

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Renata da Silva Antunes

Identidade profissional do farmacêutico: desafios para atuação na atenção primária à saúde

Rio de Janeiro

2022

Renata da Silva Antunes

Identidade profissional do farmacêutico: desafios para atuação na atenção primária à saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rondineli Mendes da Silva

Coorientadora: Prof. Dra. Angela Fernandes Esher Moritz

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Professional identity of the pharmacist: challenges for performance in primary health care.

A636i Antunes, Renata da Silva.
Identidade profissional do farmacêutico: desafios para atuação na atenção primária à saúde / Renata da Silva Antunes. -- 2022.
85 f. : il. color.

Orientador: Rondineli Mendes da Silva.
Coorientadora: Angela Fernandes Esher Moritz.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 68-77.

1. Farmacêuticos. 2. Pessoal de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde Pública. 5. Identidade Profissional. I. Título.

CDD 615.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Glauce de Oliveira Pereira - CRB-7-5642
Biblioteca de Saúde Pública

Renata da Silva Antunes

Identidade profissional do farmacêutico: desafios para atuação na atenção primária à saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Aprovada em: 22 de agosto de 2022

Banca Examinadora

Prof. Dra. Luisa Arueira Chaves
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dra. Regina Ferro do Lago
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dra. Angela Fernandes Esher Moritz (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Rondineli Mendes da Silva (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho ao Bolt e Angel, meus companheiros para sempre.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi elaborado em uma fase particularmente marcante para minha vida pessoal e constitui, por isso, um desafio de superação.

Aos meus orientadores Rondineli Silva e Angela Esher pelos brilhantes ensinamentos e pela oportunidade de tê-los como orientadores, uma grande experiência na vida. Obrigada por serem presentes em TODOS os momentos. Obrigada pela cobrança e incentivo nos momentos certos e por compreender que também existe vida (e outras dificuldades) durante o curso de mestrado.

Aos meus filhos Vinicius e João Pedro, pessoas mais importantes da minha vida, pelo amor incondicional, pelo apoio emocional, pela paciência durante minha ausência nos momentos difíceis e nos felizes também.

Aos meus pais pela oportunidade, dedicação, compreensão e pelo amor em todo percurso da vida. As minhas irmãs e cunhados pela contribuição e pela torcida.

Aos professores do Mestrado Profissional, exemplos de competência e sabedoria. Aos meus amigos e colegas de curso pela amizade e principalmente as minhas amigas Marcelia Martins e Patrícia Trápaga, pela cumplicidade e ajuda.

À minha amiga Elis, que em uma conversa despertou o assunto para essa dissertação, deixo todo o meu carinho e na torcida por seu mestrado.

Deixo expresso o meu reconhecimento a todos os colegas farmacêuticos que participaram neste trabalho, pela forma como colaboraram. Desejo a todos as maiores felicidades profissionais e pessoais.

Por fim, sou grata a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, participaram da realização deste projeto.

*“Não sei se a vida é curta ou longa para
nós, mas sei que nada do que vivemos tem
sentido, se não tocarmos o coração das
pessoas”.*
(CORALINA)

RESUMO

O farmacêutico é um profissional de saúde que vem passando por um processo de renovação, em termos de sua atuação e sua identidade profissional (IP), que se reconstrói dinamicamente nos processos relacionais. A IP corresponde a um processo que se inicia na saída do curso de graduação e perpassa as relações, o ambiente e o mercado de trabalho. Entende-se que ao analisar o processo de socialização profissional nas relações de trabalho, torna-se possível compreender tanto o processo de construção da IP quanto o reconhecimento da profissão dos dias atuais. Esse trabalho teve por objetivo analisar a IP do farmacêutico com atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Trata-se de um estudo exploratório, amparado no referencial teórico proposto por Claude Dubar, de abordagem qualitativa, com a utilização de roteiro de entrevista semiestruturado sobre informações relacionadas aos elementos constituintes da IP, experiências, expectativas, dilemas e desafios frente ao exercício profissional, aplicado a farmacêuticos selecionados por conveniência. Envolveu a participação de profissionais que atuam na APS da SMS-RJ e outros oriundos de órgãos de classe e de universidade. Foi realizada análise de conteúdo dos dados, que permitiu a compreensão do material coletado associado ao referencial teórico e que esteve apoiada em uma matriz de categorias: "percurso profissional e formativo do farmacêutico". "IP farmacêutico considerando os atributos da APS" e "atuação do farmacêutico na APS frente à regulação profissional e sanitária." Participaram oito farmacêuticos, que na sua grande maioria possuía pós-graduação e experiência na APS. Verificou-se o tempo médio de sete anos de atuação, daqueles que trabalhavam na APS municipal. Ademais, o percurso profissional mostrou que foi comum entre os entrevistados a origem de atuação no comércio varejista. Os achados também trouxeram importantes reflexões sobre a atuação do farmacêutico sob a perspectiva social, apontando para o surgimento de uma "nova identidade", mais consciente e segura de seu papel no cuidado e na assistência. Esta IP vem sendo construída por meio dos dilemas que os profissionais enfrentam nas suas relações de trabalho e pelos desafios vivenciados, que envolvem aspectos como ensino tecnicista, reconhecimento pelos pares e a regulação profissional. Esta pesquisa contribui com a ampliação e o enriquecimento dos estudos sobre a IP dos farmacêuticos, além de concorrer para possíveis mudanças nas políticas públicas e para a garantia da atuação do farmacêutico como parte integrante da equipe de saúde.

Palavras-chave: identidade profissional; farmacêuticos; pessoal da saúde; atenção primária à saúde; saúde pública.

ABSTRACT

The pharmacist is a health professional who has been undergoing a process of renewal, in terms of their performance and their professional identity (PI), which is dynamically reconstructed in relational processes. PI corresponds to a process that begins at the end of the undergraduate course and permeates relationships, the environment and the job market. It is understood that when analyzing the process of professional socialization in work relationships, it becomes possible to understand both the process of building the IP and the recognition of the profession today. This study aimed to analyze the PI of the pharmacist working in Primary Health Care (PHC) at the Municipal Health Department of Rio de Janeiro (MHD-RJ). This is an exploratory study, supported by the theoretical framework proposed by Claude Dubar, with a qualitative approach, using a semi-structured interview script on information related to the constituent elements of the PI, experiences, expectations, dilemmas and challenges facing the professional practice, applied to pharmacists selected for convenience. It involved the participation of professionals working in municipal PHC and others from professional and university bodies. A content analysis of the collected data was carried out, which allowed the understanding of the material obtained associated with the theoretical framework and which was supported by a matrix of categories: "professional and educational path of the pharmacist", "professional identity of the pharmacist considering the attributes of PHC" and "the pharmacist's role in PHC in the face of professional and health regulation". Eight pharmacists participated, most of whom had postgraduate training and experience in PHC. It was verified the average time of seven years of work, of those who worked in the municipal PHC. In addition, the professional path showed that the origin of work in the retail trade was common among the interviewees. The findings also brought important reflections on the role of pharmacists from a social perspective, pointing to the emergence of a "new identity", more aware and secure of their role in care and assistance. This PI has been built through the dilemmas that professionals face in their work relationships and the challenges they experience, which involve aspects such as technical education, peer recognition and professional regulation. This research contributes to the expansion and enrichment of studies on pharmacists' IP, in addition to contributing to possible changes in public policies, to guarantee the pharmacist's role as an integral part of the health team.

Keywords: professional identity; pharmacists; health personnel; primary health care; public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde.....	31
Figura 2 -	Região Metropolitana do Rio de Janeiro.....	39
Figura 3 -	Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por áreas programáticas com base na Secretaria Municipal de Saúde.....	40
Figura 4 -	Categorias iniciais.....	44
Figura 5 -	Categorias intermediárias e temas.....	44
Figura 6 -	Categorias finais e conceitos norteadores.....	46
Figura 7 -	Características dos sujeitos da pesquisa.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional da Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Clinicas de Saúde da Família
CFE	Conselho Federal de Farmácia
CRF-RJ	Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IP	Identidade profissional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OSS	Organização de Serviços de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
RJ	Rio de Janeiro
SeFAR	Serviços Farmacêuticos
SFAPS	Atualização de Serviços Farmacêuticos na APS
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	16
3	PERGUNTAS NORTEADORAS DO ESTUDO.....	18
4	OBJETIVOS.....	18
4.1	GERAL.....	18
4.2	ESPECÍFICOS.....	18
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
5.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
5.2	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	22
5.3	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E POLÍTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	24
5.4	ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	30
5.5	IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	32
6	DESENHO METODOLÓGICO.....	38
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	38
6.2	CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO.....	38
6.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	41
6.4	ASPECTOS OPERACIONAIS: COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	41
6.4.1	Coleta de dados: Entrevistas semiestruturadas.....	41
6.4.2	Análise dos dados.....	43
7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	47
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
8.1	CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	48
8.2	PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO DO FARMACÊUTICO.....	51
8.3	IDENTIDADE PROFISSIONAL DO FARMACÊUTICO CONSIDERANDO OS ATRIBUTOS DA APS.....	54
8.4	ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO FRENTE À REGULAÇÃO PROFISSIONAL E SANITÁRIA.....	63

9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	80

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2018, a Declaração Universal dos Direitos Humanos completou 70 anos e trata-se de marco documental na história dos direitos, na qual estabeleceu, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos. A saúde consta na Declaração em seu artigo 25º, que define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Portanto, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas (CNS; Fiocruz, 2018).

No Brasil, a efetivação do direito à saúde foi proclamada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), uma conquista da sociedade, em meio ao movimento de Reforma Sanitária, que reivindicava essa condição de cidadania e assim, refletiu na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que fez com que novas perspectivas e desafios fossem acrescentados ao dia a dia dos profissionais de saúde, gestores e usuários.

De acordo com Fausto e Matta (2007), com base neste sistema universal e integrado de atenção à saúde, o Brasil adotou a estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS) como reorientação do modelo assistencial, com vistas a tentar reverter o enfoque curativo e individual, para um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático. A APS é reconhecida como a porta de entrada e o articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo orientada pelas diretrizes e princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma prioritária para sua expansão e consolidação (BRASIL, 2017). A ESF é a coordenadora do cuidado na rede, com uma importante mudança no foco da atenção e com vistas à reorganização da APS, da ampliação da resolutividade e de promover impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2017).

Assim, romper com a prática voltada para a doença e para o procedimento curativo, é estar diante de um cenário de desconstrução do modelo biomédico. Trabalhar na APS exige que o profissional esteja apto a atuar com este propósito, diante de tantas adversidades, necessidades e contextos. De acordo com Brito et al. (2017) trata-se do reconhecimento da produção do cuidado centrada no indivíduo a partir de suas necessidades singulares, associado a sua família e comunidade. É preciso compreender o modo que o usuário entende a saúde, o significado de adoecer e o que ele espera quando busca auxílio dos profissionais para os seus cuidados. Tais necessidades se inserem em um

cenário atual em que coexistem doenças agudas e crônicas, a violência e os acidentes externos, e tudo isto está vinculado aos determinantes sociais em saúde que podem aumentar o risco das pessoas adoecerem (BRASIL, 2018).

A produção do cuidado centrada no indivíduo é uma mudança de paradigma, um olhar crítico sobre as atividades do profissional, fundamentado em uma relação preventiva de atendimento, que nos remete ao conceito de prevenção quaternária, com ênfase na necessidade de não causar danos (JAMOULLE, 2015; TESSER, 2017). Para diversos pesquisadores, implica na compreensão que o relacionamento é o alicerce da medicina, construído por meio de uma relação harmoniosa entre pacientes e profissionais e com a utilização do princípio da autonomia como um dos pilares da bioética (JAMOULLE, 2015; NORMAN; TESSER, 2015; PANDVE, 2014).

Portanto, a tríade saúde-doença-cuidado exige a organização do processo de trabalho por meio das equipes multiprofissionais, com a utilização das abordagens multidisciplinar e intersetorial. (BARBERATO et al., 2019). Esta organização, marcada pela cooperação entre os profissionais, contribui para um atendimento humanizado aos usuários de acordo com suas necessidades. Neste contexto, Souza e Nicoletti (2018 apud NOGUEIRA, 1989) reforçam ser fundamental que os membros da equipe reconheçam o processo de trabalho dos seus pares, a fim de aperfeiçoar os resultados.

Dentre as atribuições do SUS, está garantia da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. O farmacêutico, profissional atuante na APS teve sua atuação profissional reformulada diante da inclusão da Assistência Farmacêutica (AF) no campo das políticas públicas por meio da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004). A AF tem compromissos para melhorar o acesso e o uso apropriado de medicamentos, envolvido com ações dedicadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, impondo responsabilidades ao farmacêutico enquanto um agente sanitário e comprometido para o êxito das ações de saúde.

A evolução da profissão farmacêutica tem sua trajetória marcada por diversos acontecimentos históricos, especialmente durante o século XX, com destaque para o período pós 2ª guerra mundial, quando o papel do profissional se transformou. Antes marcado pela atuação na manipulação e dispensação dos medicamentos, a significativa industrialização com ampliação da oferta de produtos farmacêuticos respondeu por muitas mudanças, que vemos até hoje, quando temos o papel social do medicamento reduzido a

um bem de consumo e a farmácia exclusivamente comercial, além das dificuldades da inserção do farmacêutico enquanto um profissional de saúde (SBFFC, 2021).

