. ed. São Paulo: Editora Segmento, 2002.

- BENTZEN-BILKVIST, D.; MIGLIANO, A.; VINICIUS, L. Behavioural Phenotypes and the Structure of Human Cognition. **Evol Biol**, v. 44, n. 1, p.113-119, 2017.
- BERESNIAK, A.; TABOULET, F. [Evaluation of drug iatrogeny by medico-economic modelling techniques]. **Therapie**, v. 52, n. 1, p.59-63, 1997.
- BERGER, B. A. **Communication Skills for Pharmacists. Building Relationships. Improving Patient Care**. ed. Washington DC: American Pharmaceutical Association, 2005.
- BERTOLLI FILHO, C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 6, n., p.493-522, 2000.
- BEUTHIN, R. E. *et al.* Metaphors and medication: understanding medication use by seniors in everyday life. **Can J Nurs Res**, v. 44, n. 3, p.150-168, 2012.
- BIRHANU, Z. *et al.* Determinants of satisfaction with health care provider interactions at health centres in central Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Health Serv Res**, v. 10, n., p.78, 2010.
- BOGG, T.; ROBERTS, B. W. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. **Psychol Bull**, v. 130, n. 6, p.887-919, 2004.
- BRASIL. **Cuidado farmacêutico na atenção básica - Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. SAÚDE, M. D. Brasília: Ministério da Saúde. 1: 106 p. 2014.
- BRASIL. **Entendendo o SUS**. SAÚDE, M. D. Brasília: Ministério da Saúde 2006.
- BROWN, D. The paradox of pharmacy: A profession's house divided. **J Am Pharm Assoc (2003)**, v. 52, n. 6, p.e139-143, 2012.
- BROWN, J. B.; RYAN, B. L.; THORPE, C. Processes of patient-centred care in Family Health Teams: a qualitative study. **CMAJ Open**, v. 4, n. 2, p.E271-276, 2016.
- BRUMMEL, A.; CARLSON, A. M. Comprehensive Medication Management and Medication Adherence for Chronic Conditions. **J Manag Care Spec Pharm**, v. 22, n. 1, p.56-62, 2016.
- BUTALID, L. *et al.* Patients' views on changes in doctor-patient communication between 1982 and 2001: a mixed-methods study. **BMC Fam Pract**, v. 13, n., p.80, 2012.
- CANÇADO, M. **Manual de semântica: Noções básica e exercícios**. 1º edição. ed. São Paulo - SP, 2013.
- CAPPELLE, M. C. A. M., M.C.O.L.; GONÇALVES, C.A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 5, n. 1, p.15, 2003.
- CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. 1ª. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.
- CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. Editora Cultrix. ed. São Paulo, 1990.

- CARVALHO, V. D. Ética e valores na prática profissional em saúde: considerações filosóficas, pedagógicas e políticas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n., p.1797-1802, 2011.
- CASSIRER, E. **Ensaio Sobre o Homem. Uma Introdução a uma Filosofia da Cultura Humana**. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1994.
- CASTRO, F. F. Linguagem e comunicação em Hidegger. **Galaxia (São Paulo online)**, v. 27, n., 2014.
- CERON, M. **Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa**. UNA-SUS. São Paulo: UNIFESP 2010.
- CERQUEIRA, A. T. D. A. R. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n., p.469-473, 2009.
- CFF. **A assistência farmacêutica no SUS**. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, C. R. D. F. D. P. O. C. D. S. P. D. C. F. D. F., COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SERVIÇO PÚBLICO DO CRF-PR. Brasília: Conselho Federal de Farmácia: 60 p. 2010.
- CFF. **Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em 18/12/2017
- CFF. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. ed. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.
- CHATWIN, J. Conversation analysis as a method for investigating interaction in care home environments. **Dementia (London)**, v. 13, n. 6, p.737-746, 2014.
- CHAVES TERRA, A.; HEIDTMANN VAGHETTI, H. A COMUNICAÇÃO PROXÊMICA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. **Ciencia y enfermería**, v. 20, n., p.23-34, 2014.
- CHISHOLM-BURNS, M. A. *et al.* US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. **Med Care**, v. 48, n. 10, p.923-933, 2010.
- CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n., p.319-324, 2004.
- COCKELL, F. C. Idoso aposentados no mercado de trabalho informal: Trajetórias ocupacionais na construção civil. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 2, p.10, 2014.
- CODERN-BOVÉ, N. *et al.* Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis. **BMC Public Health**, v. 14, n., 2014.
- COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. D. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n., p.315-333, 2002.
- COLLINS, S. Communicating for a clinical purpose: strategy in interaction in healthcare consultations. **Commun Med**, v. 2, n. 2, p.111-122, 2005.

COOK, D. J.; MULROW, C. D.; HAYNES, R. B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. **Ann Intern Med**, v. 126, n. 5, p.376-380, 1997.

CORDEIRO, B. C. L., S. N. **O farmacêutico na atenção à saúde**. 2 edição. ed. Itajaí - SC: Universidade do Vale do Itajaí, 2008.

CORRER, J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. 1ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

COULTER, A. A. E., J. **Patient focused interventions: A review of evidence**. . Quest for quality and improved performance (QQUIP). FOUNDATION, T. H. London 2006.

CRUZ, É. M. K.; SEGATTO, A. P. Processos de comunicação em cooperações tecnológicas universidade-empresa: estudos de caso em universidades federais do Paraná. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 13, n., p.430-449, 2009.

CUNHA, K. O. A. *et al.* Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n., p.1431-1437, 2012.

D'ANDRÉA, R. D. D. S., G.P.; MARQUES, L.A.M.; RASCADO, R.R. A importância da relação farmacêutico-paciente: Percepções dos idosos integrantes da UNATI (Universidade Aberta à Terceira Idade) sobre atuação do farmacêutico. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. IX n. 2, p.12, 2012.

DAL-FARRA, R. A.; PRATES, E. J. A psicologia face aos novos progressos da genética humana. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n., p.94-107, 2004.

DALONSO, G. D. L. Trabalhadoras brasileiras e a relação com o trabalho: trajetórias e travessias. **Psicologia para América Latina**, v., n., p.0-0, 2008.

DAVIES, E. C. *et al.* Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes. **PLoS One**, v. 4, n. 2, p.e4439, 2009.

DE LYRA, D. P. *et al.* Impact of Pharmaceutical Care interventions in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirao Preto (SP), Brazil. **Ther Clin Risk Manag**, v. 3, n. 6, p.989-998, 2007.

DELBAERE, M. Metaphors and myths in pharmaceutical advertising. **Soc Sci Med**, v. 82, n., p.21-29, 2013.

DENZIN, N. L., Y.S. ET. AL. **O planejamento da pesquisa qualitativa - Teorias e Abordagens**. 2º Edição. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESCOVI, M. S. R., R.D.; CUNHA, K.O.A.; DA SILVA, C.A.; DAL VESCO, J.R. **Representações Culturais sobre uso racional de medicamentos em usuários hipertensos e diabéticos na atenção básica de Dourado - MS**. In: SENPE - Ciências da Enfermagem em tempos de interdisciplinariedade. Campo Grande - MS, 2011. 6 p.

DICKSON, R. P.; ERB-DOWNWARD, J. R.; HUFFNAGLE, G. B. Homeostasis and its disruption in the lung microbiome. **Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol**, v. 309, n. 10, p.L1047-1055, 2015.

- DONNELLY, W. J. Taking suffering seriously: a new role for the medical case history. **Acad Med**, v. 71, n. 7, p.730-737, 1996.
- DORARD, G.; KHORRAMIAN-POUR, M. [Binge eating disorder: Links with personality and emotionality]. **Encephale**, v. 43, n. 2, p.114-119, 2017.
- DORMANN, H. *et al.* Readmissions and adverse drug reactions in internal medicine: the economic impact. **J Intern Med**, v. 255, n. 6, p.653-663, 2004.
- DREW, P.; CHATWIN, J.; COLLINS, S. Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. **Health Expect**, v. 4, n. 1, p.58-70, 2001.
- DUARTE, A. Heidegger e a linguagem: do acolhimento do ser ao acolhimento do outro. **Natureza humana**, v. 7, n., p.129-158, 2005.
- EL-AHMADY, S.; EL-WAKEEL, L. The Effects of Nutrition Awareness and Knowledge on Health Habits and Performance Among Pharmacy Students in Egypt. **J Community Health**, v., n., 2016.
- ERNST, F. R.; GRIZZLE, A. J. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. **J Am Pharm Assoc (Wash)**, v. 41, n. 2, p.192-199, 2001.
- ESMAEILI, M.; CHERAGHI, M. A.; SALSALI, M. Cardiac patients' perception of patient-centred care: a qualitative study. **Nurs Crit Care**, v. 21, n. 2, p.97-104, 2016.
- FAKHR-MOVAHEDI, A. *et al.* Exploring Nurse's Communicative Role in Nurse-Patient Relations: A Qualitative Study. **J Caring Sci**, v. 5, n. 4, p.267-276, 2016.
- FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR, K. R. D. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n., p.473-483, 2011.
- FAZEL-TABAR MALEKSHAH, A. *et al.* The Combined Effects of Healthy Lifestyle Behaviors on All-Cause Mortality: The Golestan Cohort Study. **Arch Iran Med**, v. 19, n. 11, p.752-761, 2016.
- FERMONT, I. [Misuse of drugs: conclusions of the pharmacovigilance workshops at La Baule, France]. **Therapie**, v. 57, n. 3, p.283-288, 2002.
- FERREIRA, A. F. D. **A percepção dos farmacêuticos como profissionais de saúde no SUS em Fortaleza-CE**. 123 f. - Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem de Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - CE, 2008.
- FERREIRA, M. D. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n., p.327-330, 2006.
- FERREIRA, N. P. Jacques Lacan: apropriação e subversão da lingüística. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 5, n., p.113-131, 2002.
- FLANNERY, M. R. S. The handbook of conversation analysis. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 14, n., p.715-734, 2014.
- FLICKINGER, T. E. *et al.* Clinician empathy is associated with differences in patient-clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. **Patient Educ Couns**, v. 99, n. 2, p.220-226, 2016.

- FREITAS, E. P., E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática: um Diálogo Possível? **Acta Farm. Bonaerense**, v. Volume 5, n. 3, 2006.
- FURBER, L. *et al.* Improving consultations in oncology: the development of a novel consultation aid. **Br J Cancer**, v. 110, n. 5, p.1101-1109, 2014.
- GAJIC, V. [Dr James Lovelock and story about GAIA hypothesis]. **Med Pregl**, v. 64, n. 11-12, p.607-611, 2011.
- GARCIA-CARDENAS, V. *et al.* Effect of a pharmacist intervention on asthma control. A cluster randomised trial. **Respir Med**, v., n., 2013.
- GARFINKEL, H. **Studies in Ethnomethodology**. Englewood Cliffs: Prentice Hall 1967.
- GELVEN, M. **A commentary on Heidegger's Being and Time**. ed. DeKalb, Illinois: Northern Illinois University Press, 1989.
- GODOY, R. R. **Os novos paradigmas de saúde e a atenção farmacêutica: A preocupação com a qualidade da comunicação e da relação profissional-paciente**. 89 f. Monografia de Conclusão de Curso - Laboratorio de serviços clínicos e evidências em saúde - LASCES, Universidade, Curitiba - PR, 2009.
- GOMES, L. B. *et al.* As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando famílias**, v. 18, n., p.3-16, 2014.
- GORDON, K.; SMITH, F.; DHILLON, S. Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems. **Patient Educ Couns**, v. 65, n. 3, p.407-415, 2007.
- GORGAS TORNER, M. Q. *et al.* [Integrated pharmaceutical care programme in patients with chronic diseases]. **Farm Hosp**, v. 36, n. 4, p.229-239, 2012.
- GRAHAM, E. B. *et al.* Microbes as Engines of Ecosystem Function: When Does Community Structure Enhance Predictions of Ecosystem Processes? **Front Microbiol**, v. 7, n., p.214, 2016.
- GREER, N. *et al.* Pharmacist-Led Chronic Disease Management: A Systematic Review of Effectiveness and Harms Compared to Usual Care. v., n., 2015.
- GRUEBNER, O. *et al.* Cities and Mental Health. **Dtsch Arztebl Int**, v. 114, n. 8, p.121-127, 2017.
- GUASSORA, A. D.; NIELSEN, S. B.; REVENTLOW, S. Deciding if lifestyle is a problem: GP risk assessments or patient evaluations? A conversation analytic study of preventive consultations in general practice. **Scand J Prim Health Care**, v. 33, n. 3, p.191-198, 2015.
- HAGEMEIER, N. E. *et al.* Impact of an interprofessional communication course on nursing, medical, and pharmacy students' communication skill self-efficacy beliefs. **Am J Pharm Educ**, v. 78, n. 10, p.186, 2014.
- HARGIE, O. M., N.; WOODMAN, C. **Looking into community pharmacy: Identifying Effective Communication Skills in Pharmacist-patient Consultations**. f. -, University of Ulster, Jordanstown,, 1993.
- HARVEY, P.; AHMANN, E. Validation: A Family-Centered Communication Skill. **Nephrol Nurs J**, v. 43, n. 1, p.61-65; quiz 66, 2016.



HAYNES, R. B.; DEVEREAUX, P. J.; GUYATT, G. H. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. **Vox Sang**, v. 83 Suppl 1, n., p.383-386, 2002.

HERITAGE, J. A., M. **Structure of social action**. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

HERITAGE, J. **Conversation Analysis and Institutional Talk: Analyzing Distinctive Turn-Taking Systems**. In: Proceedings of the 6th International Congress of IADA (International Association for Dialog Analysis),. Los Angeles - California: S.Cmejrková, J.Hoffmannová, 1998. 21 p.

HERITAGE, J. G., D. **On the institutional character of institutional talk: the case of news interviews**. Talk and social Structure. Cambridge: Talk and social Structure 1991.

ISHIKAWA, S. Status and Problems of Humanities Education with Respect to Pharmacy Education. **Yakugaku Zasshi**, v. 137, n. 4, p.399-405, 2017.

JAHROMI, V. K. *et al.* Active listening: The key of successful communication in hospital managers. **Electron Physician**, v. 8, n. 3, p.2123-2128, 2016.

JARAB, A. S. *et al.* Randomized controlled trial of clinical pharmacy management of patients with type 2 diabetes in an outpatient diabetes clinic in Jordan. **J Manag Care Pharm**, v. 18, n. 7, p.516-526, 2012.

JEFFERSON, G. On the sequential organisation of troubles-talk in ordinary conversation. **Social problems**, v. 35, n., p.27, 1988.

JOHNSON, J. A.; BOOTMAN, J. L. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. **Arch Intern Med**, v. 155, n. 18, p.1949-1956, 1995.

JOHNSON, J. L.; MOSER, L.; GARWOOD, C. L. Health literacy: a primer for pharmacists. **Am J Health Syst Pharm**, v. 70, n. 11, p.949-955, 2013.

KAFLE, N. P. Hermeneutic phenomenological research method simplified **Bodhi: An interdisciplinary Journal**, v. 5, n., p.20, 2011.

KIM, S. Y. *et al.* Influences of the Big Five personality traits on the treatment response and longitudinal course of depression in patients with acute coronary syndrome: A randomised controlled trial. **J Affect Disord**, v. 203, n., p.38-45, 2016.

KIRKENGEN, A. L. *et al.* Medicine's perception of reality - a split picture: critical reflections on apparent anomalies within the biomedical theory of science. **J Eval Clin Pract**, v., n., 2015.

KO, J. J. *et al.* Analysis of Glycemic Control of a Pharmacist-Led Medication Management Program in Patients with Type 2 Diabetes. **J Manag Care Spec Pharm**, v. 22, n. 1, p.32-37, 2016.

KOONG, A. Y. *et al.* When the phone rings - factors influencing its impact on the experience of patients and healthcare workers during primary care consultation: a qualitative study. **BMC Fam Pract**, v. 16, n., p.114, 2015.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1997.

- LANDMARK, A. M. *et al.* Patient involvement and language barriers: Problems of agreement or understanding? **Patient Educ Couns**, v., n., 2016.
- LAPLATINE, F. **Antropologia da Doença**. 1<sup>o</sup> edição Brasileira. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LARA, G. M. P. M., I.L.; EMEDIATO, W. (ORGS.). **Análises do Discuso Hoje**. 1<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.
- LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n., p.68-77, 2004.
- LAURELL, A. C. A Saúde-Doença como Processo Social. **Revista Latinoamericana de Salud. México**, v. 2, n., p.7-25, 1982.
- LEE, J. K. *et al.* Geriatric Patient Care by U.S. Pharmacists in Healthcare Teams: Systematic Review and Meta-Analyses. **J Am Geriatr Soc**, v., n., 2013.
- LEE, J. S. *et al.* Evaluation of Eligibility Criteria Used to Identify Patients for Medication Therapy Management Services: A Retrospective Cohort Study in a Medicare Advantage Part D Population. **J Manag Care Spec Pharm**, v. 22, n. 1, p.22-30, 2016.
- LEVINSON, W. *et al.* Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. **J Gen Intern Med**, v. 20, n. 6, p.531-535, 2005.
- LIU, W.; GERDTZ, M.; MANIAS, E. Creating opportunities for interdisciplinary collaboration and patient-centred care: how nurses, doctors, pharmacists and patients use communication strategies when managing medications in an acute hospital setting. **J Clin Nurs**, v. 25, n. 19-20, p.2943-2957, 2016.
- LODISH, H. B., A.; KAISER, C.A.; KRIEGER, M.; BRETSCHER, A.; PLOEGH, H.; AMON, A.; SCOTT, M. P. **Biologia Celular e Molecular**. 7 edição. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- LONGO, L. **Linguagem e Psicanálise**. 2<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- LOURENÇO; L. F. L.; DACZUK, R. F. T. P., D.; JUNIOR, N.F.P.; MAIA, A.R.C.R.; DOS SANTOS, E.K.A. **A Historicidade filosófica do Conceito Saúde**. Florianópolis - SC: 19 p.
- MAATOUK-BURMANN, B. *et al.* Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. **Patient Educ Couns**, v. 99, n. 1, p.117-124, 2016.
- MAGALHÃES, F. **10 lições sobre Marx**. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- MAIDMENT, I. D. *et al.* Role of community pharmacists in the use of antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD): a qualitative study. **BMJ Open**, v. 6, n. 3, p.e010278, 2016.
- MANZINI, E. J. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros**. In: Seminário internacional de pesquisa e estudos qualitativos - A pesquisa qualitativa em debate. Bauru-SP: SIPEQ, 2004. 10 p.

MARCO, M. A. D. *et al.* Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n., p.217-227, 2010.

MARTIN, E. B., JR. *et al.* Clinicians' recognition and management of emotions during difficult healthcare conversations. **Patient Educ Couns**, v. 98, n. 10, p.1248-1254, 2015.

MAYNARD, D. Interaction and assymetry in clinical discourse. **American Journal of Sociology**, v. 97, n. 2, p.86, 1991.

MCMILLAN, S. S. *et al.* Is the pharmacy profession innovative enough?: meeting the needs of Australian residents with chronic conditions and their carers using the nominal group technique. **BMC Health Serv Res**, v. 14, n., p.476, 2014.

MEAD, N.; BOWER, P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. **Patient Educ Couns**, v. 48, n. 1, p.51-61, 2002.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p.9, 2010.

MENDES-NUNES, J. **Comunicação em Contexto Clínico**. ed. Lisboa: BayerHealthCare, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, T. M. M. *et al.* Interventions performed by the clinical pharmacist in the emergency department. **Einstein (Sao Paulo)**, v. 10, n., p.74-78, 2012.

MIRZAEI, M. *et al.* A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. **BMC Health Serv Res**, v. 13, n., p.251, 2013.

MISHRA, S. I. *et al.* Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. **Health Soc Work**, v. 36, n. 4, p.249-258, 2011.

MOLINA LOPEZ, T. *et al.* [A review of the medication in polymedicated elderly with vascular risk: a randomised controlled trial]. **Aten Primaria**, v. 44, n. 8, p.453-460, 2012.

MOLLOY, G. J.; O'CARROLL, R. E.; FERGUSON, E. Conscientiousness and medication adherence: a meta-analysis. **Ann Behav Med**, v. 47, n. 1, p.92-101, 2014.

MOORE, T. J. *et al.* Completeness of serious adverse drug event reports received by the US Food and Drug Administration in 2014. LID - 10.1002/pds.3979 [doi]. v., n. 1099-1557 (Electronic).

MORAGLIA, G. C. G. Jung and the psychology of adult development. **J Anal Psychol**, v. 39, n. 1, p.55-75, 1994.

MORAIS, G. S. D. N. *et al.* Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n., p.323-327, 2009.

MORROW, N. H., O.; DONNELLY, H.; WOODMAN, C. Why do you ask? A study of questioning behaviour in community pharmacist-client consultations. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 2, n., p.4, 1993.

MOSS, J. M. *et al.* Impact of Clinical Pharmacy Specialists on the Design and Implementation of a Quality Improvement Initiative to Decrease Inappropriate Medications in a Veterans Affairs Emergency Department. **J Manag Care Spec Pharm**, v. 22, n. 1, p.74-80, 2016.

MURTAGH, G. M.; FURBER, L.; THOMAS, A. L. Patient-initiated questions: How can doctors encourage them and improve the consultation process? A qualitative study. **BMJ Open**, v. 3, n. 10, p.e003112, 2013.

NACI, H. *et al.* Persistent medication affordability problems among disabled Medicare beneficiaries after Part D, 2006-2011. **Med Care**, v. 52, n. 11, p.951-956, 2014.

NGUYEN, H. T. Constructing 'expertness': a novice pharmacist's development of interactional competence in patient consultations. **Commun Med**, v. 3, n. 2, p.147-160, 2006.

NICOLINE, C. B.; VIEIRA, R. D. C. P. A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n., p.1127-1144, 2011.

NOURIAN, M. *et al.* The lived experiences of resilience in Iranian adolescents living in residential care facilities: A hermeneutic phenomenological study. **Int J Qual Stud Health Well-being**, v. 11, n., p.30485, 2016.

O'BRIEN, C. E.; FLOWERS, S. K.; STOWE, C. D. Desirable Skills in New Pharmacists: A Comparison of Opinions From Practitioners and Senior Student Pharmacists. **J Pharm Pract**, v., n., 2015.

OLIVEIRA, R. P. D. Introdução à semântica: brincando com a gramática. **DELTA: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada**, v. 18, n., p.345-353, 2002.

OPSOMMER, E.; SCHOEB, V. 'Tell me about your troubles': description of patient-physiotherapist interaction during initial encounters. **Physiother Res Int**, v. 19, n. 4, p.205-221, 2014.

ORTET, G. *et al.* Big Five Personality Trait Short Questionnaire: Preliminary Validation with Spanish Adults. **Span J Psychol**, v. 20, n., p.E7, 2017.

OSTERMANN, A. C.; SOUZA, J. D. 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**, v. 25, n., p.1521-1533, 2009.

PARDO CABELLO, A. J. *et al.* Drug-related mortality among inpatients: a retrospective observational study. **Eur J Clin Pharmacol**, v., n., 2016.

PATEL, V. R. *et al.* The pervasiveness and plasticity of circadian oscillations: the coupled circadian-oscillators framework. **Bioinformatics**, v. 31, n. 19, p.3181-3188, 2015.

PELAEZ FERNANDEZ, C. *et al.* [Additional question ("is there anything else...?") in primary health care]. **Aten Primaria**, v. 17, n. 1, p.12-16, 1996.

- PENEDO, F. J. *et al.* Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. **J Psychosom Res**, v. 54, n. 3, p.271-278, 2003.
- PENNA, E. M. D. O paradigma junguiano no contexto da metodologia qualitativa de pesquisa. **Psicologia USP**, v. 16, n., p.71-94, 2005.
- PENNAZIO, S. Some biological reflections on the concept of life. **Riv Biol**, v. 103, n. 1, p.111-138, 2010.
- PEREIRA GUERREIRO, M.; MARTINS, A. P.; CANTRILL, J. A. Preventable drug-related morbidity in community pharmacy: commentary on the implications for practice and policy of a novel intervention. **Int J Clin Pharm**, v. 34, n. 5, p.682-685, 2012.
- PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. D. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n., p.601-612, 2008.
- PEREIRA, M. L. N., M.M.G. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. **Rev. Bras. Farm.**, v. 92, n. 4, p.8, 2011.
- PERES, M. B.; HOLANDA, A. F. A noção de angústia na prática clínica: aproximações entre o pensamento de Kierkegaard e a Gestalt-terapia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 3, n., p.97-118, 2003.
- PEREZ URDANIZ, A. *et al.* [Archetypal aspects of aging: from Eros to Thanatos]. **Actas Esp Psiquiatr**, v. 27, n. 2, p.127-132, 1999.
- PILNICK, A. "**Pharmacy counselling**": a study of the pharmacist/patient encounter using conversation analysis. 409 f. - Department of health, University of Nottingham, Nottingham, 1997.
- PILNICK, A. 'Why didn't you say just that?' Dealing with issues of asymmetry, knowledge and competence in the pharmacist/client encounter. **Sociology of Health & Illness**, v. 20, n. 1, p.23, 1998.
- PINHEIRO, M. Comportamento humano: interação entre genes e ambiente. **Educar em Revista**, v., n., p.53-57, 1994.
- PINTO, I. V. L.; CASTRO, M. D. S.; REIS, A. M. M. Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n., p.747-758, 2013.
- PONTES TORRADO, Y. *et al.* A strategy for weight loss based on healthy dietary habits and control of emotional response to food. **Nutr Hosp**, v. 31, n. 6, p.2392-2399, 2015.
- PONTES, A. C. X. C. L., I.M.T.A.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p.7, 2007.
- POSSAMAI, F. P.; DACOREGGIO, M. D. S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n., p.473-490, 2007.

- PUSPITASARI, H. P.; ASLANI, P.; KRASS, I. The influence of pharmacy and pharmacist characteristics on the secondary prevention of cardiovascular disease. **Int J Clin Pharm**, v. 37, n. 5, p.834-843, 2015.
- RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Revista CEFAC**, v. 14, n., p.164-170, 2012.
- REIS, W. C. *et al.* Analysis of clinical pharmacist interventions in a tertiary teaching hospital in Brazil. **Einstein (Sao Paulo)**, v. 11, n. 2, p.190-196, 2013.
- RILEY, K. Enhanced medication management services in the community: A win-win proposal from an economic, clinical and humanistic perspective. **Can Pharm J (Ott)**, v. 146, n. 3, p.162-168, 2013.
- ROCHA, J. S. Y. Sistema Único de Saúde: avaliação e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n., p.3-10, 1994.
- RODA, C. *et al.* Lifestyle correlates of overweight in adults: a hierarchical approach (the SPOTLIGHT project). **Int J Behav Nutr Phys Act**, v. 13, n. 1, p.114, 2016.
- RODRIGUES, L. **A Educação e o Trabalho Farmacêutico Sob a Lógica do Capital**. f. - Farmácia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1999.
- ROSEMBERG, B. O medicamento como mercadoria simbólica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n., p.207-209, 1992.
- RUBAK, S. *et al.* An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour — ADDITION Denmark. **Br J Gen Pract**, v. 56, n. 527, p.429-436, 2006.
- RUBIO-VALERA, M.; CHEN, T. F.; O'REILLY, C. L. New roles for pharmacists in community mental health care: a narrative review. **Int J Environ Res Public Health**, v. 11, n. 10, p.10967-10990, 2014.
- RUGGIERO, M. A. F., F. **AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO NOS SERVIÇOS DE UMA FARMÁCIA MUNICIPAL DE PIRACICABA-SP**. In: 9ª mostra acadêmica da UNIMEP. Piracicaba - SP, 2011. 4 p.
- SABATER-GALINDO, M. *et al.* Healthcare professional-patient relationships: Systematic review of theoretical models from a community pharmacy perspective. **Patient Educ Couns**, v. 99, n. 3, p.339-347, 2016.
- SACKS, H. **Lectures on Conversation**. ed: Blackwell, 1992.
- SACKS, H. S., E.A.; JEFFERSON, G. . A simplest systematics for the organization of turn-talking for conversation. **Language**, v. 50, n. 4, p.39, 1974a.
- SACKS, H., SCHEGLOFF, E. Y JEFFERSON, G. A Simplest Systematic for the Organization Turn-taking in Conversation. **Language**, v. 50, n. 4, p.41, 1974b.
- SAFER, D. J.; ZITO, J. M.; FINE, E. M. Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. **Pediatrics**, v. 98, n. 6 Pt 1, p.1084-1088, 1996.
- SALMÓRIA, J. G.; CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos - Fisioterapia e Saúde - aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n., p.73-84, 2008.

SALVO, M. C.; BROOKS, A. M. Glycemic control and preventive care measures of indigent diabetes patients within a pharmacist-managed insulin titration program vs standard care. **Ann Pharmacother**, v. 46, n. 1, p.29-34, 2012.

SALVO, M. C.; CANNON-BRELAND, M. L. Motivational interviewing for medication adherence. **J Am Pharm Assoc (2003)**, v. 55, n. 4, p.e354-361; quiz e362-353, 2015.

SANTOS, A. M. A. D.; JACINTO, P. D. A.; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 42, n., p.229-261, 2012.

SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1987.

SATURNINO, L. P., E.; LUZ, Z. M. P.; MODENA, C. M. Farmacêutico : um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 1, p.6, 2012.

SCHEGLOFF, E. A. Reflections on quantification in the study of conversation. **Research on language and social interaction**, v. 26, n., p.119, 1993.

SCHOEB, V. *et al.* "What do you expect from physiotherapy?": a detailed analysis of goal setting in physiotherapy. **Disabil Rehabil**, v. 36, n. 20, p.1679-1686, 2014.

SCHOPF, A. C.; MARTIN, G. S.; KEATING, M. A. Humor as a Communication Strategy in Provider-Patient Communication in a Chronic Care Setting. **Qual Health Res**, v., n., 2015.

SCHRANS, D. *et al.* The search for person-related information in general practice: a qualitative study. **Fam Pract**, v. 33, n. 1, p.95-99, 2016.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n., p.538-542, 1997.

SHAHINA, P. T. R., K.G.; KRISHNAN, R.; JALEEL, V.A.; SHINI, V.K. The impact of pharmacist interventions on quality of life in patients with hypertension. **International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research**, v. 5, n. 3, p.5, 2010.

SHOEMAKER, S. J.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Understanding the meaning of medications for patients: the medication experience. **Pharm World Sci**, v. 30, n. 1, p.86-91, 2008.

SIDNELL, J. S., T., Ed. **The Handbook of Conversation Analysis**: Blackwell Publishing Ltd.ed. 2013.

SILVA, A. P. P. D. F. E. Saussure: a invenção da Linguística. **Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso**, v. 9, n., p.187-191, 2014.

SILVA, C. R. A., D.N.P.; OSTERMANN, A.C. Análise de conversa: Uma breve introdução. **ReVel**, v. 7, n. 13, p.21, 2009b.

SILVA, F. G. D. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia da Educação**, v., n., p.169-195, 2009a.

