

Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa

Compreendendo o conceito, humanizando
o cuidado e revolucionando a prática

Djenane Ramalho de Oliveira



Capítulo 6

O Paciente como Ator Principal da Atenção Farmacêutica

Este é o capítulo que está mais perto do meu coração. Não que este seja o capítulo mais importante, porque não há como classificar um componente de uma prática profissional como o mais importante, uma vez que todas as suas partes devem funcionar bem para que possamos atingir o cuidado holístico que desejamos na atenção farmacêutica, mas, um capítulo sobre o paciente deve definir o 'tom' que daremos a nossa prática diária com o recipiente do nosso cuidado. E é meu desejo criar um 'tom', ou um movimento de palavras, que enfatize e priorize o paciente como o sentido maior da nossa existência profissional. Acredito também que este movimento deve oferecer formas democráticas e libertadoras de trabalhar com o ser humano, tanto com o paciente e seus familiares, quanto com os demais profissionais que participam de seu cuidado. Assim, para atingir esse objetivo, quero posicionar a atenção farmacêutica como uma prática profissional que carrega a possibilidade de fazer a ligação entre a ciência e a arte. Para tanto, a compreensão e a abordagem do paciente serão contempladas observando os seguintes aspectos:

- Comunicar por meio do diálogo
- Atingir a abertura com o paciente

- Compreender a experiência vivida do paciente com a doença
- A voz da medicina versus a voz do mundo-da-vida (*lifeworld*)
- Narrativas do paciente e a experiência de estar doente
- Experiência subjetiva com o uso do medicamento (*The medication experience*)
- Com a palavra, os pacientes da atenção farmacêutica!

Atenção Farmacêutica como ciência e arte

Em 1990 Hepler e Strand definiram a atenção farmacêutica como:

... a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes (p. 539).

Os "resultados definidos" seriam a cura da doença, eliminação ou redução dos sintomas, interrupção ou retardo da doença e prevenção de uma enfermidade ou sintoma (HEPLER e STRAND, 1990). Observa-se nesta definição uma grande concentração nos aspectos biológicos objetivos dos processos patológicos que afetam as pessoas, ao invés das próprias pessoas.

Entretanto, quando Strand e colaboradores apresentaram pela primeira vez o conceito de problema relacionado ao uso de medicamentos (PRM), também em 1990, eles ressaltaram que as categorias de PRM deveriam ser problemas reais vivenciados pelo paciente, ou problemas potenciais a serem prevenidos.

... Com isto em mente, deveria ficar claro que muitas das categorias tradicionais de problemas farmacológicos são problemas dos medicamentos e não do paciente e, portanto, não estão em conformidade com os critérios estabelecidos aqui para garantir que o farmacêutico pode ter um impacto tangível sobre os resultados reais do paciente (STRAND et al., 1990, p. 1094).

Assim, no texto acima, podemos notar uma tentativa de deslocar o foco do medicamento produto para o processo de uso do mesmo pelo paciente. Por isso queremos dizer "problema relacionado ao uso de

medicamento" ao invés de "problema relacionado ao medicamento".

Strand, em 1997, ampliou o conceito de atenção farmacêutica para

... uma prática em que o farmacêutico assume responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente e responde por esse compromisso". (p.478)

Interessante observar a expansão conferida por Strand à definição de atenção farmacêutica, dedicando maior ênfase ao paciente e as suas necessidades. Ainda, a autora chama atenção para a responsabilidade do profissional no atendimento a essas necessidades. Mais uma vez, observamos um maior foco no paciente e na sua relação com o medicamento e não no medicamento enquanto produto.

Em 2003, após observar inúmeros encontros entre pacientes e farmacêuticos e entrevistar pacientes com experiência com a prática da atenção farmacêutica durante um ano, tentei ampliar ainda mais a ênfase no paciente, mas, dessa vez, para além dos aspectos lineares e objetivos associados às doenças.

Oferecer atenção farmacêutica não é apenas atender às necessidades farmacoterapêuticas de um paciente, mas ATENDER AO PACIENTE, apreendendo os significados que as doenças e os medicamentos têm para estes indivíduos (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003; p. 261).

A arte da atenção farmacêutica está em ATENDER AO PACIENTE, que significa reconhecer não somente seus dados objetivos e subjetivos, mas a sua história, e procurar compreendê-lo nos seus aspectos não mensuráveis ou quantificáveis. Estes aspectos estão relacionados às suas motivações, a sua subjetividade, sua cultura, seus valores e sua realidade, da forma como ele a interpreta.

Em uma das minhas conversas com Azaléia, uma paciente da atenção farmacêutica, ela disse (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010):

"A responsabilidade dela [farmacêutica] é me considerar um todo, um ser humano completo, estar aberta a minha situação, e considerar minha realidade no momento de me ajudar a tomar uma decisão sobre o meu tratamento..."

Esta é a melhor explicação que eu já encontrei sobre a responsabilidade da profissional na atenção farmacêutica. E, mais importante, representa a perspectiva de uma paciente! Nesta narrativa, a paciente fala da arte da prática clínica, do estilo de comunicação e do tipo de relacionamento que ela espera construir com a farmacêutica. Outro paciente relatou:

"Eu acho que para uma pessoa oferecer atenção farmacêutica ela deve ser um farmacêutico e também um especialista em comunicação interpessoal."

Em entrevistas com farmacêuticas e farmacêuticos que prestam atenção farmacêutica (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010), um deles expressou-se da seguinte forma:

"O que a atenção farmacêutica significa para mim? Bem, muitas coisas... Mas, eu sei que a construção de relacionamentos é o coração da prática."

Uma outra farmacêutica relatou:

"Toda a farmacologia do mundo se torna irrelevante quando você não consegue se comunicar bem seja com o paciente ou com outros profissionais."

Essas narrativas sugerem que a comunicação parece ter um sentido especial nessa prática profissional. Eu arrisco dizer que a comunicação estabelece a interdependência entre a arte e a ciência na prática da atenção farmacêutica. Portanto, a arte da atenção farmacêutica pode e deve ser pensada, articulada e ensinada. Ela não deve ser encarada 'simplesmente como uma questão de intuição e prática/experiência', que se adquire com o passar do tempo. Devemos ser intencionais ao pensar e planejar os currículos de formação profissional para garantir que a arte da comunicação e da construção dos relacionamentos seja contemplada em toda sua profundidade para beneficiar o paciente.

Comunicar por meio do diálogo

Dialogar significa comunicar-se de forma efetiva e democrática com

o paciente e essa não é uma habilidade reservada somente aos psicólogos, psiquiatras ou assistentes sociais. De acordo com Paulo Freire (1972, p. 69):

Diálogo é uma necessidade existencial... É o encontro entre homens que querem transformar e humanizar o mundo e a realidade, através de reflexão e ação conjuntas. O diálogo não pode ser reduzido ao ato de uma pessoa depositar idéias na outra, nem uma bagagem de idéias a serem consumidas. Diálogo não pode existir sem um profundo amor pelo mundo e pelas pessoas.

Como uma auto-intitulada "freiriana", considero o entendimento de Freire sobre dialogicidade muito apropriado para este contexto de reflexão sobre a construção de uma prática clínica centrada na pessoa e que busca encontrar o equilíbrio entre a ciência e a arte. Freire discute de forma apaixonada os significados do diálogo dentro de uma pedagogia libertadora. Pare ele, o diálogo se baseia em amor, humildade e fé. Para ele não é possível o diálogo se não amamos o mundo, a vida e os seres humanos. Ele ainda ressalta:

Comunicar ou dialogar exige humildade, colocar-se em posição de igualdade com o OUTRO para aprender e ensinar, porque percebe que todos os sujeitos do diálogo sabem e ignoram sempre, sem nunca chegar ao ponto do saber absoluto, como jamais se encontram na absoluta ignorância (FREIRE 1972, p. 71).

Esta descrição de diálogo carrega conhecimentos importantes para a profissional que tem o objetivo de cuidar e influenciar as decisões de outra pessoa. Freire aponta para o fato que, como seres humanos, sabemos e ignoramos ao mesmo tempo. Este é um conceito chave que deveria modular nossa comunicação com as pessoas, e, especialmente, com os nossos pacientes. Para Freire, a auto-suficiência é incompatível com o diálogo.

A comunicação na prática da atenção farmacêutica pressupõe "diálogo entre os seres humanos".

O farmacêutico reconhece a paciente como alguém que tem desejos,

necessidades, preocupações e, sobretudo, conhecimento sobre sua própria realidade. Assim, a farmacêutica entende que apesar de possuir conhecimentos técnicos sobre problemas de saúde e medicamentos, ela não tem conhecimento sobre a realidade do paciente. Somente o paciente possui este conhecimento.

Outro pressuposto concernente ao conceito de dialogicidade é a fé nas pessoas. Freire (1970) enfatiza que a fé no poder do ser humano de fazer, de refazer, criar e recriar é outra condição para o diálogo.

Fé na sua vocação de Ser Mais, que não é privilégio de alguns eleitos, mais direito dos homens (p. 71).

O farmacêutico acredita (tem fé) no conhecimento do paciente e na sua capacidade de compreender e utilizar bem as informações recebidas. A paciente também é capaz de responsabilizar-se por sua própria saúde.

O diálogo não é somente um método a ser utilizado com o paciente, é uma postura diante do mundo, do outro e do conhecimento. O diálogo nos permite ver o mundo como um conjunto de possibilidades, de apreciar diversas formas de conhecimento e de compreender o ser humano como um ser de transcendência, ou seja, que pode romper barreiras ('situações limite' para Paulo Freire) e "ser mais". É dessa forma que devemos compreender o ser humano para o qual oferecemos atenção farmacêutica.

Sou de opinião que as características da dialogicidade, como sugerido por Freire, são totalmente compatíveis com as premissas de uma prática centrada no paciente. O diálogo é uma forma radical de estar aberto a realidade do paciente, de legitimar o seu conhecimento e de valorizar as suas experiências. Paulo Freire chamaria essa prática de radical pelo fato de que o ser humano, no caso a farmacêutica, está enraizada na realidade e na história do paciente, ou seja, ela a conhece e a aceita. O conhecimento radical, além de estar embasado na realidade, é preponderantemente crítico, amoroso, humilde e comunicativo, ou seja, o farmacêutico compreende a realidade do paciente, mas questiona

as verdades dessa realidade e é crítico em relação à posição do paciente e as suas possibilidades de "ser mais".

Dessa forma, na atenção farmacêutica o paciente:

- É considerado conhecedor da sua própria vida e, por isso, a principal fonte de informação sobre as suas necessidades e desejos;
- Tem direito de obter informações sobre seus problemas de saúde e sobre seus medicamentos;
- É visto como alguém capaz de participar do processo de tomada de decisão sobre sua farmacoterapia e sobre seus hábitos de vida;
- Participa de todas as definições e planos realizados durante o processo de cuidado;
- Tem a liberdade de implementar as mudanças que foram previamente acordadas com o farmacêutico;
- Tem o direito e a liberdade de discordar da opinião/recomendação profissional e tomar decisões que diferem daquelas sugeridas pelo farmacêutico.

Atingindo a abertura com o paciente

"Ela [farmacêutica] tem interesse em tudo que acontece na minha vida. Ela me ouve, me entende e não me julga."

"Ele [farmacêutico] é paciente, me explica as coisas. E eu não tenho medo de fazer nenhuma pergunta, por mais estúpida que seja."

Estas narrativas são relatos de pacientes sobre as suas experiências com a profissional da atenção farmacêutica. Como abordado no capítulo sobre os componentes da prática, com o movimento em direção a uma prática centrada na pessoa, farmacêuticos terão que transformar suas identidades e aprender novas maneiras de ser com seus pacientes. Estas mudanças são drásticas e requerem a aquisição de novos conhecimentos e competências. Além de conhecimentos sobre o monitoramento da farmacoterapia, farmacêuticos devem também dedicar mais atenção às dimensões humanas do cuidado a saúde. O

conhecimento farmacoterapêutico deve ser aplicado de forma que reconheça o paciente no seu contexto social e vivencial.

Com o intuito de melhorar as experiências das pessoas com os seus medicamentos, os farmacêuticos devem reconhecer as experiências únicas dos indivíduos. A farmacêutica deve estar aberta para aprender com o paciente e, assim, buscar atingir uma compreensão holística de suas crenças, atitudes e comportamentos com relação a sua saúde e aos seus medicamentos. Para este fim, a profissional deve construir uma relação terapêutica com a paciente e compreender o seu contexto social, cultural, histórico e experiencial. O farmacêutico também tem que estar disposto a enfrentar o desconhecido para lidar com o conhecimento da pessoa. Uma forma de facilitar este enfoque é por meio da "abertura" ao paciente.