Por outro lado, o debate em torno do papel central do medicamento no contexto assistencial na APS, associado a elementos como a transição demográfica, mudanças sociais e econômicas, longevidade e adoecimento da população, estimularam a ressignificação da atuação do farmacêutico. Ele passa a ser ainda mais desafiado em seu papel social e a atuar na gestão da clínica, a explorar conhecimentos e habilidades para atender uma necessidade social, a desenvolver uma visão integrada dos serviços farmacêuticos, e aplicá-los em conjunto com o cuidado, o acolhimento e a humanização (BRASIL, 2018; SBFFC, 2021).

Neste sentido, diante dos desafios e potencialidades para a produção do cuidado no APS, o objetivo deste trabalho é analisar a identidade profissional do farmacêutico e compreender seu percurso profissional, cotidiano de trabalho e as ações de assistência no cuidado à saúde na APS no contexto da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Espera-se, desta forma, contribuir para propiciar reflexões acerca do papel do profissional, sua autonomia e integração com a equipe multidisciplinar e limites e desafios em seu processo de trabalho em saúde pública.

Esta dissertação está organizada em oito seções: além desta introdução, a seção 2 descreve a justificativa da realização deste trabalho, visando destacar a importância do tema, em termos de suas motivações e da relevância para a saúde coletiva. A seguir, na seção 3, estão listadas as perguntas norteadoras além dos objetivos que conduziram o presente estudo. A quarta seção dedica-se à apresentação do referencial teórico sobre o SUS, tendo como componente importante de sua consolidação como política social, a estruturação da APS, cujo modelo de atenção buscou ampliar acesso e promover qualidade assistencial à saúde. Ademais, elementos basilares sobre a AF e suas políticas nacionais são detalhadas de forma sucinta, além de discorrer sobre a evolução de suas atividades, especialmente de sua organização na APS na SMS-RJ. Não obstante, outra temática abordada foi identidade profissional, com enfoque em conceitos e perspectivas. Na seção 5, apresentamos o percurso metodológico que se pautou em abordagem qualitativa, por meio de entrevistas realizadas com farmacêuticos, especialmente com atuação profissional na APS. Tanto os resultados como a discussão foram apresentados na seção 7, que permitiram identificar elementos relevantes para a identidade profissional do farmacêutico na APS, no contexto da SMS-RJ, segundo as análises desenvolvidas. Neste momento fica

perceptível, a partir dos respondentes, a importância do profissional, identificada como membro da equipe de saúde, com elevado potencial de contribuição para fortalecimento da APS, considerando o uso correto de medicamentos e a prestação de serviços farmacêuticos. Não obstante, isso esbarra em muitos desafios, desde a formação de base na graduação até a atuação de conselho profissional de farmácia, que geram inconstância para à sua identidade. Por fim, na seção de considerações finais são retomados alguns pontos centrais do estudo, incluindo algumas limitações identificadas e desdobramentos futuros.

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Apesar da transição do modelo tradicional para o desenvolvimento do cuidado ao usuário, as atividades do farmacêutico no SUS são reforçadas por um vínculo curativo, com o espaço destinado a farmácia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), estruturado como um local exclusivamente de armazenamento de medicamentos e uma janela ou um balcão para a realização do fornecimento ou entrega de medicamentos, muito diferente dos propósitos de uma dispensação humanizada. Nesta ótica, a atividade de orientação ao usuário e a produção do cuidado apresenta gargalos e fragilidades.

A SMS-RJ, a partir de 2010, implementou ações de reforma na APS, contribuindo para uma grande expansão de cobertura e dos serviços da ESF nos últimos anos, desenvolvida por meio de contratos de gestão com Organizações de Serviços de Saúde (OSS) e que optou, de maneira pioneira, por alocar farmacêuticos em todas as unidades de saúde. E mais, com o compromisso de ampliar o acesso aos medicamentos, tendo em vista a importância destes insumos para a resolubilidade das ações de saúde (CAETANO et al., 2020; PEREIRA, 2013; SILVA et al., 2016).

Ressalta-se, ainda, que a produção desta dissertação parte, por um lado, de meus anseios, motivações e situações vividos enquanto profissional atuante em um centro municipal de saúde da área de planejamento 2.2 do Município do Rio de Janeiro (RJ), com oito equipes de saúde da família. Tais questões me motivaram a problematizar sobre as práticas, pressupostos teóricos e éticos no alcance dos resultados esperados pelo farmacêutico, além de propor discussões críticas acerca do descrito e da prática clínica, envolvendo as duas dimensões de atuação, quais sejam, do cuidado e gerencial. Neste cenário, percebo por meio de troca de experiências com outros profissionais, que existem aspectos desafiadores e pouco conhecidos relacionados à formação e a trajetória profissional, a construção de saberes na integração com a equipe multidisciplinar e o conhecimento das políticas públicas como direcionadores para a construção da identidade profissional.

Por outro lado, acrescida da história dos serviços de saúde em incluir o medicamento dissociado da atenção à saúde, há lacunas de conhecimento sobre esta temática aplicada ao contexto da APS e ao SUS, que assim reforçam a necessidade de se promover estudos que busquem compreender e fortalecer o cuidado em saúde, que inclui o papel do farmacêutico e as relações com a equipe de saúde e fornecer apoio para a

elaboração de políticas públicas direcionadas à formação inicial quanto continuada do farmacêutico no cuidado.

Espera-se, desta forma, contribuir para analisar a identidade profissional do farmacêutico por meio dos seus elementos constituintes e propiciar reflexões acerca do seu papel, do desenvolvimento de sua carreira, das práticas e conhecimentos, suas relações de trabalho e limites e desafios em seu cotidiano profissional.

3. PERGUNTAS NORTEADORAS DO ESTUDO

- Quais são os elementos constituintes da identidade profissional dos farmacêuticos que atuam na APS?
- Como os limites e desafios impostos para o exercício de suas funções na APS dialogam com essa “nova” identidade?

4. OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar a identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, no contexto da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ).

4.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os elementos constituintes da identidade profissional dos farmacêuticos, a partir da sua atuação na APS.
- Conhecer as experiências e expectativas de farmacêuticos sobre a sua atuação na APS e seus reflexos para sua identidade profissional.
- Compreender os limites e desafios para a atuação profissional do farmacêutico na APS.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, a efetivação do direito à saúde foi proclamada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e refletiu na criação do SUS por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 (BRASIL, 1990). Desta forma, novas perspectivas e desafios foram acrescentados ao dia a dia dos profissionais de saúde, gestores e usuários.

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e proporciona o acesso integral, universal e gratuito à saúde. Sua direção é única em cada esfera do governo e estabelece, como órgãos responsáveis, o Ministério da Saúde (MS) no âmbito nacional e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal (BRASIL, 1990; OLIVEIRA; GRABOIS; MENDES JUNIOR, 2009). Nesse sentido, o SUS é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com a gestão participativa e solidária das ações e dos serviços de saúde entre os três entes federativos citados.

O SUS, portanto, trouxe ao Brasil um conceito ampliado de saúde e uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Esta formulação hierarquizada classificou os serviços de saúde nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. Além destes serviços, compõem a rede de atendimento as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL; CONASS, 2003).

Na vasta trajetória evolutiva para a concretização do SUS, a concepção da medicina previdenciária (saúde como benefício) foi quando se verificou incremento do modelo biomédico e expansão de investimentos no setor privado de clínicas e hospitais e aumento intensivo de equipamentos e medicamentos. Até a perspectiva da dimensão cidadã, houve um longo percurso (SILVA et al, 2007).

Os anos 70 trouxeram no seu contexto, discussões internacionais acerca dos modelos assistenciais, onde foram apresentadas diversas propostas sendo que ganharam destaque as que evidenciavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica, o que representou uma mudança quanto ao campo da saúde coletiva no Brasil (OSMO; SCHRAIBER, 2015)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma das discussões de

foco foi à implantação da APS, após a Conferência Internacional realizada pela OMS em Alma-Ata, na antiga URSS, em 1978. A recomendação final da conferência foi “Saúde para todos no ano 2000” e recomendava a necessidade urgente por parte das sociedades do mundo, todos os seus governos e de todos que trabalham no campo da saúde de reconhecer a APS como a chave para a promoção de saúde de caráter universal (MOROSINI; CORBO, 2007).

Debates sobre APS e as experiências surgidas em vários países em sua implantação serviram de base para o Movimento conhecido como Reforma Sanitária, que contribuiu e subsidiou diversas discussões para a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986. Os intensos debates ocorridos refletiram-se na elaboração da Constituição de 1988, permitindo assim construir as bases daquilo que se tornaria depois o SUS, com seus princípios ético-doutrinários da universalidade, equidade e da integralidade (LAVRAS, 2011).

Ademais, foram estabelecidos diversos marcos relevantes que buscaram subsidiar a implementação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, como as normas operacionais, que pavimentou o caminho até a introdução da ESF, que passa pelo Programa de Saúde da Família, introduzida pela Norma Operacional Básica 1996. Adicionalmente, no processo evolutivo do SUS temos na descentralização, efetivada por meio da territorialização e que trouxe a definição de áreas adscritas, atividades estabelecidas para cada área geográfica e social, de responsabilidade municipal. O arranjo evolutivo ressaltou a importância da complementaridade dos serviços por meio da regionalização (CONILL, 2008).

Assim, a organização da rede de saúde pode ser dividida nos três conhecidos níveis de atenção ou modelos técnico-assistenciais os quais são os primários, secundários e terciários. A APS abrange características assistenciais que enfatizam a saúde coletiva ou individual, com ações que promovem a saúde como um todo, estruturada por meio de uma equipe de saúde responsável pelo atendimento em saúde em áreas adscritas, que são delimitadas no território (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

A respeito da APS, Giovanella e Mendonça (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008) destacam conceitos importantes, identificando a APS como a atenção ambulatorial de primeiro nível, o que representa o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, e que geralmente, em países europeus, representam a forma de integração inicial a um sistema de saúde de acesso universal e que, por outro lado, é marcado por programas

fragmentados, de baixa resolutividade e seletivos, quando se retrata a APS em países periféricos.

No nível secundário de atenção encontram-se os cuidados mais complexos em que os especialistas em ambulatorios ou hospitais de pequeno porte servindo de suporte para atenção primária. Por fim, a terciária localizada principalmente no maior nível de complexidade, no hospital (CECILIO, 1997).

Adicionalmente aos clássicos arranjos organizacionais e assistenciais, existem outros componentes relevantes, como sistemas de apoio, tais como diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2010).

Apesar disso há debates quanto à existência de fragmentação na atenção à saúde no SUS, resultante da visão da estrutura hierárquica, conforme os níveis de complexidades crescentes, que se relaciona com as normativas oriundas da regulação assistencial que se caracteriza nessa hierarquia (MENDES, 2011). Essa concepção de sistema hierarquizado que ainda vige no SUS

[...] apresenta sérios problemas teóricos e operacionais. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (MENDES, 2011, p. 51).

Como já destacado, a APS é reconhecida como o contato inicial do usuário para a prevenção, promoção e recuperação do estado de saúde. Além das consultas, contempla outros serviços como vacinação, atenção à saúde centrada no adulto/idoso, atenção à saúde centrada na criança/adolescente, ações de saúde mental, atenção à saúde centrada na gestante/materno-infantil, entre outras. É uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, a porta de entrada ao SUS, e é também um modelo de mudança na prática clínica e assistencial dos profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020). Orienta-se pelos clássicos atributos essenciais: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e atributos derivados: orientação familiar e da comunidade e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Entretanto, é fato que os serviços públicos no Brasil apresentam características de fragmentação e da descontinuidade da assistência, motivadas por fragilidades em

instâncias gestoras ou até mesmo entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços. Neste sentido, houve esforços do governo federal em estimular a qualidade dos serviços e garantir o acesso dos usuários. Uma das propostas foi a criação da ESF, para a reorganização da APS e uma alternativa para o alcance dos objetivos do SUS: universalização, integralidade e equidade (BRASIL, 2010; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

5.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O cenário da ESF, instituído pelo MS e descrito na Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, visa à reorganização da APS no Brasil e a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

As características gerais da ESF estão pautadas no binômio epidemiologia-vigilância à saúde, em substituição às práticas convencionais de assistência, no trabalho com uma base territorial definida e com o cadastro e acompanhamento da população adscrita da área (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

A ESF é o modelo assistencial vigente no Município do RJ e dentre suas especificidades estão o estabelecimento de uma equipe multiprofissional composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Desta equipe ainda podem ser incluídos outros profissionais como o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017). Destaca-se aqui o alerta de Schmith e Lima (2004) que apenas mencionar a sigla ESF não significa necessariamente a mudança de paradigma para a produção do cuidado centrada no indivíduo. Na ESF, o trabalho em equipe multiprofissional é considerado um dos pilares para a mudança do modelo hegemônico e biomédico, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si, todos contribuindo para um atendimento humanizado aos usuários de acordo com suas necessidades.

Nesse sentido, para que toda a estrutura da ESF possa funcionar, de forma coordenada e com resolutividade, torna-se necessária a criação de múltiplas respostas para

o enfrentamento da produção saúde-doença. O MS adotou as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como a ferramenta para tentar atender as necessidades de cuidado da população, identificando redes prioritárias como urgência e emergência, gestantes, atenção psicossocial e atenção a pessoas com deficiência.

As RAS “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). No Brasil, Mendes (2010) é um dos autores que vem pesquisando a implantação das RAS e as define como

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p.82).

