

Aspectos envolvidos na sustentabilidade do serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa

Aspects involved in the sustainability of the comprehensive medication management services

Aspectos involucrados en la sostenibilidad del servicio de gestión integral de la farmacoterapia

Recebido:13/06/2021 | Revisado:20/06/2021 | Aceito: 23/06/2021 | Publicado: 08/07/2021

Aline Angélica de Souza Valentin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0449-8398>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: aline-angelica@hotmail.com

Cristiane de Paula Rezende

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7457-4187>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: cris7paula@gmail.com

Yone de Almeida Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5897-0160>

Centro Universitário Newton Paiva, Brasil

E-mail: yone.almeida1@gmail.com

Flávia Cristina Moura Gualberto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4804-6556>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: flavia_gualberto@hotmail.com

Simone de Araújo Medina Mendonça

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5792-0682>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: simoneamm@gmail.com

Mariana Martins Gonzaga do Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2183-4365>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: marianamgn@yahoo.com.br

Djenane Ramalho de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5548-8184>

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

E-mail: djenane.oliveira@gmail.com

Resumo

O serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) apresenta resultados clínicos, humanísticos e econômicos positivos em vários cenários de prática. Estudos já elucidaram os componentes necessários para sua implantação. Apesar disso, a maioria das iniciativas ainda não tem sucesso na perenização da oferta do serviço em longo prazo. Assim, este estudo objetivou compreender elementos que contribuem para a consolidação e perenização do serviço de GTM. A metodologia escolhida foi a teoria fundamentada nos dados. No período de maio de 2019 a fevereiro de 2020, entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com oito farmacêuticos e quatro gestores que vivenciaram a oferta do GTM em diversos cenários da saúde pública e privada de Belo Horizonte e região metropolitana. Foram utilizados também registros em diários de campo da pesquisadora e análise de documentos. Após análise sistemática dos dados, como preconizado pela teoria fundamentada, foram identificadas três categorias determinantes no processo de sustentabilidade do GTM. A primeira, denominada “O cuidado colaborativo é essencial: Não dá pra pensar em GTM somente como a diade farmacêutico e paciente”, que aborda a essencialidade das parcerias profissionais para fortalecer o serviço. A segunda categoria, “Negociando a sustentabilidade do GTM”, avalia elementos importantes acerca da gestão do serviço. E a terceira, “Quem vai pagar pelo serviço?”, analisa as possibilidades de recursos nos sistemas de saúde para financiamento do serviço. Os resultados revelaram que a consolidação dos serviços de GTM é um processo estratégico, que exige um planejamento cuidadoso iniciado na implantação do serviço.

Palavras-chave: Gerenciamento da terapia medicamentosa; Atenção farmacêutica; Teoria fundamentada nos dados.

Abstract

Comprehensive Medication Management (CMM) services produce positive clinical, humanistic and economic results in several scenarios, and studies have already elucidated the components necessary for its implementation. Despite this, most initiatives are still unsuccessful in maintaining the long-term provision of the service. Thus, this study aimed to understand the elements that contribute to the consolidation and continuation of the CMM service. The

chosen methodology was grounded theory. In the period from May 2019 to February 2020, semi-structured interviews were conducted with eight pharmacists and four managers who experienced the offering of CMM in various scenarios of public and private healthcare in Belo Horizonte and the metropolitan region. Records in the first author's field diaries and document analysis were also used. After systematic data analysis, as recommended by the grounded theory methodology, three determinant categories were identified in the CMM sustainability process. The first one, called "Collaborative care is essential: You can't think of CMM just like the pharmacist and patient dyad", which addresses the essentiality of professional partnerships to strengthen the service. The second category, "Negotiating the sustainability of the CMM", evaluates important elements associated with service management. And the third, "Who will pay for the service?", analyzes the possibilities of financial resources in health systems. The results revealed that the consolidation of CMM services is a strategic process, which requires careful planning that begins with the implementation of the service.

Keywords: Comprehensive medication management; Pharmaceutical care; Grounded theory.

Resumen

El servicio de gestión integral de la farmacoterapia (GIF) presenta resultados clínicos, humanísticos y económicos positivos en diversos escenarios, y estudios ya han aclarado los componentes necesarios para su implementación. A pesar de esto, la mayoría de las iniciativas no logran perpetuar la oferta de servicios a largo plazo. Así, este estudio tiene como objetivo comprender los elementos que contribuyen a la consolidación y perpetuación del servicio GIF. La metodología elegida fue la teoría fundamentada en los datos. Desde mayo de 2019 hasta febrero de 2020, se realizaron entrevistas semiestructuradas con 8 farmacéuticos y 4 gerentes que experimentaron la oferta del GIF en diferentes escenarios de salud pública y privada en Belo Horizonte y región metropolitana. También se utilizaron registros en los diarios de campo del investigador y análisis de documentos. Después del análisis sistemático de los datos, según lo recomendado por la teoría fundamentada, se identificaron tres categorías determinantes en el proceso de sustentabilidad del GFT. El primero, titulado "La atención colaborativa es esencial: no se puede pensar en GFT solo como el dúo farmacéutico-paciente", que aborda la esencialidad de trabajar junto a otros profesionales para fortalecer el servicio. La segunda categoría, "Negociar la sostenibilidad de GTM", evalúa elementos importantes sobre la gestión de servicios. Y el tercero, "¿Quién pagará el servicio?", analiza las posibilidades de recursos económicos en los sistemas de salud. Los resultados revelaron que la consolidación de los servicios GTM es un proceso estratégico, que requiere una planificación cuidadosa, comenzando con la implementación del servicio.

Palabras clave: Gestión de la farmacoterapia; Atención farmacéutica; Teoría fundamentada.

1. Introdução

A terapia medicamentosa é um dos principais contribuintes para o controle das doenças, melhora na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos no mundo (Brasil, 2018). Porém, o uso inadequado desses produtos constitui uma grande preocupação mundial que favorece ao aumento da morbimortalidade relacionada aos medicamentos (Watanabe, Mcinnis & Hirsch 2018). Paralelo a isso, os custos atribuídos ao uso de medicamentos também tem sido uma preocupação crescente. Em 2018, foi relatado que os custos de saúde causados pelo uso inadequado e desnecessário de medicamentos excederam 500 bilhões de dólares por ano (Pestka et al., 2019); e o custo anual de morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos foi de 528,4 bilhões de dólares em 2016 (Watanabe et al., 2018).

Tendo em vista esse cenário, estudos mostrando o impacto do serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) na melhoria dos resultados em saúde de usuários de medicamento no Brasil, sinalizam seu papel importante na promoção do uso racional (Santos et al., 2019; Souza et al., 2017; Santos, Silva & Tavares, 2018; Neves, Nascimento, Silva & Ramalho de Oliveira, 2019; Detoni et al., 2016; Amaral et al., 2018; Mendonça et al., 2016). O GTM é o serviço clínico oferecido pelo farmacêutico baseado no arcabouço teórico-prático da Atenção Farmacêutica. Apresenta como pressuposto a redução da irracionalidade do uso dos medicamentos, a prevenção, identificação, resolução dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRMs) e a otimização dos resultados em saúde (Ramalho de Oliveira, 2011).

Entretanto, várias das iniciativas de implantação de serviços de GTM não obtiveram sucesso na perenização da sua oferta em longo prazo. Nesse contexto, o presente trabalho tem o objetivo de compreender quais os fatores que interferem na perenização do serviço de GTM. Buscando respostas aos questionamentos sobre a consolidação do serviço de GTM, analisando os fatores que interferem nesse processo, sob a perspectiva de farmacêuticos e gestores de saúde que vivenciam e/ou já vivenciaram a oferta desse serviço.