- SILVA, I. B.; NAKANO, T. D. C. Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n., p.51-62, 2011.
- SILVA, L. C. *et al.* Smoking control: challenges and achievements. **J Bras Pneumol**, v. 42, n. 4, p.290-298, 2016.
- SILVEIRA, J. R. C. D. A. I. I. E. C. A imagem: interpretação e comunicação. **Linguagem em (Dis)curso**, v. v. 5, n., p.15, 2010.
- SMITH, F. J. S., M.R. Counseling areas: Views of community pharmacists and clients. **Pharmaceutical Journal**, v. 12, n. 7, 1988.
- SOARES, J. M. J. D. A. A. J. O. J. O desafio da altitude. Uma perspectiva fisiológica. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 2, n. 4, p.10, 2002.
- SOUZA, T. T. **Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: Revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais**. 326 f. Dissertação - Pós graduação em ciências farmacêuticas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.
- SOYAMA, P. Idéia de que a saúde pode ser comprada intensifica o consumo de medicamentos. **Ciência e Cultura**, v. 58, n., p.11-12, 2006.
- SPEEDIE, M. K.; ANDERSON, L. J. A consistent professional brand for pharmacy-the need and a path forward. **J Am Pharm Assoc (2003)**, v., n., 2016.
- SPENCE, D. G. Supervising for Robust Hermeneutic Phenomenology: Reflexive Engagement Within Horizons of Understanding. **Qual Health Res**, v., n., 2016.
- SPINHOVEN, P. *et al.* Improvement of mindfulness skills during Mindfulness-Based Cognitive Therapy predicts long-term reductions of neuroticism in persons with recurrent depression in remission. **J Affect Disord**, v. 213, n., p.112-117, 2017.
- STAWNYCHY, M.; CREBER, R. M.; RIEGEL, B. Using Brief Motivational Interviewing to Address the Complex Needs of a Challenging Patient With Heart Failure. **J Cardiovasc Nurs**, v. 29, n. 5, p.E1-6, 2014.
- STEFANELLI, E.; CARVALHO, C. **A Comunicação nos Diferentes Contextos da Enfermagem**. ed. Barueri: Editora Manole, 2005.
- SUH, D. C. *et al.* Clinical and economic impact of adverse drug reactions in hospitalized patients. **Ann Pharmacother**, v. 34, n. 12, p.1373-1379, 2000.
- THOMAS, C. V.; CASTRO, E. K. D. Personalidade, Comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: Uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 13, n., p.100-109, 2012.
- TOKLU, H. Z.; HUSSAIN, A. The changing face of pharmacy practice and the need for a new model of pharmacy education. **J Young Pharm**, v. 5, n. 2, p.38-40, 2013.
- TOLEDO, C. D. A. A. D.; BARBOZA, M. A. Psicologia, educação e a formação da personalidade humana. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n., p.439-441, 2007.



- TOUCHETTE, D. R. *et al.* Safety-focused medication therapy management: a randomized controlled trial. **J Am Pharm Assoc (2003)**, v. 52, n. 5, p.603-612, 2012.
- TRUONG, H. A. *et al.* Potential cost savings of medication therapy management in safety-net clinics. **J Am Pharm Assoc (2003)**, v. 55, n. 3, p.269-272, 2015.
- VERMEIRE, E. *et al.* Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 26, n., p.331-342, 2001.
- VICENZI, E. Psicanálise e linguística estrutural: as relações entre as concepções de linguagem e de significação de Saussure e Lacan. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 12, n., p.27-40, 2009.
- VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n., p.213-220, 2007.
- WALLMAN, A.; VAUDAN, C.; SPORRONG, S. K. Communications training in pharmacy education, 1995-2010. **Am J Pharm Educ**, v. 77, n. 2, p.36, 2013.
- WEBSTER, D. Promoting therapeutic communication and patient-centered care using standardized patients. **J Nurs Educ**, v. 52, n. 11, p.645-648, 2013.
- WEIL, P. T., R. **O corpo fala - A linguagem silenciosa da comunicação não-verbal**. 59 edição. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.
- WEINER, S. J. Contextualizing medical decisions to individualize care: lessons from the qualitative sciences. **J Gen Intern Med**, v. 19, n. 3, p.281-285, 2004.
- WENG, M. C. *et al.* The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases. **QJM**, v., n., 2013.
- WINCH, P. G.; NASCIMENTO, S. S. D. A teoria da comunicação de Jakobson: suas marcas no ensino de Língua Portuguesa ( The theory of communication by Jakobson: Its marks in Portuguese Language teaching ). **2013**, v. 10, n. 2, 2013.
- WOLF, M. **Teorias da Comunicação**. ed. Lisboa: Editora Presença, 1995.
- WOOFFITT, R. **Conversation Analysis & Discourse Analysis - A Comparative and Critical Introduction**. ed. London: SAGE Publications, 2005.
- WYNN, R. Empathy in general practice consultations: a qualitative analysis. **Epidemiol Psichiatr Soc**, v. 14, n. 3, p.163-169, 2005.
- ZHAI, X. B.; GU, Z. C.; LIU, X. Y. Effectiveness of the clinical pharmacist in reducing mortality in hospitalized cardiac patients: a propensity score-matched analysis. **Ther Clin Risk Manag**, v. 12, n., p.241-250, 2016.

**CAPÍTULO 2: DESIGN DE SERVIÇOS - A IMPLANTAÇÃO DE  
SERVIÇOS DE CUIDADO FARMACÊUTICO NA REDE DE  
ATENÇÃO À SAÚDE EM CURITIBA**

## 1 INTRODUÇÃO

O SUS nasce no Brasil, fruto de intensos debates políticos no contexto da redemocratização do país, com a nobre e difícil tarefa de garantir a integralidade dos serviços de saúde para a população. Trata-se de um sistema de saúde cujas bases teóricas são pautadas por uma concepção ampliada de saúde, na qual se consideram fatores biopsicossociais para construção de políticas públicas civilizatórias que promovam redução das desigualdades e universalidade de acesso à serviços, sem qualquer tipo de discriminação. Promove ainda o controle e a participação social na tomada de decisões estratégicas e políticas, democratizando, descentralizando e desburocratizando o processo de construção do SUS.

Ter a clareza das necessidades sanitárias da população para assim criar estratégias organizacionais e políticas que promovam a prevenção e a resolução dos agravos em saúde é um dos principais desafios para os gestores do sistema único de saúde.

A assistência farmacêutica, responsável por promover o acesso aos medicamentos para população através de ações de seleção, programação, aquisição e distribuição, historicamente se consolidou como um sistema logístico relativamente apartado do conjunto de ações de cuidado do SUS. Hoje, a estratégia organizacional do sistema único de saúde em redes de atenção busca, além de ampliar o acesso aos medicamentos, também qualificar esse acesso, inserindo a assistência farmacêutica no conjunto de ações assistenciais de cuidado (MENDES, 2011).

Para atender esse direcionamento proposto pelo modelo de redes é proposto a adição de um ciclo clínico à assistência farmacêutica com foco no processo de uso dos medicamentos, com objetivo de promover o uso racional e melhor os resultados em saúde decorrentes desse uso (CORRER, OTUKI, 2013).

Portanto, a reorganização estrutural do sistema em redes busca melhorar o desempenho do SUS no sentido de melhoria do acesso, da qualidade, da

eficiência dos serviços e das tecnologias de saúde e a assistência farmacêutica se diversifica no sentido de atender essa demanda.

O debate sobre a promoção do uso racional e seguro de medicamentos no país vem confirmando a importância da construção de um ciclo clínico aliado ao ciclo logístico, pois já há evidência suficiente para afirmar que garantir o acesso, sem que haja um mecanismo que promova o uso correto dos medicamentos acaba por causar mais malefícios do que benefícios à população, além de gerar desperdício de recursos e gastos excessivos para tratar problemas decorrentes do mal uso dessas tecnologias (CORRER, OTUKI, 2013).

As redes de atenção à saúde se organizam através de um modelo de gestão clínica, associados a critérios microeconômicos para elaboração de políticas de saúde. É a resposta do sistema ao desafio de se alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade da atenção aos usuários, estimulando-se a integralidade e intercomunicabilidade das ações e serviços. Para tanto, a construção de mecanismos que permitam a integração e a interconexão entre os diferentes pontos de atenção, que promovam a melhoria da qualidade do cuidado ao usuário e a qualificação dos profissionais da rede é indispensável para que se alcancem os resultados esperados (MENDES, 2011).

Por isso, hoje começa a existir uma demanda no sistema público por farmacêuticos que colaborem para o cuidado do paciente numa abordagem multi e interdisciplinar. Essa demanda exige que o farmacêutico se familiarize com conhecimentos clínicos e adquira competências específicas de comunicação interpessoal.

Entretanto, na prática se sabe que ainda há uma importante lacuna de cuidado na atenção ao paciente usuário de medicamentos, principalmente pacientes polimedicados e com policomorbidades (BRASIL, 2014a). Na grande maioria dos pontos de atenção à saúde, o ciclo clínico da assistência farmacêutica praticamente inexistente e o profissional farmacêutico sequer compõe a equipe multidisciplinar de saúde (ESTEFAN, 1986; NAGAI, 2003).

A prática do atendimento de pacientes pelo farmacêutico é uma atividade que deve ser organizada, estimulada e perenizada em todos os pontos de atenção

à saúde para que se possa cumprir com a proposta das redes de atenção para assistência farmacêutica. O farmacêutico precisa começar a compor as equipes de cuidado na atenção primária, que é considerada o eixo estruturante do cuidado dentro das redes de atenção, mas também atuar no cuidado em centros de especialidades, centros de atenção psicossocial, maternidades, unidades de urgência e emergência, enfim todos os pontos de atenção nos quais o paciente possa fazer uso de medicamentos, direcionando o atendimento para as especificidades do serviço, sem perder a característica integral do cuidado.

A idealização de um projeto que proponha desenvolver o cuidado farmacêutico enquanto componente essencial do ciclo clínico da assistência farmacêutica na rede de atenção de um município traz muitas responsabilidades e desafios. O esforço para padronizar um modelo de atendimento, desenhar e operacionalizar serviços, incluindo-se capacitação de profissionais e desenvolvimento de formulários e prontuários é vanguardista no sentido de que propõe um modelo à ser seguido no país.

Este trabalho se configura, para além de uma experiência exitosa, como um método pedagógico e de design de serviços possível de ser reproduzido e aprimorado em qualquer município que se proponha a promover serviços de cuidado farmacêutico para seus pacientes. Esperamos, portanto, poder contribuir aqui com a apresentação dos resultados do processo de capacitação dos farmacêuticos, design e implantação dos serviços nos diferentes pontos de atenção, assim como apresentar com clareza os métodos que foram utilizados para que se conseguisse êxito nessa proposta.

Durante o processo de padronização do serviço de cuidado farmacêutico do HC, o departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde em conjunto com a Secretaria de Saúde de Curitiba, propôs uma parceria no sentido de implantar serviços de cuidado farmacêutico na atenção primária de Curitiba, utilizando o modelo de atendimento desenvolvido no Hospital de Clínicas. O objetivo era capacitar os farmacêuticos para realizar atendimentos à pacientes polimedicados em consultório, utilizando como referência os critérios, instrumentos e formulários que vinham sendo desenvolvidos e testados no serviço do hospital de clínicas, aproveitando o acúmulo e a experiência advinda desse espaço.

Como consequência de um êxito alcançado na atenção primária, o projeto se expandiu para outros pontos de atenção à saúde e obteve novas parcerias. O objetivo neste segundo momento era desenhar e implantar serviços de cuidado farmacêutico, considerando as especificidades e demandas das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Maternidade, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Centro de Orientação e Aconselhamento (COA), Farmácia Popular (FP) e Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Além disso, havia a intenção de promover a intercomunicabilidade entre os serviços e a atenção primária, seguindo pressupostos organizacionais do SUS baseados no conceito de redes de atenção à saúde.

A oportunidade de colaborar com a concepção e a implantação de serviços de cuidado farmacêutico na rede de atenção à saúde de Curitiba deu vitalidade a este trabalho, pois transpôs os muros da academia, gerando oferta de serviço humanizado e integrado, promovendo a melhoria constante no processo de uso de medicamentos dos usuários do sistema único de saúde em Curitiba. Também proporcionou a diversificação das tarefas do farmacêutico, aproximando-o da equipe de saúde e do paciente. Além disso, a execução desse projeto teve importância científica na medida em que testa um método reprodutível de design e implantação de serviços clínicos em diferentes pontos de atenção à saúde e acaba servindo de modelo para a difusão e multiplicação desse tipo de atividade no SUS.

O objetivo desta parte do trabalho foi desenvolver e implantar serviços de cuidado farmacêutico focados no paciente que colaborem para a integralidade do cuidado ao usuário do sistema, pautados por concepções que humanizem o atendimento e que estimulem a horizontalidade, a complementariedade e a intercomunicação entre os diferentes serviços.

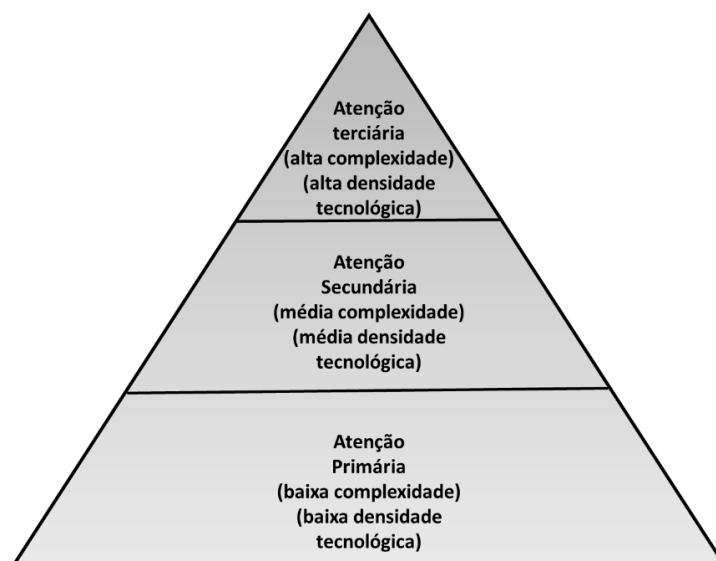
Ainda que guardem um distanciamento metodológico perceptível, considero os dois momentos deste projeto como complementares, focados na avaliação e na disseminação de uma nova prática farmacêutica em crescimento uniformemente acelerado. A parte inicial focada no processo de investigação do conteúdo comunicacional desenvolvido em uma consulta farmacêutica e uma outra parte focada no desenvolvimento de serviços de cuidado farmacêutico um município de grande porte no Brasil.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Um sistema de saúde é uma resposta social que, expresso como um conjunto de atividades específicas busca atender as demandas de saúde de uma população. Isso significa oferecer proteção contra riscos de agravos, recuperar, promover e manter a saúde da população com provisão de serviços equitativos, seguros e efetivos, com acolhimento humanizado e respeito a particularidades culturais. Como as demandas de saúde se modificam no decorrer da história, esse sistema precisa ser flexível no sentido de se reorganizar para se adaptar a novas necessidades. Transformações demográficas, sociais, políticas e econômicas influenciam diretamente nas condições de saúde de uma população, trazendo novos desafios para a construção de políticas públicas de saúde.

No período da ditadura militar, por influência da política externa norte-americana, o sistema de saúde no país tinha a característica de ser centralizado, superespecializado, excludente, focado na atenção curativa direcionada às condições agudas e estruturado de maneira fragmentada e hierarquizada conforme critérios de densidade tecnológica (Figura 10) (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).



**Figura 10.** Design piramidal do modelo de atenção fragmentado. Fonte: O autor

Entretanto o modelo vigente na época não dava conta das necessidades da população que, assim que possível, manifestou sua insatisfação com um sistema no qual a escassez e desperdício de recursos, com a falta de transparência com os gastos, a falta de mecanismos de controle e a desigualdade de cobertura se mostrava inevitavelmente ultrapassado.

O sistema único de saúde (SUS) foi uma construção social fruto de debates importantes e pressão popular, surgindo na esteira da democratização do país em 1988 por meio da Constituição Federal de 1988 sob os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade e de diretrizes organizativas descentralizadas, regionalizadas e de controle social. O SUS é o maior sistema público de inclusão social do mundo, sendo responsável direto pelo atendimento de mais de 140 milhões de usuários (BRASIL, 1988).

A transição de um sistema de saúde organizado de um modelo de relações hierárquicas para um sistema de redes de atenção integrada se pauta nas evidências que demonstram que a interdisciplinaridade do cuidado e a qualidade da comunicação interpessoal e interinstitucional são elementos fundamentais para a prestação de um cuidado humanizado e efetivo que venha a atender as demandas decorrentes das transformações do perfil epidemiológico e demográfico do país (CYRINO, CYRINO, 1997; MENDES, 2010).

O Brasil é um país que ainda precisa lidar com uma tripla carga de doenças da população. A permanência de zoonoses, desnutrição e doenças parasitárias continuam sendo parte da realidade epidemiológica brasileira, perfil próprio de países subdesenvolvidos. Por outro lado, as chamadas condições da modernidade associadas ao estilo de vida sedentário, estressante, com dietas hipercalóricas e tabagismo fazem com que seja crescente a importância das condições crônicas, como ansiedade, depressão, diabetes mellitus, neoplasias e hipertensão arterial sistêmica. Além disso, outros agravos relacionados à violência doméstica, de trânsito e do trabalho completam o perfil epidemiológico do país.

As condições crônicas já são hoje as principais causas de incapacitação. Pacientes portadores desse tipo de morbidade são os que demandam maior resposta ao sistema de saúde, fazem maior número de visitas médicas, requerem



maior número de internamentos e também são os que passam mais tempo hospitalizadas (WONG *et al.*, 2011).

Os fatores descritos acima guardam relação com a transição demográfica no Brasil, com crescimento populacional e mudanças na pirâmide etária, na qual se observa o aumento número de idoso e o envelhecimento global da população.

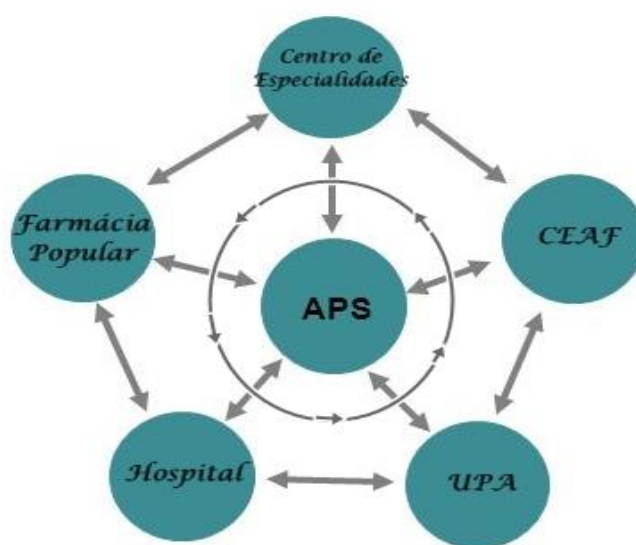
Organizar-se estrategicamente com ações focadas na prevenção de doenças e na promoção de saúde, para o manejo das condições crônicas sem perder de vista a resposta às condições agudas ou agravamento das condições crônicas é parte do desafio colocado ao sistema de saúde. (PRATA, 1992).

Por isso uma mudança estrutural, organizacional e ideológica profunda que leve à transição de um modelo hierarquizado para um modelo integrado em redes de atenção vem se construindo como alternativa mais efetiva para atender as demandas em saúde do país no século XXI (LAVRAS, 2011) (Quadro 5).

**Quadro 5.** Diferenças entre organização hierárquica e de em redes

<b>Diferenças entre modelos de organização hierárquica e de organização em redes</b>	
<b>Sistema Fragmentado Hierárquico</b>	<b>Sistema Integrado em Redes</b>
Organizado por componentes Isolados	Organizados por um contínuo de atenção
Organizado por níveis hierárquicos	Organizado por rede poliárquica
Orientado para atenção a condições agudas	Orientado para atenção a condições crônicas e agudas
Voltado para Indivíduos	Voltado para população
O sujeito é paciente	O sujeito é agente de saúde
Modelo Reativo	Modelo Proativo
Ênfase em ações curativas	Ação Integral
Cuidado profissional	Cuidado multiprofissional
Planejamento da oferta	Planejamento da demanda
Financiamento por procedimentos	Financiamento por capitação

Na proposta organizacional em redes, vale ressaltar o papel da atenção primária à saúde como ordenadora do cuidado, responsável por estimular ações de acompanhamento de pacientes com patologias crônicas e ações que busquem prevenir a gênese e os agravos de doenças. O uso de tecnologias leves e eficientes promovem a humanização do cuidado e menos gastos com tratamento de problemas decorrentes da falta de programas de prevenção e controle de doenças. A horizontalidade e a inter-relação são características próprias do modelo de redes. (Figura 11) (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; MENDES, 2011).



**Figura 11.** Exemplo de modelo de atenção em redes. Fonte: O autor. Cada ponto de atenção representa um nó da rede. Todas as setas representam a característica de intercomunicabilidade entre os pontos de. Nota-se a atenção primária como ponto central na rede, dado sua característica de ordenadora do cuidado. Pode haver outros pontos de atenção inseridos na rede. APS = Atenção primária à saúde; UPA = Unidade de pronto atendimento; CEAF = Componente especializado da assistência farmacêutica.

A atenção primária à saúde (APS), enquanto uma concepção abrangente na qual se alberga um conjunto ampliado de iniciativas estratégicas em saúde, se coloca como ordenadora do cuidado no contexto das redes de atenção. Ela normalmente se materializa nos espaços das unidades básicas de saúde, que são ambientes de prestação de serviços regionalizados com base geográfica definida, por onde deve acontecer, majoritariamente, a entrada do paciente no sistema.

Fornece um conjunto de atividades ambulatoriais de outras atividades clínicas integradas, caracterizadas pela baixa complexidade tecnológica, que devem dar resolução para a grande maioria dos problemas de saúde apresentados pelos pacientes (LAVRAS, 2011).

Na declaração de Alma-Ata os cuidados primários em saúde:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (OMS, 1978)

Outra importante característica da APS é a longitudinalidade, que representa um cuidado regular ao longo do tempo através de uma relação colaborativa, humanizada e integradas entre equipe de saúde, usuário e família.

A portaria 4.279 de 2010 orienta o desenvolvimento das redes de atenção à saúde (RAS) no contexto do SUS, propondo uma estratégia de reorganização estrutural focada na melhoria do impacto e da qualidade da atenção prestada pelo sistema de saúde. De acordo com a portaria, as redes de atenção se definem desta maneira:

“Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio uma produção singular” (BRASIL., 2010).

Os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde e que operacionalizam seu desenvolvimento são: A população e a região de saúde, a estrutura operacional e o modelo de atenção.

A população pela qual a rede é responsável deve ser identificada, cadastrada e classificada de acordo com a sua área geográfica e seu risco sanitário. A região de saúde consiste no espaço geográfico da cidade e de cidades limítrofes delimitados segundo características culturais, econômicas, de infraestrutura, com o objetivo de integrar o planejamento e execução de ações e serviços. Essas regiões devem ser definidas conforme elementos constitutivos específicos, para que seja possível a correta distribuição de recursos e estruturas para que possa haver uma capacidade de resposta integrada e efetiva do sistema para toda a população.

A estrutura operacional consiste nos pontos de atenção à saúde, ou seja, nos espaços institucionais que desenvolvem os serviços de atenção à população. São compostos por exemplo, por centro de atenção psicossocial, unidades de urgência e emergência, centros de atenção especializada e pela unidade básica. O centro de comunicação entre os pontos de atenção é representado pela atenção primária que coordena fluxo de pessoas, de produtos e de informações entre os demais pontos. A estrutura operacional também é constituída pelos sistemas de apoio e pelos sistemas que promovem a intercomunicação entre os pontos. Os sistemas de apoio constituídos pelos pontos de apoio diagnóstico que são espaços institucionais que fornecem suporte diagnóstico e terapêutico, como laboratórios de análises clínicas, de diagnóstico de imagem, citopatológico, entre outros. Também pelos sistemas logísticos, sistemas de informação e assistência farmacêutica.

Inserido no contexto da atuação clínica nos pontos de atenção à saúde, o farmacêutico, além de cooperar com fornecimento de ações e serviços clínicos, também pode atuar como elemento importante do sistema logístico, organizando e estimulando um sistema eficaz de referência e contra referência, baseado nas diretrizes de protocolos assistenciais, tornando-se um facilitador do processo de comunicação entre as diferentes equipes de cuidado.

## 2.2 O CUIDADO FARMACÊUTICO NO CONTEXTO DE REDES

O reconhecimento da importância da atuação clínica do farmacêutico vem sendo discutida há muito tempo no Brasil e vem ganhando relevância à medida em que os gestores do SUS e críticos do processo de ensino farmacêutico se convencem de que há uma importante lacuna de cuidado dos usuários relacionada diretamente com a falta de acompanhamento do uso de medicamentos (ESTEFAN, 1986). Ao mesmo tempo, a proposta de reorganização estrutural em redes de atenção incorpora o ciclo do cuidado na assistência farmacêutica como uma importante demanda para que se possa promover o uso racional de medicamentos, gerando maior eficiência e humanizando o atendimento ao usuário.

No Brasil, é marcante o fato de que o farmacêutico foi negligenciado enquanto provedor de cuidado ao paciente. Historicamente marcado pelo ciclo logístico da assistência farmacêutica, as habilidades e conhecimentos específicos fornecidos pela academia foram voltadas para esse tipo de atividade, enquanto que as disciplinas clínicas e humanas ocupavam um pequeno espaço no currículo acadêmico dos cursos de farmácia (RIBEIRO, 2006). Hoje a formação clínica do farmacêutico aliada a formação humanística com foco no desenvolvimento de habilidades comunicacionais é uma preocupação pertinente em todo mundo, considerando-se que o farmacêutico vem acumulando novas responsabilidades dentro dos sistemas de saúde (WALLMAN, VAUDAN, SPORRONG, 2013; ISHIKAWA, 2017).

A concepção de redes de atenção como modelo organizacional e da integralidade como referencial para a abordagem profissional em saúde estão revestidos de conceitos que estimulam a interdisciplinaridade como estratégia de cuidado (NICOLESCU, 1999). Principalmente no contexto da atenção primária, ganha protagonismo a figura da equipe de saúde, a qual é constituída por todos os profissionais de um ponto de atenção que compartilham a responsabilidade do cuidado dos pacientes (MAHDIKHANI, DABAGHZADEH, 2016).

A abordagem da equipe de saúde na atenção primária considera um modelo assistencial que visa a promoção de saúde e prevenção de doenças,

mudança de hábitos de vida que culminem na transformação sociohistorica dos determinantes de saúde. Volta-se a atenção para a complexidade do contexto biopsicossocial da família e da comunidade com o objetivo de identificar precocemente problemas que possam ser prevenidos, reconhecer situações ambientais que representem um risco, estimular a adesão aos cuidados em saúde, educar a comunidade, fortalecendo sua autonomia e o seu empoderamento nas ações em saúde e na sua ação participativa para construção do sistema de saúde (CERON, 2010).

Cada profissional auxilia nesse processo, estabelecendo contato direto com o paciente seja em consultas individuais, compartilhadas ou em uma abordagem de grupo (LOEB *et al.*, 2016). O profissional inserido no contexto da atenção interdisciplinar passa a ser parte de uma instância estratégica de atuação e se espera que haja colaboração para o cuidado, lançando-se mão de conhecimentos e habilidades clínicas específicas de cada profissão, sem, contudo, deixar de considerar o indivíduo como um todo no seu aspecto biopsicossocial, nem tampouco a equipe enquanto elemento sistêmico do processo de cuidado (CERON, 2010; WEPPNER *et al.*, 2016).

A atividade clínica do farmacêutico é considerada uma intervenção complexa em saúde, a qual é composta por diversos tipos de ações, as quais em conjunto ou isoladas produzem resultados em saúde. O farmacêutico pode, por exemplo desenvolver educação em saúde, otimização da farmacoterapia, identificação de problemas e compartilhamento do caso com a equipe multiprofissional, em um único episódio de atendimento farmacêutico (WONG *et al.*, 2011).

A concepção do farmacêutico enquanto profissional ligado unicamente à logística e comércio vem sendo desconstruída no país, tanto no âmbito legal, quanto nas práticas exercitadas por esses profissionais nos mais diferentes pontos de atenção à saúde, sejam eles públicos ou privados. Cada dia fica mais clara a importância da aproximação do farmacêutico com a equipe de saúde e com o paciente usuário de medicamentos para que seja possível melhorar o processo de uso de medicamentos nos pontos de atenção e criar um modelo de gerenciamento da farmacoterapia dos pacientes (BRASIL, 2014a).

O caráter simbólico historicamente construído do medicamento na sociedade de consumo gerou uma significação social quase delirante do papel desses insumos no processo saúde-doença. A alienação promovida por mecanismos de mercado afetou profissionais e pacientes e teve como consequência o fato de que, muitas vezes, o risco associado à utilização desses medicamentos e a qualidade do uso dessas tecnologias fosse consideravelmente negligenciado. Além disso, impulsionou uma trágica realidade de morbimortalidade associada ao uso de medicamentos e gastos estratosféricos relativos à sua aquisição e a recuperação de doenças iatrogênicas causadas pelo seu uso inadequado e não assistido (ROSEMBERG, 1992; LEITE, 2010; DELBAERE, 2013).

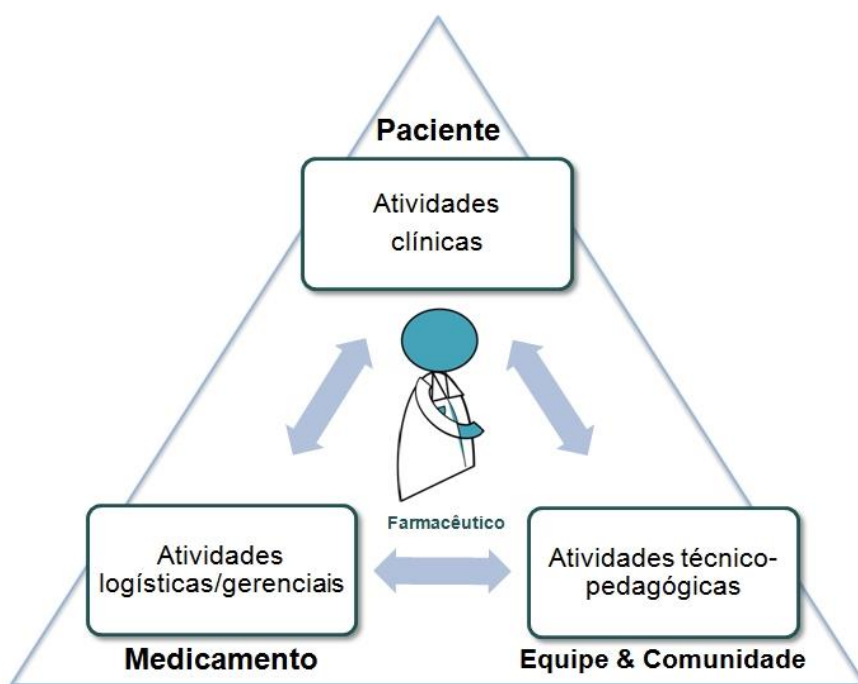
Dentre as estratégias pensadas para se combater o problema da morbimortalidade relacionada à medicamentos, a aproximação do farmacêutico com o paciente, buscando prevenir e resolver esses problemas parece ser a mais eficiente e humanizada. A discussão do papel do farmacêutico compartilhando a responsabilidade de cuidado do paciente crônico tem ganhado corpo nos últimos anos (HAWES, TONG, 2015). Uma revisão sistemática da cochrane concluiu que melhoria no processo de uso dos medicamentos prescritos tem melhor impacto em desfechos de saúde que a melhoria no tratamento prescrito (HAYNES *et al.*, 2008). Evidências apontam que o serviço de cuidado farmacêutico focado na melhoria da adesão de pacientes com doenças crônicas é efetivo e melhora resultados em saúde (MCKAIN, O'NEIL, 2015; XIN *et al.*, 2015).