Portanto, na lógica de implantação e monitoramento das RAS torna-se importante que a ESF observe os seguintes aspectos: população e território adscrito, construção de vínculos positivos, investimento nas pessoas e nas equipes e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2010; CAMPOS; AMARAL, 2007).

Dessa forma, trabalhar na APS exige que o profissional esteja apto a atuar diante de tantas adversidades, necessidades e contextos. De acordo com Brito et al. (2017) trata-se do reconhecimento da produção do cuidado centrada no indivíduo a partir de suas necessidades singulares, associado a sua família e comunidade e compreendendo o modo como o usuário entende a saúde e o significado de adoecer (BRASIL, 2019). Os profissionais de saúde devem trabalhar em uma perspectiva de integração, na constituição de equipes multiprofissionais e com todos os envolvidos no processo de cuidado. Precisam desenvolver discussão de caso, prática clínica compartilhada e construção conjunta de projetos terapêuticos.

Dentre os profissionais atuantes na ESF, destaca-se a atuação do farmacêutico, que apresenta um perfil dinâmico, que vem inserindo seu trabalho na APS e se fortalecendo como parte integrante de uma equipe multiprofissional (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

5.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E AS POLÍTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, o documento denominado Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicado em 1998, apresentou uma primeira definição para a AF. Por meio da Portaria nº 3916 do MS, a PNM foi aprovada como parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNS), constituindo-se como elemento fundamental à melhoria das condições de assistência à saúde da população e apresentando como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

Segundo a PNM, a AF assim se constitui:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinado a apoiar as ações de saúde demandadas pela comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma das suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

A partir da PNM diversas ações em torno do medicamento apresentavam-se, em modo geral, dirigidas a dois pilares: o primeiro deles referia-se ao acesso a medicamentos seguros, eficazes e com qualidade; enquanto o segundo, referia-se ao uso racional ou apropriado de medicamentos.

A PNM apresenta diretrizes, prioridades e decisões e dentre eles está a Reorientação da AF, com propósito de direcionar suas atividades para a promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais por meio de quatro eixos: descentralização da gestão, promoção do uso racional, eficácia no sistema de logística de distribuição e desenvolvimento de estratégias nos processos de aquisição e tomada de preços. Para tal, deve ser coordenada e articulada pelas três esferas do governo, cada uma com competências e responsabilidades (BRASIL; CONASS, 2007).

A PNM, portanto, como parte integrante da PNS, representou um marco para a AF, por se caracterizar como um importante balizador da política de medicamentos e o principal instrumento norteador de todas as decisões jurídicas e legais em relação a medicamentos no Brasil. Entretanto, com a consolidação da saúde no contexto do SUS, foi necessário avançar com estudos sobre a política de medicamentos, com vistas à garantia da ampliação do acesso aos medicamentos e a promoção de melhorias na articulação e

integração de ações da AF.

Nesse sentido, no ano de 2003, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2005), que teve como temas: acesso, qualidade e humanização da AF. Como resultado deste encontro, foi criada a PNAF, aprovada pela Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que efetivou a AF como política de saúde (BRASIL, 2004). Desde então, houve uma reconfiguração do conceito de AF, ampliando-o como:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Para o campo da saúde coletiva, o desenvolvimento das ações de AF torna-se essencial, como parte integrante do sistema de saúde, sendo fator determinante para a resolutividade da atenção e dos serviços prestados, como a APS, e mobiliza a alocação de grande volume de recursos financeiros, tanto públicos como privados. Por sua vez, a AF reforça e dinamiza a organização dos sistemas de saúde, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações.

De acordo com a PNAF, a AF deve ser entendida como uma política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, como a de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos (KORNIS; BRAGA, 2008). Esta política trouxe, como pilares estratégicos: a manutenção, a qualificação de recursos humanos e a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde (BRASIL, 2004).

A AF possui um modelo teórico classicamente estabelecido como ciclo da AF, organizado em torno de um conjunto de atividades interrelacionadas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, tendo na gestão, financiamento, planejamento, monitoramento e avaliação e elementos que sustentam o funcionamento teórico (MARIN ET AL, 2003). Essa sistematização busca trazer organização, além da permanente disponibilidade dos produtos, ou seja, o acesso e o uso apropriado de medicamentos, segundo as necessidades da população. Sucintamente,

elementos constituintes de cada componente do ciclo da AF serão apresentados sinteticamente na sequência.

A seleção é considerada a etapa mais relevante, pois é a partir dessa fase que são desenvolvidas as demais atividades do ciclo assistencial. De forma precisa representa um processo de escolha entre medicamentos. Não obstante, deve estar pautada em evidências epidemiológicas, técnicas e econômicas, visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas. (MARIN et al., 2003).

Especialmente no que se refere a atuação dos entes governamentais municipais sobre a seleção de medicamentos, o que se busca é assegurar, dentre muitos, o suprimento de medicamentos destinados à APS, bem como desenvolver as ações de AF de forma a qualificar o acesso e o uso desses produtos. Como resultado da seleção de medicamentos, é possível elaborar as listas municipais, conhecidas no SUS como Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), e que devem ter como base a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

O componente seguinte é a programação de medicamentos, que consiste em uma etapa de planejamento e que se constitui em procedimentos para estimar as quantidades a serem adquiridas, garantindo a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados para atender determinada demanda dos serviços, em um período definido de tempo (MARIN et al., 2003).

Essa fase envolve a aferição de estoques e a verificação da situação orçamentária e instrumentaliza a gestão pública na AF em relação ao que será adquirido para atender a rede em suas demandas ordinárias. Possui, portanto, influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. São fundamentos a existência de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos, tais como consumo médio mensal, demanda atendida e não atendida, demanda reprimida, perfil epidemiológico, consumo por centro de custo etc. Além disso, também dispor de pessoal capacitados, recursos materiais e financeiros para sua execução (MARIN ET AL, 2003). Na SMS-RJ, a programação de medicamentos a serem adquiridos é anual, realizada pela gerência central de AF. O método do consumo histórico é utilizado de forma mais intensa para essa fase; o perfil epidemiológico e a oferta de serviços também são usados, porém em menor grau, principalmente quando da aquisição de novos produtos (BRASIL; CONASS, 2007).

A aquisição de medicamentos compreende um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos definidos pela seleção, nos quantitativos e prazos estabelecidos pela programação, incluindo a qualidade e a manutenção regular do sistema de abastecimento, desde que atendam aos critérios técnico-sanitários e ao menor preço. Segue critérios rígidos da legislação brasileira da lei de licitações. São exigidos quesitos técnicos e administrativos, tais como registro válido na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Certificação de Boas Práticas de Fabricação (MARIN ET AL, 2003).

A quarta e quinta etapas envolvem tanto o armazenamento quanto a distribuição de medicamentos. O armazenamento envolve a realização de procedimentos técnicos e administrativos relacionados às atividades de: (a) recepção/recebimento; (b) estocagem e guarda; (c) conservação e (d) controle de estoque dos medicamentos. A adoção de uma conduta racional para o procedimento de estocagem dos medicamentos e outros insumos compõe um passo marcante dentro do ciclo da AF. A condução inadequada nessa etapa resulta em desperdícios por validade expirada e perdas da integridade dos produtos, comprometendo a eficácia destes (MARIN et al., 2003). A distribuição de medicamentos, consiste na manutenção do suprimento de medicamentos às unidades de saúde em quantidades, qualidade e tempo oportunos, para dispensação à população usuária. Essa distribuição envolve diversos elementos da cadeia logística de medicamentos, questões de transporte, por exemplo, que são importantes para um suprimento às unidades de saúde e, conseqüentemente, na entrega aos usuários.

Por fim, existem três etapas do ciclo da AF que tratam de elementos menos logísticos e tem caráter mais assistencial, são elas a prescrição, a dispensação e a utilização.

A prescrição é o documento formal e escrito que estabelece o que deve ser dispensado ao paciente e como devem ser utilizados os medicamentos. Dentre os princípios da prescrição racional, é indispensável à avaliação crítica da informação médica que será utilizada para subsidiar a escolha do fármaco para determinado tratamento, cujas condutas devem estar pautadas em evidências. Esta escolha deve basear-se em evidências objetivas, extraídas de estudos com metodologia bem desenhada e de literatura médica revisada criticamente para confirmar seus resultados e suas conclusões (WANNMACHER, 2010).

Na APS é comum a utilização de um conjunto de linhas de cuidado contendo diretrizes para a gestão integrada e o apoio à decisão clínica, bem como de protocolos de uso de medicamentos, que visam apoiar as ações em seu contexto próprio. Elas estabelecem fluxos, funções e tarefas para garantir que o paciente receba a atenção adequada, assegurando informação aos profissionais que atendem pacientes, viabilizando o seguimento, o incluindo o manejo terapêutico, como parte do procedimento padrão, conforme a doença (RIO DE JANEIRO, 2011).

A REMUME, bem como as listas oficiais do SUS - a RENAME, e as normas do MS têm como um dos objetivos auxiliar o prescritor, permitindo a escolha de medicamentos adquiridos regularmente e, assim, possibilitar o acesso da população à terapia medicamentosa adequada e de forma gratuita.

De acordo com o MS (BRASIL, 2001), a dispensação de medicamentos foi definida na PNM como:

o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente, como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (BRASIL, 1998, p. 34).

O processo da dispensação, de uma forma geral, segue diversas etapas, que envolvem: (a) acolhimento do usuário; (b) atendimento e recebimento da prescrição; (c) validação da prescrição; (d) separação do medicamento; (e) verificação da receita com o medicamento a ser dispensado; (f) anotações necessárias ao processo de informação; (g) entrega do medicamento; (h) comunicação com o usuário, fornecendo informações pertinentes ao uso adequado dos medicamentos e; (i) registro do atendimento (BRASIL, 2009).

Neste sentido, no contexto da APS, o MS orientou que as farmácias do SUS dispensem os medicamentos em um local para atendimento livre de qualquer barreira física (sem grades, janelas, vidros) na comunicação com o profissional e que leve em conta a humanização das relações de prestação de serviço público. Desse modo, à medida que a SMS-RJ promoveu a expansão da rede básica, iniciada em 2010, as unidades clínicas de saúde da família (CF), em seu projeto arquitetônico dispunham de farmácias que consideram esse conceito sem barreiras de interação com o usuário, por exemplo (RIO DE JANEIRO, 2011).

Sabe-se que as políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, tanto PNM como a PNAF manifestam a importância estratégica dos três eixos - de garantir a segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos; a promoção do seu uso racional; nos princípios do acesso universal da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Para isso, deve-se buscar o desenvolvimento de ações e estratégias para a aplicação de conhecimentos, habilidades e técnicas indispensáveis à qualificação e melhoria das atividades, com a participação e envolvimento de diferentes instâncias e pessoas (BRASIL, 2018; KORNIS; BRAGA, 2008).

Nos últimos anos, mesmo com os avanços na AF, muitos problemas persistem e é comum a percepção dos gestores que as atividades da AF estejam centradas no modelo curativo, na consulta médica e nas demandas e no acesso da população aos medicamentos, de tal forma que o setor de Farmácia apenas atenda a essas necessidades, tornando-se quase impraticável a atividade de orientação e cuidado aos usuários (ARAÚJO et al., 2008; MAXIMO et al., 2020).

É preciso desmistificar o símbolo que o medicamento traz para os usuários, que o veem como bem de consumo e não como insumo básico de saúde. Essa visão promove a desarticulação dos serviços farmacêuticos. A adequação da AF inclui um Serviço de Farmácia estruturado e organizado, fundamentado sob o olhar sistêmico, com ações integradas e articuladas entre as diversas partes que compõem a APS (MARIN et al., 2003).

No Brasil, os termos AF e Serviços Farmacêuticos (SeFAR) têm recebido conceitos distintos. O primeiro é mais abrangente no Brasil, engloba atividades multiprofissionais ligadas aos medicamentos, à ciência e tecnologia ao tratar da pesquisa e desenvolvimento, somadas às inúmeras atividades do clássico Ciclo da AF (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e prescrição, dispensação e utilização de medicamentos (SILVA et al., 2016). Relevante ressaltar que a AF trata-se de uma atividade multidisciplinar, não se constituindo em um componente exclusivo de atuação de farmacêuticos. O segundo, SeFAR, representa um conjunto de atividades e será tratado a seguir.

5.4 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A farmácia, apesar de sua definição legal a tratar com estabelecimento que pode manipular, comercializar medicamentos, especialmente na saúde pública, é um espaço destinado à dispensação e orientação quanto ao uso correto de medicamentos, de execução das ações de serviços farmacêuticos, de recepção e armazenamento de medicamentos e de planejamento e gestão da assistência farmacêutica (BRASIL, 1973).

O MS norteia a estruturação da farmácia na UBS por meio de alguns documentos, como o manual de estruturação física das unidades de saúde (BRASIL, 2008) e nas diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS (BRASIL, 2009). Deve possuir acesso independente, de forma a não permitir a circulação desnecessária de pessoas no ambiente, além de dispor de dimensão apropriada, equipamentos, recursos humanos e procedimentos que atendam as legislações vigentes.