Utilizando a filosofia fenomenológica de Edmund Husserl como orientação, em 2006, uma colega e eu (RAMALHO DE OLIVEIRA e SHOEMAKER, 2006) introduzimos a idéia do mundo-da-vida do paciente ou "everyday world" como um conceito importante para a Farmácia do século XXI. No mundo-da-vida nós vivemos o que Husserl denomina de "atitude natural". A atitude natural é nossa forma de estar no mundo, onde tomamos o mundo como dado, em que vivemos de forma mais automatizada ou não-reflexiva. Neste estado não questionamos a nossa compreensão de como as coisas funcionam, não fazemos auto-crítica das nossas pressuposições ou preconceitos. No mundo-da-vida nós estamos imersos na atitude natural, e, dessa forma, o mundo nunca se torna um objeto para nós. Ou seja, o mundo está simplesmente lá, presente, não o questionamos. Para Husserl, a atitude natural representa a base de toda nossa experiência no mundo (DAHLBERG e HALLING, 2001). De acordo com a fenomenologia, a nossa atitude natural permeia nossa existência como seres humanos, o que significa que normalmente, no nosso dia-a-dia, não refletimos ou questionamos nossas atitudes e comportamentos. Na nossa atitude natural, nós simplesmente somos, simplesmente vivemos.

O farmacêutico tradicional, por exemplo, como qualquer outra pessoa, também tem uma atitude natural. Por outro lado, farmacêuticos, como um grupo profissional, também parecem ter uma atitude natural coletiva que determina suas ações e a sua forma de se relacionar com o paciente. A fenomenologia ajuda a farmacêutica a olhar de forma mais crítica para sua forma de estar no mundo, permitindo questionar se este estado não-reflexivo é uma forma de ser compatível com uma prática centrada no paciente.

Com base em relatos de pacientes que descreveram suas experiências com a farmacêutica de dispensação, ou seja, com a farmacêutica tradicional, propusemos o seguinte conceito de atitude natural desta profissional:

A Atitude Natural Farmacêutica (ANF) é a atitude pré-reflexiva do profissional que manifesta-se por meio de uma confiança primariamente depositada no conhecimento farmacológico para o entendimento do funcionamento dos medicamentos, focalização no produto, uso do "aconselhamento" como a principal abordagem do paciente e ênfase no cumprimento da prescrição como objetivo mais importante de sua prática (RAMALHO DE OLIVEIRA e SHOEMAKER, 2006, p. 59).

A crença dos farmacêuticos na supremacia de seu conhecimento técnico muitas vezes os cega para as particularidades da situação de um paciente e sua experiência subjetiva com medicamentos. Além do conhecimento farmacológico, o conhecimento do paciente e o conhecimento de sua experiência, na sua própria perspectiva, são essenciais para avaliar e garantir a efetividade, segurança, e conveniência dos seus medicamentos.

Liaschenko e Fisher (1999) propuseram uma classificação de tipos de conhecimento, o que as autoras chamaram de "caso", "paciente" e "pessoa", que reflete o conteúdo de conhecimento necessário para conduzir o trabalho de enfermagem. O "conhecimento do caso" é o conhecimento biomédico ou o conhecimento científico que inclui a fisiopatologia, os processos patológicos, a farmacologia e os protocolos clínicos. Este conhecimento científico é generalizável aos grupos e é independente de qualquer paciente em particular. Evidências do

conhecimento de caso são geralmente demonstradas por medidas objetivas que são comparadas com valores normativos. O raciocínio clínico é organizado em grande parte através de diagnósticos médicos, que são o principal meio de estruturar o conhecimento do caso. No caso da atenção farmacêutica, o conhecimento do caso incluiria as categorias de problemas relacionados ao uso de medicamentos e os parâmetros de avaliação de efetividade e de segurança dos medicamentos. O farmacêutico identifica problemas e estabelece os objetivos terapêuticos a serem alcançados utilizando em grande parte "conhecimento do caso".

Em contraste com o conhecimento do caso, o "conhecimento do paciente" é o que define o indivíduo dentro do sistema de saúde, o conhecimento expressado pela resposta do indivíduo às intervenções profissionais. Este envolve a compreensão da experiência de um ser humano específico com uma doença e a sua resposta ao tratamento. O trabalho da farmacêutica enfatiza principalmente o "conhecimento do paciente", além de observar também o conhecimento do caso. O conhecimento do paciente é exclusivo do destinatário do cuidado e não é acessível ou significativo fora da 'experiência encarnada'. O acesso ao conhecimento do paciente exige sensibilidade para a complexidade e as especificidades dos destinatários do cuidado no seu contexto em particular. O conhecimento do paciente requer e proporciona proximidade com estas pessoas ao longo do tempo, permitindo que os profissionais possam fazer comparações e, assim, interpretar as suas respostas. As interpretações são baseadas na comparação do destinatário do cuidado com o conhecimento do caso, com o próprio destinatário ao longo do tempo, com outros pacientes e com ocorrências raramente vistas. Com estas comparações, o farmacêutico pode muitas vezes dar sentido às respostas atípicas que poderiam ser consideradas "anormais", e, portanto, desconsideradas.

O "conhecimento da pessoa" é o conhecimento do indivíduo como um ser e com uma biografia pessoal. Conhecer o paciente como uma

pessoa é saber o que significa para aquela pessoa ter uma história específica, viver uma vida em particular e se angajar com o mundo da forma como ela ou ele se engaja. Conhecer um paciente como pessoa significa saber o que ele ou ela sabe, o que essa pessoa valoriza e por que e que a pessoa tem atitudes e comportamentos que fazem sentido para ela. Portanto, entendo que na atenção farmacêutica, assim como na enfermagem, devemos utilizar estes três tipos de conhecimentos.

O segundo componente da ANF está relacionado com o foco do farmacêutico no produto medicamento, ao invés de um foco mais amplo no paciente. Em geral o farmacêutico tradicional tem a sua atenção muito mais focada no produto e suas propriedades do que em conhecer como o paciente interage com aquele produto. Ademais, há ênfase do farmacêutico tradicional no fornecimento de informações ao paciente com o intuito de garantir a aderência do paciente ao seu tratamento. A idéia de cumprimento ou aderência ao tratamento abraçada por farmacêuticos é, frequentemente, o resultado de uma abordagem paternalista que assume que as pessoas devem seguir a recomendação do profissional e considera, portanto, o descumprimento como um comportamento irracional por parte do paciente. Conseqüentemente, os pacientes que não seguem as recomendações profissionais são vistos como desviantes.

Considerando o que foi discutido sobre a atitude natural do farmacêutico tradicional, na atenção farmacêutica a profissional deve achar o equilíbrio entre seu conhecimento técnico, ou o conhecimento do caso, e uma abordagem que considere as necessidades e expectativas dos pacientes (conhecimento do paciente e da pessoa). Abertura ou "Openness" pode servir de meio para o farmacêutico "equilibrar a equação" entre a ANF (atitude natural do farmacêutico) e o cuidado centrado no paciente. A abertura é uma habilidade essencial para um profissional de saúde cuidar de uma pessoa. Como Dahlberg e Halling (2006, p. 14) ressaltam, "a abertura é um aspecto central na prática profissional, bem como na vida cotidiana". Estando abertos, os profissionais se tornam

mais disponíveis, não só com o seu tempo, mas com a recepção e o atendimento ao paciente como um indivíduo. O profissional precisa reconhecer que o cuidado é prestado em nome do paciente e para o paciente. Portanto, os profissionais devem manter um alto nível de humildade sobre o seu conhecimento científico para que o conhecimento do paciente possa ser reconhecido. Isso significa que o farmacêutico deve ouvir e atender o paciente, estando abertos a ouvir e valorizar as suas experiências, opiniões e escolhas.

No meu encontro com o paciente, eu experimento O OUTRO como uma voz, um chamado, um apelo... Esse OUTRO que me chama faz com que eu me responsabilize, que eu reconheça que devo fazer alguma coisa. Eu me preocupo, o que me permite pensar e agir de formas que vão além do meu próprio interesse. Nesse momento a voz e o interesse do OUTRO estão em primeiro lugar (VAN MANEN, 2002, p.270).

Diante disso, "Como a farmacêutica pode questionar sua atitude natural? ou Como pode atingir a abertura com o paciente?". Como discutido por Dahlberg e Halling (2006), ser e estar aberta significa tolerar a experiência do não-conhecer ou a experiência de se sentir "no escuro". O sentimento de escuridão experienciado pelo profissional está associado ao desconforto de não saber alguma coisa ou de não ter a resposta definitiva para a situação ou problema do paciente. Estar aberta também significa questionar suas crenças mais arraigadas sobre como as coisas funcionam. Questionar suas pressuposições significa ter uma mente e um posicionamento mais aberto. Isso significa reconhecer os seus preconceitos e valores.

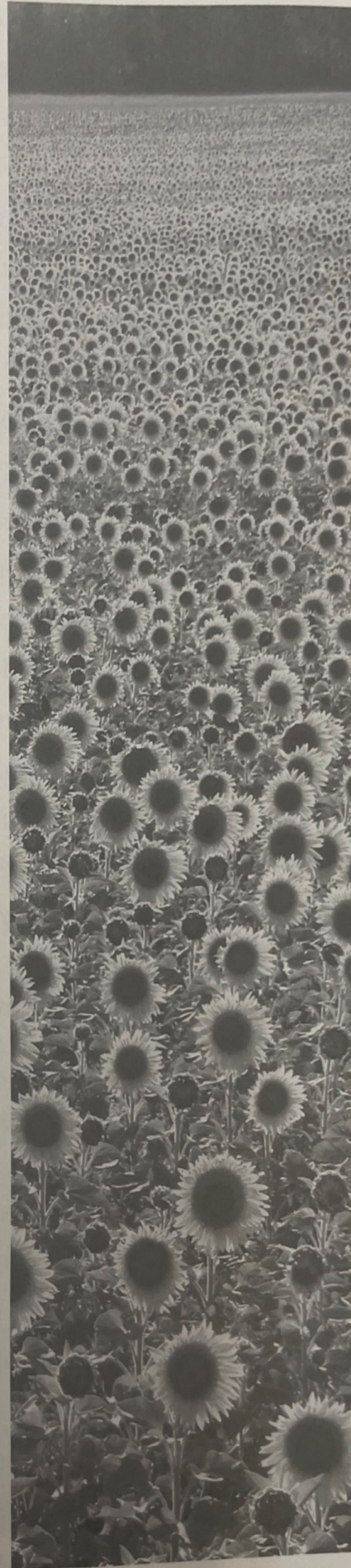
"Abertura" se apresenta como um posicionamento crucial para o farmacêutico que assume a responsabilidade por atender as necessidades farmacoterapêuticas do paciente. Por essa razão, no Quadro 1 são relacionadas estratégias para o farmacêutico atingir um maior grau de abertura com os seus pacientes. Estas estratégias podem ajudar a farmacêutica a ter maior consciência da sua atitude natural e superá-la quando estiver interferindo no cuidado ao paciente. Es-

tas estratégias são de dois tipos: aquelas que podem ser utilizadas com o paciente e aquelas para serem utilizadas com o próprio farmacêutico.

Escutar é uma das estratégias mais importantes na atenção farmacêutica. É por meio da escuta que o farmacêutico vai conhecer o estar-no-mundo do paciente. A farmacêutica deve demonstrar interesse, curiosidade e sentimento de descoberta diante do paciente. Deve-se estar aberto ao paciente deixando que ela ou ele se apresente nos seus próprios termos. "Qual é a história do paciente? Quais são suas motivações, preocupações e medos?".

Estar centrado na paciente significa reconhecê-la como ela é e estar aberto ao outro em toda a sua complexidade. É tentar colocar-se no lugar da paciente, fazendo o esforço para sentir o que ela está sentindo.

Uma estratégia muito importante é "to wonder", que significa sentir-se maravilhado ou surpreso com o que se está testemunhando. Significa dar um passo atrás e deixar as coisas do mundo apresentarem-se a nós nos seus próprios termos. No caso da atenção farmacêutica, "to wonder" significa que o farma-



cênico deixa o paciente apresentar-se, nos seus próprios termos, e é capaz de manter-se curioso e interessado na história dessa pessoa, sem realizar julgamento.

A farmacêutica também pode utilizar estratégias com ela própria, como por exemplo, reconhecendo e questionando sua atitude natural ou sua forma automatizada de fazer ou responder as coisas. O farmacêutico deve ser capaz de questionar seus próprios valores, preconceitos, pressuposições e pré-entendimentos. Deve conhecer-se e ser capaz de realizar auto-crítica. "De que forma os meus valores e preconceitos podem influenciar o cuidado que eu ofereço ao paciente?"

A capacidade reflexiva representa também uma habilidade muito importante para o profissional na atenção farmacêutica. O farmacêutico deve ter condições de avaliar criticamente como foi o seu encontro com o paciente, o que funcionou, o que não funcionou, o que ele poderia ter feito de forma diferente, como ele vai abordar ou responder ao paciente numa próxima oportunidade. Além disso, a farmacêutica pode utilizar os seus colegas para facilitar a sua própria reflexão. Como ressaltaram Nyström e Dahlberg (2001, p. 341):

Nossos pré-entendimentos provavelmente nunca serão totalmente compreendidos. Por isso precisamos refletir, e refletir novamente... Pré-entendimentos têm uma tendência embaraçosa de serem mais óbvios para os outros do que para nós mesmos.

Por isso, devemos engajar-nos em reflexões com outras pessoas, uma vez que o outro pode funcionar como um espelho que nos permite enxergar-nos. Neste sentido, sempre afirmo que não é possível tornar-se um bom profissional sozinho. Precisamos do outro e do seu retorno para tomarmos consciência de nós mesmos. Isso pode ser feito por meio de reuniões de farmacêuticos para discussões de casos clínicos ou observação de colegas durante encontros com o paciente ou avaliação da documentação de colegas.