O serviço de cuidado farmacêutico deve buscar atender às necessidades dos pacientes com relação à medicamentos de maneira contínua com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos. Para isso o farmacêutico precisa estar embasado com conhecimentos de farmacoterapia, semiologia, comunicação e protocolos clínicos das doenças mais prevalentes (MCKAIN, O'NEIL, 2015; MODIG, HOLMDAHL, BONDESSON, 2015). O cuidado farmacêutico, para além de um serviço técnico, se desenvolve com desvelo, dedicação, contato humano respeitoso, empático e assertivo.

De maneira resumida, um serviço clínico deve ter por metas: orientar o acesso dos pacientes aos medicamentos; realizar educação em saúde, com foco

no manejo dos problemas de saúde e uso dos medicamentos; estimular a adesão ao regime terapêutico através de estratégias que venham a facilitar o processo de uso e a compreensão do usuário sobre as características e a importância de sua farmacoterapia; otimizar a farmacoterapia do paciente, quando possível, evitando exageros e faltas, tanto com relação ao número e tipo de medicamentos, quanto com relação à doses e número de tomadas diárias; colaborar para avaliação da efetividade da terapia, através do monitoramento periódico de resultados; identificar, prevenir ou tratar reações adversas, erros de medicação, intoxicação medicamentosa ou qualquer outro tipo de risco de agravo à saúde relacionado ao uso de medicamentos (CORRER, OTUKI, 2013).

Atividades técnico-pedagógicas realizadas com a equipe de saúde e as tradicionais responsabilidades logísticas não devem ser desprezadas nesse processo de reorganização do processo de trabalho do farmacêutico (Figura 12) (BRASIL, 2014b).



**Figura 12.** Serviços farmacêuticos na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014b)

Todo o processo de utilização de medicamentos é composto por processos, que vão desde a prescrição pelo médico para uma condição diagnosticada até a administração do paciente. Todas as etapas são passíveis de

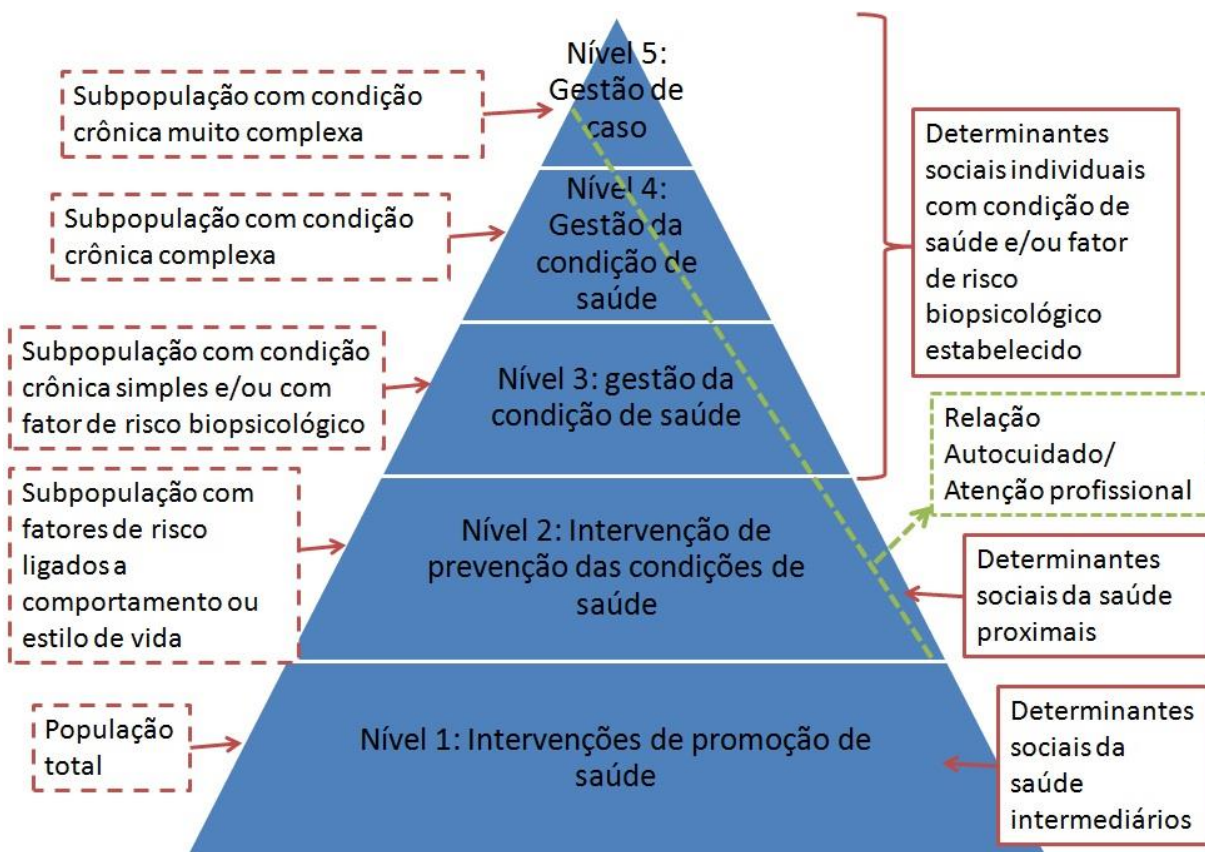


falha, ou seja, algum problema pode ocorrer em algum dos processos levando ao desenvolvimento de problemas relacionados aos medicamentos. O processo de acompanhamento e monitoramento do uso de medicamentos, por exemplo, se trata de mais uma etapa do processo que busca identificar, resolver e prevenir esses problemas, gerenciando melhor os resultados advindos do uso dessas tecnologias. O serviço de cuidado farmacêutico é uma tecnologia de gerenciamento de resultados em saúde, direcionada à comunidade, ao usuário e à equipe de saúde.

### 2.3 GESTÃO DE CONDIÇÃO DE SAÚDE E GESTÃO DE CASO COMO PARTE DE DIRETRIZES DE CUIDADO – APONTAMENTOS PARA O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA EQUIPE DE SAÚDE

No contexto de redes de atenção a ideologia de atendimento ao paciente e à população é a do cuidado integral. Logo, toda ação deve ter uma abordagem que leve em consideração a dinâmica e a complexidade do ser humano, considerando-se seu contexto social, psicológico e biológico. Espera-se que o cuidado de um paciente portador de doenças crônicas seja compartilhado entre os profissionais objetivando-se uma ação interdisciplinar.

A figura do gestor de caso surge na atenção primária com a necessidade de um profissional que se co-responsabiliza (paciente, gestor e rede de suporte) pela saúde de um indivíduo (portador de uma condição ou várias condições de saúde) que se caracterize como um caso complexo, ou de alto risco. Ao gestor de caso cabe a responsabilidade planejar ações em saúde, monitorar resultados, avaliar e coordenar as opções de serviços, considerando-se a necessidade do indivíduo. O Objetivo é a realização um cuidado humanizado e integral aumentando a autonomia a qualidade de vida dos pacientes (Figura 13) (LEUTZ, 1999; ALVES, BATEL-MARQUES, MACEDO, 2012).



**Figura 13.** Escala de complexidade da condição clínica do paciente crônico e tipo de resposta do sistema de cuidado – (Adaptado de Mendes, 2011) (MENDES, 2011)

O gestor de caso também tem a função de recepcionar o paciente na atenção primária e acompanha-lo até o momento em que todas suas patologias estejam com seus parâmetros e sintomas controlados, além disso, ele orienta o paciente sobre o autocuidado e os seus tratamentos.

Um dos objetivos do trabalho do gestor de caso, no contexto da atenção primária é o de fidelizar o paciente à unidade de saúde, fazendo que este ele não perca a referência do seu cuidado. Espera-se com isso que o paciente seja periodicamente monitorado em relação à efetividade do seu tratamento e que suas necessidades em saúde possam ser compartilhadas no ambiente de cuidado, para que, desta forma ele não necessite de intervenções em serviços mais complexos, invasivos e caros devido ao agravamento de uma doença crônica (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; AMARANTE *et al.*, 2011; MENDES, 2011).

A figura do farmacêutico inserido na equipe multidisciplinar de saúde compartilhando o cuidado do paciente portador de doenças crônicas tem ganhado cada vez mais reconhecimento mundial (TARN *et al.*, 2012; MODIG, HOLMDAHL, BONDESSON, 2015). No Brasil, o desenvolvimento de um trabalho focado na prevenção e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia na população idosa, polimedicada e com policomorbidades traz para o farmacêutico um papel central como articulador do cuidado desses pacientes, colocando-se, no contexto da atenção primária do SUS como um potencial gestor de casos (BRASIL, 2014c).

Esse papel surge naturalmente considerando-se que a atividade clínica desempenhada pelo farmacêutico neste contexto exige uma avaliação global do paciente. Além disso, o serviço proposto para o farmacêutico na atenção primária à saúde e nos demais pontos de atenção prevê a seleção dos pacientes de maior risco para serem atendidos, pois são aqueles que poderão se beneficiar mais do contato com o farmacêutico, visto que não há farmacêuticos suficientes para atender a demanda de todos os clientes do sistema hoje. Consideramos, portanto que o farmacêutico trabalha com o topo da complexidade no sistema de saúde, considerando-se os doentes crônicos que fazem prevenção primária ou secundária (BRASIL, 2014c).

O estabelecimento de vínculo entre farmacêutico e paciente pode se dar de maneira muito efetiva dependendo do tempo dispensado para a consulta e da habilidade clínica e comunicativa desse profissional. Vale lembrar que este vínculo passa por um processo de reconhecimento do farmacêutico pelo paciente como profissional provedor de cuidado, atividade da qual ele se manteve afastado historicamente (LALONDE *et al.*, 2011; RIECK, PETTIGREW, 2013).

## 2.4 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Os mecanismos de referência e contrarreferência foram criados com a finalidade de possibilitar ao paciente o acesso a todos os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A unidade básica de saúde, representando a atenção primária, é normalmente a porta de entrada do usuário no sistema.

Entretanto, o paciente pode também adentrar ao sistema por meio outros pontos de atenção, dependendo da urgência do caso, são as chamadas entradas informais, através das unidades de pronto atendimento (UPA), das unidades mistas, hospitais ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo (CHAGAS, 2013).

Unidades consideradas de maior complexidade, ou que detém maior densidade tecnológica são chamadas de unidades de referência. Os pacientes acolhidos na APS podem necessitar, segundo julgamento dos profissionais da atenção primária, de serviços de maior especificidade (atendimento de especialista) ou de suporte de maior densidade tecnológica (medicamentos do componente especializado ou internamento em leito hospitalar, por exemplo). Quando a APS encaminha o paciente para esses diferentes equipamentos de saúde (as unidades de referência), é realizado um “referenciamento” (SERRA, RODRIGUES, 2010).

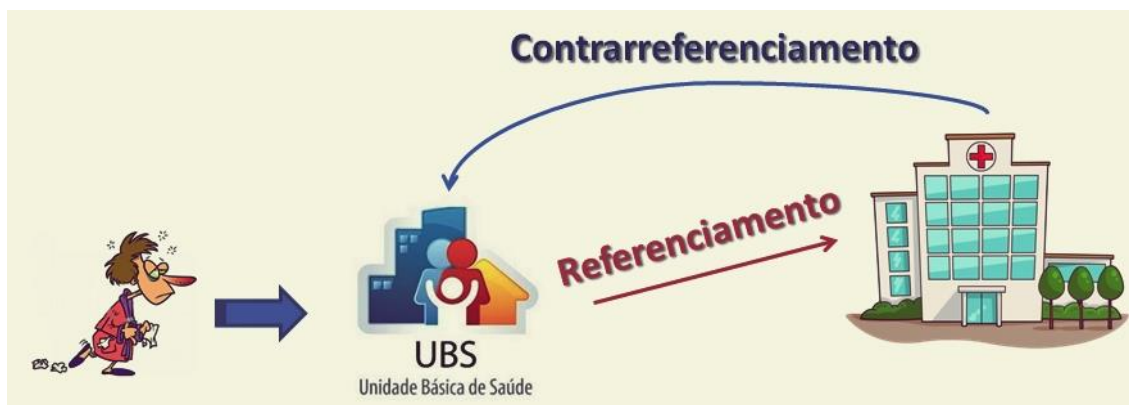
O paciente é referenciado com a finalidade de se atender uma necessidade específica de saúde. Quando essa necessidade é atendida pelos centros de referência, espera-se que o paciente retorne aos cuidados da atenção primária à saúde através de um processo chamado de “contrareferência”, no qual o paciente é novamente encaminhado ao profissional da APS, muitas vezes ao gestor de caso (SERRA, RODRIGUES, 2010).

Infelizmente o processo de contrareferenciamento parece ser subestimado pelos profissionais do sistema e mesmo pelo próprio paciente, tendo como consequência o fato de que, na maioria das vezes este não retorna aos cuidados da atenção primária. Isso é preocupante se considerarmos que pacientes que tiveram condições de saúde agravadas podem necessitar de um acompanhamento ou orientações para que possam realizar o autocuidado ou seguir corretamente seu tratamento.

Os processos de referência e contra referência precisam ser resolutivos para os problemas do paciente. Além disso, os diferentes pontos de atenção precisam exercitar mecanismos comunicativos que permitam o estabelecimento de vínculo intra-equipe de saúde e inter-equipe de saúde, fortalecendo o laço do usuário com um sistema integrado e dinâmico. Se não for dessa maneira, o paciente corre o risco de rodar indefinidamente pelos diferentes pontos de atenção,

perdido nas mãos de profissionais que já não tem a noção do processo e do itinerário de saúde desse paciente no sistema, fragmentando-se assim o cuidado, aumentando custos e perdendo eficiência das ações, as quais se tornam isoladas e desarticuladas.

É importante lembrar que existem mecanismos regulatórios para que os sistemas de referência e contra referência funcionem de maneira eficiente. Esses mecanismos existem para que não sejam referenciados casos cujas necessidades possam ser atendidas pela atenção primária, pois isso geraria ineficiência, desperdício de recursos e transtornos ou riscos desnecessários para o paciente. (Figura 14)



**Figura 14.** Esquema ilustrando o processo de referenciamento e contra referenciamento. Fonte: O autor.

No caso dos serviços farmacêuticos, questões ligadas ao sistema de referenciamento e contra referenciamento são centrais. O processo de referenciamento, quando realizado pelo farmacêutico, normalmente se dá em cooperação com o profissional prescritor. Se o farmacêutico percebe que o paciente necessita de uma avaliação de especialista em uma unidade de referência, anteriormente é necessário encaminhar o paciente para atendimento por um médico da APS ao qual se fará a sugestão de referenciamento do paciente, explicitando as razões dessa sugestão.

Em casos em que o paciente ainda está em acompanhamento com o um profissional de uma unidade de referência, a comunicação entre esse profissional e o farmacêutico pode se dar através de carta, entregue ao paciente e endereçada ao profissional que o atenderá.

Para que se consiga alcançar o objetivo de resolver os problemas da farmacoterapia dos pacientes, os farmacêuticos devem insistir em buscar atender todas as necessidades do paciente, portanto a interação com a equipe de saúde e a qualidade da comunicação entre os pontos de atenção é indispensável.

## 2.5 REFLEXÕES SOBRE O CONCEITO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.

O conceito de saúde da OMS leva em consideração aspectos múltiplos da vida humana, como alimentação, educação, moradia, meio ambiente, esporte, lazer, renda e acesso à serviços de saúde. Os objetivos dos sistemas de saúde são o de atender integralmente as demandas de saúde de uma população, tratando doenças, prevenindo agravos e, de maneira proativa, atuando na promoção da saúde da população (TAVARES, 2011).

Ao se perceber que a doença é, sobretudo, uma construção social, influenciada por fatores econômicos, políticos, culturais, emocionais e biológicos, o tema da saúde não pode ser considerado apenas como uma questão técnica, mas também social (MALTA *et al.*, 2009).

Em consonância com modernas concepções de saúde, os sistemas de saúde começam a implementar ideias no sentido de estimular a mudança da realidade social através do protagonismo dos indivíduos em direção à uma sociedade mais saudável, mediada pelos pressupostos teóricos e metodológicos da promoção da saúde. O conceito de saúde se aprimora a medida em que considera que a saúde é também a vitalidade física e mental que proporciona ações frente aos desafios sociais em direção ao desenvolvimento civil, com foco na autonomia e na equidade, considerando-se as várias dimensões e realidades sociais. A saúde vem a expandir seus territórios que, antes restritos às instituições

de saúde e expresso na figura dos profissionais de saúde, agora se torna uma práxis inclusiva, articulada e coletiva de trabalho (MALTA *et al.*, 2009).

A promoção à saúde, segundo o que foi objeto de consenso descrito na carta de Ottawa em 1986, é um conjunto de ações que leva em consideração aspectos sociais, políticos, econômicos, biológicos e ambientais no sentido de tornar mais favorável o desenvolvimento humano. A promoção da saúde não pode ser uma responsabilidade atribuída apenas às instituições ligadas ao setor de saúde, mas à sociedade como um todo (instituições privadas, públicas, mídia, indústria, organizações, grupos, família e indivíduos) buscando alcançar, num esforço compartilhado, o bem-estar coletivo (LOURENÇO; DACZUK; WHO, 1986; SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003).

Um dos grandes objetivos da promoção à saúde é proporcionar equidade em saúde, ou seja, reduzir as diferenças entre as condições de saúde. Isso significa proporcionar a mesma oportunidade de recursos para desenvolvimento individual e coletivo sadio, como informação, infraestrutura, e ambientes que permitam a estes mesmos indivíduos atuar positivamente no sentido de também serem promotores de saúde: “A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros” (WHO, 1986).

Esta frase reforça a necessidade de se desenvolver um sentimento de fraternidade para que se alcance uma realidade social saudável. A carta de Ottawa estimula a participação popular na promoção da saúde. Ao setor de saúde cabe a incumbência de promover estratégias de prevenção e serviços clínicos de urgência e emergência que respondam à demanda social. Segundo o consenso alcançado na carta de Ottawa: “Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde” (WHO, 1986; SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003).

Para que a promoção da saúde seja compreendida e se torne uma realidade é necessário que haja a redefinição de muitas práticas em saúde. Essas práticas devem ser focadas na atuação sobre os determinantes sociais da saúde, considerando-se a realidade epidemiológica e as necessidades em saúde da população (TAVARES, 2011).

A reconstrução do papel social do farmacêutico se dá através de atividades ligadas ao cuidado ao paciente, evitando que ele venha a desenvolver um problema evitável relacionado ao uso de medicamentos. Com o farmacêutico reorientando sua prática para o cuidado ao paciente, ele acaba também somando esforços com a equipe de saúde e a população para a promoção da saúde. As ações que o farmacêutico pode desenvolver neste sentido estão diretamente ligadas à promoção do uso racional de medicamentos. Além disso, esse profissional pode atuar também em atividades de prevenção clínica, mudança de estilo de vida e vigilância em saúde, assim como na produção científica. Para atuar na promoção da saúde o farmacêutico deve reorientar os serviços de farmácia nos diversos pontos de atenção, atuando junto à sociedade, informando, desenvolvendo habilidades e incentivando a ação comunitária (VIEIRA, 2007).

A reorientação da prática está fortemente ligada ao desenho de novos processos de trabalho nos pontos de atenção à saúde (públicos ou privados) onde o farmacêutico desenvolve suas funções. Trata-se de um esforço, inicialmente, de conscientização sobre os processos de trabalho tradicionais, construindo-se, em seguida, propostas realistas de modificação ou diversificação de tarefas. É importante considerar delegar ações puramente técnicas e implantar novos serviços, em acordo com os demais profissionais e gestores. Essas modificações ou diversificações devem vir no sentido de aproximar o farmacêutico do paciente, da equipe e da população. Por outro lado, o farmacêutico pode transferir ou supervisionar tarefas ligadas a almoxarifado e estoque, por exemplo. Trata-se, portanto, de humanizar o serviço de farmácia, aproveitando-se melhor as competências do farmacêutico para que o uso racional de medicamento se torne mais custo-efetivo e se promova melhor qualidade de atendimento ao usuário, em conformidade com o ideal da atenção integral e universal proposta pelo SUS (VIEIRA, 2007).

Para além das ações de atendimento individualizadas, os farmacêuticos também precisam forçar sua atenção para atuações de dimensão populacional, na comunidade, identificando necessidades, elaborando campanhas, palestras, informativos que busquem ampliar informações sobre doenças, medicamentos, hábitos de vida saudáveis, higiene, etc (VIEIRA, 2007).



As ações do profissional devem estimular também a ação comunitária, enquanto parte do processo de promoção da saúde, fazendo com que os indivíduos se tornem ativos, participando de discussões em torno do tema do uso racional de medicamentos, tomando consciência da problemática dos problemas relacionados à medicamentos na sociedade e contribuindo para disseminação da informação nos bairros, igrejas, sindicatos, etc (VIEIRA, 2007).

A diversificação do papel do farmacêutico em direção à atividades clínicas de cuidado e interdisciplinares desvela um potencial de atuação no sentido da promoção à saúde, trazendo novas perspectivas à respeito da imagem simbólica e da utilização de medicamentos pela sociedade, apontando para uma realidade de uso mais racional dessas tecnologias, aliada a melhoria de hábitos e da qualidade de vida da pessoas.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Desenhar serviços de cuidado farmacêutico no âmbito do sistema único de saúde no município de Curitiba nos pontos de atenção à saúde que dispõem de farmacêuticos para realização do serviço.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Demonstrar como se deu a apreensão dos processos de trabalho dos funcionários, o fluxo de pessoas, a disposição dos elementos estruturais, a opinião dos funcionários e pacientes sobre o serviço tradicional dispensado e a opinião sobre a implantação de serviços de cuidado farmacêutico baseado no método de visita etnográfica realizada nos diferentes pontos de atenção à saúde;
- Demonstrar como se deu a realização da avaliação do perfil dos farmacêuticos e a construção dos formulários utilizados para coleta desses dados;
- Desenvolver diferentes modelos de serviço de cuidado farmacêutico nos diferentes pontos de atenção à saúde;
- Compartilhar os instrumentos desenvolvidos, e as etapas do processo de modelagem de serviços na atenção primária e nos demais pontos de atenção à saúde da rede de atenção à saúde de Curitiba
- Implantar o serviço nos pontos de atenção à saúde desenvolvendo um programa de qualificação com formação em serviço aos profissionais farmacêuticos.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A modelagem dos serviços nos pontos da rede de atenção à saúde de Curitiba foi desenvolvida em parceria com o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) da Secretária de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Farmácia Popular do Brasil e Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba, por meio do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do SUS (Qualifar-SUS).

O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde – QUALIFAR-SUS, criado em 2012, pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretária de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, tem como diretriz no seu Eixo Cuidado: “inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia”. Inicialmente foi desenvolvido um projeto piloto, coordenado pelo DAF e realizado em parceria com a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde de Curitiba, para a implantação de serviços de cuidado farmacêutico na Atenção Básica no período de 2013 a 2014. Esta experiência exitosa está publicada na série “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica” (BRASIL, 2014a, b e c; BRASIL 2015).

Com o sucesso da implantação dos serviços de cuidado farmacêutico na atenção primária, houve a possibilidade de expandir o projeto de implantação de serviços e capacitação dos farmacêuticos para toda a rede de atenção à saúde do município. O segundo momento do projeto buscou não apenas modelar os serviços com suas especificidades em cada ponto de atenção, mas também criar mecanismos que melhorassem a comunicação interinstitucional dos diferentes serviços nos diferentes pontos. O processo de modelagem permitiu a implantação

de diferentes serviços clínicos do farmacêutico junto ao paciente, norteados pelo método clínico e atendendo necessidades específicas de cada ponto de atenção à saúde.

Desta forma, visando a ampliação desse serviço na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Curitiba, a coordenação executiva do Eixo Cuidado do Qualifar-SUS elaborou o projeto para o desenvolvimento de Modelos de Cuidado Farmacêutico a serem implantados nas Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Especialidade, Maternidade, Centros de Atenção Psicossocial, Farmácia Popular e Farmácia do Componente Especializado, realizado no período de 2015 a 2016, visando atender as necessidades e especificidades desses diferentes pontos de atenção da RAS.

O desenvolvimento desses projetos acabou se tornando parte dos objetivos deste trabalho de doutorado. Em linhas gerais, esta etapa do trabalho consistiu em desenhar, testar e implantar serviços de cuidado farmacêutico nas unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, centros de especialidades, centro de atenção psicossocial, maternidade, farmácia popular do Brasil e farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica. Além disso, o projeto desenvolveu a capacitação clínica de todos os profissionais farmacêuticos desses pontos de atenção. Ao fim do projeto todos os envolvidos deveriam adquirir competências clínicas suficientes para desenvolver consultas farmacêuticas focadas na resolução de problemas relacionados à farmacoterapia e os serviços deveriam estar implantados e funcionando em todos esses pontos de atenção.

## 4.2 LOCAL

Unidades básicas de saúde (UBS), centros de especialidades (CE), centros de atenção psicossocial (CAPS), maternidade, farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF) e farmácia popular do Brasil (FP) do município de Curitiba – PR.

### 4.3 MODELAGEM DOS SERVIÇOS

A implantação de novos serviços em diferentes contextos institucionais exige, antes de tudo, um consenso entre diferentes esferas gerenciais, e um afinamento entre academia e serviço. Participaram de forma colaborativa neste processo o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o componente especializado da assistência farmacêutica, o programa farmácia popular do Brasil e a Universidade Federal do Paraná.

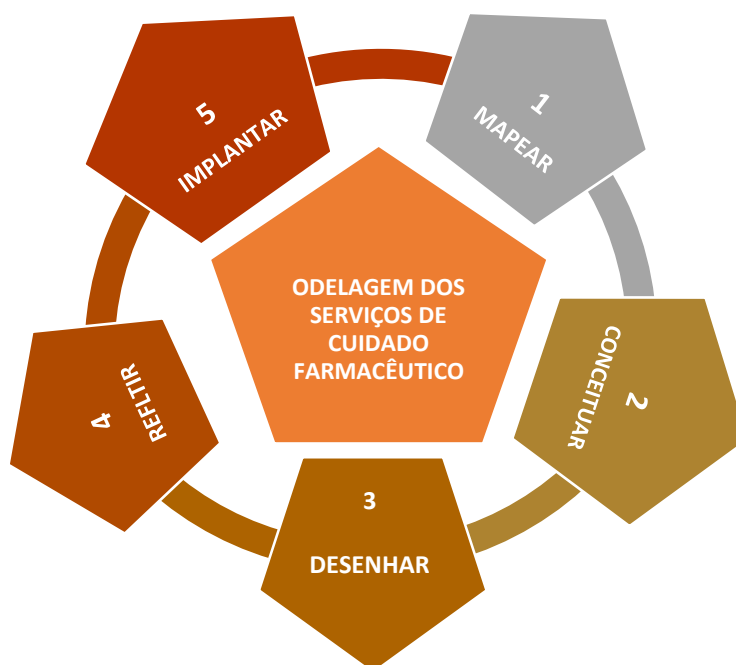
As modelagens dos serviços de cuidado farmacêutico nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde foram realizadas de forma coletiva, envolvendo toda a equipe técnica, os gestores, os usuários, os farmacêuticos e toda a equipe de saúde. Alguns resultados relacionados aos atendimentos realizados nesses serviços foram publicados anteriormente em uma dissertação de mestrado (LOMBARDI, 2016)

A etapas para implantação de serviços de cuidado farmacêutico se fundamentam pela teoria do design de serviços. Especificamente para este projeto a sensibilização dos gestores locais, da equipe multidisciplinar, a definição de público alvo, e capacitação dos profissionais farmacêuticos do município são elementos fundamentais nesse processo. Além disso, após a implantação dos serviços é importante a criação de mecanismos que estimulem sua perpetuidade e a comunicação entre eles adequando-se ao modelo organizacional de redes de atenção à saúde.

As modelagens de serviços foram desenvolvidas baseando-se nos processos, ferramentas e experiências advindas do design de serviços (STICKDORN, 2014), que, orientado para o sistema público, busca atender da melhor maneira as necessidades e expectativas dos usuários, considerando-se recursos disponíveis e possibilidades concretas. Foca-se, sobretudo, na diversificação e na transformação de processo de trabalho tradicionais. O design de serviço orienta os passos do processo de modelagem, desde a avaliação inicial para entendimento da dinâmica da instituição, considerando estrutura e recursos

humanos até o processo de implantação final do serviço numa lógica de raciocínio exploratório, criativo e reflexivo.

Para a realização de uma proposta de design de serviço considerando estes princípios, Stickdorn propõe o desenvolvimento de um processo iterativo realizado por intermédio de quatro etapas: exploração, criação, reflexão e implementação ((STICKDORN, 2014). Para a modelagem dos serviços de cuidado farmacêutico neste estudo foi utilizada uma proposta de ferramenta adaptada de Stickdorn (2014), conforme Figura 15.



**Figura 15.** Etapas de modelagem dos serviços de cuidado farmacêutico. Fonte: Adaptado de Stickdorn et al. (2014) (STICKDORN, 2014)

Na fase de mapear propõem-se a realização de um diagnóstico situacional, entendendo o contexto, os processos, os atores e as estruturas de trabalho onde o serviço deverá ser implantado. Uma estratégia metodológica baseada nos pressupostos da etnografia é desenvolvida nesse momento. O pesquisador observa sem intervir na dinâmica do ambiente, faz anotações e entrevistas com os

trabalhadores da instituição onde se propõe implantar um novo serviço (CAPRARA, LANDIM, 2008).

A fase denominada conceituar é um processo que visa conhecer e aprofundar-se sobre a dinâmica, as expectativas, os descontentamentos e as necessidades dos usuários dentro da instituição. Inicia-se uma investigação sobre a opinião, a aceitabilidade e a expectativa a respeito da criação de um novo serviço na instituição. Identifica-se o perfil do usuário que poderá se beneficiar do novo serviço.

A fase de desenhar busca conceber e esquematizar a lógica do novo serviço, definindo os protagonistas do processo, a estrutura, os recursos e as competências necessárias. Nesta etapa também são definidos itinerários, ambientes, público alvo, formulários e instrumentos para o serviço. O processo de capacitação dos profissionais para desenvolver o serviço também deve ser realizado neste momento da modelagem.

A fase de refletir é construída em torno da ideia de prototipagem. Trata-se de um teste de rodagem, no qual se poderá identificar na prática quais são os pontos falhos que devem ser posteriormente corrigidos ou pontos possíveis de serem aprimorados. Além disso, deve-se detalhar os processos, alocação de recursos e elaborar um processo de gestão do serviço para que a dinâmica se perpetue na fase de implantação.

A fase de implantar parte da definição de estratégias organizacionais para iniciação dos atendimentos ao público alvo. Agendamentos prévios e definições de estratégias comunicacionais que permitam ao público alvo estar prevenido sobre o início do serviço são importantes para a estreia do serviço. O serviço implantando deve estar inserido na dinâmica da instituição, todos os demais profissionais devem entender sua importância e sua correlação com os demais serviços.

Nesse contexto o quadro abaixo apresenta a descrição das ferramentas adaptadas para o desenvolvimento das modelagens dos serviços de Cuidado Farmacêutico para realidade e necessidade dos diferentes pontos da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (STICKDORN, 2014).

**Quadro 6.** Descrição das ferramentas de design de serviços utilizadas para modelagem dos serviços de cuidado farmacêutico.