Reforçando a importância da estruturação, o MS também trouxe à luz para a discussão, outra ótica da AF, muito além do seu caráter técnico e operacional. Autores como Leite et al. (2015) apresentam o entendimento do medicamento enquanto produto, por meio do ciclo da AF, reforçando a compreensão de que o medicamento como tecnologia é mais privilegiado em determinadas situações do que os indivíduos, sem o devido reconhecimento das ações de AF. Em 2008, o MS em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) publicou uma nota técnica que trata da qualificação da AF. Nela, o acesso, em seu contexto do uso racional e seguro, não pode se restringir ao medicamento, e deve ocorrer por meio da oferta de SeFAR qualificados, o que demanda uma estrutura diferenciada da farmácia.

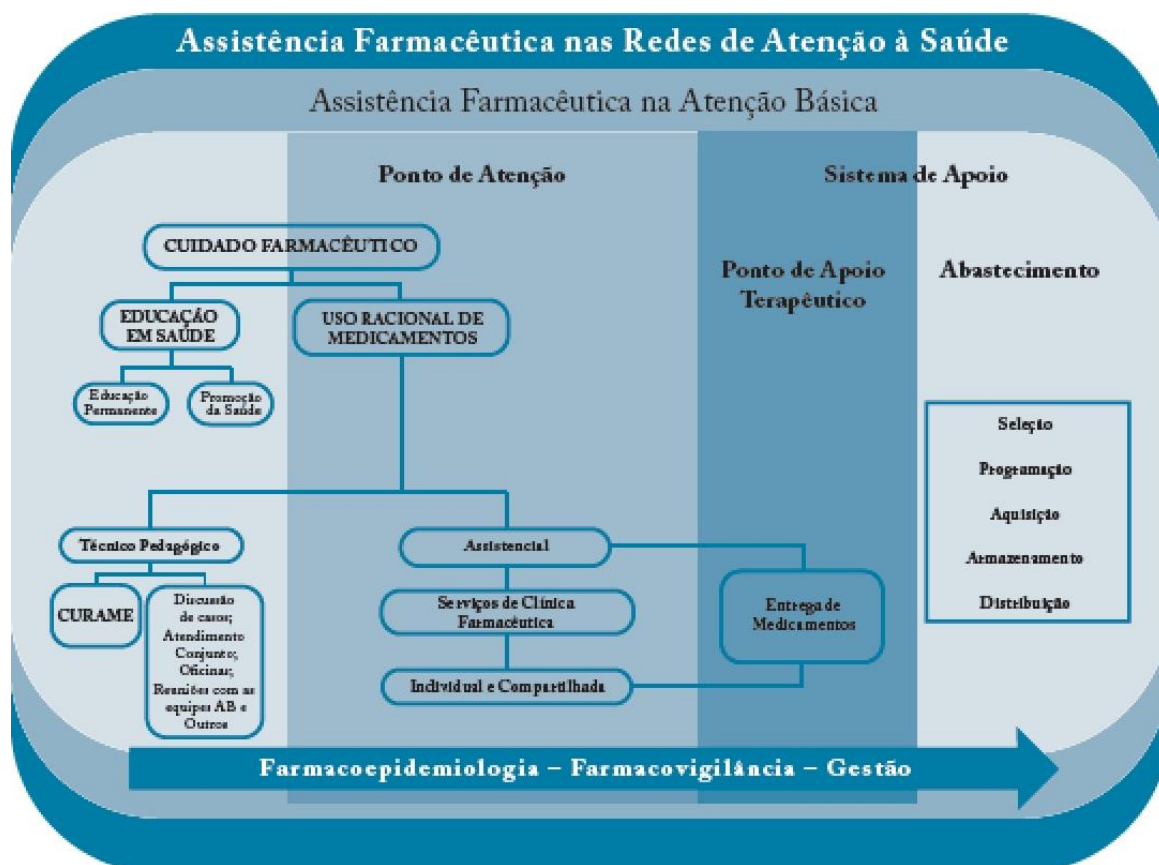
Nesta ótica, o Município do RJ, com a expansão da ESF e a operacionalização das Farmácias pelas OSS, em conjunto com a discussão atual em torno da integralidade das ações de AF, desenvolveu um manual de instruções e diretrizes com o objetivo de qualificar as ações do farmacêutico e contribuir para a implantação de SeFAR ao usuário, sua família e comunidade (RIO DE JANEIRO, 2011).

Na APS, os SeFAR enquanto componente de saúde, devem cumprir com as diretrizes propostas na PNAF e representam um conjunto de atividades, organizados conforme Figura 1. É possível perceber que o processo de trabalho do farmacêutico integra

atividades existentes, como questões relacionadas à logística (ciclo da AF: seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) e entrega de medicamentos, a outro conceito que surge – cuidado farmacêutico (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; CAETANO et al., 2020).

Cuidado farmacêutico é um modelo de prática que orienta a provisão de uma variedade de SeFAR ao usuário, sua família e comunidade, por meio de um trabalho integrado do farmacêutico com a equipe multiprofissional e da vinculação do olhar ampliado em saúde. Centrado no usuário, esse modelo configura-se para a promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos; bem como a resolução de problemas da farmacoterapia e o uso racional dos medicamentos (CFF, 2016; BRASIL, 2014b).

Figura 1 - Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica. Brasil, 2014a, pág. 56.

O MS, em 2012, instituiu o Programa Nacional de Qualificação da AF no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS) (BRASIL, 2012), cuja finalidade foi contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da AF nas ações e serviços de saúde nas RAS como sistemas de suporte técnico-gerencial e clínico,

em quatro municípios do Brasil. Desta experiência, originou a série de quatro cadernos intitulados “Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica” (BRASIL, 2015).

Apesar de esforços, a AF no Brasil ainda se restringe à provisão da disponibilidade do medicamento, onde a sua organização e estruturação têm se dado, principalmente, no fornecimento do produto, baseado no modelo de atenção à saúde e fundamentado em ações curativas, centradas no cuidado médico; logo isso traz desafios à concretização da concepção em torno da integralidade no SUS (PEREIRA, 2013). Dito de outra forma, para que a AF se constitua como parte integrante da política de saúde, é imprescindível que atenda às demandas da APS, principalmente no que diz respeito às estratégias relacionadas ao cuidado e à promoção do uso apropriado do medicamento (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

Na APS, as atividades podem ser partilhadas entre os diversos membros da equipe, no entanto, o farmacêutico ainda não tem sido considerado como um dos profissionais que compõem as equipes; ele está previsto no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Essa presença do farmacêutico na APS (via NASF ou em outra configuração), segundo Araújo et al. (2008) faz parte de uma nova etapa de construção e consolidação dos SeFAR no Brasil, podendo ressignificar novos conhecimentos e temas, principalmente aqueles relacionados com o trabalho em equipe e ao cuidado ao usuário.

5.5 IDENTIDADE PROFISSIONAL

O conceito de identidade remete ao pensamento de identificação de alguém, como ele é reconhecido, quais as suas características. O termo identidade traz, também, a ideia de semelhança - o quê em um espaço social e a partir da relação estabelecida entre um e outro pode contribuir para a definição das dimensões individuais e coletivas. É um termo que carrega múltiplos significados e representa de um lado, um horizonte, uma estabilidade ao indivíduo, e do outro, um meio para a construção dos mundos, uma forma de acesso dentro da vida social (FARIA; SOUZA, 2011; SANTOS, 2005).

Sob a perspectiva da sociologia do conhecimento, a identidade tem sido abordada enquanto fenômeno social, em duas concepções - a singularidade e a coletividade. A primeira concepção permite que o profissional se aproprie da singularidade do sujeito social, do ser individual em sua forma genérica. A segunda é a constituição das suas relações sociais, da sua identificação em um meio, das práticas realizadas pelo profissional

enquanto parte de um grupo (GOMES, 2018; DUBAR, 2005).

Essas práticas, realizadas no contexto do trabalho, promovem a formação da identidade por meio da socialização, de forma gradativa e contínua, onde o profissional adquire novas maneiras de agir e pensar, ativando a sua identidade profissional (IP). Socializar é compreender como se vive em sociedade e entender e exercer as regras e normas sociais já estabelecidas e que são somadas à nossa experiência (DUBAR, 2012; SANTOS, 2005) e a socialização profissional é aquela pelo qual o profissional aprende as habilidades, conhecimentos, valores, comportamentos e atitudes necessárias para assumir o seu papel no mundo do trabalho. A socialização profissional contribui para reforçar que a IP é sustentada pelas práticas diárias, saberes profissionais e nas relações de trabalho ao longo do exercício profissional (VOZNIAK; MESQUITA; BATISTA, 2016).

Destarte que a IP é então, constituída, na essência do processo de socialização e integram as vivências da profissão, as motivações para a prática profissional, os dilemas e desafios do cotidiano e sua construção ao longo da história. Diversos autores corroboram o construto da IP. Vozniak et al. (2016) colocam em evidência que a IP possui caráter dinâmico, com conexões, entendimentos e contornos de acordo com o contexto social inserido. Pimenta (2014) descreve a IP como uma das muitas identidades sociais do indivíduo, condicionada às relações sociais no cotidiano do trabalho e ao sistema das profissões. Silva et al. (SILVA; MACHADO; MOREIRA, 2020) traz que a compreensão da IP deriva a sociologia das profissões, na determinação do lugar que é ocupado por um indivíduo a partir das relações sociais construídas no ambiente de trabalho, sendo, portanto, associada ao seu desempenho e representa a forma como o indivíduo se define enquanto membro de um determinado grupo. (CASTRO, 2018).

A sociologia das profissões é um vasto campo de linhas teóricas, com diferentes abordagens e uma forma de estudar o desenvolvimento das profissões na sociedade e o profissionalismo. Uma das abordagens, a interacionista, influenciou o sociólogo francês Claude Dubar¹, quando atribuiu importância à interação social e a subjetividade nos processos de formação da IP. Esta abordagem permite uma análise sistêmica do trabalho, com ênfase na carreira e em sua trajetória e relações. Entretanto, para alcançar o objetivo deste trabalho, o tema sociologia das profissões e as diferentes correntes não serão aqui discutidos. A escolha pelo caminho do referencial teórico foram considerações de Claude

¹ Claude Dubar era um sociólogo francês (1945-2015). Foi professor na Universidade de Versailles e diretor do Laboratório Printemps (Profissões-instituições-Temporalidade). Publicou *Analyser lês entretiens biographiques*, *Sociologie dès professions* e *La Crise des identités*.

Dubar sobre a IP.

Dubar (2012) traz à luz que a construção da IP não é um processo linear e passivo, uma vez que considera a história, expectativas, projetos, atitudes e valores profissionais que orientam o comportamento de cada um, sob a ótica de construção e da reconstrução da IP ao longo da vida, na articulação entre as relações sociais e o trabalho. Possui como elementos constituintes a formação acadêmica e profissional e as experiências em diferentes espaços de socialização, sendo àquela com base nas representações práticas e saberes profissionais, e possui relação direta nos contextos de educação, trabalho e carreira, definida aqui como trajetória profissional (SPUDEIT; CUNHA, 2016).

Ao longo de sua trajetória profissional, o farmacêutico passou por muitos processos de socialização, responsáveis pela forma de interagir com outros profissionais nos contextos social e cultural. A profissão farmacêutica, também, passou por profundas mudanças históricas desde a sua consolidação como profissão em 1825. Inicialmente instalados em boticas, o farmacêutico exercia seu papel de manipulação de medicamentos magistrais, sendo responsável pelo aconselhamento sobre o uso correto e na indicação daqueles de venda livre. Na metade do século XX, as atividades do farmacêutico foram modificadas e seu exercício, a partir deste momento, incluiu a manipulação e o comércio de medicamentos, a fabricação de produtos biológicos, as atividades de análises clínicas, biológicas e bromatológicas (DE QUEIROGA, 2019).

Com as transformações industriais, tecnológicas e o desenvolvimento da indústria farmacêutica, o papel do farmacêutico paulatinamente foi diminuindo e suas atividades voltaram-se principalmente para a produção de medicamentos sob o aspecto técnico e industrial. Houve uma concentração do desenvolvimento de novos fármacos em países do Primeiro Mundo e o Brasil se propôs a trabalhar na tecnologia farmacêutica adaptando as fórmulas às condições climáticas do país (VIEIRA, 2007a).

Neste período, com a fragmentação das atividades, o farmacêutico se afastou de sua principal função - o cuidado ao usuário de medicamento, e começou a atender a necessidade da sociedade de acordo com os interesses do contexto socioeconômico (COSTA, 2011; CRUZ; OLIVEIRA E SILVA, 2011). Vieira (2017) cita que neste momento o medicamento assumiu o contexto de bem de consumo em detrimento ao de bem social. Nesta crise de identidade pela qual a profissão farmacêutica passou, com o deslocamento do papel social da farmácia e a perda do farmacêutico de seu lugar de ocupação, houve um distanciamento do Estado e da sociedade em reconhecer o

farmacêutico como um profissional de saúde e parte integrante da equipe profissional. A farmácia criou suas regras e seus profissionais se isolaram, consciente ou inconscientemente, do resto do sistema de saúde, perdendo sua identidade (ALMEIDA, 2011).

Entretanto, na segunda metade da década de 60, se iniciou um processo de resgate da profissão farmacêutica, a partir do surgimento da prática da Farmácia Clínica. Essa nova atividade tinha por objetivo a aproximação do farmacêutico à equipe de saúde e ao paciente, com possibilidade de desenvolver habilidades relacionadas à farmacoterapia (PEREIRA; FREITAS, 2008). A seguir, na década de 70, alguns autores se propuseram a nortear as atividades do farmacêutico para ações em APS e deram início ao processo construtório da Atenção Farmacêutica, como um novo modelo de prática centrado no paciente e um caminho para o resgate do papel social do profissional (ANGONESI; SEVALHO, 2010). Em 1990, Hepler e Strand (1990) apresentam a Atenção Farmacêutica como “parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos”.