Quadro 1: Estratégias para atingir a "abertura" com o paciente

<i>Estratégias para o farmacêutico utilizar nos encontros com o paciente</i>		
Estratégia	Objetivo da Estratégia	Como usar a Estratégia
Escutar	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar atenção no paciente • Escutar identificando conteúdo e emoções • Ouvir a história do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficar tranquilo e em silêncio na maior parte do tempo • Concentrar-se • Diminuir as distrações presentes • Focar no que o (a) paciente está dizendo • Estar atento às informações subjetivas e objetivas • Ouvir e tentar compreender como as doenças e os medicamentos do paciente impactam sua vida • Capturar a narrativa do paciente
Reconhecer/ Aceitar/ Validar	<ul style="list-style-type: none"> • Ver cada paciente como um indivíduo único • Reconhecer e aceitar o paciente por quem ele é • Registrar as experiências e a situação de vida do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir que o paciente se apresente • Documentar as 5 coisas que são únicas sobre este indivíduo • Documentar as 5 coisas sobre as experiências e a situação de vida do paciente que podem influenciar o cuidado a ser oferecido
"Wonder" Admirar/ Surpreender-se	<ul style="list-style-type: none"> • Surpreender-se, admirar-se com o novo ou o diferente • Ser receptivo, aberto e não se apresentar em posição defensiva • Ser curioso com relação ao paciente • Ver tudo como novo, estar surpreso como uma criança • Pensar e considerar diferentes possibilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Não julgar • Permitir que o que o paciente diga seja verdade • Considerar diferentes possibilidades que possam explicar o que está ocorrendo com o paciente e com seus medicamentos • Analisar se o que está acontecendo com os medicamentos do paciente seria possível ou real para ele • Analisar qual é o significado do que está acontecendo para o paciente.
<i>Estratégias para o farmacêutico utilizar com ele próprio</i>		
Estratégia	Objetivo da Estratégia	Como usar a Estratégia
Reconhecer	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a ANF • Reconhecer seus próprios valores, pré-entendimentos, vieses e julgamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Eu estou focando somente no medicamento? • Eu estou reconhecendo a realidade do paciente como válida? • Eu estou somente utilizando a farmacologia para interpretar o quadro deste paciente? • Eu estou reagindo negativamente a alguma coisa que o paciente fez ou disse? • Eu tenho um viés ou uma idéia já formada sobre pessoas nesta situação?
Questionar	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar a ANF • Questionar seus valores, pré-entendimentos, vieses e julgamentos • Questionar o impacto da ANF no cuidado do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • A ANF está afetando a maneira que eu trato o paciente? • A ANF está afetando negativamente o cuidado que eu ofereço? • Meus vieses e julgamentos estão entrando nas minhas interações com o paciente?
Refletir	<ul style="list-style-type: none"> • Rever o que aconteceu no encontro com o paciente • Considerar o que poderia ter sido feito para proporcionar um melhor cuidado ao paciente • Planejar o que você fará diferente no próximo encontro 	<ul style="list-style-type: none"> • O que aconteceu durante o encontro? • O que eu poderia ter feito diferente? • O que eu farei na próxima vez? • O que eu aprendi? • Eu deveria dividir minha experiência ou solicitar feedback de um colega?

Fonte: Tabela traduzida a partir do artigo de Ramalho de Oliveira e Shoemaker (2006).

Assim, atingir a "abertura" na atenção farmacêutica significa ter capacidade de acolher o outro integralmente, sem que lhe sejam colocadas quaisquer condições e sem julgá-lo pelo que sente, pensa, fala ou faz.

No momento de encontro com o paciente deveria ocorrer uma suspensão temporária de toda nossa teoria, conhecimentos e pressuposições a fim de que possamos ser verdadeiramente impregnados por uma curiosidade passional pela experiência daquele paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003, p. 341).

Compreendendo a experiência vivida do paciente com a doença

Existe uma diferença importante entre a doença, da forma que os profissionais a reconhecem, e a experiência de estar doente. Podemos dizer que existem dois modelos de doenças: um modelo de doença que podemos chamar de anátomo-patológico e outro modelo de doença como ela é vivida pela pessoa. A doença para o médico é um diagnóstico, uma categoria anátomo-patológica e refere-se a alterações patológicas no corpo. Por outro lado, para o paciente é uma experiência que inclui sentimentos relacionados a alterações no corpo e mente e todas as consequências de viver com uma doença. A doença é vivida ou experimentada pelo paciente como um estado de desarmonia e desequilíbrio. Estar doente é um estado de existência alterado, uma forma diferente de estar no mundo.

A experiência de um paciente com sua doença está relacionada ao modo como ele apreende o mundo e interage com ele através de sua alteração ou 'perturbação' corporal. Esta experiência representa o modelo de doença vivida. Usualmente, o estar-no-mundo do paciente é alterado pela sua doença e, portanto, em cada encontro com um paciente a profissional da atenção farmacêutica deve seguir sua narrativa para compreender o significado de sua história e imaginar a sua doença nas suas conflitantes perspectivas. Conforme ressaltado por Charon e Montello (2002, p. 24):

Embora a doença seja um fenômeno biológico e material, a resposta humana a ela não é nem biológica nem aritmética. Ao estender ajuda a uma pessoa doente, não só deve-se determinar qual é o problema, mas também se deve determinar qual é o seu significado.

Como resultado, no oferecimento da atenção farmacêutica o profissional, além de atender às necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes, deve atentar-se para os significados que os pacientes atribuem à suas doenças, bem como aos seus medicamentos.

O que quer que seja que acontece com meu corpo acontece comigo... Ninguém deveria me pedir para separar minha cabeça do meu corpo e depois falar do meu corpo como se fosse uma coisa assim, lá, afastada de mim. Ninguém deveria estar bem enquanto ouve que seu corpo está desfalecendo. A demanda dos profissionais de saúde foi que eu tratasse meu problema de saúde como se o medo e a frustração não fossem parte dele, e agisse como se minha vida, minha vida inteira, não tivesse se transformado (FRANK, 1991, p.11).

Toombs (1987) ressalta que na ausência de doença, nós tomamos nosso corpo e nossa saúde como dados, nós simplesmente somos. Porém, quando experienciamos uma doença nos tornamos conscientes da nossa encarnação no mundo. Nossa experiência de vivência com a doença não nos permite tomar nossos corpos como dados. Este autor propõe uma "abordagem eidética a doença", e afirma que "a doença-vivida" revela traços essenciais que caracterizam um modo de ser que pertence ao fenômeno da doença, independentemente de sua manifestação em termos de uma doença específica. Ainda considera que na abordagem eidética a doença torna possível um mundo de significados compartilhados entre profissional e paciente. Esta abordagem exige que a profissional temporariamente ponha de lado a sua interpretação da doença como construção teórica e concentre-se sobre as características que são fundamentais para a experiência da doença em si. Estas características incluem a percepção de perda de integridade, uma vez que há um profundo sentimento de perda da integridade

corporal total, perda da segurança pessoal, devido à ansiedade e medo, perda de controle, perda de liberdade para agir e perda do mundo familiar. Pellegrino (2008) observa que a doença é um estado alterado de existência, um modo peculiar de estar no mundo.

A doença é um estado de desequilíbrio, desarmonia, deficiência, em que o indivíduo encontra-se separado do mundo cotidiano que lhe é familiar (TOOMBS, 1987, p. 233).

Ao explorar as experiências dos pacientes com doenças crônicas, Charmaz (1997) sugere que as pessoas vivenciam a doença crônica grave de três formas: como uma interrupção de suas vidas, como uma doença invasiva e como uma imersão na doença. Embora o processo da doença seja indescritível para as pessoas, a doença perturba as suas vidas, invade suas atividades diárias, engloba-as.

É através do meu corpo que compreendo as outras pessoas, assim como é através do meu corpo que percebo as "coisas" ... Eu sou o meu corpo, pelo menos na medida em que possuo experiência, e ainda ao mesmo tempo, meu corpo é como se fosse um sujeito "natural", um esboço provisório de meu ser total (MERLEAU-PONTY, 1962, p.198).

A análise fenomenológica do corpo fornecido por Maurice Merleau-Ponty (1962) revela uma importante distinção entre o corpo vivido (o corpo como ele é imediatamente experimentado em um estado pré-reflexivo ou de forma não-reflexiva) e o corpo objetivo ou fisiológico. Sua análise mostra que no nível pré-reflexivo, o corpo não é apreendido como um corpo fisiológico ou um objeto material, mas a relação com o corpo é existencial. Eu não só possuo um corpo, eu sou o meu corpo. Em um nível não-reflexivo, ou na nossa atitude natural no mundo, não há percepção de separação entre o corpo e o eu. Ao invés de ser um objeto do mundo, meu corpo é o meu ponto de vista particular sobre o mundo. Como observa Merleau-Ponty (1962), como um sujeito encarnado, é por meio do meu corpo que eu tenho acesso ao mundo em primeiro lugar. Ao invés de ser uma coisa

exclusivamente física e desprovida de intencionalidade, o corpo vivido é uma consciência encarnada, que se envolve e se dedica ao mundo circundante. O corpo vivido é o nosso estar-no-mundo. O entendimento do corpo vivido requer um ato de reflexão que, necessariamente, o transforma em um objeto-corpo. A apreensão do corpo como objeto, ou a consciência da própria "coisa", é revelada na experiência da doença.

Como afirmado por Toombs (2001), embora o corpo seja a preocupação central da medicina, a investigação sobre a natureza do corpo na medicina ocidental normalmente se concentra no corpo como um tipo de mecanismo: o corpo como máquina. O corpo é um objeto que pode ser observado, cientificamente analisado e compreendido em termos de suas características anatômicas e fisiológicas. No entanto, conforme ressaltado anteriormente, a paciente experimenta o seu corpo de uma maneira muito diferente, ela experimenta-o como um corpo vivido. Para a paciente, seu corpo não é um objeto submetido a exame científico, mas o meio pelo qual ela interage com o mundo. Há uma interação constante entre o corpo do paciente e o mundo e é através de seu corpo que ele experimenta o mundo. Como afirmado por Abrams (1996, p. 125):

O corpo que experientia... não é um objeto fechado em si mesmo, mas uma entidade, aberta, incompleta ... Podemos pensar o sentido do corpo como uma espécie de circuito aberto que se completa somente nas coisas, e no mundo ... é principalmente através do meu engajamento com o que não sou eu que eu efetuo a integração dos meus sentidos, e, assim, experiencio a minha própria unidade e coerência.

Tendo em conta esta interação corpo-mundo em curso, a doença não é simplesmente uma crise para o corpo-objeto fisiológico isolado, mas sim um problema para todo o organismo que o contém e o seu ambiente. A doença manifesta-se essencialmente como uma perturbação do corpo vivido. A doença é vivida como uma crise ontológica. Na doença, o rompimento das capacidades físicas tem um significado que excede a de disfunção mecânica simples (Toombs,

2001). Na doença, as interações do paciente com o mundo se transformam e ele não apenas experimenta um mau funcionamento do corpo, mas também mudanças em suas emoções, desejos e interpretações do mundo. Para o paciente, não há separação entre corpo/mente, corpo/mundo, corpo/pessoa, e, portanto, na doença-vivida a própria natureza do corpo como ser-no-mundo é transformada. A doença é sentida como uma incapacidade de se envolver no mundo de maneira habitual. Além disso, uma vez que ao nível do corpo vivido não há separação entre corpo e eu, a doença necessariamente representa não só uma ameaça para o corpo, mas uma ameaça para si mesmo. Assim, na tentativa de focar na experiência vivida do paciente, o profissional da saúde tem que temporariamente colocar de lado as suas interpretações científicas da doença como um quadro patológico, com o intuito de reconhecer a ruptura do "mundo-da-vida" que a doença gera.

Ou seja, na doença como é vivida há a percepção de perda da integridade total do corpo. O corpo, ou a mente, não pode mais ser ignorado. Há uma ruptura da unidade fundamental entre o meu corpo e o meu eu. O corpo assume controle do meu eu. Também há uma diminuição da certeza relacionada à indestrutibilidade pessoal, o que leva a uma sensação de perda de controle e perda da liberdade de escolha e ação. Para a paciente, o mundo se torna imprevisível e incontrolável.

"O mundo não tem uma ordem. O mundo é um lugar caótico e eventos ocorrem ao acaso o tempo todo em um mundo caótico. Nós nos enganamos quando pensamos que o mundo tem uma determinada ordem. Nós acordamos de manhã e vamos para a cama à noite porque estamos dando certa ordem ao mundo, mas isto é apenas uma ilusão, uma ilusão que nos deixa continuar vivendo. Se nós não fingíssemos que a vida é assim, nós não conseguiríamos continuar vivendo. Nós criamos este mundinho de faz de conta, onde nós trabalhamos, dormimos, e comemos 3 vezes ao dia. Nós sabemos sobre gravidade e sobre os elementos químicos, mas na verdade nós não sabemos de nada. O mundo é uma massa maciça de moléculas se chocando, batendo uma nas outras, e em qualquer momento um evento, desses ao acaso, pode acontecer.