---

### **MAPEAR**

Reconhecer o contexto em que o serviço de cuidado farmacêutico está (ou deverá ser) inserido.

- Entender as responsabilidades e atribuições deste ponto na rede de atenção à saúde e no itinerário do paciente.
- Avaliar o processo de trabalho, estrutura e recursos disponíveis em cada ponto de atenção à saúde.
- Realizar visitas etnográficas e de mapeamento.
- Realizar entrevistas com os farmacêuticos, usuários e gestores.
- Apresentar e discutir as propostas de serviços com os gestores e equipe de saúde dos diferentes pontos de atenção.
- Identificar, prevenir e resolver problemas para o desenvolvimento dos serviços de cuidado farmacêutico.

---

### **CONCEITUAR**

Criar o conceito do serviço, sua relação com o paciente e com a equipe de saúde, seus objetivos, características, determinantes da qualidade, jornada, pontos de contato e produtos esperados.

- Integrar esse serviço com o paciente e com a equipe de saúde
- Identificar motivações e expectativas dos pacientes quanto ao serviço
- Testar ideias
- Detectar limitações
- Propor soluções para problemas identificados
- Avaliar a jornada do paciente – Fluxo do paciente
- Propor Indicadores a serem monitorados

---

### **DESENHAR**

---



---

Desenhar a lógica do serviço, os atores, as competências técnicas e comportamentos, os recursos de tecnologia, físicos e de instalações.

- Recursos de tecnologia, físicos e de instalações
- Roteiro de consulta
- Instrumentos técnicos a serem utilizados
- Ferramentas para registro e avaliação dos dados
- Responsabilização com os resultados clínicos, humanísticos e econômicos

---

## **REFLETIR**

Prototipar a lógica de operação do serviço, detalhar a estrutura necessária à operação dos serviços, construir os processos de gestão de serviços e identificar os recursos disponíveis e necessários para a implantação do serviço.

- Desenvolver o protótipo dos serviços
- Realizar simulações
- Refinar os modelos de serviço
- Observar a influência de fatores como: emocional, problemas com o acesso aos serviços, ausência de serviços similares, gratuidade e relação do paciente com o serviço.
- Avaliar absenteísmo, satisfação do usuário, integração com a equipe, controle das doenças, indicadores de qualidade do serviço, performance dos farmacêuticos, produtividade, eficiência na identificação, resolução e prevenção dos problemas relacionados a farmacoterapia do paciente, entre outros.

---

## **IMPLANTAR**

Criar a visão do modelo de serviços a ser implantado no ponto de atenção à saúde, definir sua estratégia de implantação e sua estratégia de comunicação. O desenvolvimento de novos conceitos requer um processo de mudança.

- Planejar o processo de mudança
- Definir estratificação de risco para oferta dos serviços
- Definir indicadores de monitoramento e avaliação dos serviços
- Definir estratégia de comunicação intra e interserviços
- Definir estratégia de implantação

---

Fonte: Adaptado de Stickdorn et al. (2014) (STICKDORN, 2014)

As etapas para implantação dos serviços farmacêuticos foram desenvolvidas nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde em Curitiba-PR. Configurou-se como um processo plural e horizontal, discutido, concebido e compartilhado entre todos os farmacêuticos, gestores, apoiadores e demais membros da equipe multidisciplinar. Os serviços implantados neste trabalho se pautaram nos princípios morais e legais do sistema único de saúde, buscando-se contribuir para o cuidado integral e humanizado do usuário e promover a melhor eficiência no uso dos recursos do sistema. Também buscou-se integrar os serviços farmacêuticos entre si e com outros serviços clínicos ancorando-se no modelo organizacional em redes de atenção.

O processo de modelagem se iniciou com reuniões com os farmacêuticos e gestores para apresentação da proposta do serviço e verificação da viabilidade e aceitabilidade do projeto. Em seguida, uma visita era realizada pelos pesquisadores em cada local para reconhecimento do ambiente e um diálogo inicial entre apoiadores, farmacêuticos e gestores. Neste momento os farmacêuticos apresentavam o serviço tradicional desenvolvido, o itinerário dos pacientes, os demais funcionários do ponto de atenção, a estrutura, etc. A próxima etapa se constituía na visita etnográfica.

As visitas etnográficas seguiram um instrumento previamente desenvolvido para orientar o avaliador. As visitas eram realizadas durante um dia normal de trabalho. O pesquisador não se identificava para que não houvesse influência externa no processo de trabalho normal da instituição, a não ser quando pacientes ou funcionários eram entrevistados. Nas visitas etnográficas eram identificados pontos de tensão e congestionamento, observava-se o processo de trabalho de outros membros da equipe, conversava-se sobre a natureza do trabalho desses membros, sobre a opinião desses profissionais a respeito da implantação de um novo serviço farmacêutico e sobre a possibilidade de colaboração com esse processo. Ao fim dessa etapa era realizada uma reunião para apresentação dos dados ao farmacêuticos e gestores. A proposta era discutir os elementos levantados e buscar *insights* sobre como melhorar pontos negativos e contribuir com a equipe de saúde para um melhor acolhimento e atendimento do usuário.

A partir do momento no qual havia clareza e um apontamento tático sobre os passos e objetivos do projeto foi possível iniciar a fase de desenho dos serviços juntamente com o processo de capacitação dos farmacêuticos. Todos os farmacêuticos foram continuamente capacitados para a prática do cuidado durante o desenvolvimento do projeto. A capacitação se constituía inicialmente de uma parte teórica expositiva sobre o método clínico e farmacoterapia. Estudos dirigidos, estudos temáticos sobre farmacoterapia, apresentação de seminários para discussão de diretrizes terapêuticas e manejos de problemas de saúde e resolução de casos clínicos eram atividades programadas para estimular o desenvolvimento de competências clínicas nos profissionais que participaram do processo. Posteriormente de uma parte prática supervisionada, na qual os farmacêuticos desenvolviam consultas compartilhadas, juntamente com os pesquisadores deste projeto.

A etapa de desenho dos serviços era desenvolvida em espaços de reunião entre os pesquisadores e os farmacêuticos e gestores de cada ponto de atenção à saúde. Nessas reuniões eram apresentadas propostas de tipos de serviços, público-alvo, instrumentos, formulários, prontuários, etc. Todas essas propostas eram discutidas e o resultado final era sempre alcançado através do consenso entre o grupo. O número de reuniões necessárias para cada ponto de atenção à saúde dependeu do tempo para alcançar o consenso do modelo de serviços que melhor se adequava ao ponto de atenção, variando em número e em tempo de discussão.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa etapa fez parte de dois projetos do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do SUS (Qualifar-SUS) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) da Secretária de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Um projeto foi de Implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, realizado no ano de 2013 a 2014, em parceria com o município de Curitiba/PR descrito na série de quatro volumes de cadernos técnicos denominados “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica” (BRASIL, 2014a, b e c; BRASIL 2015) e o outro projeto foi de ampliação do Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde de Curitiba, realizado no ano de 2015 a 2016, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba, Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Farmácia Popular do Brasil e Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba.

Desta forma, foram desenvolvidos e implantados o seguintes modelos de serviços de cuidado farmacêutico na Rede de Atenção à saúde em Curitiba: Atendimento em consultórios nas Unidades Básicas de Saúde; Atendimento em consultórios nos centros de especialidades; Atendimento em consultório no Centro de Atenção Psicossocial; Atendimento em consultório na Farmácia Popular; Atendimento em consultório nas Unidades de Pronto Atendimento; Atendimento em consultório na maternidade; Atendimento em consultórios na farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Atendimento em domicílio aos pacientes das Unidades Básicas de Saúde; Atendimento em domicílio aos pacientes do Centro de Atenção Psicossocial; Atendimento em sala de observação nas Unidades de Pronto Atendimento; Atendimento em leito nas Unidades de Pronto Atendimento; Atendimento em leito no Centro de Atenção Psicossocial; Atendimento em leito na Maternidade.

## 5.1 VISITA ETNOGRÁFICA

O quadro abaixo apresenta o roteiro da visita etnográfica desenvolvida com o objetivo de reconhecer as particularidades de cada ponto de atenção à saúde, buscando compreender o itinerário terapêutico dos pacientes, suas dificuldades e necessidades dentro da instituição. Também buscar compreender papel de cada profissional que trabalha no local, suas dificuldades e a relação com o trabalho do farmacêutico, na busca de integrar o farmacêutico à dinâmica de equipe. Entender os componentes estruturais, suas limitações e oportunidades para o desenvolvimento do serviço.

### Quadro 7. Roteiro da visita etnográfica elaborada pelos pesquisadores

Roteiro da visita etnográfica
<p><b>Serviço Esperado Pelo Paciente (Antes de ser atendido):</b> Buscar compreender os motivos que levam os pacientes a buscarem este serviço de farmácia ou o farmacêutico. O entendimento do paciente de por que deve ser atendido na farmácia e a que se deve prestar este serviço, ou quais expectativas este serviço deve atender.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Conversar com o paciente antes do atendimento.</li><li>• O que o motivou a procurar esse serviço?</li><li>• Qual a sua expectativa em relação ao atendimento de sua necessidade?</li><li>• Observar e anotar detalhes da interação entre os pacientes enquanto aguardam atendimento.</li><li>• Buscar captar qual é a opinião dos pacientes sobre o local e o atendimento (anotar frases ou expressões comunicadas)</li></ul>
<p><b>Serviço Percebido Pelo Paciente (Depois de ser atendido):</b> Tentar obter a avaliação pelo paciente do serviço recebido e se este atendeu suas expectativas, se acha o serviço importante ou irrelevante. Que pontos poderiam ser melhorados.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Perguntar ao paciente o que ele pensa do serviço prestado naquele local (pacientes que já são clientes do serviço)</li><li>• Pedir para que o paciente narre o serviço que lhe foi prestado.</li><li>• O serviço prestado lhe ajudou de alguma maneira?</li><li>• O profissional farmacêutico que lhe atendeu ajudou de alguma maneira.</li><li>• Que pontos e de que forma o serviço poderia ser melhorado?</li><li>• Observar o paciente durante os processos pelo qual passam no serviço e anotar quais as suas reações. (postura e as atitudes dos pacientes enquanto aguardam atendimento e também enquanto são atendidos)</li></ul>
<p><b>Serviço de Farmácia Prestado pelo Farmacêutico, Técnico Auxiliar ou Serviço Social (a realidade):</b> Procurar compreender a natureza do trabalho dos farmacêuticos e dos técnicos que atuam no serviço de farmácia, documentando e criando fluxogramas para os processos de</p>

trabalho. Buscar entender qual a natureza do atendimento do Serviço Social no CEAF e quais atividades estão relacionadas diretamente a uma atividade que poderia estar sendo desenvolvida pelo farmacêutico.

- Participar dos serviços desenvolvidos pelo farmacêutico tanto no seu âmbito logístico quanto no âmbito clínico, se houver.
- Anotar particularidades relevantes nesses processos de trabalho, principalmente detalhes da relação com o paciente ou a ausência de relação.
- Qual a principal função dos farmacêuticos? Quais áreas abrangem seus serviços?
- Como é o fluxo de atendimento? Criar um fluxograma do trabalho do farmacêutico.
- Buscar entender como é o fluxo das pessoas → desenhar fluxograma, se possível.
- Como é feita a comunicação entre o farmacêutico, os médicos e outros profissionais?
- Como é feita a escala de plantão da Farmácia?
- Quais as ações realizadas para determinar a eficácia do tratamento dos pacientes?
- Acompanhar o trabalho do auxiliar buscando entender seu processo de trabalho, sua relação com o paciente e com o farmacêutico.
- Acompanhar a consulta do o serviço social anotando particularidades importantes da consulta, principalmente aquelas relacionadas diretamente ao medicamento.
- Buscar definir quais as principais características dos pacientes atendidos nos pontos de atenção (idade, sexo, classe social, perfil de patologia, etc.)

**Percepção do provedor do serviço (a percepção)** Buscar entender qual a concepção do papel de cada profissional que presta atendimento de farmácia, identificando sua autoimagem de profissional de saúde em relação ao tipo de serviço, sua relação com o paciente e a equipe de saúde.

- Pedir para que o farmacêutico narre seu processo de trabalho.
- O que pensa do seu papel no serviço?
- O que ele acha que o paciente espera dele?
- Focar na diferenciação entre atividade logística e clínica, se houver.
- Quais atividades ele pensa que poderia delegar?
- Quais atividades clínicas ele acha importante desenvolver e quais são as barreiras atuais?
- Pedir para que o auxiliar narre seu processo de trabalho.
- O que ele pensa que o farmacêutico espera dele?
- O que ele pensa que o paciente espera dele?
- Pedir para que a Terapeuta social narre seu processo de trabalho.
- O que pensa ser seu papel no ponto de atenção à saúde?

**Detalhes de estrutura física:** Buscar compreender qual é o ambiente de trabalho institucional. Entender a adequação ou não da estrutura física onde são desenvolvidos os serviços, ou seja, se os espaços destinados ao paciente e aos profissionais correspondem a suas expectativas. Buscar visualizar possíveis barreiras estruturais para o desenvolvimento de um serviço de qualidade.

- Observar e registrar (através de foto e/ou anotações) a ambientação macro, interna e externa.
- Registrar o local de recepção e itinerário do paciente.
- Registrar a adequação ou não do local de atendimento realizado pelo farmacêutico.
- Quais são os setores da Farmácia?
- Como é a divisão dos funcionários em cada área?
- Registrar pontos na estrutura que podem depreciar ou dificultar o serviço.
- Quais as referências ou fontes de consultas existentes?

Tal visita foi realizada por observação ativa, de diálogos e entrevistas com os atores sociais. Todos os dados considerados relevantes foram anotados pelo observador. Esta é uma proposta de roteiro semiestruturado para desenvolvimento do método, buscando organizar e sugerir dados que podem ser importantes de serem coletados durante a visita, sem, contudo, buscar engessar ou restringir a avaliação.

Todas as anotações realizadas pelos pesquisadores foram transformadas em uma apresentação, realizada aos farmacêuticos e gestores envolvidos no processo, gerando assim, debates que levariam ao próximo passo da etapa do design de serviços.

## 5.2 AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS FARMACÊUTICOS DOS DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Foi desenvolvido pelos pesquisadores um questionário para avaliação do seu perfil do farmacêutico, processo de trabalho e estrutura, o qual está apresentado no quadro 8. Tal questionário foi aplicado antes da modelagem dos serviços e reaplicado após a sua implantação.

O diagnóstico de perfil de trabalho foi realizado buscando compreender o “background” do trabalho do farmacêutico em sua rotina, além de trazer a conscientização do processo de trabalho para o próprio profissional, estimulando-o a conceber criticamente e a repensar esse processo, inserindo nele atividades clínicas. Instrumentos e questionários para preenchimento das atividades realizadas no trabalho foram entregues aos farmacêuticos para que esta etapa fosse desenvolvida.

**Quadro 8.** Avaliação do perfil dos farmacêuticos, processos de trabalho e estrutura.

PERFIL DO FARMACÊUTICO	
Nome completo:	
Idade:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Tempo de formado (em anos):	
Tem Especialização Pós graduação Lato Sensu? ( ) Não ( ) Sim. Qual?	
Tem Mestrado? ( ) Não ( ) Sim. Em que área?	
Tem Doutorado? ( ) Não ( ) Sim. Em que área?	
Já fez pós-graduação em farmácia clínica, atenção farmacêutica ou serviços clínicos? ( ) Não ( ) Sim. Quando?	
Já fez cursos de atualizações sobre farmácia clínica, atenção farmacêutica ou serviços clínicos? ( ) Não ( ) Sim. Quantos?	
Fez algum curso de atualização na área clínica nos últimos 12 meses? ( ) Não ( ) Sim	
PROCESSO DE TRABALHO	
Local de atuação:	
Há quanto tempo trabalha / atua nesse local?	
Cargo atual:	
Carga horária diária:	Carga horária semanal:
Dias e horários de trabalho:	
<p>Já trabalhou em quais locais na área farmacêutica:</p> <p>Hospital (gestão logística)? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Hospital (gestão clínica)? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Farmácia/Drogaria Privada? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Unidade Básica de Saúde (UBS)? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Unidade de Pronto Atendimento (UPA)? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Centros de Especialidades? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Maternidade ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Farmácia Popular do Brasil? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Farmácia do CEAFF? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Farmácia de Manipulação? ( ) Não ( ) Sim. Por quanto tempo? _____</p> <p>Outros locais: _____ Por quanto tempo? _____</p> <p>_____ Por quanto tempo? _____</p>	



LISTE AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE ATUALMENTE NO SEU TRABALHO E O TEMPO GASTO EM CADA UMA	TEMPO GASTO EM CADA ATIVIDADE

**LISTE AS ATIVIDADES QUE VOCÊ ACHA QUE PODEM SER DELEGADAS PARA OUTROS PROFISSIONAIS**

--

**ESTRUTURA**

**No seu local de trabalho ...**

**Você tem consultório ou possibilidade de uso de algum consultório?** ( ) Não ( ) Sim

<b>Você tem acesso a computador?</b> ( ) Não ( ) Sim	<b>Você tem acesso a impressora?</b> ( ) Não ( ) Sim
--	--

**Você tem acesso a internet?** ( ) Não ( ) Sim

**Você utiliza algum sistema eletrônico para registro das atividades?** ( ) Não ( ) Sim. **Qual?**

**Você tem acesso ao prontuário da equipe sobre o paciente?** ( ) Não ( ) Sim

**Você utiliza formulários impressos para registro das suas atividades clínicas junto ao paciente?**  
( ) Não ( ) Sim

**Você utiliza um prontuário farmacêutico específico para registro das suas atividades clínicas junto ao paciente?** ( ) Não ( ) Sim

**Além do prontuário farmacêutico específico, você registra no prontuário da equipe multiprofissional?** ( ) Não ( ) Sim

## ATIVIDADES DE CUIDADO FARMACÊUTICO

Já fez atendimento individual de pacientes em CONSULTÓRIO? ( ) Não ( ) Sim

Tempo de experiência em consultório:

Atualmente realiza atendimento individual de pacientes em CONSULTÓRIO? ( ) Não ( ) Sim

Quantas horas por semana você demanda para atendimento de pacientes em consultório?

Já fez atendimento individual de pacientes em DOMICILIO? ( ) Não ( ) Sim

Tempo de experiência em atendimento em domicílio:

Atualmente realiza atendimento individual de pacientes em DOMICILIO? ( ) Não ( ) Sim

Quantas horas por semana você demanda para atendimento de pacientes em domicílio?

Já fez atendimento individual de pacientes em LEITO? ( ) Não ( ) Sim

Tempo de experiência em atendimento em leito:

Atualmente realiza atendimento individual de pacientes em LEITO? ( ) Não ( ) Sim

Quantas horas por semana você demanda para atendimento de pacientes em leito?

Já fez atendimento de GRUPOS de pacientes? ( ) Não ( ) Sim

Tempo de experiência em atendimento de grupos de pacientes:

Atualmente realiza atendimento de GRUPOS de pacientes? ( ) Não ( ) Sim

Quantas horas por semana você demanda para atendimento de grupos de pacientes?

Você identifica de forma sistemática e completa problemas relacionados a farmacoterapia durante suas atividades clínicas junto ao paciente? ( ) Não ( ) Sim

Você documenta de forma completa os problemas relacionados a farmacoterapia identificados durante suas atividades clínicas junto ao paciente? ( ) Não ( ) Sim

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de efetividade dos tratamentos do paciente durante suas atividades clínicas junto ao paciente? ( ) Não ( ) Sim

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de segurança (reações adversas e intoxicações) dos tratamentos do paciente durante suas atividades clínicas junto ao paciente?  
( ) Não ( ) Sim

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de seleção e prescrição durante suas atividades clínicas junto ao paciente? ( ) Não ( ) Sim

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de adesão ao tratamento durante suas atividades clínicas junto ao paciente? ( ) Não ( ) Sim

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de monitoramento do paciente durante suas atividades clínicas junto ao paciente? ( ) Não ( ) Sim

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de qualidade do medicamento durante suas atividades clínicas junto ao paciente? ( ) Não ( ) Sim

<b>Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de dispensação do medicamento durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você realiza intervenções para resolver os problemas relacionados a farmacoterapia durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você documenta de forma completa as intervenções realizadas para resolver os problemas relacionados a farmacoterapia durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você realiza aconselhamento ao paciente sobre o(s) seus medicamentos durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você realiza aconselhamento ao paciente sobre a(s) suas doenças durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você realiza aconselhamento ao paciente sobre auto monitoramento de suas doenças durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você realiza sugestões de alterações na farmacoterapia aos médicos durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você realiza recomendações de exames de monitoramento durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você realiza encaminhamentos para outros profissionais e serviços de saúde durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você entrega algum material educativo impresso ao paciente durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você entrega calendários posológicos ou outras formas de organizar a tomada de medicamentos pelo paciente durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Você entrega diários de auto monitoramento pelo paciente durante suas atividades clínicas junto ao paciente?</b> ( ) Não ( ) Sim
<b>Instrumento de Frequência de Colaboração Inter-Profissional para Farmacêuticos (FICI-P)</b>
<b>Pense no(s) médico(s) com o(s) qual(is) você tem mais contato. Para cada situação abaixo, marque a melhor estimativa do <u>número de vezes</u> que cada uma dessas situações ocorreu <u>no último mês</u></b>
1 – Eu e o médico nos comunicamos abertamente um com o outro ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
2- Eu informei o médico sobre novos produtos ou serviços que estão disponíveis ou que eu forneço. ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
3- O médico me contatou para obter informações específicas sobre um medicamento ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
4- O médico me contatou para obter informações específicas sobre um paciente ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
5- Entrei em contato com o médico para esclarecer dúvidas sobre receitas ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes

6- Entrei em contato com o médico para discutir ajustes de dose ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
7- Entrei em contato com o médico para recomendar um medicamento alternativo para um paciente (p.ex.: devido a uma reação adversa, contraindicação, etc.). ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
8- O médico ajustou a medicação do paciente após a minha recomendação ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
9- O médico compartilhou comigo informações sobre o paciente ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
10- O médico me envolveu em decisões relacionadas ao manejo de uma medicação ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Instrumento de Atitudes de Colaboração para Farmacêuticos (ATCI-P)</b>
<b>Pense no(s) médico(s) com o(s) qual(is) você tem mais contato. Para cada sentença abaixo, marque o quanto você concorda ou discorda</b>
1 – A comunicação profissional entre mim e o médico é aberta e honesta ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
2- O médico é aberto para trabalhar junto comigo no manejo da medicação dos pacientes ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
3- O médico provê cuidados de saúde de alta qualidade para seus pacientes ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
4- O médico tem tempo para discutir comigo assuntos relacionados com regimes de medicação dos pacientes ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
5- O médico atende às expectativas profissionais que eu tenho dele ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
6- Eu posso confiar nas decisões do médico ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
7- O médico aborda ativamente as preocupações de saúde dos pacientes ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
8- As minhas conversas com o médico me ajudam a proporcionar um melhor cuidado aos pacientes ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
9- O médico e eu temos respeito mútuo um pelo outro, em um nível profissional ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
10- O médico e eu compartilhamos metas e objetivos comuns quando cuidamos do paciente ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
11- O meu papel e o papel do médico no cuidado do paciente são claros

( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
12- Eu tenho confiança no conhecimento e na experiência do médico ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
13- O médico acredita que eu tenho uma função na garantia da segurança dos medicamentos (p.ex., para identificar interações medicamentosas, reações adversas, contraindicações, etc.) ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
14- O médico acredita que eu tenho uma função na garantia da efetividade dos medicamentos (p.ex., para assegurar ao paciente o medicamento ideal, em uma dosagem ideal, etc.). ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
15- Meu trabalho em conjunto com o médico beneficia o paciente ( ) Discordo fortemente ( ) Discordo ( ) Nem concordo, nem discordo ( ) Concordo ( ) Concordo fortemente
<b><u>No último mês, qual foi a frequência de contatos que você teve com cada um desses profissionais, para discutir alguma questão relativa a um paciente?</u></b>
<b>Enfermeiras:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Técnicos de Enfermagem:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Nutricionistas:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Psicólogos:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Fisioterapeutas:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Educadores Físicos:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Agentes Comunitários de Saúde:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Terapeutas Ocupacionais:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Assistentes Sociais:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Farmacêuticos das Unidades Básicas:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou + vezes
<b>Farmacêuticos de Laboratório de Análises Clínicas:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Farmacêuticos de Hospital:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Farmacêuticos de Centro de Especialidades:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou +
<b>Farmacêuticos de UPA:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Farmacêuticos de Farmácia Especial:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou + vezes
<b>Farmacêuticos de Farmácia Popular:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou mais vezes
<b>Farmacêuticos de Drogeria/Farmácia Privada:</b> ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou +
<b>Outros:</b> _____ ( ) Nenhuma vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes ( ) 5 ou + vezes

Foram realizadas reuniões em todos os pontos de atenção para apresentação do diagnóstico obtido a partir da visita enográfica e dos questionários sobre o perfil dos farmacêuticos, processo de trabalho, estrutura e perfil dos usuários. Estas reuniões tiveram como objetivo discutir ideias sobre como desenhar serviços que atendam as necessidades do paciente considerando as peculiaridades de cada ponto de atenção à saúde, discutir soluções para superar as limitações, desenvolver seminários e capacitações voltadas às necessidades de aprendizagem dos farmacêuticos, promover integração entre os pontos de atenção, gerando um debate colaborativo entre os profissionais atuantes em diferentes ambientes, reconhecendo similitudes e diferenças em relação ao trabalho e as barreiras para implantação de um novo serviço clínico.

Reuniões específicas com cada ponto de atenção à saúde também foram desenvolvidas para discussão e proposição de um modelo de atendimento farmacêutico inserido no itinerário terapêutico do paciente e integrado à equipe de saúde. O modelo de atendimento consensuado em reunião é o ponto de partida para a capacitação dos farmacêuticos para atendimento clínico dos pacientes que transitam pela rede atenção à saúde.

Acreditamos que uma etapa importante para integração dos serviços de cuidado farmacêutico foi alcançada, considerando-se o fato do serviço estar sendo construído coletivamente com os diferentes pontos de atenção, o estabelecimento de comunicação entre os farmacêuticos, o conhecimento das diferentes realidades e um direcionamento na concepção do serviço de cuidado como sendo integrativo, dinâmico e compartilhado pode ser considerado um resultado que persistirá e que trará modificação qualitativa no processo de trabalho dos farmacêuticos.

Paralelamente ao diagnóstico do processo de trabalho, se obteve um processo de conscientização da necessidade da mudança de um foco apenas logístico para uma concepção de trabalho compartilhada entre logística e clínica, com inserção na equipe de saúde e com a corresponsabilização pelo cuidado do paciente, focando-se no processo de uso de medicamentos.

### 5.3 MODELAGEM DOS SERVIÇOS DE CUIDADO FARMACÊUTICO NOS DIFERENTES PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CURITIBA

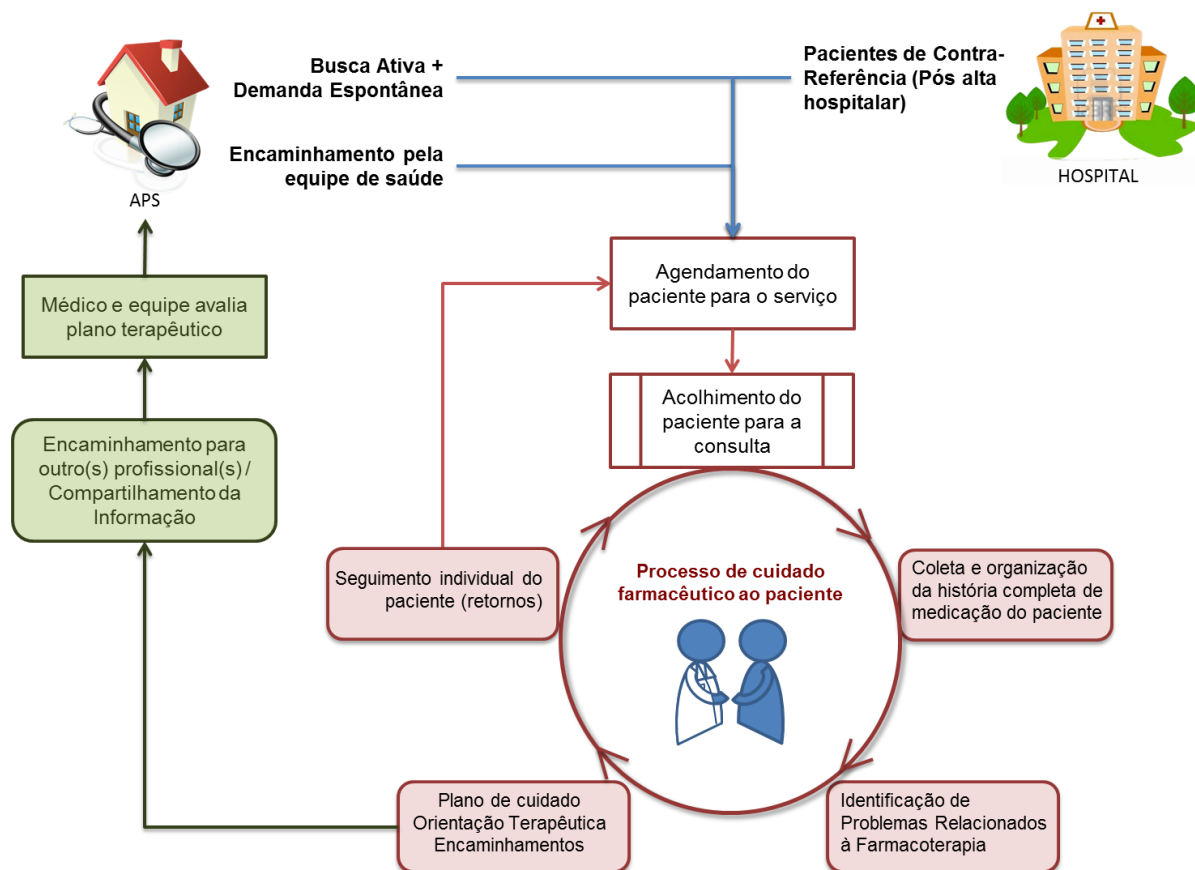
Foram desenvolvidos modelos de serviços de cuidado farmacêutico com instrumentos e formulários específicos para cada ponto de atenção. Considerando-se a particularidade de cada ambiente de cuidado, um modelo de atendimento farmacêutico clínico, inserido no itinerário terapêutico do paciente na instituição e realizado em conjunto com a equipe foi desenvolvido para ser testado e aprimorado durante o desenvolvimento do projeto.

Os modelos de serviços foram desenvolvidos de forma a contemplar os serviços de educação em saúde; rastreamento em saúde; manejo de problemas de saúde autolimitados; revisão da farmacoterapia; gestão da condição de saúde; acompanhamento farmacoterapêutico; e conciliação de medicamentos, os quais foram realizados de acordo com as necessidades do paciente identificadas durante a consulta (CFF, 2016).