2. Metodologia

A metodologia utilizada para orientar essa pesquisa qualitativa foi a teoria fundamentada nos dados na perspectiva da socióloga norte americana Kathy Charmaz (Charmaz, 2009). Essa metodologia permite a construção de uma teoria, ou modelo teórico por meio da coleta e análise sistemática dos dados obtidos a partir do processo de pesquisa (Strauss & Corbin, 1998). O objetivo da teoria fundamentada é explorar processos sociais básicos e compreender a multiplicidade de interações que produz variações nestes processos (Heath & Cowley, 2004). Na pesquisa qualitativa, utiliza-se a amostragem intencional, na qual os sujeitos são escolhidos pela capacidade de proporcionar maior riqueza de informação possível para estudar em profundidade o fenômeno de interesse (Martínez-Salgado, 2012). Assim, foram selecionados para este estudo farmacêuticos e gestores de saúde que tiveram experiência com o processo de construção e oferta do serviço de GTM nos diversos cenários de prática da saúde pública e privada de Belo Horizonte e região metropolitana.

A seleção dos participantes foi realizada a partir do desenvolvimento da pesquisa e o processo de amostragem seguiu até a saturação teórica dos dados (Strauss & Corbin, 1998). A saturação ocorreu quando se alcançou dados suficientes que apoiavam a explicação das categorias e quando a coleta de novos dados não despertou novos *insights* teóricos, nem revelou propriedades novas das categorias ou temas centrais (Charmaz, 2009). Foram realizadas 12 entrevistas formais semiestruturadas com farmacêuticos e gestores de saúde, no período entre maio de 2019 e fevereiro de 2020. A duração média de cada entrevista foi de 52 minutos, sendo um total de 620 minutos. A coleta de dados também envolveu a análise de documentos fornecidos pelos entrevistados e registros no diário de campo da pesquisadora.

Todas as entrevistas e transcrições foram realizadas pela primeira autora, bem como a redação de memorandos segundo a metodologia da teoria fundamentada (Charmaz, 2009). Para auxiliar na análise dos dados, foi utilizado o software NVivo® 10, que permite a codificação e o armazenamento do texto em categoria. Os Quadros 1 e 2 a seguir apresentam, respectivamente, os farmacêuticos e os gestores de saúde participantes desse estudo e uma breve descrição das suas experiências com o GTM. Foram utilizados nomes fictícios para fazer referência aos participantes, a fim de preservar suas identidades.

Quadro 1 - Farmacêuticos que participaram do estudo e sua referida experiência com o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM).

<p>Adhara: possui 14 anos de experiência com o serviço de GTM. Atualmente, atende em um consultório particular de acompanhamento farmacêutico, e também é educadora.</p>
<p>Atria: atua na Atenção Primária à Saúde há oito anos, sendo seis deles dedicados aos atendimentos clínicos sob a ótica do GTM.</p>
<p>Antares: atua como farmacêutica hospitalar na área de gestão. Participou da implantação do serviço de GTM em uma farmácia do componente especializado.</p>
<p>Bellatrix: trabalhou por quatro anos oferecendo o serviço de GTM em uma cooperativa médica privada, onde atendeu centenas de pacientes. Apoiadora do projeto de cuidado farmacêutico do Ministério da Saúde para implantação do GTM na farmácia do componente especializado, na data da entrevista.</p>
<p>Capella: trabalha como farmacêutica clínica em hospital. Participou da implantação do serviço de GTM em um ambulatório hospitalar.</p>
<p>Canopus: participou da implantação do serviço de GTM em um ambulatório hospitalar. Atualmente, é responsável técnico de farmácia da clínica escola de uma universidade. Há décadas envolvida em oferecimento dos serviços de GTM vinculados a academia.</p>
<p>Rígel: trabalha em Unidade Básica de Saúde e atua no SUS há 18 anos.</p>
<p>Sírius: tem experiência na gestão do serviço de GTM. Participou como coordenadora clínica da reestruturação da Assistência farmacêutica e da implantação do serviço de GTM de um município.</p>

Fonte: Autores.

Quadro 2 - Gestores de saúde que participaram do estudo e sua referida experiência com o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM).

Alnath: psicopedagoga, com especialidade em coordenação hospitalar. Foi coordenadora operacional em um hospital público por 10 anos. É coordenadora de uma UBS desde 2013. Falou da sua experiência com o serviço de GTM oferecido em UBS sob sua gerência em 2014.

Avior: enfermeira, especialista em saúde pública e administração em recursos humanos. Atuou durante 15 anos como coordenadora de um Centro de Saúde. Falou da sua experiência como coordenadora de uma UBS que ofereceu o serviço de GTM por cerca de três anos, quando ela se aposentou.

Castor: farmacêutico, especialista em saúde pública e em gerenciamento de projetos. Falou da sua experiência enquanto coordenador da gestão da implantação do serviço de GTM em um município da região metropolitana de Belo Horizonte.

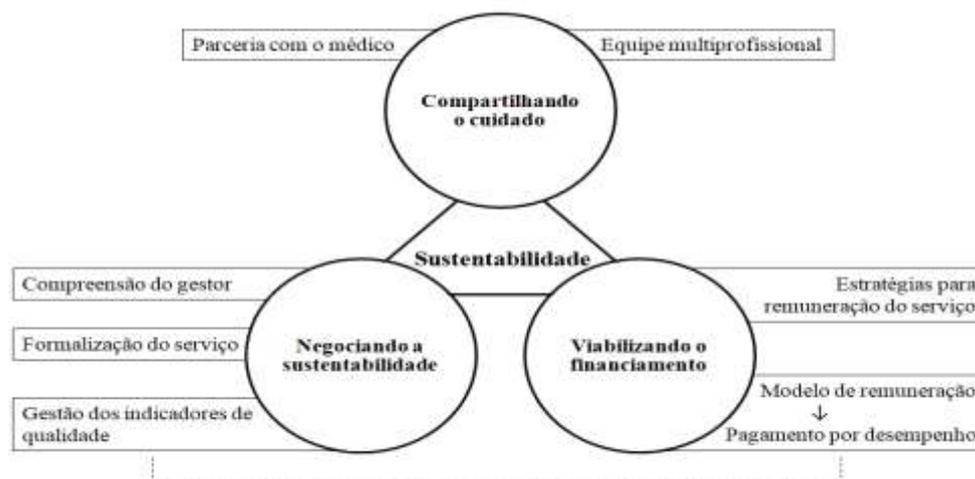
Regor: fisioterapeuta, que se dedica às atividades de saúde pública há 19 anos, especialmente na Estratégia Saúde da Família. Foi secretário de saúde em três cidades mineiras. Durante a entrevista, falou sobre sua experiência como secretário de saúde no período de implantação do GTM no sistema público de saúde do município.

Fonte: Autores.

3. Resultados e Discussão

Os resultados foram ilustrados por meio de falas dos entrevistados e alguns trechos do diário de campo da pesquisadora. Após análise sistemática dos dados, como preconizado pela teoria fundamentada, emergiram três categorias determinantes para o processo de sustentabilidade de GTM, sendo elas: “O cuidado colaborativo é essencial: “Não dá pra pensar em GTM somente como a díade farmacêutico-paciente”, “Negociando a sustentabilidade do GTM” e “Quem vai pagar pelo serviço?”. O modelo teórico representativo desse processo de sustentabilidade do GTM está representado na Figura 1.

Figura 1. Proposta de modelo para o processo de sustentabilidade.



Fonte: Autores.