Terremotos, enchentes e outros atos de Deus podem ocorrer, como símbolos desses eventos, e todas nossas casas podem ser destruídas, aviões podem chocar com nossos prédios, bebês podem ser tomados de suas mães. Um bebê que você esperou por 6 anos pode dar totalmente errado. É muito, mas muito difícil voltar aquele mundo com uma certa ordem, voltar a vida normal depois disso, porque a minha ilusão desse mundo foi destruída...Eu acho que o que eu estou experimentando é a perda da ilusão de um mundo normal.” [paciente Júlia]

A voz da medicina versus a voz do mundo-da-vida (lifeworld)

A voz do mundo-da-vida refere-se às experiências do paciente com eventos e problemas contextualizados no seu dia-a-dia. É a linguagem cotidiana em que o paciente relata e descreve situações na perspectiva da “atitude natural”. Envolve problemas não técnicos. O significado dos eventos depende da situação biográfica do paciente e de sua posição no mundo social. Por outro lado, a voz da medicina refere-se aos interesses e a linguagem técnica que refletem a atitude científica do profissional médico. O significado dos eventos reflete regras e categorias abstratas. O contexto social, pessoal e experiencial está usualmente removido dessa atitude e linguagem.

Elliot Mishler (1984), utilizando a “Teoria da ação comunicativa” do filósofo Jurgens Habermas, analisou os padrões de comunicação presentes em interações entre médicos e pacientes nos Estados Unidos. O autor encontrou padrões distorcidos de comunicação nessas interações sugerindo que a voz da medicina é frequentemente incompatível com os padrões de comunicação mais naturais e sem distorções da voz do mundo da vida do paciente. A voz da medicina se expressa com a médica mantendo o controle da interação, com desequilíbrio de poder e supressão dos relatos carregados de significados dos pacientes. O resultado é uma disputa entre estas duas vozes diferentes levando a uma comunicação fragmentada e distorcida. Esta disputa não indica uma falta moral por parte da médica, que, na maior parte das vezes, não tem consciência da dinâmica de comunicação entre ela e o paciente. Mishler propõe que se os médicos utilizassem modelos de interação

mais apropriados o resultado do cuidado do paciente seria mais efetivo e humano. O autor enfatiza que formas mais apropriadas de comunicação deveriam incluir a escuta, o uso de perguntas abertas, a tradução da voz da medicina para a voz do mundo da vida e a negociação e compartilhamento do poder na consulta médica.

A "Teoria da ação comunicativa" de Habermas (1984), descreve a disputa entre dois tipos de racionalidades, a razão instrumental e a razão comunicativa, que produzem dois tipos de mundos diferentes. Estas racionalidades manifestam-se através da linguagem. Para o autor, essas linguagens definem bem duas esferas que coexistem na sociedade: o "sistema" e o "mundo da vida". O "sistema" refere-se à "reprodução material", definida pela lógica instrumental (adequação de meios a fins) incorporada nas relações hierárquicas e econômicas. O "mundo da vida" é a esfera de "reprodução simbólica", da linguagem, das redes de significados que compõem determinada visão de mundo, sejam estes significados referentes aos fatos objetivos, subjetivos ou às normas sociais. A "razão instrumental" ou racionalidade objetiva, presente no sistema tecnocrático, é regida por interesses técnicos e é expressada por uma atitude científica, onde regras abstratas são utilizadas para afastar o contexto. Esta racionalidade é promulgada por meio da ação estratégica. Neste caso, a ação é orientada ao sucesso e os objetivos são definidos por considerações técnicas ao invés de considerações morais. Esta racionalidade leva a um agir estratégico em que um indivíduo age sobre o outro para atingir os fins que ele, a priori, definiu como necessários. Como consequência, encontram-se padrões de comunicação distorcidos, manipulação e dominação. Em contrapartida, a "razão comunicativa", também chamada de racionalidade de valor, é regida por uma comunicação livre, racional e crítica. Esta linguagem ou racionalidade habita o mundo da vida das pessoas e envolve a atitude natural e os eventos cotidianos de forma contextualizada. Aí as considerações morais definem os objetivos das interações e a linguagem está orientada ao entendimento e significações. Neste contexto, en-

contramos o agir comunicativo em que há a busca do reconhecimento intersubjetivo das pretensões dos sujeitos. O resultado é um padrão de comunicação mais equilibrado, com interações apropriadas, com compreensão e negociação sem coerção.

A teoria de Habermas pode ser vista como um projeto moral que chama a atenção para os perigos do crescimento do "sistema" e da racionalidade instrumental objetiva que pode ocultar o mundo-da-vida (BARRY et al., 2001). Para ele, o sistema ou a consciência científica e tecnocrática pode colonizar o mundo da vida das pessoas, o que ele chama de racionalização do sistema. Para atingir o equilíbrio e limitar o crescimento da razão instrumental/objetiva é necessário trabalhar na razão comunicativa por meio da interação ideal e efetiva da linguagem. A ação comunicativa que se efetiva na linguagem é uma forma privilegiada de relacionamento entre os sujeitos que permite a articulação de valores e o questionamento dos mesmos. Isso significa compreensão mútua (sem objetivar o sucesso de um indivíduo) por meio da harmonização dos planos de ação e negociação das diferentes formas de definir as situações, sem utilização de coerção ou hierarquia de poder.

O que Mishler (1984) fez foi aplicar estes conceitos de Habermas especificamente ao mundo da medicina, considerado por este autor um sistema tecnocrático das sociedades ocidentais no final do século XX. Na medicina, a ação estratégica é utilizada para manter sua dominância. Esta ação apropria-se da voz do mundo da vida do paciente por meio da comunicação distorcida orientada a controlar o paciente e atingir um objetivo específico. Na sua observação de interações entre médicos e pacientes, Mishler encontrou um padrão típico de comunicação que ele chamou de "Unremarkable Interview" ou "entrevista típica". Essas entrevistas, ou consultas, eram conduzidas, na sua totalidade, na voz da medicina e normalmente incluíam uma solicitação do médico, uma resposta do paciente, uma nova solicitação do médico e um pedido de esclarecimento ou elaboração da resposta do paciente. Apesar dessas entrevistas parecerem fluidas e coerentes a primeira vista,

elas usualmente envolviam a interrupção da voz do mundo da vida do paciente, falta de reconhecimento da perspectiva da pessoa ou alteração do tópico de discussão pelo médico. A médica exercia controle sobre a interação, inibindo o paciente de participar ativamente ou alterar o fluxo da conversa. Havia uma perda do contexto da história do paciente, de como os problemas se desenvolveram e do impacto dos problemas na sua vida. De acordo com Mishler (1984), a entrevista típica não é efetiva porque a voz da medicina baseia-se no modelo biomédico. Este modelo tende a ignorar o contexto social e os significados que os pacientes conferem as suas experiências e as suas doenças. A efetividade da prática clínica depende da compreensão deste contexto e do entendimento desses significados.

Alguns estudos mostram que quando a voz técnica, ou razão instrumental da medicina, tem prioridade sobre a voz do mundo da vida, o paciente tem a percepção de estar sendo desumanizado, objetificado e estereotipado, além de sentir-se desvalorizado e impotente diante dos seus problemas de saúde (STRAUSS et al., 1982; COYLE, 1999).

Barry et al (2001), utilizando metodologia semelhante a proposta por Mishler, encontraram outros padrões de comunicação entre pacientes e médicos, além da "entrevista típica". Eles encontraram padrões que denominaram de "estritamente voz da medicina", "mundo da vida bloqueado", "mundo da vida ignorado" e "mundo da vida mútuo". Estes autores observaram que as consultas mais efetivas foram aquelas em que houve uso exclusivo da voz da medicina, normalmente consultas para avaliação de problemas de saúde agudos ou uso da voz do mundo da vida tanto pelo médico quanto pelo paciente ("mundo da vida mútuo"). Neste último caso, os problemas de saúde foram principalmente de natureza psicológica. Os outros dois tipos de consultas, "mundo da vida bloqueado" e "mundo da vida ignorado", lidaram principalmente com problemas de saúde crônicos e foram as interações menos efetivas. Nestes casos, o contexto de vida, a perspectiva

e a história do paciente foram ignoradas ou interrompidas pelo médico.

Na atenção farmacêutica, assim como na medicina, tanto a voz da medicina quanto a voz do mundo da vida devem ser valorizadas no cuidado ao paciente. Ou seja, além da razão instrumental/objetiva/técnica do modelo biomédico, o farmacêutico deve estar atenta a razão comunicativa, que inclui o contexto do mundo da vida da paciente e os significados das situações e problemas para a paciente na sua vida cotidiana. Deve-se ressaltar que os problemas crônicos de saúde (hipertensão, hiperlipidemia, diabetes, osteoporose, depressão, esofagite, entre outros) são prevalentes nas consultas da atenção farmacêutica e estes problemas são pertinentes ao mundo da vida do paciente. Portanto, ao contrário dos padrões de comunicação encontrados por Barry et al (2001), "mundo da vida ignorado" e "mundo da vida bloqueado", a farmacêutica deve construir interações mais apropriadas em que haja compreensão, negociação e reconhecimento das experiências do mundo da vida do paciente. A paciente deve ser vista como uma participante ativa na interação, com poder e autonomia de alterar o fluxo da comunicação e da consulta na atenção farmacêutica.

Como mencionado antes, a colonização do mundo da vida pelo "sistema" era a grande preocupação de Habermas e também de Mishler, neste caso mais especificamente com relação a colonização do mundo da vida do paciente pela razão instrumental da medicina. Aqui quero alertar para os riscos da atenção farmacêutica também colonizar o mundo da vida das pessoas. Devemos observar que a atenção farmacêutica ocupa uma posição estratégica no cuidado ao paciente. O profissional tenta influenciar tanto as decisões da prescritora quanto as determinações do próprio paciente na sua trajetória de auto-cuidado. Além de avaliar o uso dos medicamentos sob prescrição médica, a farmacêutica também acompanha os resultados do uso dos medicamentos de venda livre, suplementos, fitoterápicos e outros. Assim, o farmacêutico se insere de maneira intencional em todos os níveis de tratamento farmacológico do paciente, incluindo o auto-cuidado, uma

área tradicionalmente controlada pelas pessoas na sua vida cotidiana. É válido acrescentar que com o passar do tempo e com o aumento da sua experiência e perícia, a farmacêutica adquiri maior poder sobre as suas próprias decisões farmacoterapêuticas e as de outros profissionais. Por exemplo, o uso de acordos de colaboração de prática, em que o farmacêutico tem o direito legal de prescrever de acordo com protocolos clínicos pré-acordados entre médicos e farmacêuticos, passa a fazer parte da realidade diária do profissional da atenção farmacêutica (RAMALHO DE OLIVEIRA, BRUMMEL e MILLER, 2010). Assim, vale a pena cultivarmos uma consciência crítica da possibilidade colonizadora da atenção farmacêutica e focarmos nas bases filosóficas dessa prática profissional que é veemente ao posicionar o paciente como sujeito complexo que deve ser abordado de forma integral e humanizada.

Para uma análise verdadeiramente crítica do cuidado ao paciente e do cuidado holístico, devemos ir além da discussão proposta por Habermas e Mishler e introduzir a perspectiva Foucaultiana. Encontramos em Michel Foucault uma crítica pertinente a biomedicina e sua razão instrumental, como também ao próprio cuidado holístico. Para Foucault, a sociedade moderna caracteriza-se por formas de governância com matrizes de poder penetrantes que atuam promovendo a vigilância sobre indivíduos e populações. O exercício do poder conta com o conhecimento do expert ou perito. Para Foucault, várias instituições constituídas na época da revolução industrial se especializaram na arte de disciplinar, entre elas destacam-se escolas, orfanatos, internatos, asilos, hospitais, hospícios, exércitos, prisões e fábricas (FOUCAULT, 1979; 1995; 2003). Esses locais manipulavam os corpos dos indivíduos que estavam sob a sua tutela, utilizando os mais variados instrumentos disciplinares, de tal forma que os enquadravam no formato desejado. No caso a medicina, com o seu conhecimento e capacidade de esquadrihar e investigar o corpo humano, pode ser considerada uma instituição importante do regime disciplinar. O médico, com o seu "olhar clínico", ou a sua forma de ver e conhecer o corpo anatômica e fisiologicamente,

deseja tornar o corpo e, conseqüentemente, o indivíduo dócil, hábil e produtivo (FOUCAULT, 2003). Ao invés de ter interesse na pessoa que sofre, o médico concentra o seu olhar no local onde está localizada a doença. Esta é a crítica a biomedicina e a sua forma de ver o corpo humano como uma máquina. Mas, a perspectiva Foucaultiana vai além da crítica à razão instrumental na medicina e chega a alcançar o cuidado holístico. Para Foucault, não é possível falar de conhecimento sem falar de poder. Dessa forma, quando a medicina altera o seu foco para a pessoa doente, incluindo os seus aspectos subjetivos e psicológicos, cria-se uma nova forma discursiva e de vigilância que já não se limita somente ao corpo das pessoas. Como discutido por Porter (1997), ao adicionar os aspectos psicológicos e sociais das pessoas no "olhar clínico" dos profissionais da saúde, o cuidado holístico amplia a rede de vigilância para as áreas mais íntimas das nossas vidas. Como as relações de poder são inevitáveis nas interações entre profissionais e pacientes, por mais que almejemos criar uma relação mais igualitária e emancipatória, a vigilância da atitude e do comportamento do indivíduo parece ser uma constante nestes encontros. Portanto, deve-se ter consciência de que a disciplina e o ato de vigiar são técnicas minuciosas que permeiam os discursos dos grupos que detém poder na sociedade.