O conceito amplo de Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil a partir da proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica em 2002. Foi construído por meio de discussões entre diversos atores como o MS, a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e foi definido como

um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA et al., 2002, pag.16).

Pereira e Freitas (2008) descrevem que a Atenção Farmacêutica é um conceito de prática profissional que procura privilegiar o usuário do medicamento em busca por melhor qualidade de vida. Além disso, traz a discussão para a necessidade do exercício profissional do farmacêutico buscar a concepção clínica, atuar integrado com os membros da equipe multidisciplinar e demanda que o farmacêutico seja um generalista. Assim, tais ações, ofertadas ao usuário encontram-se no escopo dos serviços de clínica farmacêutica, que podem ser de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros

membros da equipe de saúde, outrora denominadas como cuidado farmacêutico.

A formação generalista teve impulso quando da instituição das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o curso de Graduação em Farmácia, com formação generalista que aconteceu em 19 de fevereiro de 2002, na publicação da Resolução CNE/CES nº 2. Na resolução ficou estabelecido um novo perfil de egressos dos cursos de Farmácia, “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.” (BRASIL, 2002). Ademais, a resolução reforçou a ênfase no SUS como o foco privilegiado da formação, contemplando o trabalho em equipe multidisciplinar e o olhar integrado sobre as necessidades sociais da saúde (SATURNINO et al., 2012).

No ano de 2017, novas DCNs foram aprovadas pela Resolução CNE/CNS nº 6, de 19 de outubro, e foi estabelecido um novo perfil de formação para o farmacêutico por meio do cumprimento de três eixos de formação: Cuidado em Saúde, Tecnologia e Inovação em Saúde e Gestão em Saúde. O curso de graduação terá carga horária de 4000 horas, sendo que 50% deverão ser atribuídos ao primeiro eixo, Cuidado em Saúde (CFF, 2019).

Sabe-se que mesmo com a formação farmacêutica predominantemente tecnicista, de acordo com documento elaborado pela Comissão Assessora de Educação Farmacêutica do Conselho Federal de Farmácia (CFF), este redesenho no ensino farmacêutico possibilitou o surgimento de uma nova prática farmacêutica, com foco na aplicabilidade de conhecimentos no cuidado em saúde, nas relações multidisciplinares e o desempenho do farmacêutico como apto a tomar decisões e educador para a sociedade (DE QUEIROGA, 2019; CFF, 2019).

No ano de 2018, o MS reconheceu o farmacêutico como integrante da equipe diretamente responsável pelo atendimento aos usuários dos serviços públicos de saúde, passando a compor o grupo de profissionais da saúde responsáveis pela realização de alguns grupos de procedimentos remunerados pelo sistema, que contemplam ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde (CFF, 2018). O reconhecimento proporcionou um novo olhar na concepção de serviço e cuidado farmacêuticos e incidiu na necessidade do farmacêutico em reformular a sua prática para uma formação generalista e deu origem ao um redesenho no processo de trabalho, com a integração de novas atividades ligadas à clínica farmacêutica e a gestão do conhecimento (BRASIL, 2014).

Destaca-se, contudo, que o reconhecimento e o resgate da posição do farmacêutico como profissional inserido em uma equipe multiprofissional, enfrentam conflitos diante da

regulamentação da atuação do profissional da APS. Silva et al. (2018) trouxe, ainda, importantes ponderações sobre o processo de integração das atividades do farmacêutico na APS dentre elas a construção de uma nova IP no campo da saúde pública.

A IP do farmacêutico que atua na APS é um assunto pouco explorado e envolve analisar questões de formação e qualificação profissional, seu percurso e seu mundo do trabalho, as práticas e as competências profissionais e os fatores e políticas que influenciam tal contexto. Sob esta ótica, o enfoque para esta pesquisa encontra-se na discussão da IP farmacêutico que atua na APS do Município do RJ.

6. DESENHO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa realizada com farmacêuticos que trabalham em unidades de saúde de atenção primária, em universidades e no Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro (CRF-RJ). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas que buscaram coletar informações relacionadas aos elementos constituintes da IP e as experiências, expectativas, dilemas e desafios frente ao exercício profissional.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO

Município do Rio de Janeiro

O Estado do RJ está dividido em regiões de saúde, que são definidas como recortes territoriais de abrangência imediatamente acima da esfera municipal, a partir de identidades compartilhadas em um mesmo território, sem esquecer na necessidade de se estabelecer redes de articulação, capazes de contribuir para o fortalecimento da identidade da região (GIL; SANTOS; SILVA, 2007)

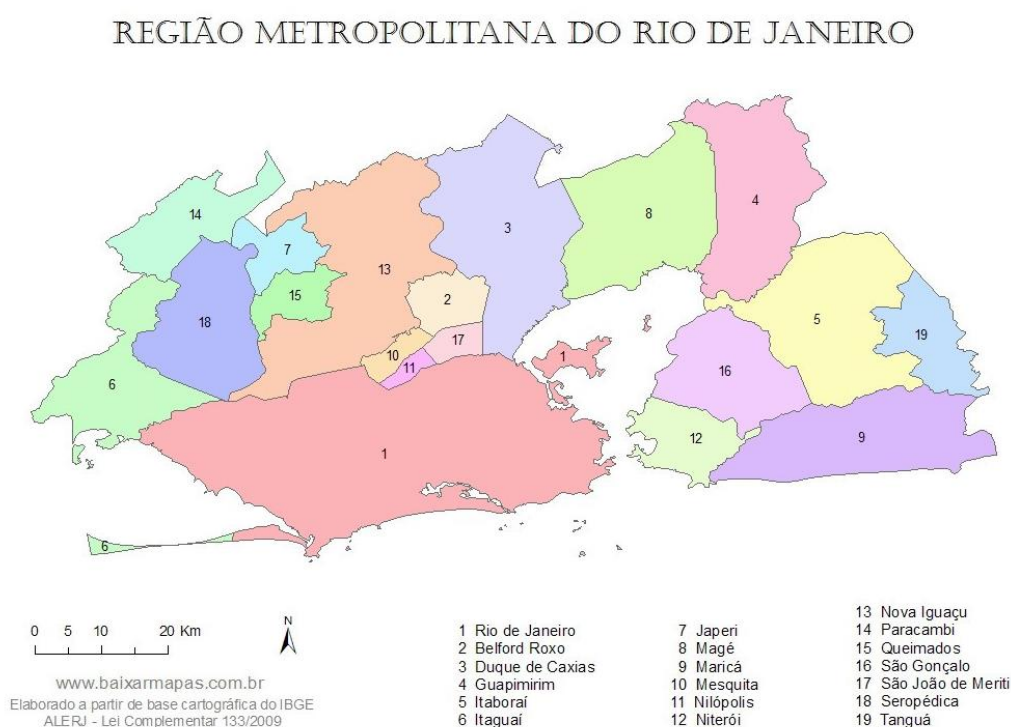
As regiões de saúde são essenciais para integrar as ações e os serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade; e, por isso, deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa, devendo, ainda, para ser qualitativo, não ser concebida e tida como mera divisão administrativa do Estado, mas sim como o *locus* da integralidade. Ela precisa ser capaz de resolver, se não a totalidade, a quase totalidade das necessidades de saúde da população regional; ser parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal que encontra na região de saúde o espaço de sua atuação para o usuário (SANTOS; CAMPOS, 2015).

O Estado do RJ possui um Plano Diretor de Regionalização (PDR) que estabelece e reconhece as regiões de saúde. O primeiro PDR foi elaborado em 2001, com a definição de nove regiões de saúde, e atualizado no ano de 2012. Entretanto, apesar do conceito exposto acima, para ser considerada uma região de saúde, o grupamento de municípios deverá possuir os seguintes elementos constitutivos: atenção primária em saúde, urgência e

emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar especializada e vigilância em saúde (SES, 2017). O desenho das regiões do Estado do RJ foi homologado pela Deliberação CIB nº 1452 de 09 de novembro de 2011, e definidas como: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte, Serrana (SES, 2011).

O estudo teve como cenário o Município do RJ, capital do estado, e pertencente à região metropolitana I, junto com outros - Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João do Meriti e Seropédica (Figura 2).

Figura 2 – Região Metropolitana do Rio de Janeiro



Fonte: Figura extraída do sítio eletrônico: <http://www.baixarmapas.com.br/>.

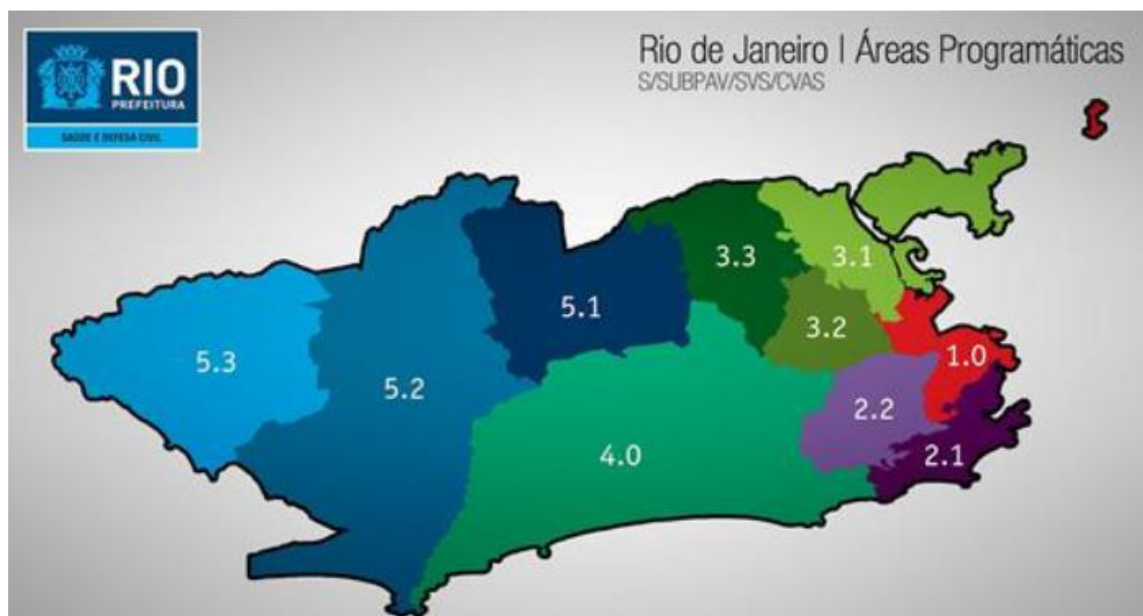
O Município do RJ apresenta 1.200 km² de área, uma população estimada de 6.747.815 pessoas (IBGE/2021) e uma densidade demográfica de 5.265 habitantes/km² (IBGE/2021). Possui 5,20% de participação no Produto Interno Bruto (PIB), fazendo parte dos sete municípios que concentram 25% do PIB do país (IBGE, 2020). Para fins de planejamento, a cidade é dividida em 10 áreas de planejamento, e cada uma possui sua respectiva em Coordenadoria Geral de Atenção Primária. Estas são bem heterogêneas e com distribuição desigual de recursos e de serviços de saúde (SORANZ; PINTO; PENNA,

2016).

As 10 áreas de planejamento agrupam os 160 bairros (Figura 3) que compõem o Município do RJ e estão divididas em 1.0 (Centro e adjacências), 2.1 (Zona Sul), 2.2 (Grande Tijuca), 3.1 (Região da Leopoldina), 3.2 (Grande Méier), 3.3 (Região de Madureira e adjacências), 4.0 (Região de Jacarepaguá e adjacências), 5.1 (Região de Bangu e adjacências), 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências) e 5.3 (Região de Santa Cruz e adjacências).

Cada uma das áreas de planejamento possui uma estrutura gerencial para promoção e implementação das ações de saúde a nível local por meio das Coordenadorias de Área de Planejamento e diferentes modelos de unidade. Os modelos de unidade de saúde existentes no Município do RJ recebem denominações de acordo com o tipo de atenção: Tipo A, B e C. As unidades de tipologia A são aquelas com perfil de atividades e serviços organizados segundo a lógica da ESF. As unidades de tipologia B são aquelas que contêm equipes de ESF e atendimentos com especialistas e tipologia C aquelas que funcionam exclusivamente com especialistas.

Figura 3 - Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por áreas programáticas com base na Secretaria Municipal de Saúde.



Fonte. Figura extraída do sítio eletrônico: <http://www.rio.rj.gov.br>

Conhecer aqui o território, compreendido como organismo vivo, com possibilidades para a construção e coordenação do cuidado, é fundamental para a compreensão dos diversos processos de trabalho e das atribuições dos profissionais farmacêuticos, como indivíduos e como parte integrante de uma equipe multidisciplinar,

atuando na promoção, prevenção, educação e cuidado em saúde, por meio da disposição de um Serviço de Farmácia com qualidade, de fácil acesso à população.

6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidados farmacêuticos inseridos nas unidades básicas de saúde, docentes de universidades públicas e privadas e farmacêuticos do CRF-RJ. A seleção foi por conveniência. Os sujeitos que concordaram em participar forneceram anuência ao Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) de acordo com as orientações para entrevista virtual fornecidas nos Apêndices A, B e C.