Os serviços foram operacionalizados de acordo com as seguintes etapas: revisão de prontuários (quando estava disponível dados em prontuário do paciente), triagem dos pacientes (para identificação dos pacientes com maior necessidade do serviço naquele ponto de atenção à saúde), marcação de consultas (quando o serviço era realizado em consultório ou domicílio com agendamento), primeira consulta (coleta e organização dos dados do paciente, identificação de problemas relacionados a farmacoterapia e elaboração de um plano de cuidados em conjunto com o paciente) e consultas de retorno (quando necessárias), a fim de resolver e prevenir os problemas identificados, garantindo o alcance de resultados terapêuticos ótimos e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

A figura 16 apresenta o fluxo do serviço de cuidado farmacêutico nas unidades básicas de saúde. Os prontuários de primeira consulta e retorno estão apresentados nos Apêndices 4 e 5. O paciente era incluído no serviço por busca ativa, demanda espontânea, encaminhamento pela equipe de saúde ou contra referência pós alta hospitalar. Os critérios de seleção eram pacientes em uso de  $\geq 4$  medicamentos com pelo menos um fator de risco adicional para problemas da

farmacoterapia, como: possuir mais que 2 doenças crônicas diagnosticadas; Internado nos últimos 6 meses; Com dúvidas ou problemas com o uso dos medicamentos; Com problemas de adesão ao tratamento; Possuindo dificuldades de acesso; Com prescrições por 2 ou mais médicos diferentes; Pegando os medicamentos em duas ou mais farmácias; Com problemas de efetividade ou segurança dos tratamentos identificados.



**Figura 16.** Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico nas unidades básicas de saúde. (BRASIL, 2014b)

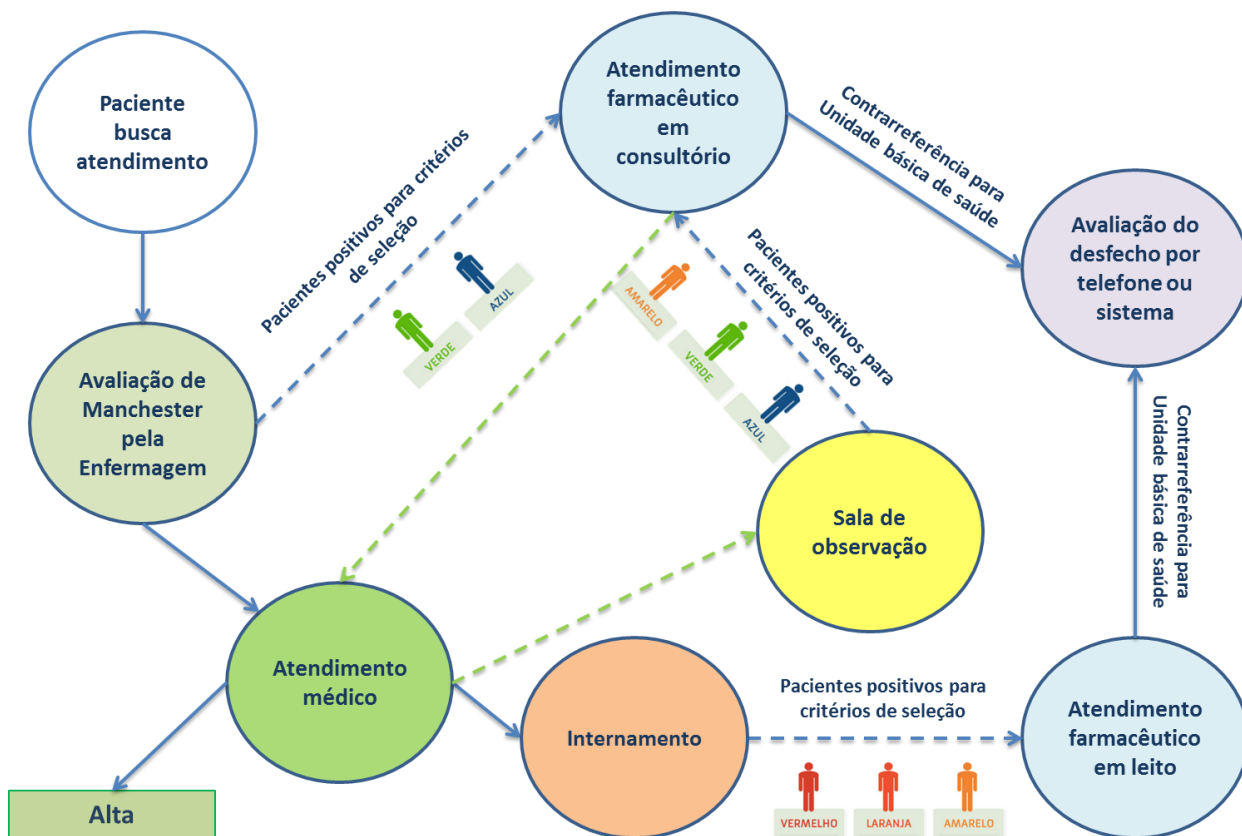
Nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foram modelados atendimentos em consultório, em leito e em sala de observação. A figura 17 apresenta o fluxo do serviço de cuidado farmacêutico nas unidades de pronto atendimento. Os prontuários estão apresentados nos Apêndices 6, 7 e 8. Quando o paciente buscava o serviço na UPA era realizada a avaliação de Manchester pela



enfermagem para classificar o paciente de acordo com o risco. Neste momento, o enfermeiro avaliava o paciente quanto aos critérios de seleção para atendimento pelo farmacêutico.

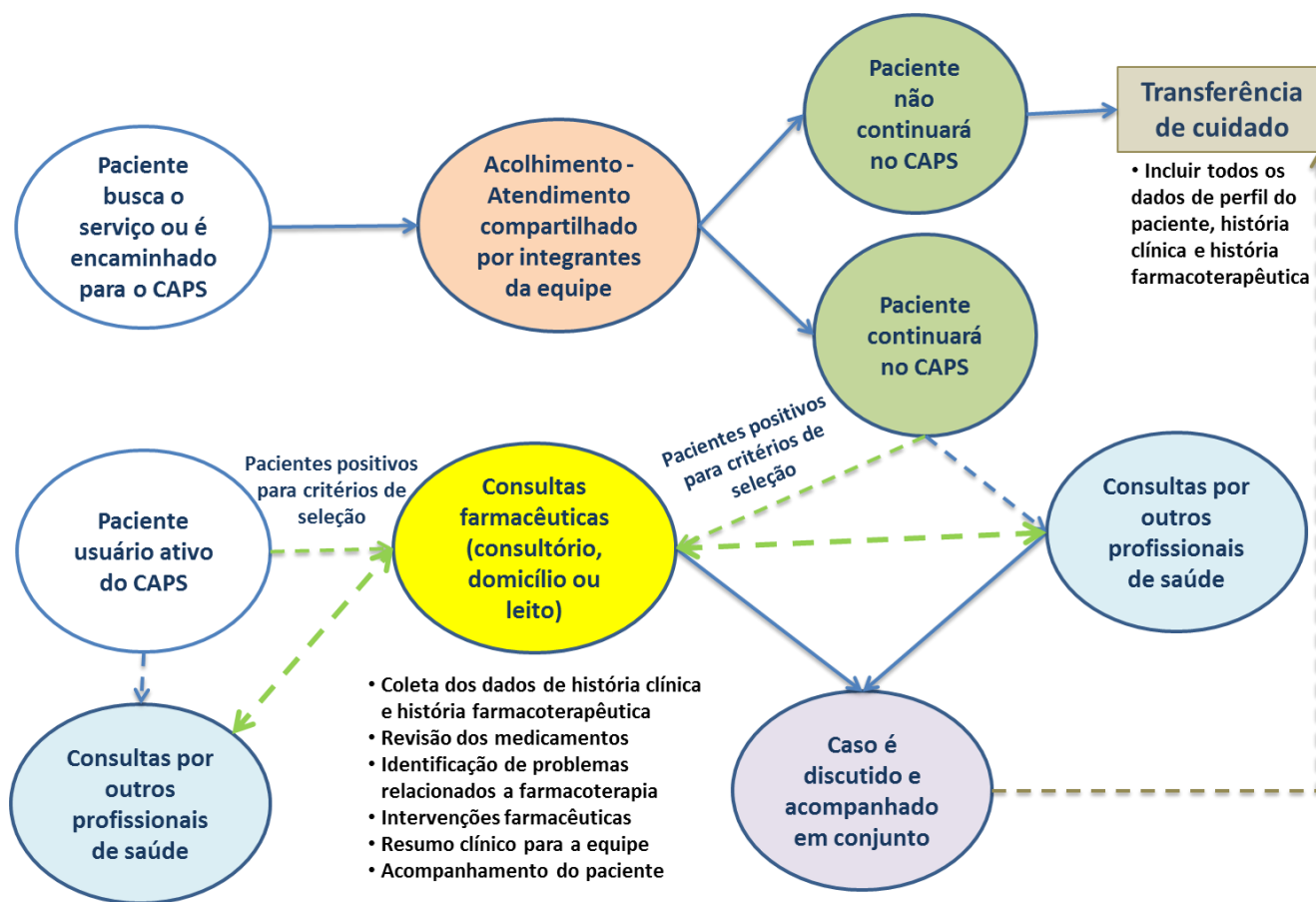
Eram incluídos para atendimento em consultório pacientes que 2 ou mais dos seguintes critérios: Ter sido atendido em UPA nos últimos 30 dias; Possuir alguma doença crônica e usar algum medicamento contínuo; Ter parado ou iniciado alguma medicação nos últimos 30 dias; Possuir dúvidas ou problemas com o uso dos medicamentos. Eram incluídos para atendimento em sala de observação os pacientes com 2 ou mais dos seguintes critérios: Utilizar 4 ou mais medicamentos; Ter sido atendido em UPA nos últimos 30 dias; Ter dúvidas ou problemas com o uso dos medicamentos; Ter idade igual ou superior a 65 anos. Eram incluídos para atendimento em leito os pacientes com 2 ou mais dos seguintes critérios: Usar 4 ou mais medicamentos; Ter sido internado em UPA ou hospital nos últimos 30 dias; Ter sido internado por um possível problema relacionado a farmacoterapia; Estar utilizando medicamento por meio de sonda.

Na consulta, o farmacêutico coletava os dados do paciente, avaliava se o paciente apresentava problemas relacionados a farmacoterapia e realizava as intervenções necessárias. Em muitos casos, era necessário encaminhamento do paciente para a unidade básica de saúde de referência para acompanhamento. O farmacêutico avaliava o resultado das intervenções por contato telefônico com o paciente ou através do sistema.



**Figura 17.** Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico nas unidades de pronto atendimento. Fonte: O autor.

Nos centros de atenção psicossociais, a partir do momento em que o paciente buscava o serviço ou era encaminhado ao serviço, era realizado um acolhimento compartilhado por integrantes da equipe. Os pacientes inseridos no CAPS poderiam receber atendimento individualizado e em grupo pelos diferentes profissionais de saúde, incluindo o farmacêutico. A consulta pelo farmacêutico poderia ser realizada em consultório, leito ou em domicílio. O caso sempre era discutido em conjunto com a equipe. As figuras 18, 19 e 20 apresentam o fluxo do serviço de cuidado farmacêutico nos Centros de Atenção Psicossociais. Os prontuários de atendimento em consultório, domicílio ou leito do serviço de cuidado farmacêutico nos centros de atenção psicossociais estão apresentados nos Apêndices 9, 10 e 11.



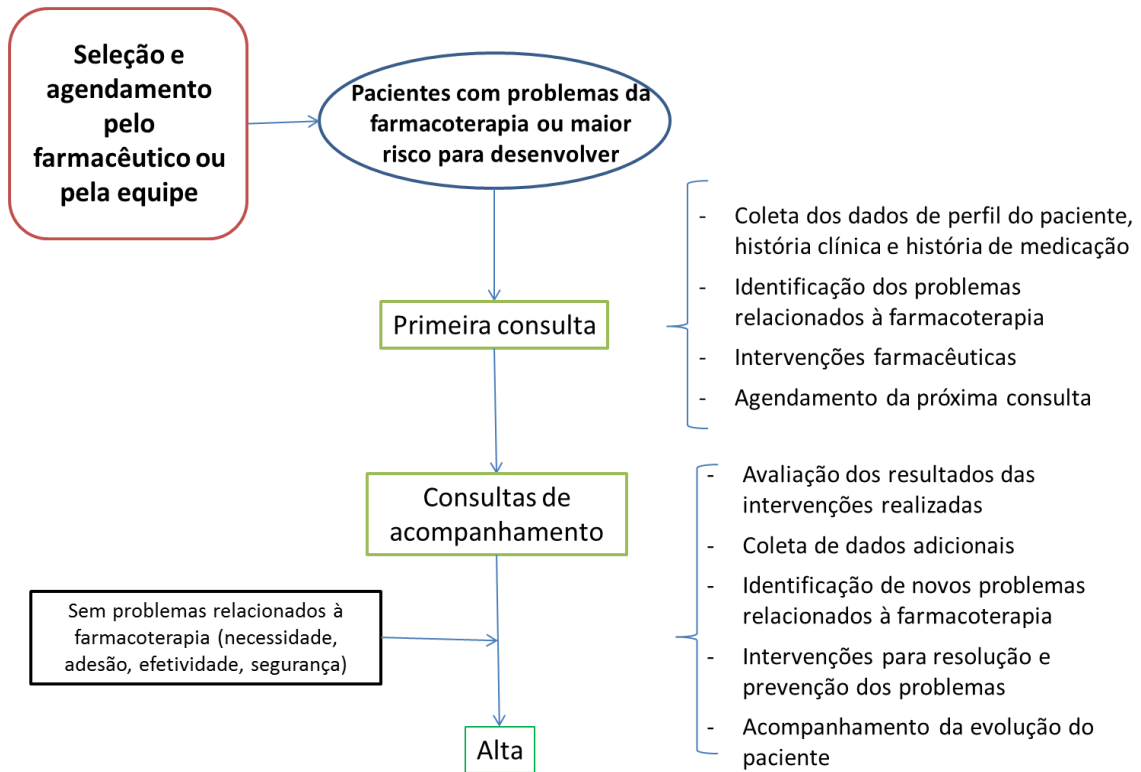
**Figura 18.** Fluxo geral do serviço de cuidado farmacêutico nos centros de atenção psicossociais. Fonte: O autor.

Eram incluídos pacientes utilizando 4 ou mais medicamentos ou com problemas de adesão ao tratamento ou com problemas de efetividade ou segurança ao tratamento ou identificados pela equipe como de maior risco para ocorrência de problemas relacionados a farmacoterapia.

Após seleção do paciente pelo farmacêutico ou pela equipe, era realizada a consulta farmacêutica em leito, domicílio ou consultório. Na primeira consulta era realizada a coleta dos dados de perfil do paciente, história clínica e história de medicação, a identificação dos problemas relacionados a farmacoterapia, a realização das intervenções farmacêuticas para resolver ou prevenir os problemas e o agendamento da próxima consulta. Nas consultas de retorno era realizada a avaliação dos resultados das intervenções anteriores, a coleta de dados adicionais, a identificação de novos problemas, a realização de novas intervenções e o

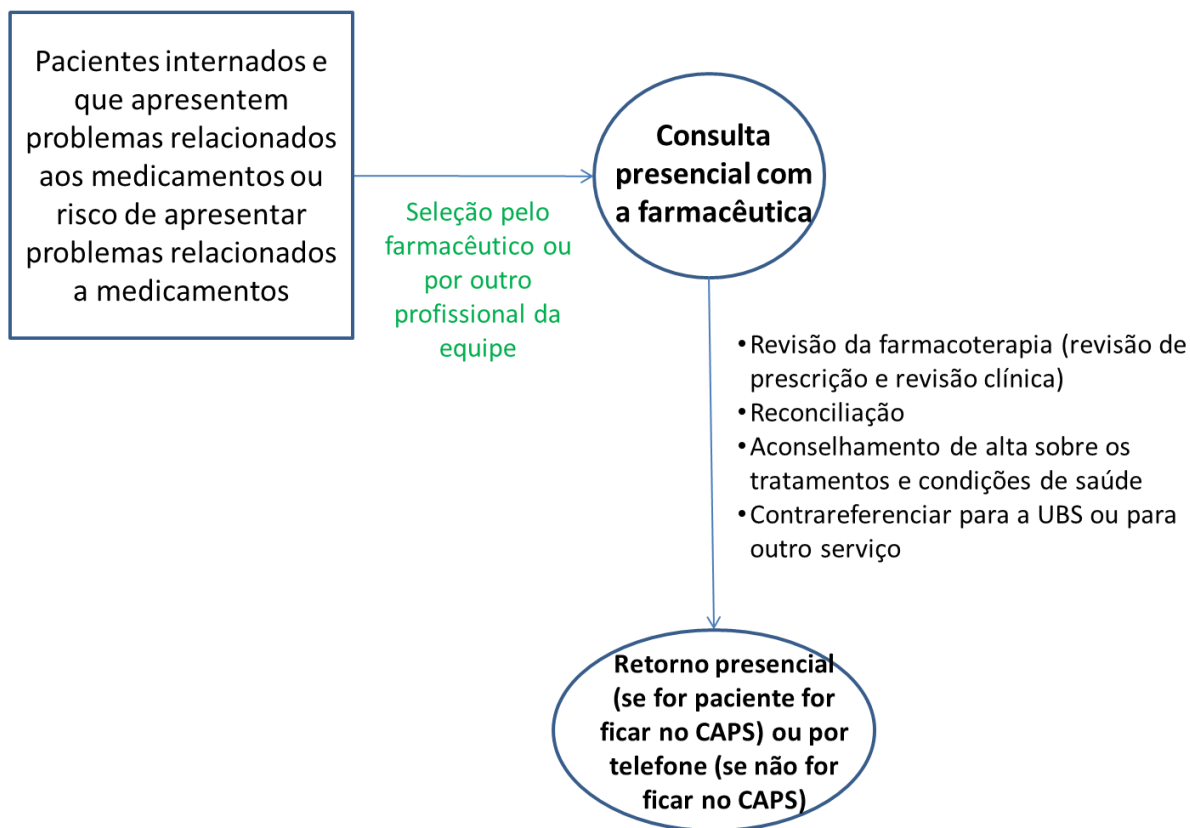
acompanhamento da evolução do paciente. O paciente recebia alta do serviço quando não possuísse mais problemas relacionados a farmacoterapia, sendo reavaliado a cada seis meses.

### CAPS – Atendimento em consultório ou em domicílio



**Figura 19.** Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico em domicílio ou consultório nos centros de atenção psicossociais. Fonte: O autor.

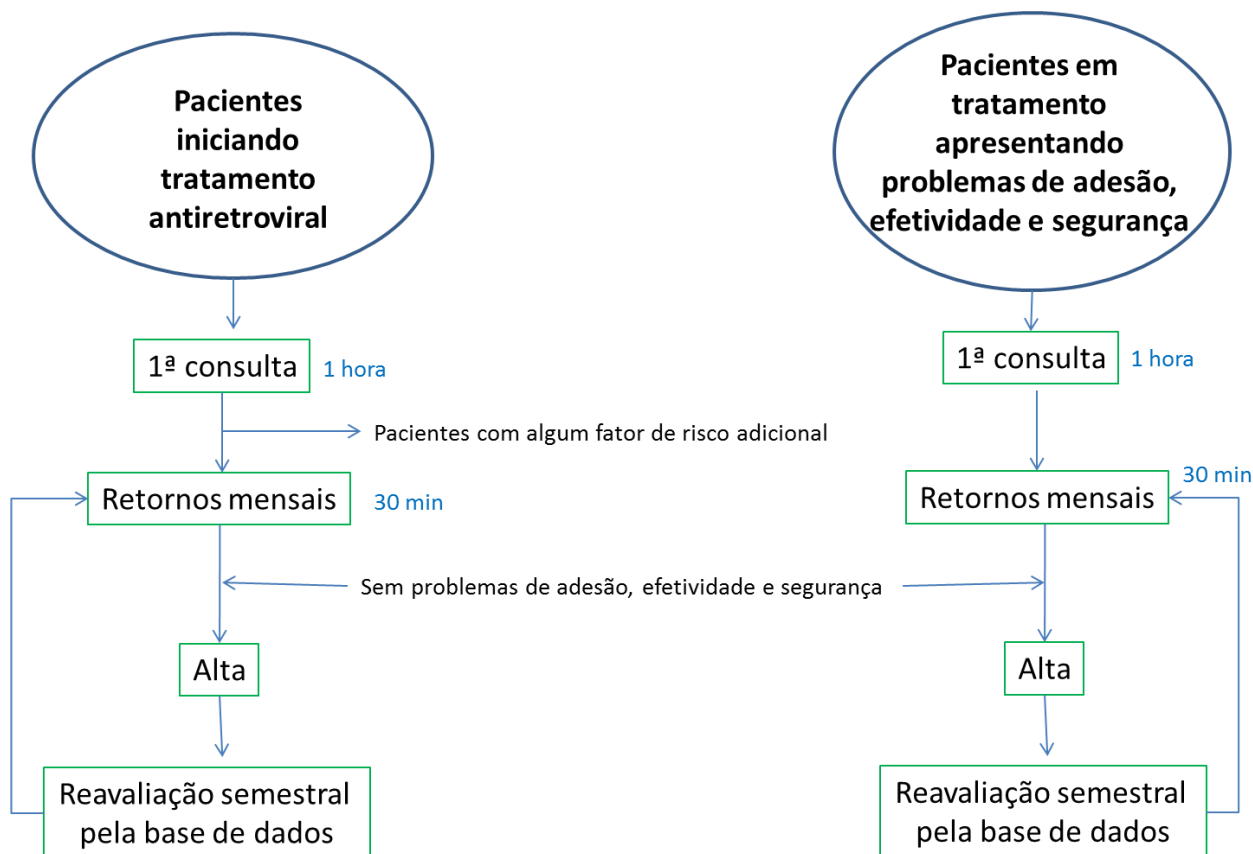
## CAPS – Atendimento no internamento (em leito)



**Figura 20.** Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico em leito nos centros de atenção psicossociais. Fonte: O autor.

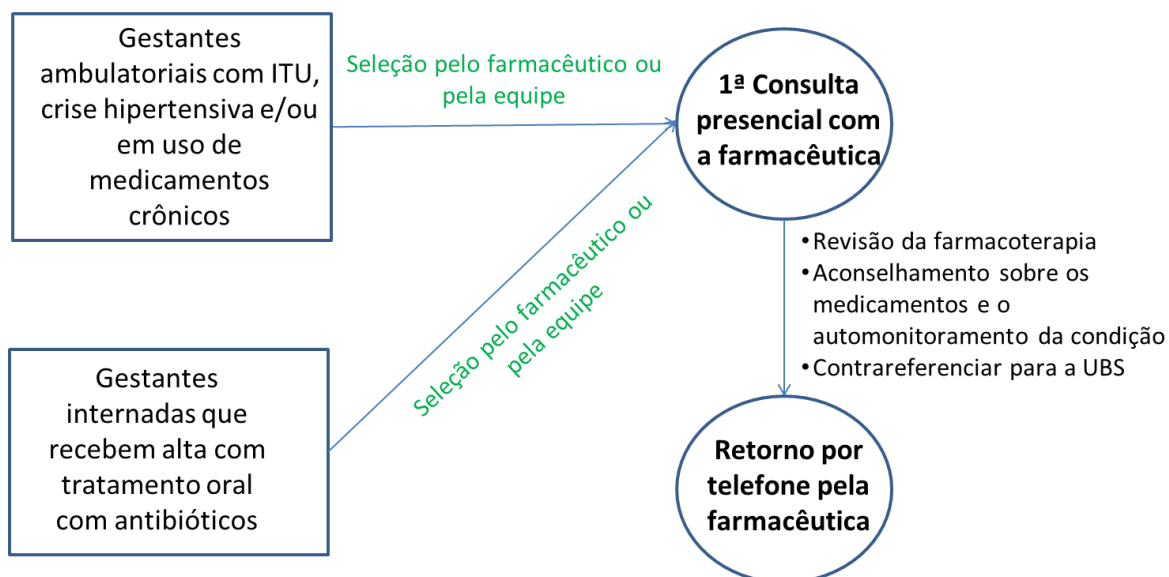
Nos centros de especialidades, as consultas farmacêuticas foram realizadas com pacientes iniciando tratamento com antirretroviral e aos pacientes em tratamento que apresentassem problemas de adesão, efetividade ou segurança identificados pelo farmacêutico ou pelos outros membros da equipe.

Eram realizadas consultas mensais até que todos os problemas relacionados a farmacoterapia fossem resolvidos. A cada consulta, o farmacêutico coletava os dados do paciente, avaliava se o paciente apresentava problemas relacionados a farmacoterapia e realizava as intervenções necessárias para resolver e prevenir os problemas. A figura 21 apresenta o fluxo do serviço de cuidado farmacêutico nos Centros de especialidades. Os prontuários de primeira consulta e retorno estão apresentados nos Apêndices 12 e 13.



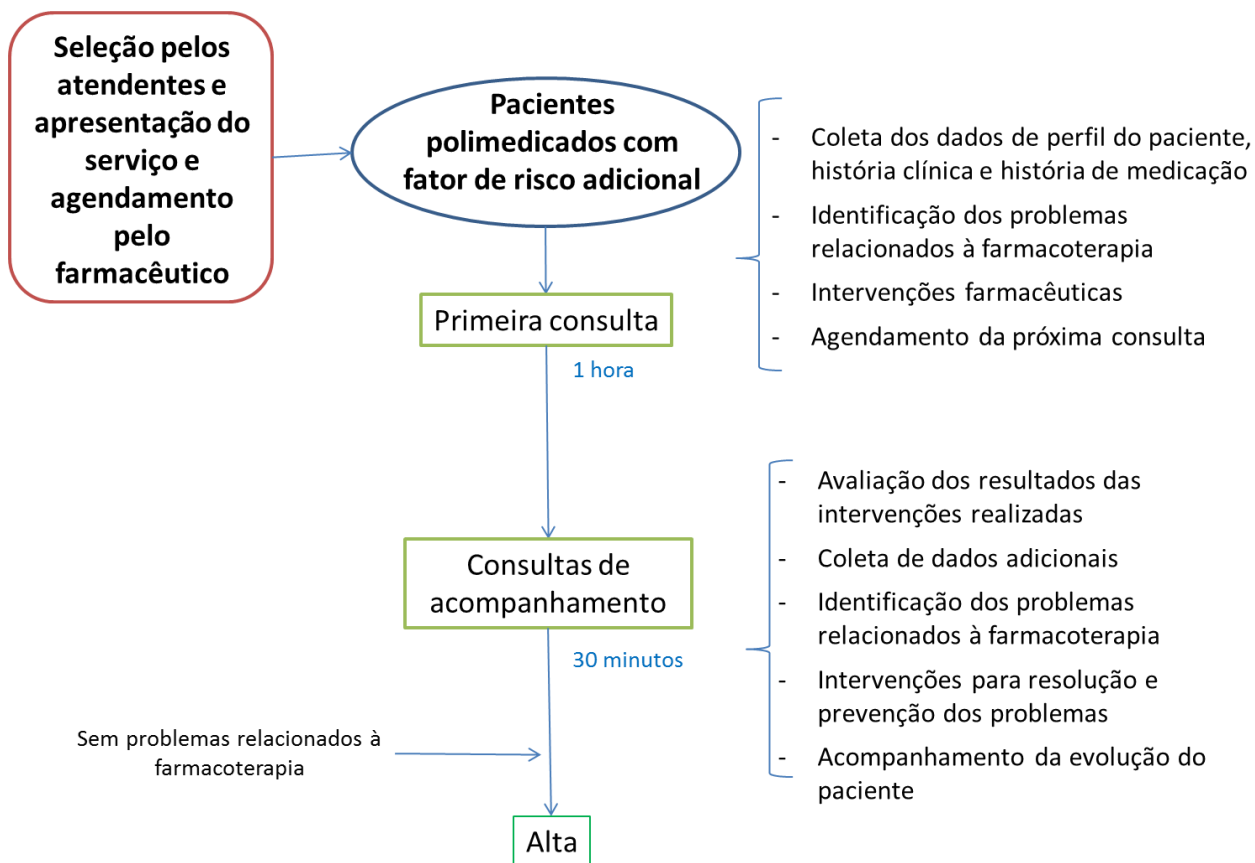
**Figura 21.** Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico nos centros de especialidades. Fonte: O autor.

Na maternidade, o serviço de cuidado farmacêutico foi voltado às gestantes ambulatoriais com infecção do trato urinário (ITU), crise hipertensiva e/ou utilizando medicamentos de uso crônico e às gestantes internadas que recebem alta com tratamento oral com antibióticos. O atendimento farmacêutico poderia ser realizado em consultório ou em leito. A farmacêutica coletava os dados da paciente, avaliava os problemas relacionados a farmacoterapia e realizava as intervenções necessárias. Quando necessário, a paciente era encaminhada para a unidade básica de saúde de referência. O retorno era realizado por telefone. A figura 22 apresenta o fluxo do serviço de cuidado farmacêutico na maternidade. O prontuário do serviço de cuidado farmacêutico na maternidade está apresentado no Apêndice 14.



**Figura 22.** Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico na maternidade. Fonte: O autor.

Na Farmácia Popular do Brasil, o atendimento farmacêutico era realizado em consultório aos pacientes polimedicados com pelo menos um fator de risco adicional. A seleção do paciente era realizada pelos atendentes no momento da dispensação. Em seguida o farmacêutico apresentava o serviço e agendava a consulta. A cada consulta, o farmacêutico coletava os dados do paciente de perfil do paciente, história clínica e história de medicação, avaliava se o paciente apresentava problemas relacionados a farmacoterapia e realizava as intervenções necessárias. A figura 23 apresenta o fluxo do serviço de cuidado farmacêutico na Farmácia Popular. O quadro 9 apresenta os critérios para seleção dos pacientes. Os prontuários de primeira consulta e retorno do serviço de cuidado farmacêutico na Farmácia Popular do Brasil estão apresentados nos Apêndices 15 e 16.



**Figura 23.** Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico na farmácia popular do Brasil.  
 Fonte: O autor.

**Quadro 9.** Critérios para seleção de pacientes para o serviço de cuidado farmacêutico da Farmácia popular do Brasil.

SELEÇÃO DE PACIENTES PARA O SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA NA FARMÁCIA POPULAR		
Nome do paciente:	Data da seleção:	
Utiliza mais que 5 medicamentos?	[ ] SIM	[ ] NÃO
Possui 2 ou mais doenças crônicas diagnosticadas?	[ ] SIM	[ ] NÃO
Tem dúvidas ou problemas com o uso dos seus medicamentos?	[ ] SIM	[ ] NÃO
Acha que algum medicamento não está fazendo efeito?	[ ] SIM	[ ] NÃO
Sente algum incômodo após o uso de algum medicamento?	[ ] SIM	[ ] NÃO
Foi Internados nos últimos 6 meses?	[ ] SIM	[ ] NÃO
<b>SELECIONADO PARA O SERVIÇO (Uso de mais que 5 medicamento + 1 fator adicional)</b>	<b>[ ] SIM</b>	<b>[ ] NÃO</b>
<b>DATA E HORÁRIO DA PRIMEIRA CONSULTA:</b>		



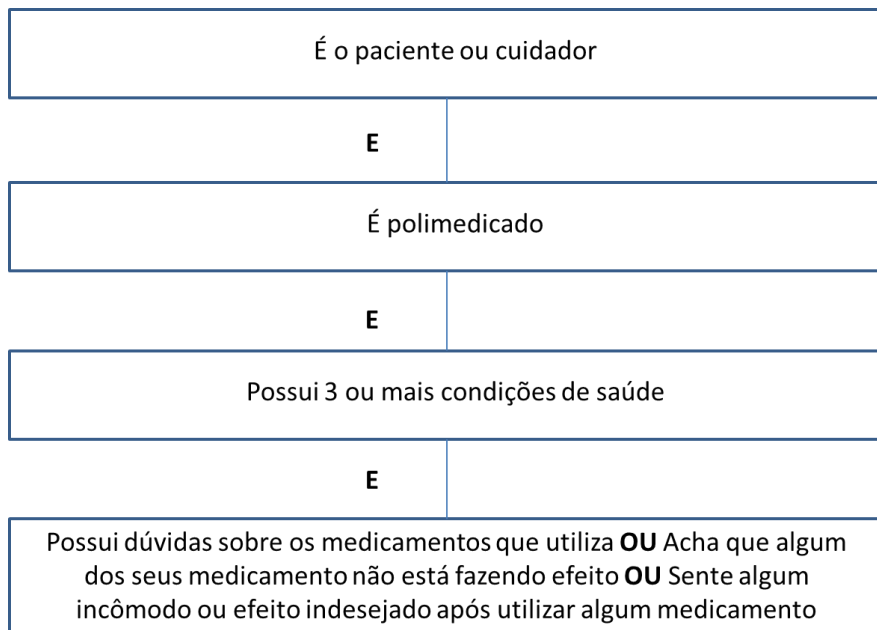
No serviço de cuidado farmacêutico na Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), era inicialmente realizado um primeiro atendimento no momento da dispensação do medicamento. Nesse momento, o farmacêutico já coletava alguns dados do paciente, avaliava a presença de algum problema relacionado a farmacoterapia e realizava algumas intervenções. Se o paciente atendesse aos critérios de seleção, era agendada a primeira consulta e posteriormente as consultas de retorno. A figura 24 apresenta os critérios para seleção de pacientes para o serviço de cuidado farmacêutico na farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica. A figura 25 apresenta o fluxo do serviço de cuidado farmacêutico na farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica.