O farmacêutico, enquanto profissional que deseja trabalhar diretamente com as pessoas para garantir melhores resultados em saúde, deve ter a habilidade de avaliar criticamente os seus discursos e sua forma de inserção na vida das pessoas. Da mesma forma que acontece com os outros profissionais da saúde, a farmacêutica não está isenta do exercício do poder e da manipulação das pessoas para disciplinar e fomentar "corpos dóceis".

Narrativas do paciente e a experiência de estar doente

Como afirma Greenhalgh e Hurwitz (1998), uma narrativa tem uma seqüência temporal, está relacionada com as pessoas, supõe tanto um narrador e um ouvinte e convida o ouvinte a uma interpretação.

Narrativas são histórias que contamos a nós mesmos e aos outros para dar coerência as nossas experiências vividas. Essas histórias não são fixas, mas evoluem com o tempo, quando novos eventos ocorrem ou surgem novas idéias. Hardy (1986) escreve que "nós sonhamos em narrativa, lembramos, antecipamos, desesperamos, acreditamos, duvidamos, planejamos, revemos, criticamos, construímos, fofocamos, aprendemos, odiamos e amamos por meio de narrativas."

Narrativas criam oportunidades para o uso de metáforas e outros recursos linguísticos que oferecem e produzem significados, especialmente em situações de vida difíceis ou ameaçadoras. As narrativas das doenças referem-se às histórias que são construídas e contadas na trajetória do adoecimento e têm sido tema de inúmeros estudos nas últimas décadas (KLEIMAN, 1988; FRANK, 1991; CHARMAZ, 1991; GREENHALGH e HURWITZ, 1998; 1999). Greenhalgh e Hurwitz (1999) defendem a importância de atender e conhecer as narrativas da doença dos pacientes, principalmente com relação aos significados que eles conferem aos seus sintomas, que podem ser tão importantes quanto o conhecimento derivado da medicina baseada em evidência. Na atenção farmacêutica, assim como em outras práticas clínicas, as narrativas de vida e da trajetória de adoecimento dos pacientes emergem nos encontros entre profissionais e pacientes (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003; 2010). Não só vivemos por meio de narrativas, mas as pessoas adoecem, vivem os efeitos dos seus tratamentos ou medicamentos, melhoram ou pioram por meio das narrativas. No encontro entre farmacêutico e paciente, na atenção farmacêutica, a paciente relata as histórias da sua vida, ela tem seu próprio conhecimento e interpretação do que acontece durante a sua doença, ela tem sua maneira própria de lidar com a mesma e somente ela sabe o que significa utilizar medicamentos na sua vida cotidiana.

Kleinman (1988) argumenta que pacientes que vivem com doenças crônicas precisam de uma "testemunha do sofrimento" e alguém que acompanhe e reconheça seus medos existenciais. Como ressalta Bury (2001), este testemunho não deve ser interpretado como uma atitude

religiosa, mas como uma tentativa de limitar os efeitos, algumas vezes desumanizantes, de uma sociedade medicalizada e de práticas que provêm sofisticação técnica mas falham em oferecer conforto e cuidado às pessoas. Essas narrativas também ajudam o paciente a lidar com as rupturas que a doença pode causar na sua vida. De acordo com Bury (1982), a doença crônica é um tipo de experiência em que as estruturas da vida cotidiana e as formas de conhecimento que as sustentam são interrompidas. É uma forma de ruptura biográfica. A doença crônica envolve o reconhecimento de mundos de dor e sofrimento e possivelmente da morte, que normalmente são vistos como possibilidades distantes ou parte da vida das 'outras' pessoas. Também ocorre uma ruptura das regras normais de reciprocidade e suporte mútuo. A pessoa doente torna-se dependente de outros. Além disso, as expectativas e planos para o futuro devem ser revistos. Para Bury (1982), esta ruptura biográfica tem três aspectos. O primeiro é o rompimento de suposições que até então foram tomadas como certas. Neste momento, o corpo torna-se evidente e o paciente decide buscar ajuda. O segundo é o rompimento dos sistemas normalmente utilizados pelas pessoas para explicar as situações, levando a uma re-análise da biografia e auto-conceito. O terceiro é a mobilização de recursos para a manutenção das atividades normais. Entretanto, com o tempo a vida cotidiana pode se tornar difícil e as pessoas começam a restringir suas atividades a uma área mais local ou familiar. Como resultado, a retirada das relações sociais e o isolamento passam a ser características comuns da doença crônica.

As histórias, ou narrativas, ajudam o paciente a responder certas perguntas como: "Porque eu? Porque agora? O que isso significa?" Além de contribuir para o processo de significação dos acontecimentos, essas narrativas representam esforços de integração ou reintegração do indivíduo ao mundo social. A paciente usa narrativas para examinar e recriar sua história, a fim de manter o seu senso de identidade. O paciente precisa dar um novo sentido a um corpo

em transformação e a uma vida frequentemente transformada por um diagnóstico ou uma doença.

Para Arthur Frank (1991), nós vivemos em uma “sociedade em remissão” em que as pessoas vivem com doenças crônicas e vivenciam constantes intervenções técnicas ou tratamentos. Neste sentido, a doença não é mais vista como uma ruptura na vida da pessoa, mas como uma parte da jornada de vida do indivíduo. O paciente então reassume o controle do seu corpo e sua voz passa a ter uma importância que vai além da voz da medicina moderna. Para este autor, que reflete sobre sua experiência com infarto e câncer testicular, o paciente deseja contar sua história e ser reconhecido. Este reconhecimento do sofrimento do outro é essencial na sociedade contemporânea e numa relação de cuidado. Crossley (2000) enfatiza que este reconhecimento é o “estar presente” numa interação ou relacionamento e é extremamente importante para aquelas pessoas que estão sofrendo com doenças crônicas.

Como aponta Crossley (2000), apesar da importância das narrativas sobre as doenças para as pessoas e o seu processo de entendimento e desenvolvimento pessoal, não devemos deixar que essas experiências desviem nossa atenção dos determinantes estruturais das doenças ou torne obscura a necessidade de transformação das estruturas sociais, políticas e econômicas que influenciam e, frequentemente, determinam o adoecimento.

Experiência subjetiva com o uso de medicamento (The medication experience)

Nos últimos anos, temos observado grande ênfase na aplicação da medicina ou prática baseada em evidência, abordagem que privilegia intervenções em saúde para as quais existem pesquisas empíricas sistemáticas que apresentam evidência estatisticamente significativa da eficácia de tratamentos para problemas específicos (MELNYK e FINEOUT-OVERHOLT, 2005). Os fundamentos dessa prática têm influenciado inúmeras profissões, como educação, psicologia, medicina, enfermagem

e farmácia e representam uma iniciativa válida para garantir o uso da melhor evidência capaz de melhorar a qualidade do julgamento profissional e facilitar o uso de intervenções custo-efetivas. O objetivo é minimizar ou eliminar a utilização de práticas arriscadas e não fundamentadas, do ponto de vista científico, em favor daquelas que conduzem à melhores resultados. De forma semelhante, o paradigma do "uso racional de medicamentos" é recomendado por autoridades públicas de saúde e farmacoepidemiologistas. Como aponta Cohen et al. (2001), o uso racional de medicamentos pode ser interpretado como a prescrição de medicamentos bem conhecidos e estudados, por profissionais competentes e bem informados, para pacientes bem informados e para condições clínicas bem definidas. Essa versão da racionalidade do uso de medicamentos tem sido bastante útil para analisar e intervir em processos associados ao acesso a medicamentos essenciais, sendo promovida pela Organização Mundial de Saúde e implementada em inúmeros países, como é o caso do Brasil. Porém, essa versão pode ser interpretada como limitada quando observamos a complexidade envolvida no uso de medicamentos. Ambas as iniciativas, a prática baseada em evidência e o uso racional de medicamentos, são paradigmas importantes que buscam melhorar os resultados em saúde por meio de uma racionalidade objetiva e técnica: uso de evidência científica proveniente principalmente de ensaios clínicos controlados randomizados. Entretanto, como muito bem discutido por Schon (1983), nas condições reais da prática diária, principalmente da prática clínica, os profissionais deparam-se com situações complexas, instáveis, singulares, nas quais existem conflitos de interesses ou valores, que não se encaixam perfeitamente no paradigma da racionalidade técnica-objetiva. Por exemplo, "O que fazemos quando um paciente não responde como esperado a um tratamento farmacológico? Ou quando um paciente resiste em seguir as recomendações profissionais? Nós 'nos livramos' do paciente ou buscamos formas alternativas de compreender a situação daquela pessoa específica?" Ou seja, como discutido antes, diante de um problema real,

desafiador, e muitas vezes mal definido, como usualmente encontramos na prática clínica diária, a profissional necessitará aplicar não somente evidências provenientes de pesquisas empíricas sistemáticas ou utilizar a racionalidade técnica, mas outros tipos de conhecimentos e habilidades provenientes de outra racionalidade, que pode ser denominada não-técnica. "O que seria essa outra racionalidade?" Seria aquela que questiona o modelo paternalista de relação profissional-paciente, ou seja, o modelo que desconsidera as constantes deliberações, ajustes e alterações realizadas por pacientes 'reais' que buscam encontrar formas de encaixar seus problemas de saúde e seus tratamentos na sua vida cotidiana. Posso dizer que essa racionalidade não-técnica faz parte da "razão comunicativa" proposta por Habermas (1984) apresentada anteriormente.

Quando levamos em consideração a subjetividade única do ser humano, o seu contexto social, a sua capacidade e liberdade de fazer escolhas e tomar decisões, é necessário utilizar, ou pelo menos vislumbrar, uma racionalidade que diverge das normas científicas objetivas apresentadas pela pesquisa empírica e sistemática tradicional. Quando consideramos o uso de medicamentos, principalmente seu uso crônico, e utilizamos o paradigma da racionalidade objetiva-técnica para avaliar os comportamentos e atitudes dos pacientes, corremos o risco de considerá-los "irracionais" quando os mesmos decidem tratar-se através de auto-medicação ou não aderem aos medicamentos prescritos e recomendados por profissionais. Da mesma forma, poderíamos classificar como irracional a inabilidade de certos profissionais em transmitir informações necessárias para o paciente obter os melhores resultados de sua farmacoterapia ou a não-utilização de protocolos clínicos para os quais há evidência científica comprovada ou a utilização de informação comercial ao invés de informação científica para tomada de decisão clínica (COHEN et al., 2001). O que estamos sugerindo é que outros tipos de racionalidade são utilizadas na prática clínica diária, tanto por pacientes quanto por profissionais, que são absolutamente necessárias em situações incertas e singulares, diferentes daquelas encontradas em

ensaios clínicos controlados randomizados. É importante enfatizar que não queremos, de forma alguma, minimizar a significância da pesquisa científica tradicional no cuidado à saúde das pessoas, mas queremos iluminar suas limitações e ressaltar a necessidade de superar-mos um diálogo estreito que considera somente a racionalidade técnica-objetiva como real e verdadeira. Como aponta Gergen (2009, p. 162):

Quando declaramos alguma coisa como real - o que 'realmente' acontece, ou o que 'realmente' existe - também nos fechamos para um possível diálogo. Declarações do real operam como interrupções de possíveis conversas; elas limitam o que outros podem dizer ou que outras vozes possam ser ouvidas.

Assim, durante grande parte deste livro venho tentando construir uma argumentação pelo questionamento e contestação do 'real' e das verdades absolutas apresentadas pela ciência tradicional ou pela racionalidade técnica-objetiva, ilustradas aqui pelos paradigmas da prática baseada em evidência, pelo uso racional de medicamentos, pelo modelo biomédico e pelo método clínico. Como sugere Pedro Demo (2005), é necessário preservar o espírito crítico da ciência, que "apesar de ser oriunda do espírito crítico indomável, não preservou sua autocrítica" (p. 33). Questionemos essa racionalidade técnica que usualmente nos é apresentada como o paradigma universal, que é válido para todos e em todas as situações, indiscriminadamente. Busquemos estar abertos às validades relativas, únicas, subjetivas, históricas e não-reproduzíveis. É nessa arena que situamos a experiência subjetiva do ser humano no mundo, sua experiência com 'o outro' no mundo, com o seu corpo, com os seus problemas de saúde e com os seus medicamentos. Somos seres culturais, possuidores de uma subjetividade que não nos pode ser arrancada ou separada de nosso 'estar-no-mundo' (HEIDEGGER, 1962). Essa subjetividade nos acompanha quando estamos interagindo com profissionais da saúde, quando estamos enfermos e quando utilizamos medicamentos. Dessa forma, as melhores evidências científicas, provenientes dos ensaios mais robustos e 'objetivos', deverão

ser aplicadas para controlar ou solucionar problemas vivenciados por seres culturais que carregam consigo uma subjetividade relativa e que dão sentido as suas experiências (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2006b).