O cuidado colaborativo é essencial: “Não dá pra pensar em GTM somente como a díade farmacêutico e paciente”

Com o número crescente de pacientes com doenças crônicas e em uso de múltiplos medicamentos, os sistemas de saúde carecem de uma abordagem sistemática e coordenada para avaliar o uso desses medicamentos no cotidiano das pessoas. O uso apropriado e o gerenciamento efetivo desses medicamentos podem ser viabilizados por meio da atuação em conjunto do farmacêutico provedor do GTM com os demais profissionais de saúde. A abordagem multiprofissional é fundamental para atender as necessidades dos pacientes e obter melhor controle das doenças. Os entrevistados consideraram que o trabalho

realizado em conjunto com outros profissionais de saúde é crucial para a sustentabilidade do serviço de GTM, como exemplificado a seguir:

O GTM é essencialmente multiprofissional. Não dá pra pensar em GTM somente farmacêutico e paciente... você vai ficar muito limitado. Vai no máximo corrigir algum problema de adesão, forma de uso, mas, mais do que isso, você precisa de uma rede assistencial. (Sirius)

A interação com outras áreas de saúde possibilita melhor resolutividade dos problemas trazidos pelos pacientes. O GTM caracteriza-se por ser uma prática com uma abordagem holística do paciente. Assim, na elaboração do plano de cuidado, pode ser necessário envolver outros profissionais de saúde para que as metas terapêuticas estabelecidas sejam alcançadas. Juntos, farmacêutico, paciente e equipe de saúde, podem encontrar estratégias para a resolução de problemas que extrapolam o campo da farmacoterapia, como descrito por Rígel:

Não é só para implantação, mas a gente precisa estar juntos para dar continuidade ao serviço. Os próprios resultados das nossas intervenções podem estar ligados ao trabalho com esses profissionais. Muitas vezes, o nutricionista e o educador físico impactam diretamente no trabalho que a gente faz com o diabético e com o hipertenso, e isso gera continuidade do serviço. É uma troca de confiança. (Rígel)

Além disso, o trabalho em equipe permite compartilhar as responsabilidades de cuidado ao paciente, o que é importante, uma vez que possibilita estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais prestadores do cuidado. Uma farmacêutica observou o crescimento do serviço na instituição que trabalhou a partir do momento que conquistou a confiança da equipe. Ela se tornou referência entre os colegas sobre as questões relacionadas aos medicamentos:

A equipe multidisciplinar [psicólogo, nutricionista] virou, assim, depois de um tempo, a minha maior parceria. Elas me encaminhavam muito porque os pacientes levavam pra elas questões de medicamentos e elas não sabiam o que fazer com aquilo. Eu acabava estabelecendo contato com o médico via encaminhamento que outro profissional fez e não o médico. (Bellatrix)

Outro aspecto do atendimento colaborativo, observado pela coordenadora da Unidade de Saúde, Avior, é a satisfação dos pacientes. Ela comenta que os pacientes se sentiam mais satisfeitos quando outros profissionais, além do médico e enfermeiro, se envolviam para tentar resolver suas queixas de saúde:

Os pacientes se sentiam muito acolhidos por ter vários profissionais ali envolvidos, junto com ele, para estar tentando resolver o problema de saúde que ele tinha. Isso fazia com que ele se sentisse muito valorizado, o vínculo entre o paciente e a equipe ficava mais consolidado. (Avior)

Esse vínculo com a equipe e com o paciente favorece o desenvolvimento do serviço. A partir desses relatos, pode-se inferir que o atendimento multiprofissional propicia o fortalecimento do serviço de GTM. Divine e colaboradores (2008) apontam a comunicação e colaboração efetiva com os demais provedores de cuidado como essencial para o bom desempenho do GTM. A interação multiprofissional possibilita o atendimento mais adequado aos pacientes com doenças crônicas. Costa e Pereira (2012) apontaram que a existência de um profissional que cuide e se responsabilize pela farmacoterapia do paciente é fundamental; a demanda pelo serviço passa a ser espontânea e toda a equipe de saúde encaminha os pacientes para o farmacêutico.

Alguns entrevistados enfatizaram que, por estarem em um cenário onde não há outros profissionais de saúde, há dificuldade de dar continuidade ao GTM. Neste caso, relataram dificuldade para resolver alguns problemas quando era necessário envolver o prescritor. Bellatrix, que já atuou em um cenário ambulatorial com a presença de vários profissionais de

saúde, e, no momento da entrevista atuava em um cenário onde não há equipe multiprofissional, compara essas duas realidades. Em sua opinião, esse distanciamento geográfico dos profissionais de saúde pode comprometer a resolutividade do serviço:

Eu sinto como é diferente eu não ter a possibilidade de ter outro profissional ali comigo além do farmacêutico. Nossa! É muito mais difícil! A gente resolve o problema com uma lentidão às vezes de meses, dificulta muito você estar isolado (...) e aí tem um impacto muito grande. Eu senti essa diferença porque eu acabei vivenciando o que é ter os profissionais ali perto de mim, entendeu?! (Bellatrix)

Legault e colaboradores (2012) apontaram que não compartilhar a mesma localização é uma das dificuldades para o desenvolvimento de um cuidado colaborativo, principalmente por limitar interações casuais e informais. Por outro lado, apenas compartilhar o mesmo espaço físico com outros profissionais de saúde não é suficiente para garantir que o serviço se desenvolva, sendo importante fomentar uma cultura de apoio colaborativo, na qual seja incentivado o trabalho em equipe.

Apesar do GTM apresentar resultados satisfatórios em vários cenários de prática já descritos na literatura - ambulatorios, farmácias comunitárias, hospitais, farmácia escola, clínicas, dentre outros (Dosea *et al.*, 2015; Detoni, 2016; Neves *et al* 2019) - locais que contam com a presença da equipe multidisciplinar são mais favoráveis à sua consolidação, pois facilita a comunicação entre os profissionais. Maracle e colaboradores (2012) apontam que cenários que contam com equipe multiprofissional facilitam a integração entre os colaboradores. Além disso, a presença física dos farmacêuticos provedores de GTM nas clínicas/ambulatorios favorece a comunicação e a construção de um bom relacionamento com os médicos, que são fundamentais para o desenvolvimento do serviço (Maracle *et al.*, 2012).

A parceria com o médico

“Eu realmente vejo o médico como um parceiro, ele é peça chave no serviço”, comenta Canopus, que considera o apoio médico determinante para o avanço do GTM. Durante o processo de cuidado, podem ser necessárias alterações na farmacoterapia do paciente. Assim, estabelecer uma boa comunicação com o médico auxilia para que intervenções propostas sejam avaliadas e incorporadas à terapia, como exemplificado na fala a seguir:

A ferramenta que o farmacêutico usa para trabalhar com o paciente é o PRM; ele tenta resolver e prevenir. E, para isso, a gente precisa ter uma parceria com o médico que faz essa prescrição. Para conseguirmos discutir o caso, propor as intervenções para que elas sejam aceitas, e a gente consiga obter os resultados clínicos que almejamos para esse paciente. (Adhara)

Essa parceria entre médico e farmacêutico começa a ser construída a partir da clareza do papel de cada profissional no processo de cuidado ao paciente. Atria e Sirius comentam que deixar claro essa especificidade dos saberes de cada profissional é importante para o estabelecimento de boas parcerias:

É uma parceria literalmente. Ele [médico] vai entender com o processo, com o seu raciocínio que casa com o dele, que complementa o dele, que é outra parte. A especificidade do trabalho é diferente. E aí isso é uma linha que às vezes pode ficar nebulosa e você precisa de um tempo pra deixar isso claro. (Atria)

E aí quando você tem isso claro, o outro profissional se abre rapidinho, impressionante! A gente tinha relações impressionantes entre médicos e farmacêuticos. Médicos que não queriam perder o farmacêutico de jeito nenhum; porque eles sabiam como fazia diferença, que o farmacêutico vai ajudar na farmacoterapia. (Sirius)

Nesta perspectiva, a troca de saberes com apoio mútuo favorece a construção de uma relação profissional pautada na corresponsabilização e na busca de melhores alternativas de tratamento para o paciente (SILVA, 2016). O estabelecimento

dessa parceria acontece com o tempo, à medida que o serviço se desenvolve e os seus resultados vão sendo evidenciados. Os participantes reforçaram a importância de apresentar esses resultados, porque, a partir deles, os médicos vão se tornando mais abertos, utilizando mais o serviço, e, assim, favorecendo seu crescimento:

O mais importante para mim é gerar resultados; ele [médico] percebe o resultado do seu serviço à medida que você está fazendo e trazendo melhoria para o paciente. Ele vai demandando mais do serviço de GTM a ponto de encaminhar o paciente para a gente, ou de ir lá buscar a nossa opinião sobre determinado caso. Acho que isso mostra uma maturidade do serviço. (Canopus)

Os participantes reforçaram a importância de apresentar os resultados, porque, a partir deles, os médicos vão se tornando mais receptivos ao serviço. À medida que identificam que o GTM beneficia seus pacientes, a confiança no serviço e no profissional aumenta e os médicos se sentem mais seguros para recomendar o serviço, discutir os casos, trocar experiências, fortalecendo o serviço e a relação profissional. Bellatrix comenta sobre essa relação de confiança com os médicos:

Com os clínicos, eu tinha muito mais facilidade de abrir parcerias muito sólidas. Eles não tinham medo de me encaminhar. Tinha uma que falava assim: eu prefiro que o paciente vá em você primeiro, que você acha a problemada toda e já me manda para eu olhar depois. Teve situação do paciente querer uma segunda opinião médica, eu oferecia que ele passasse em um médico mais parceiro meu, e o paciente ficava muito satisfeito por ter essa possibilidade. (Bellatrix)

McInnis e Capps (2016) revelam que a parceria com o médico é fundamental para o sucesso do GTM, bem como a realização de acordos colaborativos. Esses acordos de prática colaborativa permitem maior autonomia aos farmacêuticos, ao poderem realizar intervenções pré-estabelecidas e acordadas na farmacoterapia. Os farmacêuticos do presente estudo reconheceram que estabelecer esses acordos nos cenários de prática é um importante passo a ser dado nesse caminho pela sustentabilidade do GTM. Sirius, que tem uma relação de confiança com seus médicos parceiros, acredita que assumir essa autonomia através dos acordos é uma grande responsabilidade. Vale enfatizar que esses acordos auxiliam o próprio médico na sua prática clínica, além de favorecer o desenvolvimento do GTM:

Hoje, eu já mexo na prescrição médica lá do meu grupo. Mas a gente ainda está formalizando. Isso para o médico é uma responsabilidade muito grande. Eu me coloco no lugar dele. A minha endócrino fala assim comigo: 'Estou mexendo em tal paciente, você olha pra mim durante a semana? Me dá notícia? Porque você encontra o paciente mais que eu. Se precisar, você mexe; a gente discute o caso'. Ela fica muito mais tranquila. (...) então isso pro médico é bom. (Sirius)

No sistema *Fairview Health Services* dos EUA, referência internacional de experiência bem-sucedida do serviço, os farmacêuticos provedores do GTM trabalham sob um acordo de prática colaborativa que permite a eles iniciar, modificar e descontinuar medicamentos para várias condições clínicas (Maracle, Ramalho de Oliveira & Brummel, 2012). Os médicos que trabalham em parceria com esses farmacêuticos ressaltam como essa autonomia é útil para a sua prática médica, uma vez que são muitos pacientes e o tempo é insuficiente para atender todas as demandas.

Nesse contexto de cuidado colaborativo, têm-se discutido sobre novas abordagens para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde frequentemente. O objetivo quádruplo (*quadruple aim*), elaborado pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), representa uma das estratégias que contemplam os cuidados baseados em valor. O *quadruple aim* concentra quatro dimensões importantes: i) aumentar a qualidade de saúde das populações; ii) melhorar a experiência do paciente em relação à assistência; iii) reduzir os custos dos cuidados de saúde; iv) melhorar a vida profissional dos prestadores de cuidados (Bodenheimer & Sinsky 2014; McInnis & Capps, 2016). Ao longo desse trabalho foi perceptível a consonância entre os aspectos do objetivo quádruplo e os fatores que podem impactar no processo de sustentabilidade do GTM.

A luz da quarta dimensão do *quadruple aim*, o farmacêutico clínico promovendo o gerenciamento de medicamentos dos pacientes mais complexos, pode contribuir para melhorar essa condição de sobrecarga vivenciada por muitos profissionais de saúde, sobretudo médicos clínicos (Moreno *et al.*, 2017; Funk *et al.*, 2019). Neste sentido, é importante ressaltar as elevadas taxas de esgotamento por parte dos clínicos nos Estados Unidos, com uma prevalência estimada de sintomas da síndrome de *burnout* de 35% a 54% entre médicos (National Academy of Medicine citado por Grundy, 2020), que prejudicam a qualidade da assistência prestada e o alcance do objetivo quádruplo.

Um estudo realizado em Minnesota associou a diminuição da carga de trabalho e do esgotamento de médicos da atenção primária, e a melhoria do bem-estar profissional com a incorporação de farmacêuticos clínicos à equipe (Funk *et al.*, 2019). Ademais, uma vez que o GTM realizava a educação dos pacientes sobre seus medicamentos e avaliação dos mesmos, os médicos podiam realizar atendimentos mais direcionados e ter mais disponibilidade para o atendimento de outros pacientes (Funk *et al.*, 2019).

Negociando a sustentabilidade do GTM

“O GTM é uma grande negociação!” (Atria). Essa fala de Atria retrata uma característica essencial do serviço: a realização contínua de negociações e acordos. Frequentemente, o farmacêutico precisa negociar objetivos com os *stakeholders* do serviço: pacientes, médicos, profissionais de saúde e gestores. Os participantes desse estudo destacaram os elementos envolvidos na negociação com a gestão que impactam na sustentabilidade do GTM.

É importante considerar como ponto de partida que, dificilmente, um gestor apoiará um serviço que não compreenda. Sendo assim, os gestores precisam compreender algumas particularidades desse serviço clínico para que seja criado um ambiente favorável para o seu desenvolvimento. Canopus comenta sobre essa comunicação inicial com a gestão:

Às vezes ele [gestor] já ouviu falar de farmácia clínica; tem uma ideia do farmacêutico nesse sentido, mas, do GTM, às vezes ele não tem ideia. Explicar o que é o serviço de uma forma que ele vai entender, quais os resultados que se pretende alcançar, a estrutura mínima que é necessária e quais os processos a gente tem que executar é extremamente importante. Porque tudo isso vai impactar em tempo, necessidade de espaço, em dinheiro para ser investido. (Canopus)

É essencial a apresentação do GTM de forma clara e objetiva, reforçando que o mesmo não consiste de um atendimento farmacêutico pontual do paciente, como a dispensação de medicamentos, por exemplo. É desejável que o gestor compreenda que se trata de um serviço com uma filosofia de trabalho norteadora, que coloca o paciente no centro da sua prática e prevê o provimento contínuo de um serviço, assim como proposto por outras profissões da saúde. O farmacêutico provedor desse serviço se identifica com a necessidade social de reduzir a morbimortalidade e assume a responsabilidade pelo cuidado do paciente. Assim, além de propor um novo serviço, é necessário que a gestão entenda que quem realiza esse trabalho é um profissional diferenciado, que se dispôs a aprender a metodologia e incorporar essa filosofia de prática (Ramalho de Oliveira, 2011).