O formulário de dispensação farmacêutica e seleção de pacientes para consultas no serviço de cuidado farmacêutico na Farmácia do Componente Especializado do Estado e os prontuários de primeira consulta e retorno estão apresentados nos Apêndices 17, 18 e 19. Eram incluídos pacientes polimedicados, com 3 ou mais condições de saúde diagnosticadas, possuindo dúvidas sobre os medicamentos que utiliza ou achando que algum medicamento não está fazendo efeito ou sentindo algum incômodo ou efeito indesejado após o uso de algum medicamento.

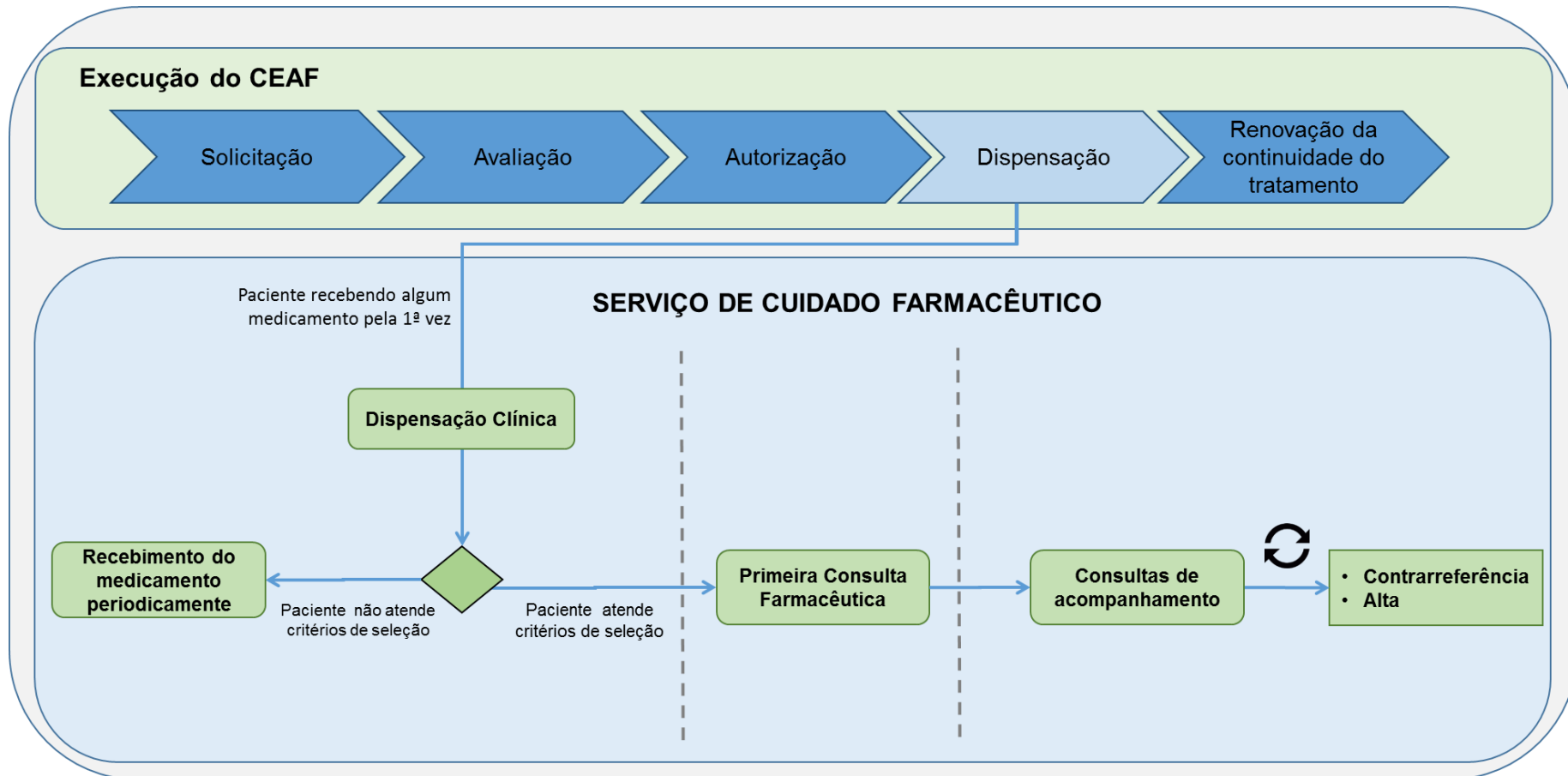
Na primeira consulta era realizada a coleta dos dados de perfil do paciente, história clínica e história de medicação, a identificação dos problemas relacionados a farmacoterapia, a realização das intervenções farmacêuticas para resolver ou prevenir os problemas e o agendamento da próxima consulta. Nas consultas de retorno era realizada a avaliação dos resultados das intervenções anteriores, a coleta de dados adicionais, a identificação de novos problemas, a realização de novas intervenções e o acompanhamento da evolução do paciente.

Adicionalmente, o serviço de cuidado farmacêutico na Farmácia do CEAF também objetivou avaliar a aplicabilidade, na consulta farmacêutica, de instrumentos específicos de monitoramento descritos nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Desta forma, além dos instrumentos de monitoramento de todas as condições de saúde que acometem o paciente, quando este também era

portador de doenças tratadas com medicamentos do CEAF, também eram aplicados os instrumentos específicos de monitoramento.



**Figura 24.** Critérios para seleção de pacientes para o serviço de cuidado farmacêutico na farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica. Fonte: O autor.

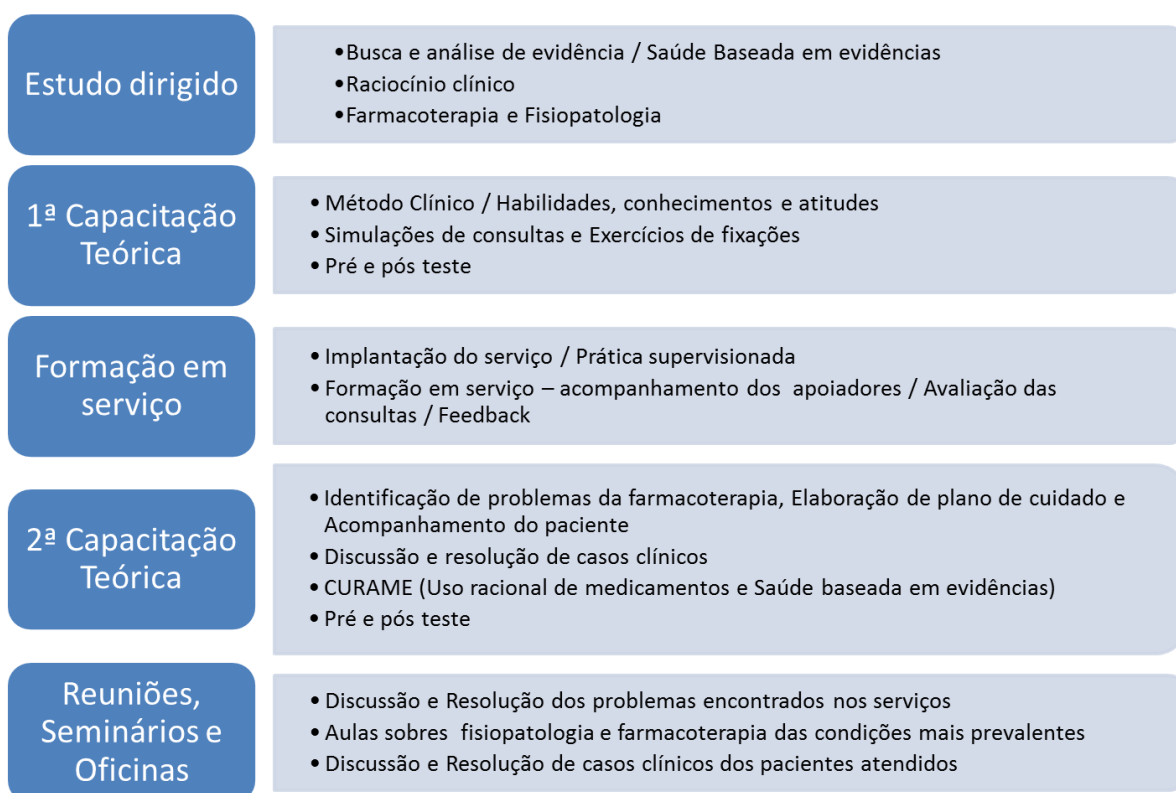


**Figura 25.** Fluxo do serviço de cuidado farmacêutico na farmácia do componente especializado da assistência farmacêutica.

Fonte: O autor.

## 5.4 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O programa de qualificação foi desenvolvido como apresentado na Figura abaixo. O processo de formação ocorreu antes, durante e após a implantação, com ênfase em formação em serviço, para a sistematização do trabalho e o desenvolvimento das competências clínicas necessárias ao farmacêutico para realização destes serviços (BRASIL, 2014b).



**Figura 26.** Atividades vinculadas ao Programa de qualificação em serviços de cuidado farmacêutico na rede de atenção à saúde. Fonte: O autor.

Dentre as atividades realizadas a de maior destaque para o sucesso da qualificação dos profissionais foi a formação em serviço, com o apoiador acompanhando o farmacêutico na realização das consultas, dando feedback para

melhoria, tirando dúvidas, resolvendo problemas, discutindo casos, fazendo reuniões periódicas com todos os farmacêuticos.

Ao final do programa de qualificação, o farmacêutico deveria mostrar estar apto a:

1. Revisar a farmacoterapia por meio da revisão de prontuários
2. Agendar os pacientes para consulta farmacêutica
3. Realizar uma consulta farmacêutica, com base no método clínico de cuidado em saúde
4. Aplicar os princípios da semiologia
5. Aplicar os princípios da comunicação verbal e não-verbal
6. Conhecer o perfil do paciente, coletando informações sobre dados sociodemográficos, história social, fatores de risco e acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde
7. Construir a história clínica do paciente, avaliando exames, sinais e sintomas do paciente, e classificando o estado clínico atual de cada problema de saúde existente
8. Avaliar a qualidade de vida e a percepção geral de saúde do paciente
9. Construir uma história de medicação completa do paciente, avaliando seu conhecimento, capacidade de gestão, adesão aos medicamentos, acesso ao tratamento, dificuldades com o tratamento e suspeitas de reações adversas
10. Identificar problemas relacionados à farmacoterapia, aplicando critérios implícitos e explícitos de avaliação, incluindo problemas relacionados à farmacoterapia: problemas da farmacoterapia relacionados ao processo de uso de medicamentos (problemas de seleção e prescrição; dispensação ou manipulação; discrepâncias entre níveis ou pontos de atenção à saúde; administração e adesão; qualidade do medicamento; e monitorização) e problemas da farmacoterapia relacionados aos resultados em saúde (tratamento não efetivo; reação adversa; intoxicação medicamentosa)
11. Realizar intervenções farmacêuticas, incluindo informação e aconselhamento; provisão de materiais; monitoramento; alteração ou

sugestão de alteração na farmacoterapia; e encaminhamento, juntamente com as ações pactuadas com o paciente

12. Registrar as informações do paciente em prontuário
13. Elaborar um parecer farmacêutico direcionado aos outros profissionais da equipe de saúde
14. Elaborar um registro SOAP do atendimento
15. Realizar o seguimento individual dos pacientes
16. Realizar os diferentes serviços de acordo com a necessidade do paciente: Educação em saúde; Rastreamento em saúde; Dispensação especializada de medicamentos; Manejo de problemas de saúde autolimitados; Revisão da farmacoterapia; Monitorização terapêutica; Gestão da doença; Acompanhamento farmacoterapêutico; Conciliação terapêutica; Informe e Suporte à equipe

Foi desenvolvido um sistema para certificação dos profissionais atribuindo diferentes pontos (*gamification*) para cada atividade como apresentado no quadro 10. Os critérios de aprovação 1 – Não zerar em nenhum dos critérios de avaliação / 2 – Alcançar o mínimo de 1.400 pontos.

**Quadro 10.** Critérios de avaliação utilizados para certificação dos farmacêuticos após programa de qualificação e desenvolvimento dos serviços.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO		PONTOS
<b>Teoria</b>	Avaliações teóricas	100
	Estudo dirigido	200
	Apresentação dos casos clínicos de alguns pacientes atendidos	100
<b>Produtividade</b>	Meta de primeiras consultas atingida e apresentação da planilha de indicadores referentes a essas consultas	500
	Meta de consultas de retorno atingida e apresentação da planilha de indicadores referentes a essas consultas	200
<b>Performance em consulta</b>	Performance em consulta de acordo com o instrumento de avaliação aplicado pelos apoiadores	800
<b>Atividades Técnico-pedagógicas e Interação com a equipe</b>	Realização de contra referência, matriciamento, reuniões com outros profissionais, elaboração de carta ou parecer sobre o paciente para outros profissionais de saúde e reuniões entre os farmacêuticos inseridos no projeto	100
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>		<b>2000</b>

Houve grande evolução dos farmacêuticos com relação às atitudes, conhecimentos e habilidades clínicas necessárias para o desenvolvimento do serviço e importante evolução por parte de muitos farmacêuticos na prática clínica baseada em evidências e na adequada identificação, resolução e prevenção dos problemas relacionados à farmacoterapia.

A maioria dos profissionais adquiriu competências suficientes para dar continuidade ao serviço após conclusão do projeto, sem a necessidade de apoio técnico. Esses farmacêuticos tornaram-se responsáveis pela perenização do serviço, cabendo a ele capacitar outros farmacêuticos que ingressassem no serviço. Todos os profissionais compreendem a importância da atualização técnica permanente em farmacoterapia, semiologia e saúde baseada em evidências.

Observou-se que a maioria dos profissionais farmacêuticos acolheram o trabalho do cuidado com esmero, rigor e motivação, tornando-se realmente comprometidos com a saúde dos pacientes e tornando-se promotores de saúde. A minoria dos profissionais treinados não alcançou a pontuação mínima para certificação durante o período do projeto, seja por não se identificarem com a atividade clínica, seja por limitações relacionadas à questões institucionais do seu ambiente de trabalho.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segunda parte desta tese se tratou de um trabalho com finalidades e resultados majoritariamente práticos. Buscou-se, à partir de experiências exitosas no âmbito da academia, promover a transformação da realidade social, transpondo assim, os limites da universidade e superando o academicismo descompromissado que criticamos enquanto pesquisadores. Este trabalho teve impacto direto nas políticas públicas de assistência farmacêutica de um município de grande porte, bem como nas práticas de uma categoria profissional. As etapas, instrumentos e estratégias descritas nesta tese visam garantir a reprodutibilidade e estimular a multiplicação desse trabalho para outros municípios do Brasil.

A visita etnográfica, como descrita nesta tese, atendeu o objetivo de reconhecer o ambiente, os atores sociais, seus papéis e seu itinerário nos diferentes pontos de atenção à saúde contribuindo para a estruturação dos serviços voltados ao atendimento das necessidades de saúde dos pacientes. A coleta de dados naturalísticos dos pontos de atenção e dos serviços farmacêuticos que existiam neles tornou-se um material rico para discussão em grupo com os pesquisadores, profissionais e gestores que, de maneira madura e franca, puderam apontar limitações, contingências e fragilidades para, à partir delas vislumbrar possibilidades e potencialidades.

Foram desenvolvidos e implantados diferentes modelos de serviços de cuidado farmacêutico nos diversos pontos da rede de atenção à saúde em Curitiba-PR – Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Especialidades, Centro de Atenção Psicossocial, Maternidade, Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Unidade própria da Farmácia Popular do Brasil. Cada ponto de atenção possuía particularidades com relação à fluxo de trabalho, perfil dos profissionais farmacêuticos, disponibilidade por parte da gestão, tipos de pacientes atendidos e objetivos do serviço. Por isso cada ponto de atenção teve seu processo de construção realizado de maneira muito distinta, apresentado problemas e desafios diferentes que necessitaram estratégias e soluções particulares. Todo o processo de design de serviços foi



resultado de ações conjuntas e horizontais, orientadas e facilitadas pelos pesquisadores.

O programa de qualificação por meio da formação em serviço demonstrou-se efetivo para o desenvolvimento das competências clínicas necessárias aos farmacêuticos para a realização dos serviços de cuidado farmacêutico e para a definição dos critérios necessários para certificação dos farmacêuticos para realização destes serviços. Ao buscar implantar serviços de cuidado farmacêutico nos pontos de atenção à saúde encontramos profissionais farmacêuticos com pouca ou nenhuma experiência em cuidado e despreparados para atendimento clínico. Essa realidade é resultado de um processo de formação tecnicista, por parte da academia e da sedimentação da tradicional tarefa logística do farmacêutico nos pontos de atenção à saúde, nas quais o farmacêutico está distanciado do paciente e dos demais profissionais. A qualidade do programa de capacitação esteve diretamente relacionada com o sucesso dos resultados alcançados. Além disso, os profissionais devidamente preparados tendem a perenizar o serviço, demonstrando, à partir de resultados clínicos mensuráveis, a importância do serviço de cuidado farmacêutico no ponto de atenção à saúde.

Este estudo se propôs a criticar, dinamizar e ressignificar o papel do profissional farmacêutico no sistema de saúde. A transformação da carteira de trabalho do farmacêutico, inclinada para a clínica, impacta também o funcionamento da estruturação do cuidado ao paciente no município, pois o farmacêutico exercendo seu papel na promoção de saúde e na prevenção e recuperação de doenças integra-se ao cuidado interdisciplinar e modifica positivamente o processo de trabalho de todos os profissionais. As intervenções farmacêuticas colaboram para a melhoria da qualidade de uso dos medicamentos por parte dos pacientes, além de produzir indicadores de utilização, efetividade e segurança dessas tecnologias, contribuindo ainda para a farmacovigilância.

Este projeto foi desenvolvido na esteira do pensamento organizacional de redes de atenção, buscando estimular esse modelo de organização. Buscou estar em concordância com conceitos de saúde integrativos e dinâmicos, superando o pensamento cartesiano e o modelo biomédico. Promoveu a construção de políticas públicas referenciadas pelos preceitos básicos do SUS de integralidade,

universalidade e equidade, promovendo a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde para a população.

Este trabalho promoveu o desenvolvimento de modelos de serviços de cuidado farmacêutico capazes de identificar as necessidades dos pacientes nos diferentes pontos de atenção à saúde e atender a essas necessidades por meio da realização de diferentes atividades inclusas na carteira de serviços, como também contribuir como referência na implantação destes novos serviços na atenção básica e especializada de outros municípios do Brasil. Dessa maneira, nosso trabalho, ideologicamente marcado e filosoficamente referenciado, se apresenta como um fenômeno histórico que reitera a transformação da profissão farmacêutica no sentido do cuidado ao paciente, da integração com a equipe multidisciplinar e da promoção do uso racional de medicamentos pela população.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C.; BATEL-MARQUES, F.; MACEDO, A. F. Data sources on drug safety evaluation: a review of recent published meta-analyses. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v. 21, n. 1, p.21-33, 2012.

AMARANTE, L. C. *et al.* Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos usuários da farmácia popular: avaliação das intervenções farmacêuticas. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 15, n. 1, p.7, 2011.

BRASIL. **Cuidado farmacêutico na atenção básica - Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. SAÚDE, M. D. Brasília: Ministério da Saúde. 1: 106 p. 2014a.

BRASIL. **Cuidado farmacêutico na atenção básica - Caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. SAÚDE, M. D. Brasília: Ministério da Saúde. 2: 304 p. 2014b.

BRASIL. **Cuidado farmacêutico na atenção básica - Caderno 3: Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica à saúde: A experiência de Curitiba**. SAÚDE, M. D. Brasília: Ministério da Saúde. 3: 120 p. 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº4.279 de 30 de Dezembro de 2010**. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n., p.363-376, 2008.

CERON, M. **Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa**. UNA-SUS. São Paulo: UNIFESP 2010.

CFF. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. ed. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

CHAGAS, H. M. A. V., M.P.C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 22, n. 2, p.12, 2013.

CORRER, J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. 1ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CYRINO, A. P.; CYRINO, E. G. Integrando comunicação, saúde e educação: experiência do UNI-Botucatu. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n., p.157-168, 1997.

- DELBAERE, M. Metaphors and myths in pharmaceutical advertising. **Soc Sci Med**, v. 82, n., p.21-29, 2013.
- ESTEFAN, I. J. S. O ensino de Farmácia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n., p.511-532, 1986.
- HAWES, E.; TONG, G. Implementing Evidence-Based Guidelines: The Role of Ambulatory Care Pharmacists. **N C Med J**, v. 76, n. 4, p.247-250, 2015.
- HAYNES, R. B. *et al.* Interventions for enhancing medication adherence. **Cochrane Database Syst Rev**, v., n. 2, p.CD000011, 2008.
- ISHIKAWA, S. Status and Problems of Humanities Education with Respect to Pharmacy Education. **Yakugaku Zasshi**, v. 137, n. 4, p.399-405, 2017.
- LALONDE, L. *et al.* Physician-pharmacist collaborative care in dyslipidemia management: the perception of clinicians and patients. **Res Social Adm Pharm**, v. 7, n. 3, p.233-245, 2011.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n., p.867-874, 2011.
- LEITE, N. S. V., M.P.C. Os diversos sentidos presentes no medicamento: elementos para uma reflexão em torno de sua utilização. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. Vol. 39, n. nº 3, p.6, 2010.
- LEUTZ, W. N. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. **Milbank Q**, v. 77, n. 1, p.77-110, iv-v, 1999.
- LOEB, D. F. *et al.* Primary care providers' experiences caring for complex patients in primary care: a qualitative study. **BMC Fam Pract**, v. 17, n. 1, p.34, 2016.
- LOMBARDI, N. F. **O serviço de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde do município de Curitiba – PR**. Curitiba, 2016
- LOURENÇO; L. F. L.; DACZUK, R. F. T. P., D.; JUNIOR, N.F.P.; MAIA, A.R.C.R.; DOS SANTOS, E.K.A. **A Historicidade filosófica do Conceito Saúde**. Florianópolis - SC: 19 p.
- MAHDIKHANI, S.; DABAGHZADEH, F. Benefits of Pharmacist's Participation on Hospitalist Team. **Acta Med Iran**, v. 54, n. 2, p.140-145, 2016.
- MALTA, D. C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n., p.79-86, 2009.
- MCKAIN, M.; O'NEIL, C. K. Patient-Centered Pharmacy Services: A Descriptive Report. **Consult Pharm**, v. 30, n. 11, p.664-670, 2015.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p.9, 2010.
- MODIG, S.; HOLMDAHL, L.; BONDESSON, A. Medication reviews in primary care in Sweden: importance of clinical pharmacists' recommendations on drug-related problems. **Int J Clin Pharm**, v., n., 2015.

- NAGAI, T. [Pharmacy, pharmacists and society--pharmaceutical science and practice with philosophy]. **Yakugaku Zasshi**, v. 123, n. 3, p.143-150, 2003.
- NICOLESCU, B. **Reforma na Educação e no Pensamento: Complexidade e Transdisciplinariedade**. v., n., 1999.
- OMS, O. M. D. S.-. **Declaração de Alma-Ata**. Conferencia internacional sobre cuidados primários em saúde. OMS. Alma-Ata 1978.
- PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n., p.168-175, 1992.
- RIBEIRO, E. O Farmacêutico na atenção à saúde. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n., p.147-147, 2006.
- RIECK, A.; PETTIGREW, S. How physician and community pharmacist perceptions of the community pharmacist role in Australian primary care influence the quality of collaborative chronic disease management. **Qual Prim Care**, v. 21, n. 2, p.105-111, 2013.
- ROSEMBERG, B. O medicamento como mercadoria simbólica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n., p.207-209, 1992.
- SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. D. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n., p.3579-3586, 2010.
- SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. D. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n., p.101-122, 2003.
- STICKDORN, M. S., J.; ET AL. **Isto é design thinking de serviços**. 1ª Edição. ed. Porto Alegre: Bookman, 2014.
- TARN, D. M. *et al.* Older patient, physician and pharmacist perspectives about community pharmacists' roles. **Int J Pharm Pract**, v. 20, n. 5, p.285-293, 2012.
- TAVARES, M. D. F. L. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n., p.1865-1866, 2011.
- VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n., p.213-220, 2007.
- WALLMAN, A.; VAUDAN, C.; SPORRONG, S. K. Communications training in pharmacy education, 1995-2010. **Am J Pharm Educ**, v. 77, n. 2, p.36, 2013.
- WEPPNER, W. G. *et al.* Interprofessional Care Conferences for High-Risk Primary Care Patients. **Acad Med**, v., n., 2016.
- WHO. **Carta de Ottawa**. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa. (BR), I. M. D. S. Brasília - DF: Ministério da Saúde/FIOCRUZ 1986.
- WONG, F. Y. *et al.* Patient self-management and pharmacist-led patient self-management in Hong Kong: a focus group study from different healthcare professionals' perspectives. **BMC Health Serv Res**, v. 11, n., p.121, 2011.

XIN, C. *et al.* Effect of pharmaceutical care on medication adherence of patients newly prescribed insulin therapy: a randomized controlled study. **Patient Preference Adherence**, v. 9, n., p.797-802, 2015.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE 1**

Ficha para revisão da farmacoterapia por meio de revisão de prontuários utilizada no serviço de cuidado farmacêutico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-CONSULTA (REVISÃO DE PRONTUÁRIO)**
**PERFIL DO PACIENTE**

Nome:		Nº do registro do HC:
Data de nascimento:	Idade:	Gênero: [ ] Masculino [ ] Feminino
Endereço:		
Telefone(s):		

**HISTÓRIA CLÍNICA**
**Data / Internamentos, procedimentos e intervenções relevantes**


**Condições clínicas**
**Data / Últimos resultados de exames**


**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

Nome / Concentração	Posologia Prescrita	Data do registro mais recente
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

**INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS**

Nº de doenças / condições de saúde:	
Nº de medicamentos prescritos:	
Nº de doses / dia:	
Nº total de internamentos no HC:	
Nº de internamentos no HC (último ano):	
Data da última alta:	
Nº de dias internado(a) (último internamento):	
Nº especialidades que o (a) atendem no HC:	

AVALIAÇÃO DA FARMACOTERAPIA			CÓDIGO PROBLEMA
Considerando todos os medicamentos e condições:		Medicamento(s) envolvido e descrição do problema:	
1. Todos Meds tem indicação p/ este pcte?	S	N =>	
2. Todos Meds em acordo c/ diretrizes?	S	N =>	
3. Todas as condições clínicas tratadas?	S	N =>	
4. Doses estão corretas?	S	N =>	
5. Durações de tratamento estão corretas?	S	N =>	
6. Horários de administração corretos?	S	N =>	
7. Algum med. contraindicado neste pcte?	N	S =>	
8. Alguma interação med-med relevante?	N	S =>	
9. Alguma duplicidade terapêutica?	N	S =>	
10. Há opções + custo-efetivas disponíveis?	N	S =>	
11. Vias de adm. adequadas para este pcte?	S	N =>	
12. Todos parâm. efetividade disponíveis?	S	N =>	
13. Todos os tratamentos são efetivos?	S	N =>	
14. Algum sinal/sintoma de RAM?	N	S =>	
15. Algum sinal/sintoma de intoxicação?	N	S =>	
16. Algum outro problema detectado?	N	S =>	

PRÓXIMAS CONSULTAS NO HC		
DATA	HORÁRIO	LOCAL / ESPECIALIDADE

SELEÇÃO PARA O AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA	
Paciente selecionado para atendimento no ambulatório de atenção farmacêutica? [ ] Sim [ ] Não	
Prontuário revisado por:	Data:

OBSERVAÇÕES PARA AGENDAMENTO

AGENDAMENTO DA 1ª CONSULTA NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA
Paciente aceitou participar e confirmou presença? [ ] Sim [ ] Não
Se sim → Data e horário agendados para a primeira consulta: ____/____/____ (____:____)
Se não → Motivo(s): _____
1ª consulta agendada por: _____
Data: _____



## APÊNDICE 2

Prontuário de Primeira Consulta do serviço de Cuidado Farmacêutico Ambulatorial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**PRONTUÁRIO - AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - HC - UFPR**
**PERFIL DO PACIENTE**

<b>Nome:</b>		<b>Nº do registro do HC:</b>	
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Idade:</b>	<b>Gênero:</b> [ ] Masculino [ ] Feminino	
<b>Telefone:</b>		<b>Peso:</b>	<b>Altura:</b> <b>IMC:</b>
<b>Endereço:</b>			
<b>Escolaridade:</b>		<b>Sabe ler?</b> [ ] Não [ ] Sim	
<b>Ocupação:</b>		<b>Renda mensal:</b>	
<b>Limitações:</b> [ ] Nenhuma [ ] Locomoção [ ] Fala [ ] Visão [ ] Audição [ ] Outras:			
<b>Com quem mora?</b>		<b>Nº pessoas na casa:</b>	
<b>Tem cuidador?</b> [ ] Não [ ] Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____		
<b>Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:</b>			
<b>UBS:</b>		<b>Telefone da UBS:</b>	
<b>Acesso a outros serviços de saúde</b>			
Frequência de visitas do agente/ equipe de saúde: [ ] Nunca [ ] Às vezes/ Raramente [ ] Mensal [ ] Semanal Frequência de consultas na UBS / USF: [ ] Nunca [ ] Às vezes / Raramente [ ] Mensal [ ] Semanal Satisfação com o atendimento na UBS / USF: [ ] Insatisfeito [ ] Indiferente [ ] Satisfeito			
<b>Acesso ao ambulatório de atenção farmacêutica</b>			
Meio de transporte: [ ] Ônibus [ ] Carro [ ] Outro: _____ Tempo: _____ Custo: _____ Dificuldade de acesso ao serviço:			
<b>Contato com outros farmacêuticos:</b> Como tem sido sua relação com outros farmacêuticos (UBS, farmácias, hospitais)?			