Neste contexto, Shoemaker e Ramalho de Oliveira (2008) apresentam a experiência do paciente com o uso de medicamentos como uma vivência subjetiva que tem o potencial de influenciar dramaticamente as decisões do paciente com relação ao seu tratamento e, conseqüentemente, os seus resultados em saúde. Assim, os fármacos mais potentes, cuja eficácia e segurança foram comprovadas em ensaios clínicos controlados, passarão necessariamente pelo crivo do paciente, que realizará deliberações sobre o seu uso e sua forma de uso. Além disso, o paciente traz consigo uma bagagem de situações passadas, vividas por ele próprio ou por outras pessoas, como amigos e familiares. A experiência com o uso de medicamentos foi definida como:

Uma experiência subjetiva individual de utilizar um medicamento na vida cotidiana. Tem início como um encontro com um medicamento de uso crônico, que muitas vezes já tem um sentido atribuído a ele, mesmo antes desse encontro, sentido esse que geralmente decorre do simbolismo desse medicamento. Essa experiência pode incluir efeitos positivos ou negativos vivenciados pelo paciente. A presença constante do medicamento de uso crônico no dia-a-dia do paciente geralmente o motiva a questionar a necessidade do uso do mesmo. Subseqüentemente, o indivíduo pode exercer controle por meio de alterações na forma de utilizar o medicamento, e essa tomada de controle pode ser devida ao ganho de expertise da pessoa sobre os efeitos do medicamento no seu corpo. (SHOEMAKER e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008, p. 90).

Assim, a experiência com o uso crônico de medicamentos considera a subjetividade da pessoa que dá sentido ao objeto 'medicamento'. Esse sentido é construído e conferido a partir do simbolismo que o medicamento carrega no contexto social da pessoa, por exemplo, no seu contexto familiar e/ou a partir da experiência atual - os efeitos do medicamento no corpo vivido (físico e/ou mental)- do paciente e/ou a partir de experiências passadas vivenciadas pela pessoa. Essa

racionalidade diverge daquela descrita externamente pelas normas científicas objetivas, uma vez que somente pode ser apreendida por meio da aproximação e da escuta do usuário do medicamento (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2009).

Utilizando a expressão criada por Pedro Demo (2005), "Qual seria então a autoridade desse argumento?". Sua autoridade está em argumentar que nós seres humanos somos mais complexos do que a racionalidade técnica e a ciência tradicional é capaz de revelar. Ademais, queremos convencer o leitor, mas sem vencê-lo, de que existem conhecimentos sobre o paciente e sobre os seus medicamentos, vivenciados e interpretados unicamente por essa pessoa, que são singulares, imprevisíveis e que podem ter um impacto significativo nos seus resultados em saúde.

A experiência subjetiva com o uso de medicamentos influencia as atitudes e as decisões diárias do paciente com relação aos seus medicamentos, sejam eles prescritos ou não. Por exemplo, precisamos entender o que influencia o paciente na sua decisão sobre adquirir ou não o medicamento prescrito ou sobre utilizar ou não o medicamento da forma como foi recomendada. Também precisamos compreender os fatores que influenciam o paciente a decidir durante quanto tempo vai usar o medicamento ou se vai adicionar outro medicamento/tratamento àqueles que lhe foram prescritos. As experiências com medicamentos que o paciente acumulou durante sua vida influenciarão as suas decisões futuras e, portanto, devem ser consideradas como parte da experiência subjetiva com o uso de medicamentos.

Compreender essa experiência é um processo distinto da coleta de dados objetivos que fazemos durante a avaliação inicial do paciente na prática da atenção farmacêutica. Essa experiência está imersa na fala do paciente. Não há como fazer perguntas diretas sobre ela, como se fossemos aplicar um questionário, mas precisamos rastreá-la, desvendá-la, escutá-la e trazê-la à superfície durante o encontro com o paciente. Vamos encontrá-la na narrativa da pessoa ou na história que

nos conta. Ao mesmo tempo, essa experiência provavelmente não será revelada num único encontro, mas será desvendada durante uma série deles e emergirá com mais espontaneidade e clareza no momento em que a relação terapêutica se tornar mais consolidada. Estão listadas, a seguir, algumas perguntas que ajudam os farmacêuticos a desvendar essas experiências:

- Qual tem sido a sua experiência com os medicamentos para tratar diabetes?
- Você tem alguma objeção a utilizar medicamentos para tratar/controlar seus problemas de saúde?
- Como você se sente em relação a sua asma/hipertensão?
- Como você se sente utilizando os seus medicamentos?
- Os seus medicamentos estão funcionando para você?
- O que você espera dos seus medicamentos?
- Você tem alguma preocupação com relação ao seu tratamento?

Important

Quando pensamos nessas experiências e no processo de reconhecê-las no discurso do paciente, talvez estejamos falando de uma racionalidade artística, de uma capacidade tácita e sensível do profissional que se abre diante do mundo do 'outro', que se interessa por perspectivas que divergem da sua própria, que se surpreende com outras realidades e que questiona a submissão profissional a uma autoridade única (aqui representada pela ciência tradicional) que desconsidera os desejos e as escolhas do 'homem comum'. Essa racionalidade, que considera a subjetividade da pessoa em sua biografia singular, está atenta a como a paciente vê o seu medicamento ou medicamentos em geral, ao que ela pensa, às suas crenças, ao que ela sente e que tipo de expectativas e preocupações tem com relação aos seus medicamentos. Essa experiência reflete os aspectos positivos e negativos que o paciente está apresentando no presente momento ou que teve no passado durante o uso de medicamentos. Os estudos realizados por Shoemaker e Ramalho de Oliveira (2008) iluminam vários significados

dos medicamentos e a metátese de três investigações qualitativas sugere que o paciente ingressa em uma trajetória na qual ele confere diferentes significados aos seus medicamentos no decorrer do tempo. Nesta metátese as autoras identificaram os seguintes temas da experiência com medicamentos:

1. Encontro carregado de significado: é a percepção e a atitude do paciente quando recebe uma prescrição de medicamento de uso crônico. Este tema é revelado de várias formas e as principais são: a sensação de perda de controle, percepção de sinal de envelhecimento, atitude de questionamento e o encontro com o estigma.
2. Efeitos no corpo vivido: paciente experiencia os efeitos farmacológicos benéficos e/ou os efeitos negativos do medicamento. Estes efeitos alteram o corpo vivido do paciente, corpo físico, mental ou emocional, provocando percepções positivas e negativas.
3. O caráter ininterrupto do medicamento crônico: da mesma forma que uma doença crônica, o uso de medicamento por longos períodos de tempo é percebido pelo paciente como um fardo.
4. Exercendo controle: o último tema da experiência com o uso de medicamentos é revelado como o paciente exercendo controle sobre os seus medicamentos. Com o aumento do conhecimento e expertise sobre os seus problemas de saúde e medicamentos, o paciente passa a gerenciar o seu tratamento, fazendo ajustes de acordo com suas necessidades.

Por exemplo, no recebimento de uma nova prescrição, inicialmente o paciente tende a questionar o valor do medicamento:

"Não tenho certeza do que eu vou ganhar ao utilizar estes medicamentos."

Também no início o paciente sente que está perdendo o controle sobre sua saúde, uma vez que necessita de um produto externo para controlar ou resolver seus problemas de saúde:

"Eu perdi o controle da minha saúde. Eu queria ser capaz de controlar este problema, eu mesma."

Como também demonstrado em outros estudos (LEFÈVRE, 1991; WHYTE, 2002), além de ser um agente terapêutico e uma mercadoria, o medicamento também é um símbolo, podendo simbolizar tanto saúde como doença. Para vários pacientes, o uso de medicamentos, principalmente antidepressivos e ansiolíticos, carrega o estigma associado às doenças mentais. O uso do medicamento pode representar 'anormalidade', 'deficiência' ou 'fraqueza' para o paciente e, por isso, ele pode ter sentimentos de vergonha, como demonstrado na narrativa abaixo:

"Eu não sei se eu me sinto envergonhada...eu acho que é assim que o remédio me afeta. Eu tenho medo das pessoas me verem como deprimida e fraca. "

Dando continuidade à trajetória do uso de medicamentos, a partir de certo momento o paciente começa a experimentar os efeitos do medicamento no seu corpo (físico e/ou mental) e esses efeitos podem ser positivos ou negativos:

"Sou grato que estou vivo e que insulina existe. É um pouco amedrontador confiar neste elixir mágico para continuar vivo."

"Comecei a ganhar peso desde que comecei a usar esse medicamento. E eu não quero isso pra mim."

"Este medicamento funciona tão bem no controle da minha depressão, que eu não me importo se às vezes faço xixi nas calças."

Nesse último exemplo, o paciente pesa os prós e os contras de utilizar o medicamento e decide que vale a pena lidar com seus efeitos colaterais, uma vez que controla bem sua depressão. Ele avaliou o efeito do medicamento no seu corpo e decidiu utilizá-lo, usando uma racionalidade própria ao invés de simplesmente aderir ao tratamento recomendado por seu médico. Entretanto, a interpretação de outros

pacientes pode não estar de acordo com a recomendação do profissional, o que muitas vezes leva o paciente a reduzir a dose ou a abandonar o tratamento, como ilustrado a seguir:

"Eu parei de usar este remédio porque eu comecei a sentir uns efeitos estranhos na minha cabeça, estava meio aérea, tonta... Então eu pensei que se eu parasse de usar o remédio esse efeito desapareceria, e foi o que aconteceu, eu parei de tomar e em poucos dias fui voltando ao normal."

Pacientes que utilizam medicamentos de forma crônica e que experimentam os benefícios dos mesmos, frequentemente se tornam conhecedores dos efeitos que produzem no seu corpo – tornam-se *experts* - e assumem o controle sobre o seu tratamento, fazendo os ajustes necessários para alcançarem os melhores resultados possíveis.

"Eu acho que as pessoas não entendem o tanto que eu tenho que pensar sobre isso. Eu chamo isso de pensar como um pâncreas. Você tem que fazer todo o trabalho e determinar o quanto de insulina usar..."

"Eu sei como eu tenho que parar de usar esse remédio, tenho que reduzir a dose bem devagar ou eu passo mal."

Essas narrativas refletem as experiências dos pacientes com o uso crônico de medicamentos, indicando claramente como essas influenciam as decisões dos pacientes em utilizar ou não um medicamento ou em alterar a forma de uso dos mesmos. Portanto, uma vez que o medicamento representa a principal ferramenta terapêutica utilizada no cuidado à saúde na atualidade e o seu manejo é a responsabilidade do profissional da atenção farmacêutica, acredito que o conceito da experiência subjetiva com o uso de medicamento deva ser compreendido e explorado pelo farmacêutico no dia-a-dia de sua prática clínica. Devemos nos perguntar: "Que significados o paciente atribui aos seus medicamentos? E, como esses significados podem influenciar o uso cotidiano de medicamentos por esse paciente?" Ao invés de simplesmente nomearmos o paciente como

não aderente ao tratamento prescrito. Sugiro que a farmacêutica busque desvendar a experiência do paciente com os seus medicamentos: sentimentos, motivos, desejos, preocupações e expectativas. Essas experiências têm significados e ganham vida própria no cotidiano dos pacientes, e, certamente, influenciarão os seus comportamentos. Dessa forma, assumamos também como nossa responsabilidade profissional a compreensão desses significados.

Em estudo realizado recentemente com 10 farmacêuticos que oferecem atenção farmacêutica há vários anos, Ramalho de Oliveira et al. (2011) observaram que, para esses profissionais, a compreensão da experiência subjetiva do paciente com o uso de medicamento é uma parte estruturante fundamental da sua prática diária. Eles precisam considerar e compreender essas experiências para serem efetivos na sua prática. Como mencionou essa farmacêutica:

"É como se fôssemos peixes, e a experiência do paciente com medicamentos fosse a água que nos rodeia... Precisamos dela para sobreviver, embora na maioria das vezes nós nem percebemos sua existência."

Esta declaração sugere uma forte representação do que a experiência com medicamentos significa na atenção farmacêutica. A experiência dos pacientes é incorporada na prática como conhecimento tácito e este pode ser o motivo pelo qual às vezes é difícil para o farmacêutico falar sobre isso ou localizá-la explicitamente. Essa experiência pode ser interpretada como o ambiente onde a farmacêutica pratica, o contexto em que os farmacêuticos extraem conhecimento essencial para fazer o melhor julgamento clínico possível.

Farmacêuticas e farmacêuticos identificaram diversos exemplos de experiências que tiveram um impacto importante na sua prática com pacientes. No Quadro 2 estão listados exemplos de experiências com o uso de medicamentos apresentados por farmacêuticos e suas conexões com os principais temas previamente apresentados por Shoemaker e Ramalho de Oliveira (2008).