Os entrevistados enfatizaram que a perenização do serviço depende da formalização e do respaldo legal dos acordos firmados com a gestão. Os trechos a seguir ressaltam que uma articulação política no sentido de estimular a oficialização do serviço é fundamental para que ele avance. Além disso, é ressaltado que a falta de uma documentação legal pode resultar na sua descontinuidade, como aconteceu na experiência dos dois participantes que se pronunciam a seguir:

Quando propusemos o projeto, o tempo realmente foi pequeno. Nós queríamos fazer uma portaria; um documento técnico que estabelecesse o serviço. Mas a gente não deu conta. A gente tinha vários documentos registrando; várias publicações. Mas uma coisa forte, tipo publicado pela Câmara, ou um decreto, não. Aí veio a outra gestão e tirou tudo porque não tinha um documento que resguardasse. (Sirius)

Tudo depende de uma articulação política. Inclusive, não é só a implantação de um projeto; é de qualquer coisa que você for fazer. Por trás de tudo, existe uma questão política. O que eu acho que não deve existir é o uso disso; o uso político de um projeto. Porque aí isso passa a atrapalhar sua continuidade. (Castor)

É fato que a sustentabilidade do serviço de GTM no sistema público pode ser facilitada pelo apoio da gestão municipal, desde que não esteja vinculada a uma figura política, como o prefeito e/ou secretário de saúde. Dessa forma, uma eventual troca de governo, não descontinuará o serviço. Gonzalez *et al.* (2020) afirmam que o contexto político pode afetar diretamente a sustentabilidade de um serviço de saúde quando uma nova administração apresenta diferentes objetivos e prioridades, deixando assim de apoiar alguns serviços. Nogueira (2006) analisa que a interrupção de iniciativas e projetos em função de um viés político, muitas vezes, despreza a qualidade e os benefícios obtidos pela intervenção

Os profissionais que atuam na rede pública discutiram sobre a institucionalização do GTM nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da necessidade de o serviço passar a fazer parte do escopo de atividades locais. Com a institucionalização, a oferta do serviço passaria a ser requisitada, e até mesmo exigida dentro daquele cenário, não estando vinculado ao profissional que deseja ou não fazer o serviço:

A gente precisa de uma cooperação política para o serviço ser institucionalizado; pra ser aceito; para as conversas com os outros profissionais fluírem e poderem ser ratificadas por um nível acima do seu; para não ser só você contando que você faz isso. Eu comecei sem isso, mas o sucesso que eu obtive não foi sustentável, porque eu saí e o serviço acabou. A profissional que está lá não deu continuidade. (Atria)

Hoje, a oferta de GTM pelos farmacêuticos que atuam nas UBS está muito associada ao desejo que esse profissional possui em realizar essa prática. Não há uma exigência (da coordenação, supervisão) para que essa atividade seja realizada. A grande variedade de possibilidades de atuação do farmacêutico no mercado de trabalho dificulta o reconhecimento da sua real responsabilidade enquanto profissional de saúde clínico. Essa falta de identidade profissional resulta em diferentes perfis de farmacêuticos, com competências também distintas. Isso dificulta a configuração identitária do farmacêutico pelos diferentes *stakeholders*, como gestores em saúde, pacientes e profissionais (Maracle *et al.*, 2012; Santos, 2018).

Um estudo, envolvendo farmacêuticos e gestores de saúde, revelou que estes consideram que a formação clínica insuficiente dos farmacêuticos durante e após a graduação cria uma barreira importante na implantação do serviço clínico. Acrescentando-se a isso, a formação tradicional dos farmacêuticos acaba levando a uma resistência e dificultando a compreensão e a importância do serviço clínico farmacêutico (Santos, 2018). Esse mesmo estudo, assim como outros (Maracle *et al.*, 2012), mostrou que a falta de compreensão da atuação do farmacêutico gera uma resistência entre os pacientes, que não identificam a necessidade em buscar esse profissional. Essa realidade impacta na sustentabilidade do serviço, como relatado por Atria.

Assim, uma estratégia para favorecer a continuidade do serviço é pactuar com a gestão uma diretriz que normatize o serviço de GTM para que ele esteja integrado às demais atividades realizadas dentro da UBS. Nessa diretriz precisa estar explícito as atribuições do farmacêutico, para que este tenha clareza do seu papel e, paralelo a isso, os gestores também tenham respaldo para cobrar que tal serviço seja desempenhado. Reforçando sobre a institucionalização do papel do farmacêutico como clínico nas UBS, os farmacêuticos consideraram a importância da utilização do método clínico no GTM. Bellatrix observou que: “Os serviços que geram mais resultados, que geram mais respaldo a sustentabilidade, são os que têm uma forma sistematizada de avaliar (...) dispensação não tem método clínico, o GTM sim”. A utilização do método clínico no GTM possibilita a reprodutibilidade do serviço e contribui para a sua padronização.

Sorensen e colaboradores (2020) discutiram como a consistência no processo de atendimento ao paciente, através de uma abordagem sistematizada de avaliação feita pelo farmacêutico, impacta na capacidade da profissão em demonstrar seu

valor. A avaliação de cada medicamento quanto à indicação, efetividade, segurança e adesão é uma contribuição única do farmacêutico. Esse processo de pensamento confere os padrões necessários para criar consistência e confiança na experiência do paciente com o farmacêutico.

Pensando na participação dos usuários, os Conselhos de Saúde representam uma estratégia importante para promover a discussão sobre a regulamentação desse serviço clínico no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os Conselhos de Saúde permitem que a população participe da gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais (Ministério da Saúde, 1990). Uma vez que os usuários vivenciem que a oferta de GTM na atenção primária contribui para atender às suas necessidades e tenham boas experiências, a manutenção desse serviço clínico passa a ser defendida também pela população.

Indicadores e documentação como subsídios para negociações

Durante o contínuo processo de negociação do serviço de GTM com o gestor, sua qualidade e seus benefícios precisam ser evidenciados. “A colaboração que o gestor oferece, vem baseada na contrapartida de que você também disponibiliza para ele; é uma via de mão dupla”, relata Castor. Tendo isso em vista, a monitorização contínua do serviço e seus resultados podem respaldar as negociações acordadas com a gestão. Essa monitorização se dá a partir de indicadores, que são importantes ferramentas para acompanhar o desempenho do serviço, e apontam o nível e requisitos que o serviço deve apresentar para garantir sua sustentabilidade (Bittar, 2001).

A utilização de indicadores de qualidade que avaliam estrutura, processo e resultado já foi reportada em alguns estudos para avaliar o GTM, a Atenção Farmacêutica e serviços clínicos farmacêuticos em farmácias comunitárias (Sousa *et al.*, 2016; Santos, 2018; Leite, 2019). Os entrevistados relataram a importância da utilização desses indicadores durante os atendimentos, e como essa monitorização possibilita o melhor acompanhamento dos dados e um diálogo mais persuasivo com a gestão:

Então, para eu pensar em qualidade de serviço, eu preciso de indicador. E é uma ferramenta pra eu trabalhar com o meu gestor. Eu levo os indicadores pra ele e mostro: ‘olha, a partir da nossa proposta, a minha produção é essa, meus indicadores são esses. (Sirius).

Ao final de cada primeira consulta, a gente preenche uma tabela, onde avaliamos quantas doenças o paciente tem e as classificamos. Identificamos os PRMs e também a condição de saúde do paciente. Com base nesses indicadores, no final, começamos a compilar os dados. Tem tudo registrado no nosso sistema informatizado. O sistema gera muito a questão de número né! Que, para o gestor, também é importante acompanhar esses resultados. (Rígel)

Ao que diz respeito a utilização de indicadores, observa-se que os estudos de locais onde o GTM está mais avançado destacam apenas os indicadores de resultados clínicos e econômicos, mas não descreverem as iniciativas e processos que levaram a esses resultados (Leite, 2019). A divulgação desses processos contribuiria para que outras instituições se organizassem para alcançar resultados satisfatórios semelhantes.

Embora todos os farmacêuticos entrevistados concordassem com a importância desses indicadores para o serviço, alguns deles reconheceram que não acompanham de perto esses instrumentos de trabalho. Relataram também a preocupação em realizar os atendimentos clínicos, mas não de monitorar sistematicamente seus dados. Dessa forma, informações relevantes e que poderiam contribuir para a consolidação do serviço, deixaram de ser avaliados. Como descrito na fala a seguir:

Eu dei muito mais enfoque para tentar aprender ali o cuidado do que necessariamente acompanhar indicadores. Isso realmente foi uma falha minha, não sei de conhecimento, de vivência, mas eu tinha uma demanda por atender e resolver os problemas dos nossos pacientes. Então, isso faltou. Tanto que eu não sei te falar exatamente quantos que

eu atendi, quantas consultas que eu fiz. Apenas em momentos pontuais eu levei indicadores pra minha gestão. (Bellatrix)

Não monitorar o serviço por meio desses instrumentos pode representar um equívoco dos provedores do GTM, e coloca em risco a sustentabilidade do serviço. Muitas vezes, faltam planejamento e organização para que esse monitoramento seja realizado. Um profissional com competência clínica é primordial; no entanto, uma boa gestão do seu serviço é fundamental.