**HISTÓRIA SOCIAL**

<b>Bebidas alcoólicas:</b> [ ] Não [ ] Sim. Qual (is)? _____							
Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____							
<b>Tabaco (cigarro, charuto, narguile):</b> [ ] Não [ ] Fumava, mas parou há _____ [ ] Sim							
Qual(is)? _____ Quantidade / dia _____ Anos de uso _____ Anos / maço: _____							
<b>Exercício físico:</b> [ ] Não [ ] Sim. Tipo de atividade: _____							
Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____							
<b>Hábitos alimentares</b> (restrições, consumo de água e alimentos)	<b>Rotina (horários e observações importantes)</b>						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

**HISTÓRICO DE CONSULTAS NO AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - HC**



**REGISTRO DE CONSULTA**

<b>PACIENTE:</b>		<b>DATA:</b> ____/____/____	<b>Hora início:</b>
<b>PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS</b>			
<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada problema de saúde</b>		<b>Estado Clínico Atual*</b>
	<b>Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

FARMACOTERAPIA ATUAL														
Informações obtidas da prescrição e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente		Informações obtidas da prescrição		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador										
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada						Tempo de uso	Como funciona p/ você? *			
				Café		Almoço		Lanche				Janta	HD	SN
				A	D	A	D	A	D			A	D	-
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
14.														
15.														
16.														
17.														
18.														
19.														
20.														

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)			
Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização
ALERGIAS			
Alergias conhecidas [ ] Não [ ] Sim:			

ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [ ] Não [ ] Sim				
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	De que forma incomoda?
ESTÁ SENTINDO OU SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? [ ] Não [ ] Sim				
[ ] Dor de cabeça	[ ] Problema gastrointestinal	[ ] Problema sexual	[ ] Fadiga / Cansaço	
[ ] Coceira / Urticária	[ ] Tontura / Desequilíbrio	[ ] Dor muscular	[ ] Mudança no humor	
[ ] Problemas de sono	[ ] Incontinência / Problema urinário			
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				
ACESSO AOS MEDICAMENTOS				
Setor público	Nº medic. adquiridos	Setor privado	Nº medic. adquiridos	
[ ] Unidades de saúde		[ ] Farmácias privadas		
[ ] Farmácia Popular do Brasil		[ ] Farmácias magistrais		
[ ] Farmácia comunitária pública		[ ] Programa "Aqui tem F. Popular"		
[ ] Farmácia do estado / ambulatorial				
Quanto gasta com medicamentos mensalmente? _____				
Dificuldades de acesso: [ ] Não [ ] Sim: _____				
<b>Outras observações importantes:</b>				

<b>PACIENTE:</b>		<b>DATA:</b> ___/___/___		
<b>CAPACIDADE DE GESTÃO DOS MEDICAMENTOS</b>				
<b>AUTONOMIA</b>				
<b>No que diz respeito ao uso dos medicamentos:</b>				
<input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência		<input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência		<input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho
OBS.: Se o paciente for incapaz de tomar sozinho, o próximo teste (MED TAKE) deve ser aplicado ao cuidador.				
<b>MED TAKE</b>				
Raehl CL, Bond CA, Woods T, Patry RA, Sleeper RB: Individualized drug use assessment in the elderly. <i>Pharmacotherapy</i> 2002, 22(10):1239-1248.				
<b>Avaliar a execução das seguintes atividades para cada medicamento:</b> 0 – Incorreta / 1 - Correta	<b>Identificação do medicamento e da dose</b>	<b>Descrição da indicação</b>	<b>Coingestão com alimentos e líquidos</b>	<b>Descrição do regime posológico</b>
Med 1:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 2:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 3:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 4:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 5:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 6:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 7:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 8:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 9:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 10:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 11:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 12:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 13:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 14:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 15:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 16:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 17:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 18:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 19:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 20:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
<b>Número de medicamentos utilizados pelo paciente:</b>	<b>Somatória total dos pontos:</b>			
	<b>Conversão para escore de 100 pontos:</b>			

<b>AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO GERAL DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA</b>	
<b>PGS (EVA):</b>	<b>Motivo:</b>
<b>QV (EVA):</b>	<b>Motivo:</b>

<b>PACIENTE:</b>		<b>DATA:</b> ___/___/___	
<b>ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS DIANTE DO TRATAMENTO</b>			
<b>ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)</b>			
<small>Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 12(1):118–23. 2009.</small>			
<b>Com que frequência você:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Às Vezes</b>	<b>Quase sempre</b>
	<b>Semp re</b>		
<b>T1.</b> Esquece de tomar seus medicamentos?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>T2.</b> Decide não tomar seus medicamentos naquele dia?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>R3.</b> Esquece de ir à farmácia pegar seus medicamentos?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>R4.</b> Deixa acabar seus medicamentos?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>T5.</b> Deixa de tomar seu medicamento porque vai a uma consulta médica?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>T6.</b> Deixa de tomar seu medicamento quando se sente melhor?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>T7.</b> Deixa de tomar seu medicamento quando se sente mal ou doente?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>T8.</b> Deixa de tomar seu medicamento quando está mais descuidado consigo mesmo?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>T9.</b> Muda a dose do seu medicamento por alguma necessidade? (como quando você toma mais ou menos comprimidos do que deveria tomar)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>T10.</b> Esquece de tomar o medicamento quando tem que tomar mais de 1 vez ao dia?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>R11.</b> Deixa de adquirir seu medicamento por causa do preço muito caro?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]
	[ 4 ]		
<b>R12.</b> Se antecipa e busca seu medicamento na farmácia antes mesmo de acabar seu medicamento em casa?	[ 4 ]	[ 3 ]	[ 2 ]
	[ 1 ]		
<b>SOMATÓRIA TOTAL:</b>		<b>SOMA T:</b>	<b>SOMA R:</b>
Melhor adesão = 12 / Pior Adesão = 48	/48	/32 Melhor = 8 / Pior = 32	/16 Melhor = 4 / Pior = 16
<b>BELIEFS ABOUT MEDICATIONS (BMQ)</b>			
<small>Salgado T, Marques A, Gerales L, Benrimoj S, Horne R, Fernandez-Llimos F. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. São Paulo medical journal. 2013 Apr;131(2):88–94.</small>			
<b>Opinião do paciente sobre os medicamentos que lhe foram receitados:</b>	<b>Concordo</b>	<b>Não tenho certeza</b>	<b>Discordo</b>
<b>N1</b> - Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>P1</b> - Ter que tomar estes medicamentos me preocupa	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>N2</b> - A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>P2</b> - Às vezes os efeitos em longo prazo destes medicamentos me preocupam	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>N3</b> - Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>P3</b> - Estes medicamentos são um mistério para mim	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>N4</b> - A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>P4</b> - Estes medicamentos perturbam a minha vida	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>P5</b> - Às vezes me preocupo em ficar muito dependente destes medicamentos	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>N5</b> - Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>P6</b> - Estes medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>SOMATÓRIA NECESSIDADE:</b>	/ 15	<b>Escala 0-100:</b>	N
<b>SOMATÓRIA PREOCUPAÇÃO:</b>	/ 18	<b>Escala 0-100:</b>	P
<b>Algum(uns) medicamento(s) problemático(s)?</b> [ ] SIM [ ] NÃO			
Quais / por que:			



<b>PACIENTE:</b>		<b>DATA:</b> ____/____/____	
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>			
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS AO PROCESSO DE USO DE MEDICAMENTOS</b>		<b>MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS / OBS</b>	
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b> [ ] Não [ ] Sim			
<input type="checkbox"/>	Condição clínica sem tratamento	PS01	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de medicamento adicional	PS02	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de tratamento preventivo	PS03	
<input type="checkbox"/>	Prescrição em subdose	PS04	
<input type="checkbox"/>	Prescrição em sobredose	PS05	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de adm. incorreta	PS06	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de adm. incorreto sem alteração da dose diária	PS07	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento incorreta	PS08	
<input type="checkbox"/>	Medicamento inapropriado / contraindicado	PS09	
<input type="checkbox"/>	Medicamento ineficaz	PS10	
<input type="checkbox"/>	Medicamento sem indicação clínica	PS11	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica na mesma prescrição	PS12	
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-medicamento	PS13	
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-alimento	PS14	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais efetiva	PS15	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais segura	PS16	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais custo-efetiva	PS17	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de seleção e prescrição	PS99	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b> [ ] Não [ ] Sim			
<input type="checkbox"/>	Administração do medicamento incorreto	PA01	
<input type="checkbox"/>	Técnica de administração incorreta	PA02	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de administração incorreta	PA03	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de adm. incorreto sem alteração da dose diária	PA04	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	PA05	
<input type="checkbox"/>	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	PA06	
<input type="checkbox"/>	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	PA07	
<input type="checkbox"/>	Redução abrupta de dose pelo paciente	PA08	
<input type="checkbox"/>	Paciente não iniciou o tratamento	PA09	
<input type="checkbox"/>	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	PA10	
<input type="checkbox"/>	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	PA11	
<input type="checkbox"/>	Uso abusivo do medicamento	PA12	
<input type="checkbox"/>	Automedicação indevida	PA13	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à adm. e adesão não especificados	PA99	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b> [ ] Não [ ] Sim			
<input type="checkbox"/>	Desvio de qualidade aparente	PQ01	
<input type="checkbox"/>	Medicamento vencido	PQ02	
<input type="checkbox"/>	Armazenamento incorreto	PQ03	
<input type="checkbox"/>	Suspeita de medicamento falsificado	PQ04	
<input type="checkbox"/>	Medicamento sem registro	PQ05	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à qualidade	PQ99	

<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Erro de rotulagem	PE01	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto	PE02	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de dose incorreta	PE03	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	PE04	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de quantidade incorreta	PE05	
<input type="checkbox"/>	Paciente incorreto	PE06	
<input type="checkbox"/>	Omissão de dispensação de medicamento	PE07	
<input type="checkbox"/>	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	PE99	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Omissão de medicamento prescrito	PD01	
<input type="checkbox"/>	Medicamento discrepante	PD02	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições	PD03	
<input type="checkbox"/>	Dose discrepante	PD04	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de adm. discrepante	PD05	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de adm. discrepante sem alterar a dose diária	PD06	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento discrepante	PD07	
<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas	PD99	
<b>MONITORAMENTO</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de exame laboratorial	PM01	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial	PM02	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento	PM03	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de monitoramento não especificados	PM99	
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS AO RESULTADO TERAPÊUTICO</b>		<b>MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS / OBS</b>	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo devido a problema no processo de uso	RE01	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida	RE02	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	RR01	
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	RR02	
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	RR03	
<input type="checkbox"/>	Reação retardada / Teratogênese (tipo D)	RR04	
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação do medicamento (tipo E)	RR05	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada	RR06	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental	RI01	
<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	RI02	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento			
<b>Informações adicionais:</b>			

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES	
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		[ ] Não [ ] Sim	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico	IA01	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral	IA02	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	IA03	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	IA04	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral	IA05	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento sobre automonitoramento	IA06	
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado	IA99	
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		[ ] Não [ ] Sim	
<input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento	IT01	
<input type="checkbox"/>	Suspensão de medicamento	IT02	
<input type="checkbox"/>	Substituição de medicamento	IT03	
<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacêutica	IT04	
<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração	IT05	
<input type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	IT06	
<input type="checkbox"/>	Aumento da dose diária	IT07	
<input type="checkbox"/>	Redução de dose diária	IT08	
<input type="checkbox"/>	Outras alterações na terapia não especificadas	IT99	
<b>RECOMENDAÇÃO DE MONITORAMENTO</b>		[ ] Não [ ] Sim	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de exame laboratorial	IM01	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento não laboratorial	IM02	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de automonitoramento	IM03	
<input type="checkbox"/>	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	IM99	
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		[ ] Não [ ] Sim	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico	IE01	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao médico	IE02	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao psicólogo	IE03	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao nutricionista	IE04	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a serviço de suporte social	IE05	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a programa de educação estruturada	IE06	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao pronto-atendimento	IE07	
<input type="checkbox"/>	Outros encaminhamentos não especificados	IE99	
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		[ ] Não [ ] Sim	
<input type="checkbox"/>	Lista ou Calendário posológico de medicamentos	IP01	
<input type="checkbox"/>	Rótulos / Instruções pictóricas	IP02	
<input type="checkbox"/>	Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais	IP03	
<input type="checkbox"/>	Material educativo impresso / Panfleto	IP04	
<input type="checkbox"/>	Informação científica impressa	IP05	
<input type="checkbox"/>	Diário para automonitoramento	IP06	
<input type="checkbox"/>	Organizador de comp. ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento	IP07	
<input type="checkbox"/>	Dispositivo para automonitoramento	IP08	
<input type="checkbox"/>	Provisão de materiais não especificados	IP99	
( ) Nenhuma intervenção realizada no momento			
<b>AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE</b>			
<b>AGENDAMENTO E FINALIZAÇÃO</b>			
Data e horário da próxima consulta:		Farmacêutico:	Tempo da consulta (min):

### **APÊNDICE 3**

Prontuário de consulta de retorno do serviço de Cuidado Farmacêutico Ambulatorial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**REGISTRO DE CONSULTA**

<b>PACIENTE:</b>		<b>DATA:</b> ____/____/____	<b>Hora início:</b>
<b>PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS</b>			
<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada problema de saúde</b>		<b>Estado Clínico Atual*</b>
	<b>Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

FARMACOTERAPIA ATUAL															
Informações obtidas da prescrição e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente		Informações obtidas da prescrição		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador											
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)			
Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização
ALERGIAS			
Alergias conhecidas [ ] Não [ ] Sim:			

ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	De que forma incomoda?
ESTÁ SENTINDO OU SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço	
<input type="checkbox"/> Coceira / Urticária	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio	<input type="checkbox"/> Dor muscular	<input type="checkbox"/> Mudança no humor	
<input type="checkbox"/> Problemas de sono	<input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário			
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				
ACESSO AOS MEDICAMENTOS				
Setor público	Nº medic. adquiridos	Setor privado	Nº medic. adquiridos	
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde		<input type="checkbox"/> Farmácias privadas		
<input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular		<input type="checkbox"/> Farmácias magistrais		
<input type="checkbox"/> Farmácia comunitária pública		<input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem F. Popular"		
<input type="checkbox"/> Farmácia do estado / ambulatorial				
Quanto gasta com medicamentos mensalmente? _____				
Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____				

RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES	
Intervenções:	Evolução / O que aconteceu:
Mudanças no comportamento e adesão ao paciente ao tratamento	
Exames de monitoramento realizados	
Alterações na farmacoterapia realizadas	
Consultas realizadas com médico e outros profissionais	

<b>PACIENTE:</b>		<b>DATA:</b> ___/___/___	
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>			
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS AO PROCESSO DE USO DE MEDICAMENTOS</b>		<b>MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS / OBS</b>	
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b> [ ] Não [ ] Sim			
<input type="checkbox"/>	Condição clínica sem tratamento	PS01	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de medicamento adicional	PS02	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de tratamento preventivo	PS03	
<input type="checkbox"/>	Prescrição em subdose	PS04	
<input type="checkbox"/>	Prescrição em sobredose	PS05	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de adm. incorreta	PS06	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de adm. incorreto sem alteração da dose diária	PS07	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento incorreta	PS08	
<input type="checkbox"/>	Medicamento inapropriado / contraindicado	PS09	
<input type="checkbox"/>	Medicamento ineficaz	PS10	
<input type="checkbox"/>	Medicamento sem indicação clínica	PS11	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica na mesma prescrição	PS12	
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-medicamento	PS13	
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-alimento	PS14	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais efetiva	PS15	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais segura	PS16	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais custo-efetiva	PS17	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de seleção e prescrição	PS99	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b> [ ] Não [ ] Sim			
<input type="checkbox"/>	Administração do medicamento incorreto	PA01	
<input type="checkbox"/>	Técnica de administração incorreta	PA02	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de administração incorreta	PA03	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de adm. incorreto sem alteração da dose diária	PA04	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	PA05	
<input type="checkbox"/>	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	PA06	
<input type="checkbox"/>	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	PA07	
<input type="checkbox"/>	Redução abrupta de dose pelo paciente	PA08	
<input type="checkbox"/>	Paciente não iniciou o tratamento	PA09	
<input type="checkbox"/>	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	PA10	
<input type="checkbox"/>	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	PA11	
<input type="checkbox"/>	Uso abusivo do medicamento	PA12	
<input type="checkbox"/>	Automedicação indevida	PA13	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à adm. e adesão não especificados	PA99	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b> [ ] Não [ ] Sim			
<input type="checkbox"/>	Desvio de qualidade aparente	PQ01	
<input type="checkbox"/>	Medicamento vencido	PQ02	
<input type="checkbox"/>	Armazenamento incorreto	PQ03	
<input type="checkbox"/>	Suspeita de medicamento falsificado	PQ04	
<input type="checkbox"/>	Medicamento sem registro	PQ05	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à qualidade	PQ99	



<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Erro de rotulagem	PE01	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto	PE02	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de dose incorreta	PE03	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	PE04	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de quantidade incorreta	PE05	
<input type="checkbox"/>	Paciente incorreto	PE06	
<input type="checkbox"/>	Omissão de dispensação de medicamento	PE07	
<input type="checkbox"/>	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	PE99	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Omissão de medicamento prescrito	PD01	
<input type="checkbox"/>	Medicamento discrepante	PD02	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições	PD03	
<input type="checkbox"/>	Dose discrepante	PD04	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de adm. discrepante	PD05	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de adm. discrepante sem alterar a dose diária	PD06	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento discrepante	PD07	
<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas	PD99	
<b>MONITORAMENTO</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de exame laboratorial	PM01	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial	PM02	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento	PM03	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de monitoramento não especificados	PM99	
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS AO RESULTADO TERAPÊUTICO</b>		<b>MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS / OBS</b>	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo devido a problema no processo de uso	RE01	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida	RE02	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	RR01	
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	RR02	
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	RR03	
<input type="checkbox"/>	Reação retardada / Teratogênese (tipo D)	RR04	
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação do medicamento (tipo E)	RR05	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada	RR06	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental	RI01	
<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	RI02	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento			

**Informações adicionais:**

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES	
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		[ ] Não [ ] Sim	
( )	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico	IA01	
( )	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral	IA02	
( )	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	IA03	
( )	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	IA04	
( )	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral	IA05	
( )	Aconselhamento sobre automonitoramento	IA06	
( )	Outro aconselhamento não especificado	IA99	
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		[ ] Não [ ] Sim	
( )	Início de novo medicamento	IT01	
( )	Suspensão de medicamento	IT02	
( )	Substituição de medicamento	IT03	
( )	Alteração de forma farmacêutica	IT04	
( )	Alteração de via de administração	IT05	
( )	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	IT06	
( )	Aumento da dose diária	IT07	
( )	Redução de dose diária	IT08	
( )	Outras alterações na terapia não especificadas	IT99	
<b>RECOMENDAÇÃO DE MONITORAMENTO</b>		[ ] Não [ ] Sim	
( )	Recomendação de exame laboratorial	IM01	
( )	Recomendação de monitoramento não laboratorial	IM02	
( )	Recomendação de automonitoramento	IM03	
( )	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	IM99	
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		[ ] Não [ ] Sim	
( )	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico	IE01	
( )	Encaminhamento ao médico	IE02	
( )	Encaminhamento ao psicólogo	IE03	
( )	Encaminhamento ao nutricionista	IE04	
( )	Encaminhamento a serviço de suporte social	IE05	
( )	Encaminhamento a programa de educação estruturada	IE06	
( )	Encaminhamento ao pronto-atendimento	IE07	
( )	Outros encaminhamentos não especificados	IE99	
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		[ ] Não [ ] Sim	
( )	Lista ou Calendário posológico de medicamentos	IP01	
( )	Rótulos / Instruções pictóricas	IP02	
( )	Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais	IP03	
( )	Material educativo impresso / Panfleto	IP04	
( )	Informação científica impressa	IP05	
( )	Diário para automonitoramento	IP06	
( )	Organizador de comp. ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento	IP07	
( )	Dispositivo para automonitoramento	IP08	
( )	Provisão de materiais não especificados	IP99	
( ) Nenhuma intervenção realizada no momento			
<b>AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE</b>			
_____			
_____			
<b>AGENDAMENTO E FINALIZAÇÃO</b>			
<b>Data e horário da próxima consulta:</b>		<b>Farmacêutico:</b>	<b>Tempo da consulta (min):</b>

## APÊNDICE 4

Prontuário de primeira consulta do serviço de Cuidado Farmacêutico em domicílio ou em consultório nas Unidades Básicas de Saúde

# SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO

## PERFIL DO PACIENTE

Unidade de Saúde:	Data e horário da 1ª consulta:
Origem:	Local de atendimento: <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio
Nome do paciente:	
Data de nascimento: Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Escolaridade:	Ocupação:
Telefone:	Peso: Altura: IMC:
Endereço:	
Com quem mora?	
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:	
Autonomia na gestão dos medicamentos: <input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho	
Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:	

## HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual (is)? _____ Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____
Tabaco (cigarro, charuto, narguile): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)? _____ Quantidade / dia _____ Anos de uso _____ Anos / maço: _____
Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____

Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

## ACESSO AOS MEDICAMENTOS

<b>Setor público</b>	<b>Setor privado</b>	Quanto gasta com medicamentos mensalmente? _____ Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular <input type="checkbox"/> F. comunitária pública <input type="checkbox"/> F. especial / ambulatorial	<input type="checkbox"/> Farmácias privadas <input type="checkbox"/> Farmácias magistrais <input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem Farmácia Popular"	

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde do paciente</b>	<b>Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual *</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

**PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
<b>QUALIDADE DE VIDA</b>	
<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>

## FARMACOTERAPIA ATUAL

Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

**ADESÃO AO TRATAMENTO**

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?  Não  Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?**  Não  Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**  Não  Sim

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio	<input type="checkbox"/> Dor muscular
<input type="checkbox"/> Coceira / Urticária	<input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário	<input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço
<input type="checkbox"/> Problemas de sono	<input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Mudança no humor
<input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal		

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**ALERGIAS**

**Alergias conhecidas**  Não  Sim:

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	



INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
[ ] Nenhuma intervenção realizada neste momento		

### OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE

---



---



---

### FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO

Tempo da consulta (min):	Farmacêutico / Assinatura:	Data e horário da próxima consulta:
--------------------------	----------------------------	-------------------------------------

## **APÊNDICE 5**

Prontuário de consulta de retorno do serviço de Cuidado Farmacêutico em domicílio ou em consultório nas Unidades Básicas de Saúde

**REGISTRO DE CONSULTA - RETORNO**

<b>Paciente:</b>	<b>Data:</b>	<b>Hora Início:</b>
<b>RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES</b>		
<b>MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA</b>	<b>Evolução / O que aconteceu:</b>	
Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento		
Alterações na farmacoterapia realizadas		
Exames de monitoramento realizados		
Consultas realizadas com médico e outros profissionais		

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde do paciente</b>	<b>Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual*</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

## FARMACOTERAPIA ATUAL

Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

### ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?  Não  Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?**  Não  Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**  Não  Sim

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Coceira / Urticária <input type="checkbox"/> Problemas de sono <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor
--	--	---

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**OBSERVAÇÕES**

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
[ ] Nenhuma intervenção realizada neste momento		

### OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE

<hr/> <hr/> <hr/>	
-------------------	--

### FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO

<b>Tempo da consulta (min):</b>	<b>Farmacêutico / Assinatura:</b>	<b>Data e horário da próxima consulta:</b>
---------------------------------	-----------------------------------	--

## APÊNDICE 6

Prontuário do serviço de Cuidado Farmacêutico em consultório nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)



# SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO – UPAs

## Atendimento em consultório

### PERFIL DO PACIENTE

UPA:	Data e horário da consulta:
Nome do paciente:	
UBS de referência:	
Por que procurou atendimento na UPA?	
Data de nascimento:	Idade:
Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Escolaridade:	Ocupação/horário:
Telefone:	Endereço:
Com quem mora?	
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:	
Autonomia na gestão dos medicamentos:	
<input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Precisa de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho	
Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:	

### HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Tabaco: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	<b>Rotina (horários e observações importantes)</b>					
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar

### ACESSO AOS MEDICAMENTOS

<b>Setor público</b>	<b>Setor privado</b>	Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Farmácia Popular do Brasil <input type="checkbox"/> F. comunitária pública <input type="checkbox"/> F. ambulatorial <input type="checkbox"/> Farmácia do estado	<input type="checkbox"/> Farmácias privadas <input type="checkbox"/> Farmácias magistrais <input type="checkbox"/> Programa “Aqui tem Farmácia Popular”	

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual *</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente		Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador											
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

**ADESÃO AO TRATAMENTO**

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?  Não  Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?**  Não  Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**  Não  Sim

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio	<input type="checkbox"/> Dor muscular
<input type="checkbox"/> Coceira / Urticária	<input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário	<input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço
<input type="checkbox"/> Problemas de sono	<input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Mudança no humor
<input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal		

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**ALERGIAS**

**Alergias conhecidas**  Não  Sim:

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>RETORNO POR TELEFONE</b>		
Data: _____ Horário: _____ O que foi conversado? _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
<b>Tempo da consulta (min):</b>	<b>Farmacêutico:</b>	

## APÊNDICE 7

Prontuário do serviço de Cuidado Farmacêutico em leito nas Unidades de Pronto Atendimento  
(UPAs)

# SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO – UPAs

## Atendimento em leito

### PERFIL DO PACIENTE

UPA:	Data e horário da consulta:	
Nome do paciente:		
UBS de referência:		
Data de nascimento:	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Escolaridade:	Ocupação/horário:	
Telefone:	Endereço:	
Com quem mora?		
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:		
Autonomia na gestão dos medicamentos: <input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Precisa de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho		
Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____	
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:		

### HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Tabaco: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Hábitos alimentares (observações importantes / restrições, consumo de água e alimentos):   		

### ACESSO AOS MEDICAMENTOS

Setor público	Setor privado	Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Farmácia Popular do Brasil <input type="checkbox"/> F. comunitária pública <input type="checkbox"/> F. ambulatorial <input type="checkbox"/> Farmácia do estado	<input type="checkbox"/> Farmácias privadas <input type="checkbox"/> Farmácias magistrais <input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem Farmácia Popular"	

### OUTRAS OBSERVAÇÕES

--------------



**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS****Motivo do internamento**

<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual *</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

## FARMACOTERAPIA NO INTERNAMENTO

Princípio ativo / Concentração/ Via	Indicação	Posologia Prescrita
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente		Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador											
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

### ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?  Não  Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?**  Não  Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**  Não  Sim

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio	<input type="checkbox"/> Dor muscular
<input type="checkbox"/> Coceira / Urticária	<input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário	<input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço
<input type="checkbox"/> Problemas de sono	<input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Mudança no humor
<input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal		

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

### ALERGIAS

**Alergias conhecidas**  Não  Sim:

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>RETORNO POR TELEFONE</b>		
Data: _____ Horário: _____ O que foi conversado? _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
Tempo da consulta (min):	Farmacêutico:	

## APÊNDICE 8

Prontuário do serviço de Cuidado Farmacêutico em sala de observação nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

## SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO – UPAs

### Atendimento em Sala de Observação

#### PERFIL DO PACIENTE

UPA:	Data e horário da consulta:
Nome do paciente:	
UBS de referência:	
Por que procurou atendimento na UPA?	
Data de nascimento:	Idade:
Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Escolaridade:	Ocupação/horário:
Telefone:	Endereço:
Com quem mora?	
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:	
Autonomia na gestão dos medicamentos:	
<input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Precisa de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho	
Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:	

#### HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Tabaco: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	<b>Rotina (horários e observações importantes)</b>					
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar

#### ACESSO AOS MEDICAMENTOS

<b>Setor público</b>	<b>Setor privado</b>	Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde	<input type="checkbox"/> Farmácias privadas	
<input type="checkbox"/> Farmácia Popular do Brasil	<input type="checkbox"/> Farmácias magistrais	
<input type="checkbox"/> F. comunitária pública	<input type="checkbox"/> Programa “Aqui tem Farmácia Popular”	
<input type="checkbox"/> F. ambulatorial		
<input type="checkbox"/> Farmácia do estado		



**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual *</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente	Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)	Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador													
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

### ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?  Não  Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?**  Não  Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**  Não  Sim

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Coceira / Urticária <input type="checkbox"/> Problemas de sono <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor
--	--	---

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

### ALERGIAS

**Alergias conhecidas**  Não  Sim:

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>RETORNO POR TELEFONE</b>		
Data: _____ Horário: _____ O que foi conversado? _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
<b>Tempo da consulta (min):</b>	<b>Farmacêutico:</b>	

## APÊNDICE 9

Prontuário de primeira consulta do serviço de cuidado farmacêutico em domicílio ou consultório nos Centros de Atenção Psicossociais

# SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO – CAPS

## Atendimento em consultório ou domicílio

### PERFIL DO PACIENTE

Nome do paciente:		
Data e horário da 1ª consulta:		
Unidade de Saúde de referência:	Local de atendimento: <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio	
É acompanhado por algum farmacêutico em consultório? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Onde?		
Data de nascimento:	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Escolaridade:	Ocupação:	
Telefone:	Peso:	Altura: IMC:
Endereço:		
Quais dias e horários que frequente o CAPS?		
Com quem mora?		
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:		
Autonomia na gestão dos medicamentos: <input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Precisa de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho		
Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____	
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:		

### HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____ Deixa de tomar os medicamentos quando bebe?							
Tabaco (cigarro, charuto, narguile): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)? _____ Quantidade / dia _____ Anos de uso _____ Anos / maço: _____							
Uso de drogas ilícitas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Utilizava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)? _____ Quantidade / dia _____ Anos de uso _____							
Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____							
Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

Informações importantes do contexto social:
---

### ACESSO AOS MEDICAMENTOS

<b>Setor público</b>	<b>Setor privado</b>	Quanto gasta com medicamentos mensalmente? _____ Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Farmácia Popular do Brasil <input type="checkbox"/> F. comunitária pública <input type="checkbox"/> F. ambulatorial <input type="checkbox"/> Farmácia do estado	<input type="checkbox"/> Farmácias privadas <input type="checkbox"/> Farmácias magistrais <input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem Farmácia Popular"	

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde/CID e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual *</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

**PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
--------------	----------------

**QUALIDADE DE VIDA**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
--------------	----------------



## AVALIAÇÃO GLOBAL DO PACIENTE

<b>Descrição autobiográfica do paciente</b> (observações importantes da história de vida do paciente, relatadas por ele)	
<b>Aspecto</b> (indumentária, postura, expressão, modo de olhar)	
<b>Atitude com relação ao examinador</b> (respeitosa, cooperadora, desconfiada, hostil, agressiva, irônica, excêntrica, teatral, indiferente)	
<b>Com relação à fala</b> (não fala, fala com lucidez / confusão. altura, tom, fala lentamente, depressa, acompanhada por risos, gritos, choro)	
<b>Conteúdo do Discurso</b> (temática neurótica/ inerente a problemas existenciais / fóbico-obsessiva/ delirante)	
<b>Alucinações</b> (auditivas, visuais, olfativas, gustativas, táteis, viscerais)	
<b>Delírios</b> (sistemizados / não sistemizados → perseguição, reivindicação, ciúme)	
<b>Humor e Afetividade</b> (depressão/ conduta suicida/ ansiedade/ expansividade)	
<b>Atitude em face da doença</b> (aceita/ nega)	
<b>Distúrbios</b> (do sono / de controle nutricional/ de controle esfinteriano/ de comportamento sexual/ de relação interpessoal)	

## AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO PESSOAL DO PACIENTE

(Avaliar cada item conforme a relevância da informação para o entendimento do caso e a possibilidade de investigação)

<b>Parto</b> (eutócico / distócico)	
<b>Aleitamento</b> (materno / artificial realizado pela mãe ou por estranhos)	
<b>Patologia psíquica infantil</b> (histórico na infância de anomalia do desenvolvimento/ distúrbios somatogênicos/ distúrbios constitucionais ou endógenos / distúrbios psicorreativos)	
<b>Desenvolvimento infanto-puberal</b> (idade pré escolar / idade escolar / puberdade / desenvolvimento psicofísico – normal, acelerado, retardado)	
<b>História escolar e educacional</b> (anos de instrução, nível de instrução/ ambiente educacional/ fatores negativos e dificuldades associadas ao rendimento escolar)	
<b>Experiências sexuais</b> (masturbação, primeira relação sexual, relações homossexuais, fontes de informação, sentimento de culpa)	
<b>Família atual</b> (com quem vive, afinidades e desafetos / preferiria viver só)	
<b>Relações com o cônjuge</b> (indiferença, afeto, compreensão, autoritarismo, agressividade, infidelidade) (frequência de brigas e seus motivos)	
<b>Ambiente de trabalho</b> (função, jornada, ambiente coletivo/ individual) / (o trabalho satisfaz, traz prazer, estressa, gostaria de mudar)	
<b>Tempo livre</b> (descansa, exerce atividade de lazer / sozinho, com a família, com amigos)	
<b>Atividade sexual</b> (inexistente, com o cônjuge, extraconjugais; satisfação sexual, etc.)	
<b>Filhos</b> (número de filhos/ eram desejados? / atitude em relação aos filhos / há harmonia entre os filhos?)	
<b>Experiência com a medicação</b> (Acha que precisa de medicamentos?/ Acha que o medicamento ajuda?/ Não gosta dos medicamentos?/ Teve experiência ruim com o medicamento no passado?/ Tem medo do medicamento?/ Acha que não pode ficar sem o medicamento?)	

## AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO FAMILIAR DO PACIENTE

(Avaliar cada item conforme a relevância da informação para o entendimento do caso e a possibilidade de investigação)

<b>Pai</b> (vivo, falecido, causa e idade da morte, idade do paciente na época da morte, grau de instrução, estado de saúde, enfermidades, alcoolismo, dependência química)	
<b>Mãe</b> (viva, falecida, causa e idade da morte, idade do paciente na época da morte, grau de instrução, estado de saúde, enfermidades, alcoolismo, dependência química)	
<b>Relação pai-mãe</b> (casados, separados, atmosfera familiar, figura dominante)	
<b>Relação pai-sujeito</b> (desinteresse, afeto, superproteção, rigor excessivo, agressividade)	
<b>Relação mãe-sujeito</b> (desinteresse, afeto, superproteção, rigor excessivo, agressividade)	
<b>Relação sujeito-pai</b> (afeto, admiração, temor, compaixão, hostilidade, distanciamento afetivo)	
<b>Relação sujeito-mãe</b> (afeto, admiração, temor, compaixão, hostilidade, distanciamento afetivo)	
<b>Comunicação pais-filho</b> (ausência de comunicação, pseudocomunicação, comunicação desagregadora, autoritária, destrutiva)	
<b>Modelo parental</b> (presença, ausência, abandono → separação, doença, morte, prisão, trabalho, etc.)	
<b>Relação fraternal</b> (primogênia, secundogenia, inveja, apoio, competição, afetuosidade, indiferença, proteção, predileção, menosprezo)	
<b>Presença de doença mental entre parentes</b> (descrição diagnóstica pelo paciente)	
<b>Como a família vê a doença do sujeito</b> (aceita, reforça, nega)	

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente		Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador												
Princípio ativo / Concentração		Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
					Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
					A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
9.																
10.																
11.																
12.																
13.																
14.																
15.																
16.																
17.																
18.																
19.																
20.																

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

**ADESÃO AO TRATAMENTO**

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?  Não  Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?**  Não  Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**  Não  Sim

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio	<input type="checkbox"/> Dor muscular
<input type="checkbox"/> Coceira / Urticária	<input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário	<input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço
<input type="checkbox"/> Problemas de sono	<input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Mudança no humor
<input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal		

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, chás, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**ALERGIAS**

**Alergias conhecidas**  Não  Sim:

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>OUTRAS AÇÕES PACTUADAS</b>		
_____ _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
Tempo da consulta:	Próxima consulta:	Farmacêutico:

## APÊNDICE 10

Prontuário de retorno do serviço de cuidado farmacêutico em domicílio ou consultório nos Centros de Atenção Psicossociais



**REGISTRO DE CONSULTA – RETORNO (CAPS)**

<b>Paciente:</b>	<b>Data:</b>	<b>Hora Início:</b>
<b>RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES</b>		
<b>MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA</b>	<b>Evolução / O que aconteceu:</b>	
Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento		
Alterações na farmacoterapia realizadas		
Exames de monitoramento realizados		
Consultas realizadas com médico e outros profissionais		

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual*</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

**PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
<b>QUALIDADE DE VIDA</b>	
<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente		Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador											
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

### ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?  Não  Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?**  Não  Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**  Não  Sim

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Coceira / Urticária <input type="checkbox"/> Problemas de sono <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor
--	--	---

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**OBSERVAÇÕES**

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>OUTRAS AÇÕES PACTUADAS</b>		
_____ _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
Tempo da consulta:	Próxima consulta:	Farmacêutico:

## APÊNDICE 11

Prontuário de consulta em leito do serviço de cuidado farmacêutico nos Centros de Atenção  
Psicossociais

# SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO – CAPS

## Atendimento em leito

### PERFIL DO PACIENTE

Nome do paciente:			
Data e horário da 1ª consulta:			
Unidade de Saúde de referência:	Local de atendimento: <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio		
É acompanhado por algum farmacêutico em consultório? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Onde?			
Data de nascimento:	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Escolaridade:	Ocupação:		
Telefone:	Peso:	Altura:	IMC:
Endereço:			
Quais dias e horários que frequente o CAPS?			
Com quem mora?			
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:			
Autonomia na gestão dos medicamentos: <input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Precisa de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho			
Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____		
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:			

### HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____ Deixa de tomar os medicamentos quando bebe?							
Tabaco (cigarro, charuto, narguile): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)? _____ Quantidade / dia _____ Anos de uso _____ Anos / maço: _____							
Uso de drogas ilícitas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Utilizava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)? _____ Quantidade / dia _____ Anos de uso _____							
Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____							
Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

Informações importantes do contexto social:
---

### ACESSO AOS MEDICAMENTOS

<b>Setor público</b> <input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Farmácia Popular do Brasil <input type="checkbox"/> F. comunitária pública <input type="checkbox"/> F. ambulatorial <input type="checkbox"/> Farmácia do estado	<b>Setor privado</b> <input type="checkbox"/> Farmácias privadas <input type="checkbox"/> Farmácias magistrais <input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem Farmácia Popular"	Quanto gasta com medicamentos mensalmente? _____ Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____
---	---	---

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

Motivo do internamento

<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual *</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)



## FARMACOTERAPIA NO INTERNAMENTO

Princípio ativo / Concentração/ Via	Indicação	Posologia Prescrita
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente		Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador												
Princípio ativo / Concentração		Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
					Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
					A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
9.																
10.																
11.																
12.																
13.																
14.																
15.																
16.																
17.																
18.																
19.																
20.																

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

**ADESÃO AO TRATAMENTO**

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?  Não  Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?**  Não  Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**  Não  Sim

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio	<input type="checkbox"/> Dor muscular
<input type="checkbox"/> Coceira / Urticária	<input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário	<input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço
<input type="checkbox"/> Problemas de sono	<input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Mudança no humor
<input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal		

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**ALERGIAS**

**Alergias conhecidas**  Não  Sim:

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>RETORNO POR TELEFONE</b>		
Data: _____ Horário: _____ O que foi conversado? _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
<b>Tempo da consulta (min):</b>	<b>Farmacêutico:</b>	

## **APÊNDICE 12**

Prontuário de primeira consulta do serviço de cuidado farmacêutico nos Centros de especialidades.

# SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO – CENTROS DE ESPECIALIDADES

## PERFIL DO PACIENTE

Nome do paciente:		Data:	
Origem: <input type="checkbox"/> Encaminhamento pela equipe <input type="checkbox"/> Busca ativa <input type="checkbox"/> Demanda espontânea			
Nome social:		Unidade de Saúde:	
Data de nascimento:	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Escolaridade:		Ocupação:	
Peso:	Altura:	IMC:	
Telefone:		Endereço:	
Autoriza contato? Telefônico ( ) US através de gestor de cuidado ( )			
Com quem mora?			
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:			
Autonomia na gestão dos medicamentos: <input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho			
Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____	
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:			

## HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tem interesse em parar ou diminuir							
Tabaco (cigarro, charuto, narguile): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tem interesse em parar ou diminuir							
Utiliza alguma outra substância? (ex: cocaína, maconha, etc.) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

## ACESSO AOS MEDICAMENTOS

<b>Setor público</b>	<b>Setor privado</b>	Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Farmácia Popular do Brasil <input type="checkbox"/> F. comunitária pública <input type="checkbox"/> F. ambulatorial <input type="checkbox"/> Farmácia do estado	<input type="checkbox"/> Farmácias privadas <input type="checkbox"/> Farmácias magistrais <input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem Farmácia Popular"	

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual *</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

**PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
--------------	----------------

**QUALIDADE DE VIDA**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
--------------	----------------



## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente	Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador												
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

**ADESÃO AO TRATAMENTO**

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? [ ] Não [ ] Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada? [ ] Não [ ] Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos? [ ] Não [ ] Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos? [ ] Não [ ] Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?** [ ] Não [ ] Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?** [ ] Não [ ] Sim

[ ] Dor de cabeça	[ ] Tontura / Desequilíbrio	[ ] Dor muscular
[ ] Coceira / Urticária	[ ] Incontinência / Problema urinário	[ ] Fadiga / Cansaço
[ ] Problemas de sono	[ ] Problema sexual	[ ] Mudança no humor
[ ] Problema gastrointestinal		

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**ALERGIAS**

**Alergias conhecidas** [ ] Não [ ] Sim: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES E INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>OUTRAS AÇÕES PACTUADAS</b>		
_____ _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
Tempo da consulta:	Próxima consulta:	Farmacêutico:



## **APÊNDICE 13**

Prontuário de consulta de retorno do serviço de cuidado farmacêutico nos Centros de especialidades.

**REGISTRO DE CONSULTA – RETORNO (CENTROS DE ESPECIALIDADES)**

<b>Paciente:</b>	<b>Data:</b>	<b>Hora Início:</b>
<b>RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES</b>		
<b>MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA</b>	<b>Evolução / O que aconteceu:</b>	
Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento		
Alterações na farmacoterapia realizadas		
Exames de monitoramento realizados		
Consultas realizadas com médico e outros profissionais		

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)</b>	<b>Estado Clínico Atual*</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

**PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
<b>QUALIDADE DE VIDA</b>	
<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente	Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)	Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador													
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei



### ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? [ ] Não    [ ] Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada? [ ] Não    [ ] Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos? [ ] Não    [ ] Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos? [ ] Não    [ ] Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?** [ ] Não    [ ] Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINAIS E SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**

[ ] Não    [ ] Sim

- Dor de cabeça
- Coceira / Urticária
- Problemas de sono
- Problema gastrointestinal

- Tontura / Desequilíbrio
- Incontinência / Problema urinário
- Problema sexual

- Dor muscular
- Fadiga / Cansaço
- Mudança no humor

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**OBSERVAÇÕES**

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>OUTRAS AÇÕES PACTUADAS</b>		
_____ _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
Tempo da consulta:	Próxima consulta:	Farmacêutico:



## APÊNDICE 14

Prontuário das consultas do serviço de cuidado farmacêutico na maternidade.

# SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO – MATERNIDADE

## PERFIL DO PACIENTE

Nome do paciente:	Data da consulta:
UBS do Paciente:	Data de nascimento: Idade:
Escolaridade:	Telefone:
Idade Gestacional:	Classificação de Risco da Gestação:
Nº da gestação:	Histórico de partos: [ ] Cesária ____ [ ] Normal ____

Teve algum aborto? [ ] Não [ ] Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

Com quem mora?

Limitações: [ ] Nenhuma [ ] Locomoção [ ] Fala [ ] Visão [ ] Audição [ ] Outras:

Autonomia na gestão dos medicamentos:

[ ] Toma medicamentos sem assistência [ ] Necessita de lembretes ou de assistência [ ] Incapaz de tomar sozinho

Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:

## HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: [ ] Não [ ] Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

Quantidade ingerida: \_\_\_\_\_ Frequência de uso: \_\_\_\_\_ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

Tabaco (cigarro, charuto, narguile): [ ] Não [ ] Fumava, mas parou há \_\_\_\_\_ [ ] Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_ Quantidade / dia \_\_\_\_\_ Anos de uso \_\_\_\_\_ Anos / maço: \_\_\_\_\_

Exercício físico: [ ] Não [ ] Sim. Tipo de atividade: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_ Sente algum incômodo? \_\_\_\_\_

Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):

Rotina (horários e observações importantes)

Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

## ACESSO AOS MEDICAMENTOS

Setor público	Setor privado	Dificuldades de acesso: [ ] Não [ ] Sim: _____ _____
[ ] Unidades de saúde	[ ] Farmácias privadas	
[ ] Farmácia Popular do Brasil	[ ] Farmácias magistrais	
[ ] F. comunitária pública	[ ] Programa "Aqui tem Farmácia Popular"	
[ ] F. ambulatorial		
[ ] Farmácia do estado		

## ESTADO VACINAL

[ ] Completo [ ] Incompleto [ ] Incerto

[ ] Hepatite [ ] Influenza [ ] Tríplice bacteriana

Ver histórico\*: [ ] Tríplice viral [ ] Poliomielite [ ] Pneumocócica [ ] Meningocócica [ ] Haemophilus influenzae b

## PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS

Problemas de saúde e queixas do paciente	Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	Estado Clínico Atual *
1.		
2.		
3.		
4.		

### OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

## PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
--------------	----------------

## QUALIDADE DE VIDA

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
--------------	----------------

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente	Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador											
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada						Tempo de uso	Como funciona p/ você?			
				Café		Almoço		Lanche				Janta	HD	SN
				A	D	A	D	A	D			A	D	-
1.														
2.														
3.														
ATB1.				Data de início:				Data de término:						
ATB2.				Data de início:				Data de término:						

**HISTÓRICO DE USO DE ANTIBIÓTICO DURANTE A GESTAÇÃO**

Durante a gestação, a senhora já fez uso de antibiótico para tratar alguma infecção? [ ] NÃO [ ] SIM

Lembra qual foi o medicamento? \_\_\_\_\_

Como funcionou a medicação para senhora? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo utilizou o medicamento? \_\_\_\_\_

Fez exames de avaliação após o tratamento? \_\_\_\_\_

**ADESÃO AO TRATAMENTO**A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?  
\_\_\_\_\_

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? [ ] Não [ ] Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada? [ ] Não [ ] Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos? [ ] Não [ ] Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos? [ ] Não [ ] Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [ ] Não [ ] Sim**

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? [ ] Não [ ] Sim**

[ ] Dor de cabeça	[ ] Tontura / Desequilíbrio	[ ] Dor muscular
[ ] Coceira / Urticária	[ ] Incontinência / Problema urinário	[ ] Fadiga / Cansaço
[ ] Problemas de sono	[ ] Problema sexual	[ ] Mudança no humor
[ ] Problema gastrointestinal		

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**ALERGIAS**

Alergias conhecidas [ ] Não [ ] Sim: \_\_\_\_\_

**OUTRAS INFORMAÇÕES DA PACIENTE**




PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>RETORNO POR TELEFONE</b>		
Data: _____ Horário: _____ O que foi conversado? _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
Tempo da consulta (min):	Farmacêutico:	

## APÊNDICE 15

Prontuário de primeira consulta do serviço de cuidado farmacêutico na Farmácia Popular.

# SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO – FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

## PERFIL DO PACIENTE

Nome do paciente:

Data e horário da 1ª consulta:

Origem:  Privado  SUS

Unidade de Saúde de referência:

É acompanhado por algum farmacêutico em consultório?  Não  Sim. Onde?

Data de nascimento:

Idade:

Gênero:  Masculino  Feminino

Escolaridade:

Ocupação:

Telefone:

Peso:

Altura:

IMC:

Endereço:

Com quem mora?

Limitações:  Nenhuma  Locomoção  Fala  Visão  Audição  Outras:

Autonomia na gestão dos medicamentos:

Toma medicamentos sem assistência  Precisa de lembretes ou de assistência  Incapaz de tomar sozinho

Tem cuidador?  Não  Sim

Nome: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:

## HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas:  Não  Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

Quantidade ingerida: \_\_\_\_\_ Frequência de uso: \_\_\_\_\_ Tempo de uso: \_\_\_\_\_

Tabaco (cigarro, charuto, narguile):  Não  Fumava, mas parou há \_\_\_\_\_  Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_ Quantidade / dia \_\_\_\_\_ Anos de uso \_\_\_\_\_ Anos / maço: \_\_\_\_\_

Exercício físico:  Não  Sim. Tipo de atividade: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_ Sente algum incômodo? \_\_\_\_\_

Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):

Rotina (horários e observações importantes)

Acorda

Café

Lanche

Almoço

Lanche

Jantar

Dormir

## ACESSO AOS MEDICAMENTOS

Setor público

Setor privado

Quanto gasta com medicamentos mensalmente?

Unidades de saúde

Farmácias privadas

Farmácia Popular do Brasil

Farmácias magistrais

F. comunitária pública

Programa "Aqui tem Farmácia Popular"

F. ambulatorial

Farmácia do estado

Dificuldades de acesso:  Não  Sim:

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual *</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

**PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
--------------	----------------

**QUALIDADE DE VIDA**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
--------------	----------------

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente		Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador											
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

### ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?  Não  Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?**  Não  Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**  Não  Sim

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Coceira / Urticária <input type="checkbox"/> Problemas de sono <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor
--	--	---

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

### ALERGIAS

**Alergias conhecidas**  Não  Sim:

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
[ ] Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	



INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>OUTRAS AÇÕES PACTUADAS</b>		
_____ _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
<b>Tempo da consulta:</b>	<b>Próxima consulta:</b>	<b>Farmacêutico:</b>

## APÊNDICE 16

Prontuário de consulta de retorno do serviço de cuidado farmacêutico na Farmácia Popular.

**REGISTRO DE CONSULTA – RETORNO (FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL)**

<b>Paciente:</b>	<b>Data:</b>	<b>Hora Início:</b>
<b>RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES</b>		
<b>MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA</b>	<b>Evolução / O que aconteceu:</b>	
Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento		
Alterações na farmacoterapia realizadas		
Exames de monitoramento realizados		
Consultas realizadas com médico e outros profissionais		

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas</b> (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	<b>Estado Clínico Atual*</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

**PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
<b>QUALIDADE DE VIDA</b>	
<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente		Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador											
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

### ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?  Não  Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?  Não  Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?**  Não  Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?**  Não  Sim

<input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Coceira / Urticária <input type="checkbox"/> Problemas de sono <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor
--	--	---

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**OBSERVAÇÕES**

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>OUTRAS AÇÕES PACTUADAS</b>		
_____ _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
Tempo da consulta:	Próxima consulta:	Farmacêutico:

## **APÊNDICE 17**

Formulário de dispensação farmacêutica e seleção de pacientes para consultas no serviço de cuidado farmacêutico na Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.



**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
**CUIDADO FARMACÊUTICO**
**DISPENSAÇÃO FARMACÊUTICA - CEAF**

<b>Nome:</b>		<b>Data:</b>	
<b>Informação e aconselhamento no momento da dispensação do medicamento</b>			
<input type="checkbox"/> Funcionamento da farmácia (dias e horários)		<input type="checkbox"/> Aconselhamento sobre a doença	
<input type="checkbox"/> Normas e documentos para retirada dos medicamentos		<input type="checkbox"/> Indicações e objetivos do medicamento	
<input type="checkbox"/> Renovação (datas e documentos necessários)		<input type="checkbox"/> Posologia do medicamento	
<input type="checkbox"/> Procedimentos no caso de adequação		<input type="checkbox"/> Via e técnica de administração do medicamento	
<input type="checkbox"/> Autorização para outra pessoa retirar o medicamento		<input type="checkbox"/> Possíveis reações adversas	
<input type="checkbox"/> Informações específicas para medicamento controlado		<input type="checkbox"/> Interações com medicamentos e com alimentos	
<input type="checkbox"/> Armazenamento e transporte do medicamento		<input type="checkbox"/> Medidas não-farmacológicas	
<b>Perfil do paciente</b>			
<b>Data de nascimento:</b>		<b>Idade:</b>	
		<b>Gênero:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
<b>Bairro e cidade:</b>			
<b>Origem da prescrição do CEAF:</b> <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Privado			
<b>Consulta no SUS?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<b>Tem plano de saúde?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<b>Pega medicamentos na Unidade de Saúde (US)?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<b>US de referência:</b>	
<b>Problemas de saúde diagnosticados</b>			
<b>Farmacoterapia atual (medicamentos prescritos e não prescritos)</b>			
<b>Seleção dos pacientes para o serviço de clínica farmacêutica</b>			
É o paciente ou cuidador?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Usa 5 ou mais medicamentos?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui 3 ou mais condições de saúde?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Possui dúvidas sobre os medicamentos que utiliza?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Acha que algum dos seus medicamentos não está fazendo efeito?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Sente algum incômodo ou efeito indesejado após utilizar algum medicamento?		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Tem interesse em ser acompanhado pelo farmacêutico? (Perguntar após explicar o serviço)		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<b>Selecionado para o serviço de clínica farmacêutica?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
<b>Data e horário da 1ª consulta:</b>			
<b>Tempo de atendimento:</b>		<b>Nome do farmacêutico:</b>	

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado	
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>	
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas	
<b>ENCAMINHAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados	
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>	
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados	
[ ] Nenhuma intervenção realizada neste momento	

<b>OUTRAS AÇÕES PACTUADAS</b>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

## **APÊNDICE 18**

Prontuário de primeira consulta do serviço de cuidado farmacêutico na Farmácia do  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
**CUIDADO FARMACÊUTICO**
**SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO - CEAF**
**PERFIL DO PACIENTE**

<b>Nome do paciente:</b>		
<b>Data e horário da 1ª consulta:</b>		
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Idade:</b>	<b>Gênero:</b> [ ] Masculino [ ] Feminino
<b>Escolaridade:</b>		<b>Ocupação:</b>
<b>Unidade de saúde de referência:</b>		<b>Peso:</b> <b>Altura:</b> <b>IMC:</b>
<b>Bairro e Cidade:</b>		
<b>Com quem mora?</b>		
<b>Limitações:</b> [ ] Nenhuma [ ] Locomoção [ ] Fala [ ] Visão [ ] Audição [ ] Outras:		
<b>Autonomia na gestão dos medicamentos:</b> [ ] Toma medicamentos sem assistência [ ] Necessita de lembretes ou de assistência [ ] Incapaz de tomar sozinho		
<b>Tem cuidador?</b> [ ] Não [ ] Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____	
<b>Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:</b>		

**HISTÓRIA SOCIAL**

<b>Bebidas alcoólicas:</b> [ ] Não [ ] Sim. Qual (is)? _____ Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____							
<b>Tabaco (cigarro, charuto, narguile):</b> [ ] Não [ ] Fumava, mas parou há _____ [ ] Sim Qual(is)? _____ Quantidade / dia _____ Anos de uso _____ Anos / maço: _____							
<b>Exercício físico:</b> [ ] Não [ ] Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____							
<b>Hábitos alimentares</b> (restrições, consumo de água e alimentos):	<b>Rotina (horários e observações importantes)</b>						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

**ACESSO AOS MEDICAMENTOS**

<b>Setor público</b>	<b>Setor privado</b>	<b>Dificuldades de acesso:</b> [ ] Não [ ] Sim: _____ _____ _____
[ ] Unidades de saúde	[ ] Farmácias privadas	
[ ] Farmácia Popular do Brasil	[ ] Farmácias magistrais	
[ ] F. comunitária pública	[ ] Programa "Aqui tem Farmácia Popular"	
[ ] F. ambulatorial		
[ ] Farmácia do estado		



**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde do paciente / CID-10</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)</b>	<b>Estado Clínico Atual *</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

**PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
--------------	----------------

**QUALIDADE DE VIDA**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
--------------	----------------

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente		Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)		Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador											
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada										Tempo de uso	Como funciona p/ você? *
				Café		Almoço		Lanche		Janta		HD	SN		
				A	D	A	D	A	D	A	D	-	-		
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei



**ADESÃO AO TRATAMENTO**

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?

[ ] Não [ ] Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?

[ ] Não [ ] Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?

[ ] Não [ ] Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?

[ ] Não [ ] Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [ ] Não [ ] Sim**

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? [ ] Não [ ] Sim**

[ ] Dor de cabeça  
[ ] Coceira / Urticária  
[ ] Problemas de sono  
[ ] Problema gastrointestinal

[ ] Tontura / Desequilíbrio  
[ ] Incontinência / Problema urinário  
[ ] Problema sexual

[ ] Dor muscular  
[ ] Fadiga / Cansaço  
[ ] Mudança no humor

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**ALERGIAS**

**Alergias conhecidas [ ] Não [ ] Sim:** \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES E INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>OUTRAS AÇÕES PACTUADAS</b>		
_____ _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
<b>Tempo da consulta:</b>	<b>Próxima consulta:</b>	<b>Farmacêutico:</b>

## **APÊNDICE 19**

Prontuário de retorno do serviço de cuidado farmacêutico na Farmácia do Componente Especializado do Estado.

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
**CUIDADO FARMACÊUTICO**
**REGISTRO DE CONSULTA – RETORNO (CEAF)**

<b>Paciente:</b>	<b>Data:</b>	<b>Hora Início:</b>
<b>RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES</b>		
<b>MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA</b>	<b>Evolução / O que aconteceu:</b>	
Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento		
Alterações na farmacoterapia realizadas		
Exames de monitoramento realizados		
Consultas realizadas com médico e outros profissionais		

**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>Registrar exames (com data), sinais e sintomas relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)</b>	<b>Estado Clínico Atual*</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**OUTROS EXAMES DO PACIENTE (Registrar resultados e Data de realização)**

--

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

**PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE**

<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>
<b>QUALIDADE DE VIDA</b>	
<b>Nota:</b>	<b>Motivo:</b>

## FARMACOTERAPIA ATUAL (medicamentos prescritos e medicamentos utilizados por automedicação)

Informações obtidas das prescrições e das caixas e cartelas de medicamentos trazidos pelo paciente	Informações obtidas das prescrições (para os medicamentos prescritos)	Informações obtidas com o paciente e/ou cuidador													
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Janta				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D			-	-
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															
10.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															
20.															

\* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

### ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?

O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? [ ] Não [ ] Sim

O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada? [ ] Não [ ] Sim

Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos? [ ] Não [ ] Sim

Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos? [ ] Não [ ] Sim

**ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [ ] Não [ ] Sim**

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

**ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? [ ] Não [ ] Sim**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dor de cabeça<br><input type="checkbox"/> Coceira / Urticária<br><input type="checkbox"/> Problemas de sono<br><input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio<br><input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário<br><input type="checkbox"/> Problema sexual | <input type="checkbox"/> Dor muscular<br><input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço<br><input type="checkbox"/> Mudança no humor |
|--|--|---|

**AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS**

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

**TERAPIAS COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)**

Terapia complementar	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização

**OBSERVAÇÕES E INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

<b>PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>	<b>MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)</b>
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
<b>ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>MONITORAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Necessidade de auto monitoramento	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo com causa identificada <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO</b>	
<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada / Teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b>	
<input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	








INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado		
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b>		
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas		
<b>MONITORAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
<b>ENCAMINHAMENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS</b>		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos / Instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
<b>CONTRARREFERÊNCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Para onde? _____ Responsável pelo acolhimento: _____ Motivo: <input type="checkbox"/> Problemas na seleção / prescrição <input type="checkbox"/> Problemas de adesão / administração <input type="checkbox"/> Necessidade de monitoramento <input type="checkbox"/> Tratamento não efetivo <input type="checkbox"/> RAM / Intoxicações <input type="checkbox"/> Outros: _____ Resultado da contra referência: <input type="checkbox"/> Não foi atendido <input type="checkbox"/> Foi atendido. Por quem? _____		
<b>OUTRAS AÇÕES PACTUADAS</b>		
_____ _____ _____		
<b>FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO</b>		
<b>Tempo da consulta:</b>	<b>Próxima consulta:</b>	<b>Farmacêutico:</b>

## APÊNDICE 20

### CALENDÁRIO POSOLÓGICO

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>MEDICAMENTO</b> (Princípio ativo / Concentração)	 <b>CAFÉ DA MANHÃ</b>		 <b>ALMOÇO</b>		 <b>LANCHE</b>		 <b>JANTAR</b>		 <b>HORA DE DORMIR</b>		<b>SE NECESSÁRIO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	-	-		

<b>ORIENTAÇÕES ADICIONAIS:</b>	<b>FARMACÊUTICO E CONTATO:</b>
--------------------------------	--------------------------------

## APÊNDICE 21

Ficha para Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA)

### Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA)

NOME:

DIA	HORÁRIO	VALORES - MANHÃ	HORÁRIO	VALORES - NOITE
1º DIA ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1:	___ : ___	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
2º DIA ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1:	___ : ___	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
3º DIA ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1:	___ : ___	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
4º DIA ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1:	___ : ___	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:

#### INSTRUÇÕES

- Efetuar 2 (duas) medidas de manhã, antes da tomada dos medicamentos anti-hipertensivos e antes do desjejum, e 2 (duas) medidas à noite, antes do jantar, ou após duas horas;
- Antes das medidas, deve-se esvaziar a bexiga, ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos;
- Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição;
- No momento da medição, ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima;
- Colocar o manguito no braço ao nível do coração;
- Durante a medição, não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar;
- Efetuar duas medidas em cada horário, com intervalos de 1 minuto entre as duas medidas;
- Anotar o horário e o valor de cada medida.

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico responsável

## APÊNDICE 22

Ficha para Diário Glicêmico

# DIÁRIO GLICÊMICO

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Início do monitoramento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Término do monitoramento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Jejum							
Após o café							
Antes do almoço							
Após o almoço							
Antes do jantar							
Após o jantar							
Hora de dormir							
Observações *							

\* Atividades fora da rotina, como: Festas, atividades físicas incomuns, jantares ou almoços diferentes, etc.

### INSTRUÇÕES

Obs.: Os espaços em branco na tabela indicam os horários nos quais devem ser realizadas as medidas.

1. Lavar e secar as mãos;
2. Preparar o lancetador com a lanceta;
3. Inserir a tira-teste com as barras de contato voltadas para cima na abertura de inserção do sensor;
4. O sensor automaticamente mostrará que já se pode colocar a gota de sangue;
5. Fazer a punção na lateral do dedo, usando um dispositivo de lancetagem recomendado, para obter a amostra de sangue adequada;
6. Quando o dispositivo indicar para colocar o sangue (desenho de uma gota piscando na tela), tocar a gota de sangue na área alvo da tira-teste até que a janela de confirmação esteja totalmente completa com sangue (a análise começará imediatamente);
7. Observar o resultado após alguns segundos; Registrar o resultado obtido no diário glicêmico;
8. Retirar a tira do medidor e descartá-la. Descartar a lanceta. Desligar o medidor.

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico responsável