Quadro 2:
Temas e exemplos de experiências subjetivas com
medicamentos relatados por farmacêuticos

Temas da Experiência Subjetiva com o Uso de Medicamentos (SHOEMAKER e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008)	Descrição das Experiências dos Pacientes por Farmacêuticos (RAMALHO DE OLIVEIRA et al., 2011)
1. Encontro carregado de significado	
1.1. Sensação de perda de controle	“Ela equipara o aumento da dose como uma falha da parte dela, como se ela não fosse capaz de fazer o que ela deveria fazer”.
1.2. Sinal de envelhecimento	“Eu me sinto como uma pessoa velha. Se você é uma pessoa mais velha, tudo bem [tomar medicamentos cronicamente], mas se você é jovem, isso é muito estranho.”
1.3. Atitude de questionamento	“Minha mãe morreu quando ela tinha 88 anos e tudo que ela usava era um comprimido de aspirina, e meu pai morreu com 66 e ele tomava 18 medicamentos diferentes.”
1.4. Encontro com Estigma	“Eu senti que se as pessoas descobrissem que eu estava usando essa medicação [antidepressivo], eles me veriam como um fraco.”
2. Efeitos no corpo vivido	
2.1 Elixir mágico	“O paciente não quer voltar ao estado de dor anterior e por isso não quer considerar o uso de outras alternativas terapêuticas.”
2.2. Efeitos negativos	“Eu toleraria as injeções se eu não ganhasse peso, mas eu estou ganhando peso, então a minha percepção é que a insulina é uma porcaria e eu odeio ela”.
3. Caráter ininterrupto do medicamento crônico	“Eles estão sempre adicionando novos medicamentos. E eu nunca posso deixar de tomá-los. Às vezes me pergunto o que estes remédios estão fazendo por mim...”
4. Exercendo controle	“Se eu tiver que sair de casa pela manhã, eu deixo de tomar meu remédio para a pressão. Não dá para ficar indo ao banheiro o tempo todo.”

Fonte: Tabela traduzida a partir do artigo de Ramalho de Oliveira et al. (2011)

Para esses profissionais, essas experiências estão constantemente entrelaçadas com os problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) e podem ser consideradas como causa principal desses problemas, como exemplificado no Quadro 3.

Quadro 3:
Experiência subjetiva associada ao uso de medicamento como possíveis causas de PRMs.

Problema Relacionado ao uso de Medicamento	Experiência subjetiva associada ao uso de medicamento
<p>I. Indicação</p> <p>Medicamento desnecessário</p> <p>O paciente não necessita de indometacina para tratar as exacerbações de gota, uma vez que a terapia preventiva está sendo efetiva.</p>	<p>Medo de ficar sem o medicamento: O paciente esta com medo de retirar o medicamento porque ele "o salvou" numa experiência anterior de exacerbação de gota.</p>
<p>Necessita medicamento adicional</p> <p>A paciente necessita de medicamento para controlar o diabetes.</p>	<p>Adicionar medicamento significa fracasso: Para a paciente, adicionar um medicamento para diabetes, que anteriormente estava sendo controlada com dieta, significa que ela fracassou.</p>
<p>II. Efetividade</p> <p>Medicamento diferente é necessário</p> <p>A paciente necessita de um medicamento mais efetivo porque o que ela está utilizando não está sendo efetivo e está causando tontura.</p>	<p>Medo de ficar sem o medicamento: A paciente tinha uma dor terrível na perna antes de usar o medicamento e por isso não quer interromper o tratamento apesar de estar sentindo tonturas e existir uma opção mais efetiva.</p>
<p>Necessita de farmacoterapia sinérgica</p> <p>O paciente necessita de outro medicamento para ajudar no controle da sua pressão arterial.</p>	<p>Medo de usar vários medicamentos para tratar um único problema: O paciente está preocupado com os efeitos colaterais associados com o uso de muitos produtos para tratar um único problema de saúde.</p>
<p>Dose baixa</p> <p>O paciente precisa do aumento da dose da estatina para alcançar o objetivo terapêutico.</p>	<p>Aumentar a dose do medicamento significa fracasso: O aumento da dose significa fracasso para o paciente.</p>
<p>III. Segurança</p> <p>Reação adversa ao medicamento</p> <p>O paciente está apresentando ganho de peso.</p>	<p>Não tolera efeito colateral: O paciente está ganhando peso e não quer viver com esse efeito colateral.</p>
<p>Dose alta</p> <p>A paciente aplica uma dose alta de insulina para compensar uma dose que não foi utilizada mais cedo.</p>	<p>Paciente ajusta seu regime terapêutico: Devido ao seu horário de trabalho, a paciente não aplica a primeira dose de insulina, mas quando deixa o trabalho ela injeta uma dose alta de insulina de ação rápida, que produz fortes reações hipoglicêmicas.</p>
<p>IV. Adesão</p> <p>Paciente prefere não tomar o medicamento</p> <p>Paciente para de usar seu anticoagulante porque é caro e ele prefere economizar.</p>	<p>Paciente questiona o valor do medicamento: Paciente não percebe o benefício do medicamento, por isso para de usar para avaliar o que acontece.</p>

Fonte: Tabela traduzida a partir do artigo de Ramalho de Oliveira et al. (2011)

Como ilustrado nos Quadros 2 e 3, o simbolismo do medicamento e o sentido que o paciente atribui ao medicamento influenciam significativamente a atitude e o comportamento do paciente frente a sua farmacoterapia. O paciente altera a dose, abandona ou adiciona um medicamento ao seu tratamento devido a sua percepção do produto e as suas experiências prévias.

Quando refletimos sobre o papel deste conceito no processo racional de tomada de decisão em farmacoterapia, observamos que a atenção do profissional aos significados conferidos pela paciente aos medicamentos é uma das suas mais importantes contribuições no processo de prevenção, identificação e resolução dos problemas relacionados ao uso de medicamentos. Como frequentemente digo aos estudantes da prática da atenção farmacêutica, a atenção a subjetividade das pessoas, focando nas narrativas e histórias que nos relatam, não deve ser considerada somente um atributo humanístico dessa prática, mas deve também ser interpretada como o requisito primordial para o bom julgamento clínico e uma consequente tomada de decisão mais condizente com a realidade do paciente. Ou seja, a compreensão da experiência subjetiva do paciente com medicamentos será um guia essencial para o farmacêutico elaborar um plano de cuidado contextualizado e efetivo. Um trabalho descuidado no entendimento da experiência do paciente será refletido em um plano de cuidado mal delineado e com forte possibilidade de não surtir o efeito desejado.

Como parte do grupo focal que explorou o papel da experiência com o uso de medicamentos do paciente na prática da farmacêutico na atenção farmacêutica, os profissionais refletiram sobre as estratégias mais comumente utilizadas para influenciar essas experiências. Para os farmacêuticos, essas experiências frequentemente representam a raiz ou a causa principal dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM). No quadro 4 são apresentados alguns exemplos de experiências como causas de PRM e as estratégias adotadas por farmacêuticos para solucioná-los.

Quadro 4:
Estratégias para resolver PRM quando a experiência do paciente é uma possível causa do problema.

Experiência como possível causa de PRM	Estratégias para abordar e resolver o PRM
PRM - Medicamento desnecessário Medo de interromper o uso do medicamento	Reconhecer e validar a preocupação do paciente. Educar o paciente sobre o seu problema de saúde e sobre como o seu medicamento não está sendo efetivo em alcançar a meta terapêutica. Negociar a retirada lenta do medicamento desnecessário.
PRM - Necessita de medicamento adicional Paciente está com medo de iniciar o uso do medicamento	Reconhecer a preocupação do paciente em relação à segurança dos medicamentos usualmente utilizados para tratar sua condição clínica. Negociar a retirada ou mudança na terapia se o paciente experimentar qualquer reação. Compartilhar tomada de decisão: apresentar as opções ao paciente, e permitir que ele escolha a melhor alternativa para ele.
PRM - Dose baixa Aumentar a dose do medicamento significa fracasso para o paciente	Escutar os sentimentos do paciente. Empoderar o Paciente e Incentivar o uso de terapias não-farmacológicas, tais como, mudança nos hábitos de vida associada ao uso de medicamento. Negociar: Deixar claro para o paciente que você vai interromper o tratamento assim que possível.
PRM - Necessita medicamento adicional Medo dos efeitos adversos com base na experiência de um amigo	Escutar e reconhecer a preocupação do paciente. Educar sobre vantagens e segurança do medicamento e apresentar alternativas, se existirem.
PRM - Não adesão Paciente não tolera reação adversa do medicamento	Escutar e reconhecer sentimentos e preocupação do paciente. Compartilhar decisão discutindo e escolhendo uma alternativa segura para o paciente. Negociar a alteração de dose do mesmo medicamento ou trocar por outro produto.
PRM - Dose baixa Paciente ajusta o regime terapêutico para encaixar no seu cotidiano	Escutar , a fim de entender o cotidiano do paciente. Mostrar-se aberto ao comportamento e decisões do paciente, sem julgá-lo . Empoderar e colaborar com o paciente a fim de encontrar uma solução.
PRM - Necessita de medicamento adicional Paciente entende aumento do número de medicamentos como piora no seu estado de saúde.	Estar aberto sem julgar a posição do paciente. Respeitar a autonomia do paciente. Educar o paciente sobre seu problema de saúde, seu caráter progressivo, e sobre os diferentes mecanismos de ação dos medicamentos utilizados para tratar o problema.
PRM - Não adesão Paciente não gosta de utilizar medicamentos	Escutar e reconhecer sentimentos do paciente, sem julgar . Colaborar com o paciente para priorizar suas metas em saúde, encontrando alternativas que atendam a suas expectativas.
PRM - Necessita medicamento adicional Paciente duvida da necessidade real de usar medicamento	Educar sobre o problema de saúde e medicamento. Apresentar os efeitos benéficos do medicamento no controle do problema e na prevenção de complicações futuras.

Fonte: Tabela traduzida a partir do artigo de Ramalho de Oliveira et al. (2011)

As estratégias apontadas aqui não são exaustivas, mas são ilustrações feitas por farmacêuticos durante grupo focal e por uma farmacêutica que manteve um diário com reflexões sobre a sua prática durante 1 ano. Entretanto, entendo que as estratégias mencionadas são utilizadas com grande frequência e são consideradas efetivas pelos farmacêuticos e farmacêuticas que prestam atenção farmacêutica.

Concluindo, sugiro que, a fim de cuidar das pessoas de forma holística como preconizado na prática da atenção farmacêutica, é essencial o uso de múltiplas racionalidades que contemplem tanto os componentes técnicos ou objetivos quanto os humanos ou subjetivos dos atores principais do cuidado ao paciente. Como aponta Borrell e Carrió (2007), "no cuidado assistencial estes dois componentes se mesclam com maior ou menor importância, mas qualquer análise que ignora um dos dois pólos deve ser considerada reducionista" (p. 2).

Com a palavra, os pacientes da atenção farmacêutica!

Acho importante terminar este capítulo com a voz dos pacientes que vivenciam a atenção farmacêutica como parte integrante da sua trajetória nos sistemas de saúde. Ao invés de falar do paciente ou pelo paciente, desejo convidá-lo a expressar-se com relatos sobre os significados da atenção farmacêutica na sua própria perspectiva. As narrativas descritas a seguir são de pacientes brasileiros e americanos com períodos diversos de contato e experiência com a prática. Estes dados são resultantes de investigações qualitativas que utilizaram observação de interações entre farmacêuticos e pacientes e entrevistas em profundidade com pacientes que recebiam o serviço em ambulatórios (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2003; 2010) e em farmácia comunitária (FREITAS, 2005).

São vários os significados atribuídos pelos usuários à prática da atenção farmacêutica e aqui vou relatar alguns temas que ilustram os aspectos que o paciente valoriza nessa prática profissional.

O paciente enxerga o farmacêutico da atenção farmacêutica como alguém que intercede por ele ou ela, como um defensor ou um advogado dentro da clínica ou do sistema de saúde.

"Eu descobri que esse serviço estava disponível aqui na clínica e que eu não estava mais sozinho."

"É ter muito mais que um farmacêutico, é ter um confidente e um advogado na área da saúde."

"É saber que ela está atrás dos bastidores trabalhando para mim..."

Como revelado nas falas acima, o paciente entende que a farmacêutica está "por detrás" das decisões que são tomadas sobre seus medicamentos. O farmacêutico coleta, leva as informações, a história e as preocupações do paciente para o médico. Outra paciente afirma:

"Ele é meu confidente e a ponte que liga meu médico e eu. Ele é muito mais que um farmacêutico!"

Essa identificação da farmacêutica como defensora, advogada, e confidente, reflete a percepção de que esta profissional representa os interesses do paciente, fazendo que as suas necessidades farmacoterapêuticas sejam ouvidas e consideradas por outros membros da equipe de saúde. Esse é um significado importante na construção de uma relação terapêutica sólida e duradoura entre paciente e farmacêutica.

Outro aspecto interessante, associado ao tema anterior, está relacionado a característica de continuidade do serviço. Atenção farmacêutica não se dá em apenas um encontro com o farmacêutico, mas com múltiplos encontros que possibilitam que a profissional compreenda a história de vida e a história dos problemas de saúde do paciente. Esse aspecto é muito valorizado e foi frequentemente enfatizado pelos usuários do serviço durante as entrevistas, como exemplificado a seguir.

"Ela é capaz de ver a minha situação como um todo. Ela tem toda a minha história, desde que começamos a trabalhar juntas. Acho que há 4 anos... E ela sabe tudo que já foi tentado. Ela sabe como eu respondi a todos os antidepressantes, por exemplo. Nós não precisamos perder tempo para chegar ao medicamento certo para mim."

Outra paciente relata:

"Ter alguém que olha minha situação como um todo, todos os medicamentos e suplementos que eu tomo. E essa pessoa também conhece minha história, quais os medicamentos que funcionam e aqueles que não funcionam para mim... Ela realmente me conhece."