Foram utilizados como critérios de inclusão: trabalhar em unidades de saúde de atenção primária com pelo menos um ano de atuação na APS ou ser docente do curso de graduação em Farmácia de universidades do RJ ou ser farmacêutico pertencente ao corpo institucional do CRF-RJ. Por outro lado, os critérios de exclusão foram: profissionais em cargo de gestão, trabalhadores de centros de atenção psicossocial e hospitais.

Importante destacar que não foi feita nenhuma identificação nominal dos sujeitos da pesquisa. Os sujeitos foram identificados por meio de codificação, de 01 a 09, com a letra E procedendo a numeração (E01, E02, E03, E04, E05, E06, E07, E08, E09). Os locais de trabalho citados pelos entrevistados também foram suprimidos, para evitar a identificação, e codificados como “xx”.

6.4 ASPECTOS OPERACIONAIS: COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Nesta pesquisa foi utilizada a ferramenta metodológica de entrevistas com roteiro semiestruturado para buscar as informações necessárias ao alcance dos objetivos.

6.4.1 Coleta de dados: Entrevistas semiestruturadas

Segundo Minayo et al. (2003) as entrevistas tratam de conversas entre pessoas, onde o entrevistador possui atuação ativa no sentido de explorar os assuntos em torno de um tema do objeto de estudo. As entrevistas semiestruturadas envolvem a dialética aberta entre pesquisador (es) e sujeito (s), tratando-se de um processo relevante na elaboração de pesquisas científicas, com objetivo de trazer “novos olhares” para o meio social. Nesse sentido, a entrevista semiestruturada pode ser compreendida como:

aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e

hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Por meio das entrevistas individuais, os sujeitos falaram de si mesmos, de suas experiências, do trabalho desenvolvido e de suas expectativas em relação à profissão. As entrevistas trouxeram reflexões sobre a atuação na APS, a trajetória formativa e a busca por novos conhecimentos, o sentido do pertencimento e os dilemas e desafios da atuação.

O roteiro para os sujeitos contou com perguntas relacionadas ao percurso, formação e atuação profissional, atividades desenvolvidas em serviço, dificuldades no trabalho e informações sobre diretrizes, políticas públicas, protocolos e regulamentação que norteiam a formação e a atuação do farmacêutico (Apêndice D). O roteiro foi elaborado com o propósito de nortear e manter o foco da entrevista, mas de modo que o entrevistado se sentisse livre para falar sobre o tema tratado.

A pesquisadora divulgou o convite com informações sobre a pesquisa aos potenciais farmacêuticos participantes, em grupos de aplicativo de troca de mensagens e comunicação em vídeo e áudio pela internet (*Whatsapp*®) no qual a pesquisadora faz parte como um par e/ou de sua lista de contatos. O contato com as pessoas que demonstraram interesse foi então feito de forma individual para envio do convite

As entrevistas foram agendadas de acordo com disponibilidade dos (as) participantes e da pesquisadora e aconteceram por meio digital, no formato remoto, com gravação de áudio e vídeo das mesmas para posterior transcrição. Foi enviado um link para o (a) participante que deu acesso à sala virtual onde ocorreu a entrevista. A entrevista teve um tempo médio de duração uma hora.

Como as entrevistas foram realizadas por meio virtual, o RCLE foi lido no início da entrevista para o (a) participante. Ao final da leitura, o (a) participante sinalizou verbalmente que concordava com o respectivo registro de participação, fornecendo o seu consentimento, que foi gravado em formato de áudio e vídeo, tornando desnecessária a devolução do documento assinado. Após a realização da entrevista, a pesquisadora enviou ao e-mail do (a) participante uma via do RCLE, que foi aquele aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz.

Uma entrevista piloto foi realizada com um profissional da rede, com objetivo de testar o roteiro semiestruturado. Considerando as contribuições obtidas, essa primeira entrevista foi considerada nos resultados do estudo.

O acesso aos dados somente foi permitido aos pesquisadores (orientadores) envolvidos e durante o estudo, e serão mantidos sob a guarda da pesquisadora principal. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo por pelo menos cinco anos, e com o fim deste prazo, serão destruídos.

6.4.2 Análise dos dados

Para a análise de dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo temático proposta por Bardin (2011). Nesta técnica, se buscou identificar os procedimentos objetivos e temas mais significativos que podem estar relacionados à IP de acordo com o referencial teórico de Claude Dubar, que trabalha com a ideia de IP configurada nas relações sociais e de trabalho.

A organização e codificação dos dados foram elaboradas manualmente, sem auxílio de *software*, de acordo com as seguintes etapas (BARDIN, 2011):

- (a) Pré-análise – fez-se uma organização do material, que envolveu inicialmente uma leitura geral, denominada como “flutuante”, buscando-se formular hipóteses e objetivos e construir o *corpus* da investigação.
- (b) Exploração do conteúdo – tratamento do material, na qual se realizou a descrição das características pertinentes ao conteúdo, visando assim sistematicamente recortar os dados brutos em agregado de unidades de registro, agrupadas tematicamente em categorias iniciais.
- (c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – consistiu em captar os dados obtidos na fase anterior (de exploração) e realizar uma justaposição progressiva das categorias para obter informações significativas e válidas, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

Com o intuito de tornar mais claro a sequência dos passos prevista no método de análise de conteúdo, apresento a figura 4, direcionada pelo artigo de Silva e Fossá (2015). A figura traz as categorias iniciais, que se configuram como as primeiras impressões acerca do objetivo estudado.

Figura 4– Categorias iniciais

Categorias Iniciais
1. Formação
2. Formação complementar
3. Trajetória
4. Pertencimento à APS
5. Processos de trabalho frente aos atributos da APS
6. Dificuldades no processo de trabalho
7. Relações profissionais – socialização
8. Reconhecimento (e a dificuldade de se sentir reconhecido)
9. Regulamentação sobre a profissão
10. Dilemas

Fonte: Elaboração pela autora da dissertação

Após a apresentação e discussão sucessivas das categorias iniciais, além da revisão do material transcrito, algumas destas foram exploradas e fez-se um novo agrupamento das categorias, pautado nos recortes de fala dos entrevistados e no referencial teórico. Dessa forma, emergiram as categorias intermediárias e temas a serem discutidos (Figura 5).

Figura 5 - Categorias intermediárias e temas

Categorias Intermediárias	Temas para discussão
Inserção do farmacêutico na APS	Relação entre tempo de formação e quando iniciou na APS
	Itinerário profissional
	Busca por formação complementar
	Reflexões sobre o pertencimento a APS
Socialização profissional, âmbitos funcionais e atributos da APS	Relação entre atuação profissional e os atributos acesso e integralidade
	A identidade e as relações no trabalho, sob a ótica do atributo longitudinalidade
	Práticas da AF e o atributo coordenação do cuidado
	Serviço de Farmácia como apoiador e promotor de informações para subsidiar tomada de decisão
	Desafios ou dilemas da atuação e do cotidiano
Marcos regulatórios	Carteira de Serviços, Política específica para a atuação na APS
	Diretrizes e Portarias, Conselhos de classe, Vigilância Sanitária

Fonte: Elaboração pela autora da dissertação.

As categorias iniciais e intermediárias pautaram a construção das categorias finais. Tem-se a definição de três categorias para a análise do trabalho: “Percurso profissional e formativo do farmacêutico”, “Identidade profissional do farmacêutico considerando os

atributos da APS” e “Atuação do farmacêutico na APS frente à regulação profissional e sanitária”. Na figura 6, na página seguinte, estão apresentadas as categorias finais, as subcategorias e os conceitos norteadores.

Figura 6 - Categorias finais e conceitos norteadores

Categorias finais	Subcategorias	Conceitos norteadores
Percurso profissional e formativo do farmacêutico	Formação principal	Compreende o local e ano da formação profissional. Adicionalmente pode contemplar informações sobre formações anteriores.
	Formação complementar	Refere-se especificamente à realização de estudos de pós-graduação que tenham sido realizados pelos participantes em todos os níveis: atualização, aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado. Envolve a descrição do itinerário formativo principalmente da trajetória acadêmica dos farmacêuticos.
	Trajétoria profissional	Trata-se do itinerário de emprego entre os entrevistados, após a formação. Em suma, retrata o histórico da trajetória profissional no mercado de trabalho.
Identidade profissional do farmacêutico considerando os atributos da APS	Socialização profissional	Contempla elementos sobre a construção da identidade profissional dos entrevistados atuantes na APS em suas relações de trabalho, que envolve o seu reconhecimento como profissional de saúde no seu contexto de trabalho, sentimento de pertencimento, busca por novos conhecimentos e autonomia profissional. Também envolve relações interprofissionais, com a integração do farmacêutico à equipe multidisciplinar de saúde.
	Processo de trabalho frente aos atributos da APS (prática, dilemas e desafios)	Consiste nas ações, atividades e processos de trabalho no cuidado junto ao paciente, sob a ótica dos atributos essenciais da APS, como acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Trata também da atuação do farmacêutico como prestador de serviços farmacêuticos junto aos pacientes e à comunidade, como agente difusor de informações para subsidiar tomada de decisão e no diálogo, dilemas e desafios de suas atividades desenvolvidas na APS.
Atuação do farmacêutico na APS frente à regulação profissional e sanitária	Regulatórias – consequências para a atuação	Trata-se da discussão sobre os elementos relacionados ao que está prescrito, tanto em normas como em documentos orientativos que interferem na atuação profissional. Possui dois eixos; o primeiro tem origem nas normativas relatadas do Conselho Federal e Regional de Farmácia. O segundo tem base na diversidade de documentos, recomendações, consensos de diversos atores do SUS (MS, SMS-RJ, CONASEMS, etc.).

Fonte: Elaboração pelos autores

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após apreciação e aprovação pela banca de qualificação, este estudo foi submetido à análise dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e da SMS-RJ (CAAE 50225121.4.3001.5279 e 50225121.4.0000.5240), sendo aprovado por ambos, conforme os pareceres 4.980.567 e 5.064.118, respectivamente.

A pesquisa seguiu os preceitos da ética em pesquisa com seres humanos, conforme estabelecido nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016 (BRASIL; CNS, 2012, 2016). As entrevistas foram realizadas e gravadas após o consentimento verbal voluntário fornecido ao RCLE (Apêndices A, B e C).

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA

As nove entrevistas foram realizadas nos meses de setembro de 2021 a abril de 2022, de modo remoto. Um participante retirou o consentimento após a realização da entrevista e a mesma foi arquivada e não considerada no estudo.

Quanto ao perfil dos oito participantes, cinco eram do sexo masculino. A média de idade entre eles foi de 43,3 anos, variando entre 31 e 54 anos e média de tempo de formação desde a graduação foi de 16,9 anos, compreendido entre 10 e 27 anos. Em relação à formação acadêmica, novamente cinco (62,5%) graduou-se em instituições particulares, enquanto os demais em universidades públicas.

Quase todos (7 em 8) informaram ter realizado alguma pós-graduação (especialização, residência, mestrado ou doutorado) e um estava com especialização em andamento. Quanto às áreas de pós-graduações, dois profissionais realizaram residência multiprofissional, seis em farmácia clínica e hospitalar, dois em saúde pública e um em gestão da AF. Outros quatro realizaram o curso de Atualização de Serviços Farmacêuticos na APS (curso SFAPS), qualificação profissional de 80 horas oferecido pela ENSP/Fiocruz em parceria com a SMS-RJ. Dois participaram do curso de extensão à distância Farmacêuticos na APS: Trabalhando em rede, ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul com carga horária de 360 horas. Os dados acima estão apresentados na figura 7, na página 51.

Destaca-se que a maioria (7 em 8) dos farmacêuticos entrevistados tinha experiência de atuação na APS, dos quais cinco ainda trabalhavam na APS. Dentre o universo de entrevistas, havia dois representantes do CRF-RJ; um deles com formação no campo da saúde coletiva e experiência em APS e o outro não, o que não inviabilizou a sua participação.

Todos os entrevistados que atuam na APS está há pelo menos três anos no cargo atual, variando de quatro a 11 anos (média = 7 anos), logo com longo tempo de atividade e que certamente acompanharam o processo de expansão da ESF que aconteceu no Município do RJ, iniciado em 2011.

Sobre o regime de trabalho destes profissionais da APS, ele ocorre por meio de contratação via OSS, subordinado às normas da Consolidação das Leis de Trabalho, com carga horária de 40 horas semanais. Destes profissionais, três atuam em UBS com tipologia A e dois em tipologia B. Dos outros profissionais entrevistados, o tempo de exercício no cargo,

no critério da entrevista, variou de três a oito anos, com média de cinco anos.

Quanto aos elementos do tempo de atividade na APS, outro estudo realizado com objetivo de analisar contribuições na para a prática profissional e gestão do trabalho dos egressos do curso SFAPS (acima mencionado) mostrou que a maioria (56,0%) dos egressos respondentes ainda encontravam-se vinculados à SMS-RJ, mostrando continuidade dos trabalhadores em serviços públicos ligados ao SUS e capacitados pelo curso (DÓCZY, 2021).

Outra consideração necessária retrata a a persistência desses profissionais diante do período da gestão da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro entre 2017 e 2020 onde identificou-se diversos problemas na APS, com forte declínio no número de agentes comunitários de saúde (ACS), demissão de profissionais de saúde (inclusive de farmacêuticos), redução no número de equipes de saúde da família, atrasos no pagamento de salários de profissionais de serviços gerenciados por algumas OSS e reduções do horário de funcionamento de unidades (FERNANDES; ORTEGA, 2020; MELO et al., 2019).