Fazendo uma breve comparação com os serviços clínicos prestados no âmbito hospitalar, onde toda atividade clínica geralmente envolve um indicador, o provedor do GTM pode se espelhar no processo de monitorização que esses profissionais realizam. Um dos motivos para que essa rotina de monitorização dentro do hospital seja constante advém do processo de acreditação, o qual avalia a conformidade das práticas e serviços prestados (Brasil, 2002). É importante que o serviço de GTM tente se aproximar desse processo de avaliação, com a utilização contínua de indicadores para acompanhar os resultados do serviço, e padronizar a qualidade da assistência (Leal, 2016).

Na busca por essa padronização do serviço, um elemento essencial destacado pelos participantes é a realização de uma boa documentação. Esta pode subsidiar a reprodutibilidade e continuidade do serviço, além de viabilizar sua avaliação por meio de indicadores. Atria comenta que a falta de padronização na documentação dos atendimentos realizados dentro das UBS prejudica a identificação dos resultados do GTM: “(...) mesmo fazendo o mesmo serviço que ele [outro farmacêutico], ele em um Centro de Saúde e eu em outro, se a gente registra diferente, não registra adequadamente ou mesmo usa uma documentação diferente, isso dificulta.” (Atria)

McInnis e Capps (2016) relatam experiências bem-sucedidas do serviço de GTM, e, nelas, todos os profissionais apontam que a documentação é uma das principais ferramentas na busca pela consolidação do GTM. Além disso, é imprescindível, tanto para o controle de qualidade do serviço oferecido, quanto para a demonstração do impacto da atenção farmacêutica no cenário de saúde atual (Ramalho de Oliveira, 2011). Nesse intuito, Bellatrix ressalta a documentação como uma ferramenta importante nos diálogos realizados com a gestão:

Não dá pra eu só virar e falar: “Ah eu achei ‘x’ PRM”. É mais fácil eu falar para ele [gestor] quais são as causas dos problemas que eu encontrei mais. O que mais precisei intervir, faz mais sentido isso. Pegar ali o que significa os resultados positivos, melhora, estável, e mostrar como um paciente descompensado evoluiu durante as consultas, por exemplo. Hoje, eu acompanho de três em três meses os dados, e assim eu consigo perceber como está a evolução e a resolutividade. (Bellatrix)

Quem vai pagar pelo serviço?

Uma discussão crucial na busca pela sustentabilidade de um serviço clínico é sobre os recursos financeiros disponíveis para sua execução. A falta de um planejamento financeiro, como relatado pelos entrevistados, pode inviabilizar a oferta do GTM em longo prazo. No SUS, Castor relatou sobre a falta de investimento específico para viabilizar esse serviço:

A gente não tem nenhum tipo de financiamento para realização desse serviço, contratação de profissionais específicos para isso. E os profissionais acabam executando o seu serviço administrativo, e, nas horas possíveis, tentando fazer alguma coisa relacionada ao cuidado, e que não chega a ser mesmo a questão da atenção farmacêutica. A política de assistência farmacêutica no Brasil, ela não tem uma linha de financiamento pra introdução desse tipo de serviço. Então, o que acontece? Nós trabalhamos com ações pontuais que são feitas mais pela vontade dos próprios profissionais de fazer acontecer. (Castor)

Hoje, o pagamento pelo serviço de GTM é realizado pela própria instituição, seja pública ou privada. No SUS, os farmacêuticos das UBS recebem uma remuneração fixa, não sendo acrescido valor financeiro ou outra espécie de bonificação

pela realização do serviço GTM. No sistema privado, a decisão fica a cargo da gestão; mas, de forma geral, também é estabelecido um valor fixo de pagamento pelo serviço prestado. Em consultórios particulares, onde a oferta do GTM ainda é incipiente, o pagamento é feito pelo próprio paciente. Quando a oferta do serviço está vinculada a uma instituição acadêmica, por meio de alguma pesquisa, o serviço é fornecido de forma gratuita. Bellatrix, que trabalhou em uma cooperativa médica privada por quatro anos, comenta que a questão financeira foi determinante na sua decisão de deixar a instituição:

Eu saí porque eu ganhava muito mal. Eu fiquei bastante tempo porque eu aprendi muito lá. Eu amo atender e isso me sustentou por muito tempo. Mas não tinha um diferencial; não tinha uma perspectiva de progressão. Eu acho isso horrível porque você assume uma responsabilidade imensa e não é valorizado. Chegou num ponto que já não compensava financeiramente, e isso foi o que pesou mais. (Bellatrix)

Ao discutir sobre recursos financeiros no contexto dos sistemas de saúde, se torna importante conhecer as mudanças nos modelos de pagamento que já estão acontecendo em alguns países. A transição ou complementação do modelo de taxa por serviço (*fee-for-service*) com modelos de reembolso baseados em valor (Putera, 2017; Kliethermes, 2019). Nessa abordagem, “valor” diz respeito ao atendimento com foco no paciente, nos resultados obtidos, considerando suas preferências e necessidades, e valorizando a experiência do paciente com o serviço (Kliethermes, 2019). Os resultados geram valor quando o tratamento e o gerenciamento da condição clínica trazem os maiores benefícios de saúde que os pacientes poderiam alcançar.

Esses “novos” modelos, que já vem sendo testados desde os anos 1990, vêm sendo implementados lentamente no Brasil. No modelo de pagamento por serviço, quando um serviço é prestado, uma taxa é cobrada e reembolsada ao provedor desse serviço. Dessa forma, quanto mais vezes um serviço é prestado, maior é a receita gerada. Já existem evidências de que o modelo de pagamento por procedimento tem sido insuficiente para responder às demandas atuais do setor de saúde no Brasil (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2019).

O pagamento por desempenho é uma estratégia/ferramenta amplamente defendida dentro desses modelos de remuneração. O pagamento por desempenho (*pay-for-performance* - P4P) consiste na transferência de dinheiro para provedores ou serviços de saúde condicionada a resultados alcançados a partir de ações ou metas predeterminadas (Barreto, 2015; ANS, 2019). O P4P na saúde tem por objetivo incentivar condutas individuais ou coletivas para a obtenção de melhores resultados na provisão de serviços de saúde. Discutir com profundidade os vários modelos de remuneração baseados em valor não é o objetivo desse estudo. Mas, quando estamos indagando a sustentabilidade dos serviços de GTM no Brasil, introduzir esse conceito se torna importante uma vez que o farmacêutico provedor do GTM precisa estar atento às discussões sobre esses modelos.

Os participantes consideram que a filosofia do GTM converge com o entendimento dos cuidados de saúde baseado em valor. Adhara relata que, para que o GTM se desenvolva e produza os resultados plenos que ele tem a capacidade de produzir, seria necessária uma mudança estrutural no nosso sistema de saúde no sentido de incorporar o conceito de saúde baseada em valor:

O GTM (...) precisa estar inserido dentro de um modelo de cuidado que seja baseado em resultados para que esse serviço seja perene. Eu acho que a sustentabilidade do serviço de GTM fica comprometida justamente porque o modelo médico que a gente tem hoje não é um modelo preventivo; ele é um modelo curativo emergencial. Então, o resultado do paciente não é o objetivo da equipe, a equipe vai apagando pequenos incêndios e a intervenção não é feita em cima de resultados. (Adhara)

No sistema público brasileiro, o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária a Saúde busca estimular o pagamento por desempenho (Ministério da Saúde, 2019). Para o cálculo do valor, será considerado o resultado dos indicadores alcançados pelas equipes de saúde da família. Até o presente momento, foram estabelecidos apenas indicadores de

processo como, por exemplo, o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (Ministério da Saúde, 2019). Mas, até 2022, encontra-se prevista a divulgação de novos indicadores, dentre os quais, espera-se que constem indicadores de resultados, que são mais adequados para avaliar o desempenho e a qualidade do serviço. Nesse contexto, o serviço de GTM configura uma importante estratégia para aumentar a resolutividade das equipes e melhorar seu desempenho, sendo que alguns trabalhos já evidenciaram seu impacto satisfatório na atenção primária brasileira envolvendo doenças crônicas (Neves, *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2019; Mendonça *et al.*, 2016).