Os pacientes acima expandem a discussão para além da continuidade do cuidado na atenção farmacêutica, iluminando o aspecto holístico da prática: ver e abordar o paciente como um todo. A fala seguinte resume de forma surpreendente a característica holística da prática para o paciente:

"A responsabilidade dele é me considerar um todo, um ser humano completo, estar aberto a minha situação e considerar minha realidade no momento de me ajudar a tomar uma decisão."

Outro tema que emerge nas narrativas dos pacientes está relacionado à percepção de tranquilidade do paciente para lidar com seus problemas de saúde e utilizar os seus medicamentos, quando estes indivíduos recebem atenção farmacêutica. A orientação sobre os medicamentos, o esclarecimento sobre os possíveis efeitos desejados e indesejados dos medicamentos e uma maior compreensão sobre seus problemas de saúde revelam-se como aspectos decisivos para que os pacientes da atenção farmacêutica sintam-se mais confiantes e seguros quanto à utilização do medicamento.

"Assentar com alguém que realmente entende de remédios e que analisa todos os remédios que eu estou tomando. Isso me traz uma certa paz."

"...eu passei a confiar, a não ter mais medo dos remédios.... é essa segurança que ela passa."

"Esclareceu muito sobre os remédios, eu tive mais confiança de tomar os remédios. A gente fica mais confiante, principalmente dos efeitos colaterais, porque tem muita dúvida, né?"

Pacientes da atenção farmacêutica falam de formas variadas dos significados humanísticos associados a esse serviço, como o interesse autêntico do farmacêutico pelo paciente, capacidade de escutar e a abertura do profissional:

"Ela me trata como uma pessoa, como um ser humano..."

"Ele me ouve e está interessado na minha vida, nos meus problemas."

Um aspecto do serviço muito prezado por todos os pacientes é o tempo que a farmacêutico dedica ao paciente.

"Ela tem tempo para mim. Ele me escuta e nunca está com pressa."

No encontro entre paciente e profissional de saúde, a paciente traz não somente sua história de uso de medicamentos e sua história médica, mas traz também sua história de vida refletida em seus valores, desejos e sonhos. Como ressaltado anteriormente, essa história muitas vezes é fortemente influenciada ou até mesmo interrompida por problemas de saúde. É fundamental que o farmacêutico compreenda essa história e para isso ele precisa de tempo. Considero este um aspecto diferencial da prática, principalmente quando comparamos com o tempo cada vez menor das consultas médicas. Além disso, a medida que o serviço GTM vai crescendo e se profissionalizando, a tendência é que a farmacêutica tenha menos tempo com o paciente. Dessa forma, devemos ter sempre em mente que, esse tempo necessário para a construção do diálogo, para a escuta e para desvelamento da história do paciente é fundamental para a satisfação do usuário do serviço GTM.

Após observar e conversar com centenas de pacientes sobre suas experiências com a atenção farmacêutica, posso afirmar que quando a filosofia da prática é realmente assimilada e vivenciada pelo profissional no seu cotidiano, os aspectos fundamentais dessa filosofia são refletidos nos encontros entre farmacêuticos e pacientes. E, mais importante, o paciente percebe e experiencia esses aspectos que chamamos de cuidado, prática centrada no paciente e holismo. Para a paciente, a farmacêutico faz-se completamente presente e disponível. O paciente sente-se no centro do processo, a pessoa mais importante e fica claro que a farmacêutica gosta de pessoas, de lidar e ajudar pessoas, como ilustrado abaixo:

"Ele gosta de gente. Ele é esse tipo de pessoa, que gosta de trabalhar com gente."

Dentre os vários significados atribuídos à prática, encontramos também a tomada de decisão compartilhada entre paciente e farmacêutica e o papel desempenhado pelo farmacêutico de "elo" ou "ponte" entre o paciente e a médica. Neste sentido, o farmacêutico é entendido como um parceiro do paciente. A paciente percebe uma relação mais autêntica e igualitária com o farmacêutico, principalmente quando comparada com relações apreendidas como autoritárias entre médicos e pacientes. No trabalho de Freitas (2005), fica clara a deterioração da relação médico-paciente e a demanda dos pacientes por uma abordagem mais humana, menos paternalista e mais condizente com uma prática centrada na pessoa, como é o caso da atenção farmacêutica.

"Eu tenho impressão, eles [os médicos] não falam, não, mas eu tenho impressão que os médicos devem pensar assim: oh, você não precisa ficar sabendo, não, o que importa é você seguir a minha orientação... né?"

No sistema de saúde as relações autoritárias se dão a partir do exercício da autoridade sobre o paciente, quando um profissional age

como o detentor de todo o conhecimento, autoridade e dominância. Esta atitude silencia as experiências, as histórias e o próprio conhecimento do paciente. Defenbaugh (2008), em um lindo artigo sobre sua experiência com o sistema de saúde, critica o pensamento dicotomizado dos profissionais de saúde que criaram um modelo dualista entre corpo/mente, doença/bem-estar, médico/paciente, sujeito/objeto alinhados com a racionalidade, o pensamento e a lógica. Neste contexto de dualidades inventadas e uma racionalidade colonizadora da vida do paciente, o corpo doente não pode alcançar o estado de saúde, a não ser que ela ou ele sejam curados pelos profissionais médicos. O corpo doente é desvinculado das emoções e dos conflitos vividos pela pessoa, como se existisse uma distinção entre o corpo doente e o estar doente. Na sua reflexão sobre a sua experiência com o sistema de saúde Defenbaugh relata:

Minha história é complexa, detalhada e não tem fim. Os meandros do meu passado preenchem as lacunas do meu presente e do meu futuro. No decorrer das minhas experiências médicas o meu corpo foi apagado. Minhas emoções, preocupações, esperanças e medos foram apagados do diálogo médico-paciente e omitidos do meu prontuário. Eu fui lentamente apagada pela comunidade médica e condensada a uma entidade, um número de identificação, ou "isso" que poderia ser explicado por meio da lógica e da linguagem objetiva... Os termos me representavam, mas não eram representativos de mim. Meu corpo sintomaticamente doente foi apagado e substituído por terminologia médica. Eu era uma palavra cronicamente doente (DEFENBUGH, 2008, p. 1404).

Essa narrativa de uma pessoa que vive com doença inflamatória pélvica é um sinal de alerta para a farmacêutica e o farmacêutico que desejam criar outro tipo de abordagem ao paciente, uma que seja legitimadora das experiências e narrativas do paciente. Na atenção farmacêutica, queremos cuidar de forma diferente, queremos cuidar do outro como um todo, como alguém que se insere no mundo como "corpo vivido", sem fragmentações ilusórias criadas para facilitar a categorização do problema do outro e nosso

processo de tomada de decisão. Várias racionalidades são necessárias para compreender o ser humano na sua totalidade. Se quisermos construir uma prática profissional realmente revolucionária, precisamos criticar a meta-narrativa desumanizante e colonizadora da medicina tradicional e dar voz ao mundo do paciente de uma forma que tenha sentido para ele ou ela.

Assim, como revelado pelos próprios pacientes, a filosofia da prática da atenção farmacêutica pode atender às expectativas das pessoas usuárias de medicamentos, abrindo caminhos para a construção de relações mais humanizadas, libertadoras e descolonizantes nos sistemas de saúde.



ABRAMS, D. The spell of the sensuous. In: THOMAS, S. K. (Ed.) **Handbook of phenomenology and medicine**. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1996.

BARRY, C. A. et al. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. **Social Science & Medicine**, v. 53, p. 487-505, 2001.

BORRELI CARRIÓ, F. La relación médico-paciente in un mundo cambiante. **Humanitas Humanidades Medicas online**, n. 15, mai. 2007. Disponível em: <http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero15/articulo.pdf> Acesso em: 12 setembro 2010.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982.

BURY, M. Illness narrative: fact or fiction? **Sociology of Health and Illness**, v. 23, n. 3, p. 263-85, 2001.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide**. 2nd Edition. New York: McGraw-Hill, 2004.

CHARMAZ, K. **Good days, bad days: The self in chronic illness and time**. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1991.

CHARON, R.; MONTELLO, M. **Stories matter: The role of narrative in medical ethics**. New York: Routledge, 2002.

COHEN, D et al. Medications as social phenomena. **Health**, v. 5, n. 4, p. 441-469, 2001.

COYLE, J. Exploring the meaning of 'dissatisfaction' with health care: the importance of 'personal identity threat'. **Sociology of Health and Illness**, v. 21, n. 1, p. 95-123, 1999.

CROSSLEY, M.L. **Introducing narrative psychology: self, trauma and construction of meaning**. Buckingham, England: Open University Press, 2000.

DAHLBERG, K.; HALLING, S. Human science research as the embodiment of openness: swimming upstream in a technological culture. **J. Phenomenological Psychol.**, v. 32, p. 12-21, 2001.

DEFENBAUGH, N. L. "Under erasure": the absent ill body in doctor patient dialogue. **Qualitative Inquiry**, v. 14, p. 1402-1424, 2008.

DEMO, P. **Argumento de autoridade X autoridade do argumento: interfaces da cidadania e da epistemologia**. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro Ltda, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal editora, 1979.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRANK, A. W. **At the will of the body: Reflections on illness**. Boston: Houghton Mifflin Company, 1991.

FREIRE, P. **Pedagogy of the Oppressed**. New York: Seabury Press, 1970.

FREITAS, E. L. **Revelando a experiência do paciente com a atenção farmacêutica: uma abordagem qualitativa**. 2005. 125 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

GERGEN, K. J. **An invitation into social construction**. Thousand Oaks: SAGE, 2009.

GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. **Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice**. London: BMJ Books, 1998.

HABERMAS, J. **The theory of communicative action, reason and rationalization of society**, vol.1. Boston: Beacon Press, 1981.

HARDY, B. **Towards a poetics of fiction: An approach through narrative.** Quoted in: Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice.* London: BMJ Books, 1986.

HEIDEGGER, M. **Being and Time.** Traduzido do Alemão *Sein und Zeit* por John Macquarrie & Edward Robinson. New York: Harper & Row, Publishers, 1962.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacists**, v. 47, p. 533-43, 1990.

LEFRÈVE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo: Cortez Editora, 1991.

LIASCHENKO, J.; FISHER, A. Theorizing the knowledge that nurses use in the conduct of their work. **Sch. Inq. Nurs. Pract**, v. 13, n. 1, p. 29-41, 1999.

MERLEAU-PONTY, M. **Phenomenology of perception.** London: Routledge, 1962.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Making the case for evidence-based practice.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MISHLER, E. **The discourse of medicine. The dialectics of medical interview.** Norwood, NJ: Ablex, 1984.

NYSTRÖM, M.; DAHLBERG, K. Pre-understanding and openness-a relationship without hope? **Scand. J. Caring.**, v. 15, p. 339-46, 2001.

PELLEGRINO, E. D. **The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader** (ND Studies in Medical Ethics). Edited by H. Tristram Engelhardt Jr. & Fabrice Jotterand. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press, 2008.

PORTER, S. The patient and power: sociological perspectives on the consequences of holistic care. **Health and Social Care in the Community**, v. 5, n. 1, p. 17-20, 1997.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, D. **Pharmaceutical care uncovered: an ethnographic study of pharmaceutical care practice.** [PhD thesis]. Minneapolis, MN: University of Minnesota; 2003.425p.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, D.; SHOEMAKER, S. J. Achieving patient centeredness in pharmacy practice: Openness and the pharmacist's natural attitude. **J. Am. Pharm. Assoc.**, v. 46, p. 56-66, 2006a.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, D. Atenção farmacêutica como contracultura. **Farmácia Revista/CRFMG**, v. 3, p. 21-22, 2006b.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, D. **The reality of pharmaceutical care-based medication therapy management: patients', pharmacists' and students' perspectives**. Köln: Lambert Academic Publishing AG & Co. 2010.

RAMALHO- DE OLIVEIRA, D. et al. Getting to the Root of Drug Therapy Problems: looking to your Patient's Medication Experience. Aceito para publicação: **Journal of American Pharmacists Association**. Fevereiro 2011.

SCHÖN, D. A. **The reflective practitioner: how professionals think in action**. Basic Books. 1983.

SHOEMAKER, S. J.; RAMALHO-DE OLIVEIRA, D. The meaning of medications for patients: The medication experience. **Pharmacy World & Science**, v. 30, p. 86-91, 2008.

STRAND, L. M. et al. Drug-related problems: their structure and function. **DICP: Ann Pharmacother.**, v. 24, p. 1093-1097, 1990.

STRAND, L. M. Re-visioning the professions. **J. Am. Pharm. Assoc.**, v. NS 37, n. 4, p. 474 – 478, 1997.

STRAUSS, A. et al. Sentimental work in the technologized hospital. **Sociology of Health and Illness**, v. 4, n. 3, p. 254-278, 1982.

TOOMBS, S. K. (1987). The meaning of Illness: A phenomenological approach to the patient-physician relationship. **The Journal of Medicine and Philosophy**, v. 12, p. 219-240, 1987.

VAN MANEN, M. Care-as-worry, or "don't worry, be happy." **Qualitative Health Research**, v. 12, n. 2, p. 262-278, 2002.

WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S.; HARDON, A. **Social lives of medicines**. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.