Figura 7 – Características dos sujeitos da pesquisa

ENTREVISTADOS	IDADE	SEXO	TEMPO DE FORMAÇÃO	GRADUAÇÃO	RESIDÊNCIA	MESTRADO	DOUTORADO	ESPECIALIZAÇÃO	SFAPS^a (FIOCRUZ)	EXTENSÃO^b (UFRGS)
	42	F	17	PRIVADA		Saude Coletiva*		Gestão da AF	SIM	SIM
	31	M	10	PRIVADA				Farmácia Clínica e Hospitalar, Farmácia Oncológica	SIM	
	41	M	14	PÚBLICA	Farmácia Hospitalar			Farmácia Clínica e Hospitalar, Farmacologia	SIM	SIM
	54	F	17	PRIVADA				Farmácia Clínica e Hospitalar, Vigilância Sanitária e Saúde da Família		
	43	M	12	PRIVADA				Farmácia Clínica e Hospitalar*	SIM	
	50	M	21	PRIVADA		Direito		Farmácia Clínica e Hospitalar, Farmácia Clínica em Endocrinologia		
	37	M	17	PUBLICA	Farmácia Hospitalar	Saude Coletiva	Saúde Coletiva	Análises Clínicas		
	48	F	27	PUBLICA		Química	Ciências Farmacêuticas	Farmácia Clínica e Hospitalar		

Fonte: Elaboração pela autora

*em andamento, ^a- Curso Fiocruz Serviços Farmacêuticos na APS, ^b- Curso UFRGS Farmacêuticos em Rede

8.2 PERCURSO PROFISSIONAL E FORMATIVO DO FARMACÊUTICO

Na sociedade contemporânea, o cenário das profissões vem sendo modificado pela crescente aceleração e saturação de novas tecnologias. A decisão por uma escolha profissional vem orientada por uma variedade de motivos, desde a influência da família e professores como a orientação pelo mercado de trabalho, as chances salariais, pela promoção e pela subjetividade da atividade, considerando os interesses e as experiências prévias do sujeito (NUNNER-WINKLER, 2011).

Essas transformações no mundo do trabalho passam a exigir uma postura profissional com uma versatilidade de atuação, maior dedicação e maior comprometimento e ética. Alguns estudos, como os de Henriques (2018), Vanzuita e Raitz (2016) e Silva e Pinto (2013), discutem que no perfil das empresas contratantes, a busca é por profissionais com um conhecimento específico e abrangente.

Todos os dias muitos profissionais dão início às suas carreiras, em diversos lugares. No campo da saúde, especialmente no Brasil, que possui um sistema público e universal, as exigências para o novo profissional é ser capaz de atender as inúmeras demandas da população (SILVA; PINTO, 2013). Torna-se relevante, portanto, entender a IP do farmacêutico inserido na área da saúde pública, mais especificamente na APS, sob a ótica dos elementos constituintes definidos nesta categoria: formação principal, formação complementar e trajetória profissional.

O início do exercício profissional da maior parte dos entrevistados é idêntico. Iniciaram sua trajetória de carreira nas oportunidades de emprego oferecidas pelo mercado comercial, atuando no comércio varejista, em drogaria ou farmácia. A lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973 corrobora a necessidade do profissional, com a obrigação da presença do farmacêutico durante todo o horário de funcionamento (BRASIL, 1973).

Silva (2019) retrata a realidade no mercado de trabalho para farmacêuticos no Brasil. Cerca de aproximadamente 53% das ofertas de emprego oferecidas estão distribuídas entre drogarias de rede e drogarias independentes. Na farmácia pública, são oferecidas apenas 10,9% das vagas.

No ano de 2014 foi publicada a Lei nº 13.021, que visa transformar a drogaria em estabelecimento de saúde e também define atividades farmacêuticas de promoção e de assistência (BRASIL, 2014c). Por outro lado, relatos encontrados em literatura apresentam uma dicotomia entre a formação e implantação dos conhecimentos adquiridos. Mesmo diante

das DCNs publicadas em 2017 e apresentadas sucintamente anteriormente, o modelo de formação ainda é tecnicista e acaba por afastar os profissionais de suas atividades de promoção e cuidado e a relação comercial prevalece (POSSAMAI; DACOREGGIO, 2007; SILVA et al., 2019).

Há necessidade de uma regulação específica para trabalhar na APS. A gente vive em outro mundo; atrás do balcão (drogaria) vive-se sobre um regime comercialista, a famosa empurroterapia. (E04)

[...] a drogaria é saúde, mas a gente sabe o que reina na drogaria é uma relação comercial. É muito ruim trabalhar na drogaria, é de uma qualidade de trabalho de muito constrangimento. (E07)

Estefan (1986) cita que a “a profissão farmacêutica, mais que qualquer outra profissão da área da saúde, entrelaça interesses profissionais com interesses comerciais”. Mas, ter o farmacêutico presente nas drogarias é, com certeza, uma grande conquista, mas ainda é desafiador. Enquanto alguns estão em busca da superação da prática profissional e implantação da atenção farmacêutica nas drogarias (BASTOS; CAETANO, 2010), outros caminharam para mudança de área de atuação, direcionando suas atividades para a atuação na APS e na compreensão de suas atitudes relacionadas ao cuidado,

[...] a gente é diferente de um farmacêutico do comércio. Todos os dois guardam medicamentos, só que é diferente de numa farmácia tá vendendo comprimido, numa farmácia tá dispensando comprimido. (E01)

[...] o farmacêutico da ESF é diferenciado em relação a um farmacêutico, por exemplo, de uma drogaria, porque fazemos atividades fora da unidade sim, como programa saúde escolar. (E03)

Este confronto do profissional com a mudança de atuação aparece também em outros relatos da trajetória profissional dos entrevistados. A despeito de existir uma heterogeneidade nas trajetórias traçadas, há uma semelhança no itinerário profissional que perpassa a atuação em farmácia hospitalar antes da atuação na APS.

[...] atuei no comércio, distribuidora, almoxarifado e farmácia hospitalar. Foram 5 anos e 2 meses, e desde então, desde 2011, eu atuo na atenção primária, como assessora ou na ponta. (E01)

[...] eu fui para hospitalar, fiquei na hospitalar por um bom tempo, e concomitantemente eu entrei na atenção básica. Aí durante o dia eu atuava na atenção básica, à noite eu tava na farmácia hospitalar. (E02)

Comecei como farmacêutico plantonista, logo após [...] trabalhei como farmacêutico-clínico rotina diarista, aí eu comecei na saúde pública trabalhando na área programática xx. (E03)

Uma das hipóteses para a atuação hospitalar pode ter sido a garantia descrita na regulamentação sanitária sobre a intervenção do farmacêutico no atendimento aos pacientes hospitalares e ambulatoriais, como forma de reorientar a terapia medicamentosa, contribuir na farmacoeconomia e atuar em uma equipe multidisciplinar. Em consonância com a área

hospitalar surge o movimento da farmácia clínica, como um resgate do profissional na promoção da saúde (ANGONESI; SEVALHO, 2010; FERRACINI et al., 2011; VIEIRA, 2007b).

Essa atuação na área hospitalar traz à luz dos resultados a busca por formação complementar na área. Cinco dos oito entrevistados concluiu o curso de especialização em Farmácia Clínica e Hospitalar antes de atuar na APS.

A trajetória profissional também pontuou a busca por formação complementar nos moldes da residência. Silva (2015) cita que o programa de residência multiprofissional em saúde é uma oportunidade de aprendizado e da relação com profissionais de diferentes áreas, que acontece por meio do compartilhamento de conhecimentos e participação em diversas atividades em saúde.

A residência possui como característica central o ensino em serviço. Mesmo com atravessamentos das políticas sociais e do desmonte da saúde, traz a possibilidade de formação interdisciplinar, de interação, das relações, do compartilhamento de espaços e tempo. Vieira et al. (2021) em seu estudo sobre a IP de residentes médicos apresenta o período de formação na residência como vital para a construção da IP, reforçando os conceitos estudados que a identidade é construída socialmente na relação entre o sujeito e o grupo, importando as semelhanças e diferenças.

Para muitas categorias profissionais que atuam na APS, a entrada para essa atuação é norteada pela residência, como um padrão ouro. Para estes profissionais, a percepção sobre a residência é ser uma potente estratégia de formação para atuar na ESF e o fortalecimento das ações de saúde (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015). Para o farmacêutico, entretanto, não há período de residência. Esta formação, no entanto, pode ser determinante para dar sentido a uma nova forma de ver a profissão, mais conectada com o papel social e menos com o mercantilista.

[...] foi a residência, o olhar de todos. E aí, o que eu sou hoje começou na residência. Eu tenho até dificuldade para dizer que sou farmacêutico. A minha trajetória profissional começa na residência. O que veio antes foram as cenas, coisas que eu não quero fazer. Na residência que começa minha trajetória. (E08)

Outro estudo que buscou analisar como a Residência em Farmácia Hospitalar como espaço para formação de agentes de educação permanente em saúde nos hospitais, ofertado pela Universidade Federal Fluminense, identificou que a maioria dos participantes informou estar trabalhando no setor público (67,8%), e que parte deles passava a exercer suas atividades profissionais na APS (SALGUES, 2020). Independentemente de um programa de residência

direcionado para os farmacêuticos atuantes na APS, destaca-se que os entrevistados foram buscar formação complementar somente quando do início da prática profissional na área. A urgência em entrar no mercado de trabalho, por questões econômicas, muitas vezes direciona as escolhas sobre o tempo em que se dará a formação.

[...] posso falar que quando a gente se forma, a gente vai atrás de trabalho. Não importa onde, principalmente porque quando eu me formei, eu já era casado, já tinha família. Então você visa, a grosso modo, quer ganhar dinheiro. (E06)

Há também a questão do desconhecimento da atuação na APS, o que reforça o descompasso entre a formação teórica-prática e as políticas públicas que regulamentam a atuação (SILVA et al., 2018).

[...] ela me fez um convite para eu trabalhar como RPA.[...] pensei, o que é atenção primária, nem imaginava a dinâmica que é este contexto todo e o que o SUS representa na vida de usuário. (E04)

Então eu trabalhei com um chefe que gostava do meu serviço[...] dei o meu currículo achando que ia para uma UPA, mas quando eu fui para a entrevista me perguntaram se eu queria trabalhar numa Clínica da Família.[...] cheguei assim, digamos, não tinha experiência e fui adquirindo e modelando ao meu jeito ao longo desse período. (E06)

Ainda hoje, a AF vive grandes desafios em consolidar sua importância e o farmacêutico em construir sua IP na APS. Um deles se inicia na mudança de percurso do processo de formação, além da sua inserção na APS, coadunando com seu desenvolvimento de suas habilidades e competências, indo muito além do tecnicismo. Outros desafios envolvem o seu envolvimento do profissional em seu processo de trabalho, como profissional de saúde.

Na sequência são apresentados resultados e discussão sobre a IP, sua socialização profissional, e processo de trabalho do farmacêutico especialmente no que se refere aos clássicos atributos da APS.

8.3 IDENTIDADE PROFISSIONAL DO FARMACÊUTICO CONSIDERANDO OS ATRIBUTOS DA APS

Para Dubar (2012), é por meio de um processo específico e contínuo de socialização, que liga educação, trabalho e carreira, que a IP se constrói no interior de instituições e de coletivos e que se organizam as interações e o reconhecimento de seus membros como profissionais. Neste sentido, a IP comunga com o reconhecimento e a identificação do profissional com a equipe multiprofissional, dialogando com os conceitos de pertencimento e

autonomia profissional.

Para atuar na APS, as atividades do farmacêutico sugerem prioridades para a gestão da AF, principalmente no que concerne às atividades operacionais da logística dos medicamentos, e para a gestão da clínica, com foco na ampliação do trabalho, atuação em equipes multidisciplinares e em atividades de promoção, prevenção e cuidado (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011; DIEHL et al., 2019).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma “modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”(PEDUZZI, 2001, p. 103)

A participação em uma equipe multidisciplinar é um dos pontos importantes para o farmacêutico, onde cada categoria de saúde contribui com conhecimentos da sua área e aprende com os demais, compartilhando e contribuindo na resolutividade das demandas dos usuários, “*estar em grupo multiprofissional faz muita diferença na nossa formação (E08)*”.

Alguns depoimentos dos farmacêuticos retratam a importância desta participação, refletidos na autonomia e fortalecimento das relações de trabalho e na prática clínica para além da doença e do uso do medicamento.

Ali tá todo mundo pra adquirir conhecimento e fortalecer as relações de trabalho. [...] mas é legal você ter esse vínculo, pra eles veem que você tá ali pra somar, pra conversar. (E01)

[...] Eu tenho carta branca em relação aos médicos, aos enfermeiros para fazer intervenção, eles sempre me procuram também para tirar dúvidas em relação a medicamentos e até mesmo a protocolo[...]e a gente está ali para ajudar, para orientar. (E03)

[...] eu me relaciono muito bem com a enfermagem, médicos e participo também de rodas aqui entendeu, tudo que têm eles me chamam. Planejamento familiar, tudo que envolve um pouco de farmácia eu sou bastante acionado aqui. (E06)

A socialização com os pares potencializa a IP, por meio do reconhecimento dos papéis, dos saberes, das competências e do sentimento de pertencimento. Para a área médica, por exemplo, as práticas sociais, àquelas construídas pelos sujeitos sociais em seus contextos de interação, remetem a uma nova forma de ensino de saberes no sentido do reconhecimento formal de pertencimento a um grupo de especialistas (RONZANI; RIBEIRO, 2021).