Sob a perspectiva do sistema de saúde complementar, o fato do serviço de GTM ser relativamente novo no Brasil e a atuação do farmacêutico como clínico ainda não é reconhecida pela população em geral, faz com que o interesse em pagar pelo GTM seja um desafio inicialmente. Os entrevistados comentaram sobre a possibilidade de realizar a oferta do GTM em consultórios particulares, mas acreditam que o serviço ainda não alcançou essa maturidade porque os pacientes não o compreendem. Canopus comenta sobre essa questão no trecho a seguir:

Eu tenho pensado muito é sobre quem vai pagar o GTM. Se a gente pensar no serviço privado, eu não acho que o paciente em si está preparado para pagar pelo serviço. Se uma pessoa não entende o que você faz, não tem como ela buscar o serviço. Então, eu acho que os melhores cenários são aqueles que o pagamento do serviço vai ser feito pela própria instituição. Se for numa clínica de reumatologia, que é onde eu estava mais ligado, a própria clínica faria esse pagamento do profissional. (Canopus)

Considerando que a ausência do financiamento é um dos fatores essenciais que dificultam a sustentabilidade de um serviço clínico, é fundamental pensar em estratégias que possam fomentar recursos financeiros. No setor privado, o contrato com operadoras de planos de saúde, constitui uma estratégia para viabilizar, ao menos, parte desses recursos financeiros necessários. Nesse sentido, um estudo americano descreveu como os resultados clínicos e econômicos dos serviços de GTM com abordagem na saúde baseada em valor podem beneficiar financeiramente operadoras de planos de saúde (Tripicchio *et al.*, 2019). Foi demonstrado que a cobertura por serviços de GTM pode diminuir os custos médicos totais em decorrência da otimização da farmacoterapia dos pacientes e redução da sua agudização. Além disso, foi demonstrado que prover GTM pode aumentar a competitividade dos planos de saúde no mercado, uma vez pode melhorar a classificação de qualidade dos planos de saúde e propiciar o pagamento de bônus de qualidade. Dessa forma, a cobertura do GTM por planos de saúde pode ser vista como uma iniciativa interessante de financiamento do serviço.

O estudo de Maracle e colaboradores (2012) traz o relato de médicos que afirmam que a questão financeira representa uma barreira no acesso dos pacientes ao serviço de GTM. Uma vez que não são todos os planos de saúde que fazem a cobertura do serviço e muitos pacientes não conseguem pagar por ele. Isso decorre do fato de algumas clínicas considerarem dispendiosa a presença do farmacêutico em tempo integral.

Por outro lado, é possível que, à medida que a atuação dos farmacêuticos no atendimento direto aos pacientes evolua e o reconhecimento desse serviço clínico cresça, assim como o conceito de saúde baseada em valor nos sistemas de saúde, a remuneração desses profissionais poderá ser feita baseada nos resultados obtidos pelos pacientes. Tendo isso em consideração, o GTM, assim como outros serviços de saúde destinados ao atendimento direto ao paciente necessita de um aporte financeiro. Esse farmacêutico, ainda que encontre satisfação profissional na oferta desse serviço, sem um retorno financeiro, pode se ver impelido a buscar outras possibilidades no mercado, o que resultaria na descontinuidade do GTM. Além disso, incentivos financeiros podem melhorar a qualidade de atendimento. Quando há recursos financeiros disponíveis, é possível, por exemplo, a contratação de mais profissionais para realizarem o atendimento, favorecendo o acesso de mais pacientes, estimulando o crescimento do serviço.

A discussão a respeito da remuneração nos faz refletir sobre qual deveria ser a origem do financiamento de um serviço clínico. Considerando o GTM, que é um serviço clínico ligado à profissão de farmácia, há uma tendência de vincular o

oferecimento do serviço à entrega de produtos farmacêuticos. Entretanto, o oferecimento de serviços e produtos não são realizados e gerenciados da mesma forma, além de atenderem a necessidades diferentes do cliente ou usuário. Por exemplo, o oferecimento do GTM não envolve, necessariamente, a entrega de um produto. Dessa forma, o sistema de remuneração do serviço clínico deveria ser pensado de forma independente do pagamento do produto. Uma possibilidade seria conectar o serviço de GTM ao mesmo setor que cuida da remuneração de outros serviços clínicos ao invés de setores que gerenciam a distribuição e venda de produtos de saúde, como acontece atualmente. A partir daí, poderíamos avançar de forma mais significativa no planejamento de recursos financeiros para apoiar a provisão do serviço de GTM.

4. Considerações Finais

A utilização de uma metodologia qualitativa possibilitou uma melhor compreensão dos elementos envolvidos no processo de consolidação e perenização do GTM. A sustentabilidade de um serviço oferecido de forma contínua e que tem o paciente como o centro da prática é diferente da sustentabilidade de um serviço que propõe o atendimento pontual do paciente. O GTM possui um paradigma norteador, no qual o profissional se prontifica em atender uma necessidade social (reduzir a morbimortalidade pelo uso de medicamentos), extremamente relevante no cenário atual. Assim, a discussão em torno do fortalecimento desse serviço traz impactos potenciais importantes no sistema de saúde. As categorias reveladas a partir da experiência de farmacêuticos e gestores que vivenciaram a oferta do GTM evidenciaram que os fatores que impactam na sustentabilidade devem ser considerados desde a sua implementação. Ambos (implementação e sustentabilidade) devem ser planejados e medidos simultaneamente, uma vez que esse procedimento possibilita identificar barreiras e facilitadores que impactam no sucesso do serviço. O sucesso do serviço em longo prazo também é reflexo dessa implantação que foi bem conduzida e estruturada. Devem ser levados em consideração competências e habilidades do profissional provedor do serviço; a condução do trabalho em parceria com o prescritor e demais profissionais de saúde; estabelecimento de diálogo com os gestores, acordando metas e responsabilidades; e análise acerca de como o serviço se manterá financeiramente.

Os resultados do presente trabalho podem ter desdobramentos para o serviço de mundo real e para estudos científicos futuros. Nessa perspectiva, recomenda-se que o modelo teórico proposto nesse artigo seja levado em consideração para fins de implementação e acompanhamento de serviços de GTM em diferentes localidades do Brasil, uma vez que traz aspectos que devem ser enfatizados para garantir a perenidade do serviço. Além disso, para estudos futuros, é importante acompanhar outros serviços com durabilidade maior e ver como os elementos do modelo se comportam nos mesmos, bem como acompanhar e descrever prospectivamente o comportamento de tais elementos nos serviços que estão sendo implementados.

Referências

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019). Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor. http://www.ans.gov.br/images/Guia_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Vvalor.pdf.
- Amaral, P. A., Mendonça, S. A. M., Ramalho de Oliveira, D., Peloso, L., Pedroso, R., & Ribeiro, M. A. (2018). Impact of a medication therapy management service offered to patients in treatment of breast cancer. *Braz. J. Pharm. Sci* (online), 54.
- Azevedo, C. E. F., Oliveira, L. G. L., Gonzalez, R. K., & Abdalla M. M. (2013). A Estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade - EnEPQ, p. 1–16.
- Barreto, J. O. M. (2015). Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5):1497-1514.
- Bittar, O. J. N. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS*.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med*.12:573-576.
- Brasil.(2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil.(2018). Ministério da Saúde. Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB). 1ª edição revisada - versão preliminar eletrônica, Brasília-DF, editora MS.

Charmaz, K. A. (2009). Construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. *Porto Alegre: Artmed Editora*, 272 p.

Cipolle, R. J., Strand, L. M., & Morley, P. C. (2012). *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services*. McGraw-Hill Medical Publishing; Ed.3.

Costa, J. M. & Pereira, M. L. (2012). Implantação da Atenção Farmacêutica em uma unidade de Atenção Primária à Saúde do Brasil: avaliação qualitativa por uma equipe multiprofissional. *Rev APS*. Jul/set; 15(3): 287-293.

Detoni, K. B., Oliveira, I.V., Nascimento, M. M. G., Caux, T. R., Alves, M. R., & Ramalho de Oliveira, D. (2016). Impact of a medication therapy management service on the clinical status of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39, 95-103.

Divine, H., Nicholas, A., Jonson, C. L., Perrier, D. G., Steinke D. T., & Blumenschein, K. (2008). Pharmacist CARE: Description of a pharmacist care service and lessons learned along the way. *Journal of the American Pharmaceuticist Association*. 48, 793–802.

Dosea, A. S. (2015). A percepção do farmacêutico no processo de implantação de serviços clínicos farmacêuticos. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Sergipe, SE, Brasil.

Funk, K. A., Pestka, D. L., McClurg, M. T. R., Carroll, J. K. & Sorensen, T. D. (2019). Primary Care Providers Believe That Comprehensive Medication Management Improves Their Work-Life. *JABFM*. 32

Gonzalez, C. C., Benrimoj, S. I., Scerri, M. & Cardenas, V.G. (2020). Sustainability of innovations in healthcare: A systematic review and conceptual framework for professional pharmacy services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Elsevier Inc.

Grundy, P. (2020). Making the business case for CMM: It's all about the mission. GTMRx Institute Blog. <https://gtmr.org/blog-making-the-business-case-for-cmm-its-all-about-the-mission/>.

Heath, H., & Cowley, S. (2004). Developing a grounded theory approach: a comparison of Glaser and Strauss. *International Journal of Nursing Studies*, v. 41, p. 141–150, 2004.

Helfrich, C. D., Damschroder, L. J., Hagedorn, H. J., Daggett, G. S., Sahay, A., Ritchie, M., & Stetler, C. B. (2010). A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implementation Science*, 5(1). *BioMed Central*.

Hepler, C. D., & Strand L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*. Washington, vol. 47, n.3, p.533-543.

Kliethermes, M. A. (2019). Value-based payment: Preparing for changes in payment for services. *Pharmacy Today*.

Leal, M. B. (2016). Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação de conformidade em serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil.

Legault, F., Humbert, J., Amos, S., Hogg, W., Ward, N., Dahrouge, S., & Ziebell, L. (2012). Difficulties Encountered in Collaborative Care: Logistics Trumps Desire. *JABFM*.

Leite, A. L. A. (2019). Gerenciamento da Terapia Medicamentosa: uma análise de indicadores do serviço farmacêutico. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil.

Maracle, H. L., Ramalho-de-Oliveira, D., & Brummel, A. (2012). Primary Care Providers' experiences with Pharmaceutical Care-based Medication Therapy Management Services. *Innovations in pharmacy*, v. 3, n. 1.

Martínez-Salgado, C. (2012). Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):613-619.

McInnis, T., & Capps, K. (2016) Get the medications right: a nationwide snapshot of expert practices-Comprehensive medication management in ambulatory/community pharmacy. *Health2 Resources*.

Mendonça, S. A. M., Melo, A. C., Pereira, G.C.C., Santos, D. M. S. S., Grossi, E. B., Vilas Boas, M.C., Ramalho de Oliveira, D., & Sousa, A. C. S. (2016). Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* (Online), v. 52, p. 365-373.

Ministério da Saúde. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Recuperado em 03 de julho, 2020 de https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm

Ministério da Saúde. (2019). Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019

Moreno, G., Lonowski, S., Fu, J., Chon, J. S., Whitmire, N., Vasquez, C., Skootsky, S. A., Bell, D. S., Maranon, R. & Mangione, C. M. (2017). Physician experiences with clinical pharmacists in primary care teams. *Journal of the American Pharmacists Association*.

Neves, C. M., Nascimento, M. M. G., Silva, D. A. M., & Ramalho de Oliveira, D. (2019). Clinical Results of Comprehensive Medication Management Services in Primary Care in Belo Horizonte. *Journal MDPI. Pharmacy*.

Nogueira, F. A. (2006). Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos. Dissertação de mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, SP, Brasil.

Pestka, D. L., Sorge, L.A., Mendkoff, J., Frail, C. K., Funk, K. A., Carroll, J. K., Sorensen, T. D. & McClurg, M. T. R. (2019). Assessing the State of Comprehensive Medication Management in a Sample of Primary Care Clinics. *Innovations in pharmacy*. 10

- Peters, D. H., Tran, N. T., & Adam, T. (2013). *Implementation research in health: a practical guide*. World Health Organization.
- Putera, I. (2017). Redefining Health: Implication for Value- Based Healthcare Reform. *Cureus* 9(3): e1067. 10.7759/cureus.1067
- Ramalho de Oliveira, D. (2011). Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. *RCN*, 327 p.
- Ramalho de Oliveira, D. (2013). Atenção farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: ACÚRCIO, F. DE A. (Ed.). *Medicamentos - Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia*. Coopmed. p. 197–234
- Santos, B. D., Nascimento, M. M. G., Oliveira, G. C. B. de., Nascimento, Y. A. de., Mambrini, J. V. M. de., Cid, A. S., Piovesan, T. G. C., Fernandes, L. B., Martins, U. C. M., Neves, C. M., Silva, D. F., & Ramalho de Oliveira, D. (2019). Clinical Impact of a Comprehensive Medication Management Service in Primary Health Care. *Journal of Pharmacy Practice* 1-7, 2019 DOI: 10.1177/0897190019866309.
- Santos, F. T. C., Silva, D. L. M. da & Tavares, N. U. L. (2018). Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*.
- Santos, G. A. Jr dos. Implantação e proposição de estratégias para integração de serviços clínicos farmacêuticos às redes de atenção à saúde. (2018) Tese de doutorado, Universidade Federal de Sergipe, SE, Brasil.
- Schultz, H., Westberg, S. M., Ramalho de Oliveira, D., & Brummel, A. (2012). Patient-perceived value of Medication Therapy Management (MTM) services: a series of focus groups. *Innovations in PharmPacy*, 4, 1-8.
- Souza, I. G., Nascimento, M. M. G., Neves, C. M. Oliveira, G. C., Brum, G. A., & Ramalho-Oliveira D. (2017) Resultados Clínicos do Serviço de Gerenciamento da Terapia medicamentosa em um Ambulatório de Diabetes. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*.
- Silva, D. A. M. (2016). Gerenciamento da terapia medicamentosa na Atenção Primária do município de Belo Horizonte: uma autoetnografia da transformação profissional. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil.
- Sorensen, T. T., Hager, K. D., Schlichte, A. & Janke, K. (2020). A Dentist, Pilot, and Pastry Chef Walk into a Bar... Why Teaching PPCP Isn't Enough. *American Journal of Pharmaceutical Education*.
- Sousa, S. R. A., Shoemaker, S. J, Nascimento, M. M. G., Costa, M. S., & Ramalho de Oliveira, D. (2016). Development and validation of a logic model for comprehensive medication management services. *International Journal of PharmacyPractice*.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage, 312 p.
- Tripicchio, K., Urick, B., Easter, J., & Ozawa, S. (2020). Making the economic value proposition for pharmacist comprehensive medication management (CMM) in primary care: A conceptual framework. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. doi:10.1016/j.sapharm.2020.01.00
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, 507-14.
- Watanabe, J. H., Mcinnis, T., & Hirsch, J. D. (2018). Cost of Prescription Drug-Related Morbidity and Mortality. *Annals of Pharmacotherapy*, 1-9 pág.