A socialização, portanto, abarca questões relacionadas ao trabalho em equipe, das relações interprofissionais. Sobre este aspecto de integração com equipe multiprofissional cabe retomar o fato do farmacêutico não fazer parte da equipe mínima de saúde na ESF, como estabelecido pelo MS, mas a SMS-RJ mobilizou recursos para a contratação deste profissional para trabalhar nas UBS. Não obstante, é importante lembrar que as ações de

saúde buscam atender às múltiplas e variadas demandas dos usuários o que leva à necessidade de envolvimento entre as equipes profissionais de saúde.

O trabalho em equipe se dá pela articulação multiprofissional, proporcionando distintos benefícios e, dentre eles, destaca-se a possibilidade da construção de rede de relações entre as pessoas, o que possibilita cultivar uma união e troca de ideias, de saberes e de trabalho voltados às práticas inovadoras. Consegue-se, assim, melhor organização do serviço, fundado no respeito, na autonomia e no vínculo entre profissionais e usuários, com a busca de uma abordagem integral e resolutiva sedimentada em intervenções multiprofissionais (UCHÔA et al., 2012). Por isso, o trabalho em saúde é caracterizado pela atuação de equipes multiprofissionais, com membros autônomos que possuem suas expertises técnicas, mas que interagem para proporcionar a integralidade do cuidado e funcionamento correto dos serviços.

Nos entrevistados, o sentimento de pertencimento à APS fortalece o papel do profissional e a assistência direta aos usuários na perspectiva do cuidado.

Atenção básica é um contato diferenciado com o paciente, é a atuação do paciente do cuidado integral, do farmacêutico do cuidado integral, vai muito além de entregar o medicamento. É um cuidado diferenciado (E02)

[...] fazendo diferencial na unidade, tentando aplicar todos os conhecimentos clínicos dentro da atenção primária, de cuidado farmacêutico mais direcionado e mais cirúrgico, digamos assim. (E03)

A atenção básica me escolheu e acolheu e eu gostei tanto que não quero sair. Sou um profissional realizado, gosto do que faço, procuro sempre me atualizar e conversar com outras pessoas da área. (E06)

Com as falas acima pode ser verificar pontos que estão claramente apresentados na PNAF, pois essa ao ampliar o significado da AF, remete quanto à necessidade de existir um processo de interação entre pacientes e farmacêuticos e que envolve “as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (BRASIL, 2004).

Adicionalmente, como já retratado, o SeFar lida e busca introduzir ao processo de trabalho dos farmacêuticos e à sua IP os atributos da APS, como integralidade e longitudinalidade, que visam assim promoção do acesso e uso racional aos medicamentos.

Por outro lado, o sentimento de pertencimento ao local de trabalho é confrontado pelo longo caminho de desestruturação da profissão, em um contexto histórico de pouca inserção em atividades da APS, da falta de reconhecimento social e conseqüentemente perda da IP (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019). “***A figura do farmacêutico sempre foi, é, como é que eu vou dizer assim, uma sombra. (E01)²***”

² Grifo nosso

[...] falta o gestor, falta a sociedade ver o farmacêutico como o profissional de saúde que vai além da entrega, entendeu? A atuação do Farmacêutico na atenção básica pode ser enorme. (E02)

[...] o farmacêutico seja reconhecido não só como aquele profissional da logística, e aí sim, um profissional que também faz parte da equipe de saúde ali da unidade. Mais um integrante. (E03)

Alguns autores (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011; LOCH-NECKEL; CREPALDI, 2009) indicaram existência de entraves para a atuação do farmacêutico na equipe multidisciplinar de saúde, pois os demais trabalhadores quando questionados demonstraram, em sua maioria, não saber quais as contribuições que o farmacêutico seria capaz de ofertar para a equipe, ou achavam que não seria pertinente tê-lo na unidade, mesmo conhecendo suas atribuições com os pacientes e os medicamentos. Corroborando com tal questão, Nakamura e Leite (2016) destacaram que este quadro comprova a falta de clareza quanto à função do farmacêutico diante da equipe, da população e de si próprio, o que pode estar atrelado à falta de formação voltada para o trabalho na APS e ao estabelecimento de medidas de educação continuada.

Araújo et al (2017a) sinalizou, em pesquisa com representação nacional, no contexto de pesquisas do Projeto PNAUM (Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos), que um quarto dos respondentes raramente participaram de reuniões com a equipe de saúde e quase 20% nunca compareceram. Tais aspectos ressaltam os desafios inerentes à construção da IP dos farmacêuticos na APS.

Os entrevistados também reconheceram a insuficiência de seus cursos em relação aos conhecimentos e métodos adequados para o trabalho que desenvolvem, apontados de um lado pela baixa oferta “há uns 8 anos atrás a gente tinha muito mais curso voltado para farmácia. (E06)” ou de outro, pela dificuldade com rotina de trabalho “eu gostaria de estudar mais ... Eu as vezes não dou conta da minha rotina e quanto mais separar um tempo para estudar alguma coisa (E04)”.

No estudo que analisou o curso SFAPS a partir da perspectiva dos egressos mostrou que a parceria entre a ENSP e a SMS-RJ viabilizou a formação de mais de 300 farmacêuticos ao longo de nove anos. Também mostrou que essa formação propiciará contribuições para o processo de trabalho dos farmacêuticos, especialmente na perspectiva de prestação de serviços farmacêuticos aos usuários e à equipe de saúde (DÓCZY, 2020). De sorte que iniciativas estratégicas semelhantes devem ser mantidas no sentido da educação permanente em saúde e da necessidade de fortalecer a APS como um todo.

Sabe-se que, mesmo diante de um longo caminho a ser percorrido para efetivar as

ações dos farmacêuticos na APS, a articulação entre o “mundo do trabalho” e a forma de realização do trabalho contribuem para o construto da IP (DUBAR, 2012). Assim, trago à discussão a IP do farmacêutico por meio de sua extensa atuação frente aos atributos da APS: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

O atributo acesso, no sentido da estruturação da AF, visa assegurar o acesso da população aos medicamentos essenciais e promover o uso correto e racional dos mesmos. A Lei nº 8080 de 1990 foi um marco legal para assegurar aos cidadãos à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. A falta de acesso a medicamentos pode levar ao agravamento das doenças e, conseqüentemente, ao retorno dos usuários aos serviços de saúde, além de possibilitar aumento dos custos na atenção secundária e terciária (DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2018).

Com a inserção de um novo olhar sobre a prática farmacêutica na APS, o medicamento é deslocado de seu papel principal e se articula com o processo de cuidado em saúde. Essa gestão clínica, conforme destacado por Correr (2011), visa garantir que os cuidados envolvendo o usuário e o uso do medicamento não se encerrem no ato da dispensação dos produtos. Ela perpassa e propõe-se a garantir o uso adequado dos medicamentos e a obtenção de resultados terapêuticos positivos.

Neste sentido, é potente na fala dos entrevistados a questão do acesso e a disponibilização de medicamentos para diversos tratamentos, bem como o acompanhamento e a orientação sobre o uso.

O farmacêutico na atenção primária ele tem um papel fundamental assim, na orientação, nos programas que são vinculados à unidade de saúde, na participação nos grupos, [...]a gente tem muitas atividades, muito a contribuir com as questões relativas ao uso racional e seguro dos medicamentos para a população. (E09)

[...] pacientes de TB eu tenho um controle semanal, eu converso com eles, eu explico para eles como eles tem que tomar medicação, que não podem tomar fora do horário, ou com uma hora antes ou 2 horas depois que se alimentou. (E04)

Os SeFAR envolvem atividades no contexto das RAS especialmente por meio de ações de cuidado em saúde, devendo comprometer-se com o apoio direto ao usuário e com a obtenção de resultados em saúde. O pressuposto da AF efetiva e estruturada envolve a ampliação e a qualificação do acesso da população aos medicamentos, juntamente da oferta de cuidado em saúde nas RAS (ARAÚJO et al., 2017a, 2017b; BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

A atuação do farmacêutico sob a ótica da longitudinalidade se concretiza por meio de um trabalho ao longo do tempo, que reafirma o estabelecimento de vínculos entre o usuário,

sua família e os profissionais envolvidos. O vínculo longitudinal é uma estratégia potente pois está relacionado à continuidade e efetividade do tratamento e contribui para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). Em Lauro de Freitas, por exemplo, um estudo sobre o fortalecimento da longitudinalidade do cuidado deu-se como um conjunto de ações voltadas para o cuidado integral a sujeitos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes *melittus* (Programa Hiperdia), com a integração de saberes de enfermeiros, cirurgiões dentistas e farmacêuticos (VALE et al., 2019). O resultado deste trabalho foi gerar benefícios relacionados a favorecer o acompanhamento do usuário, o seguimento e a efetividade do tratamento e o desenvolvimento de confiança e vínculo.

Santos et al. (2018) nos remetem a pensar sobre a visita domiciliar, como um conjunto de ações de aspectos educacionais e assistenciais, que traz à luz como uma oportunidade de cuidado coletivo, e também como espaço potencial para a formação de vínculo. Diel et al. (2019) trazem a importância da inserção do farmacêutico e demais profissionais da saúde nos grupos de saúde que atuam nas mais diversas demandas. Nos grupos, o farmacêutico pode contribuir com informações técnicas sobre medicamentos e oportunizar aos usuários inseridos a partilha de vivências e experiências, os convocando a pensar junto na busca de estratégias para uma melhor qualidade de vida.

Faço VD, atividade de PSE, nas escolas, no CAPS, para os cuidadores, cuidar dos pacientes de saúde mental, em relação à utilização correta do medicamento, sala de espera, grupo de tabagismo, grupo de Hiperdia, de hábitos saudáveis de vida. (E03)

A gente leva os estudantes na casa das pessoas, porque o medicamento entra dentro da lógica desta pessoa, das crenças, dos hábitos, do cotidiano, da família, das dificuldades. (E08)

A integralidade enquanto atributo trata-se de ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral e articulação das ações de educação, promoção, proteção e prevenção e nos diferentes níveis de atenção. Sob o ponto de vista da atuação do farmacêutico, a integralidade está inserida na própria definição da AF proposta pela PNAF e encontra-se em interlocução com os demais atributos e estratégias de adesão a terapia, a partir do contexto que as ações e serviços desenvolvidos pelos farmacêuticos, centrados no usuário, contribuem para a continuidade do tratamento e a potencialização dos resultados (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; BERMUDEZ et al., 2018).

O farmacêutico reconhece seu lugar de importância na formação do vínculo e o quanto é fundamental olhar o usuário de forma integral, ouvindo não apenas a expressão da doença, mas as histórias de cada um, muitas vezes implícitas.

[...] eu tinha dois pacientes de tuberculose que eram moradores de rua, né? Eles (equipe) fizeram vínculo com um desses, e ele até morreu na porta da unidade, mas ele fez um vínculo comigo porque eles alegavam que eu fui a única pessoa que sentou do lado deles e conversou sem fazer cara de nojo. A unidade tinha uns bancos externos, a gente sentou uma vez pra conversar sobre o tratamento dele porque ele já tinha abandonado quatro vezes. (E01)

O estudo de Vieira (2017), por outro lado, ressalta a discussão necessária e polêmica sobre a garantia da integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica no SUS, quando o entendimento hegemônico sobre o tema se torna mais abrangente. Esta abrangência passa a ser interpretada como direito indiscriminado a qualquer medicamento, por meio dos processos de judicialização e da liberdade de interpretação dos magistrados. Um dos entrevistados aponta uma possível construção de soluções, com a participação do farmacêutico e sua integração com a equipe.

Hoje o maior problema nos municípios, nas nove regiões do estado, é a judicialização de medicamentos. Se a atuação do farmacêutico ali, é mais focada, talvez na conversa com a equipe multidisciplinar, se troca esse medicamento pelo aquele, poderia diminuir o número de judicializações, poderia diminuir o número de câmara de litígio. (E02)

O último atributo essencial é a coordenação do cuidado, a capacidade do serviço em integrar todos os cuidados que o usuário deve receber entre os diversos serviços e ações de saúde. Dentre os quatro atributos fundamentais, este é o que possui maior destaque, uma vez que, sem ele, o acesso pode se transformar em uma função administrativa e a longitudinalidade e a integralidade perder sua importância. Do ponto de vista da atuação do farmacêutico na APS, o cuidar vai além da dispensação do medicamento; abrange a compreensão e a adequação de suas ações para promover o cuidado, seja por meio de sua atuação nas equipes multidisciplinares ou na utilização de ferramentas para a resolutividade, organização dos serviços, promoção ou prevenção e acesso a medicamentos de diferentes níveis de atenção. É ser capaz de usar o medicamento como instrumento e olhar através dele.

[...] pensar que o medicamento é nosso instrumento. Para usar corretamente este medicamento, a gente tem que saber quem é este paciente, saber quais as doenças de base, quais os tratamentos que ele já passou, que ele já fez, então quais os programas que ele está inserido, quais os outros medicamentos que ele está usando, quais as outras condutas que ele está fazendo, dietas, fazer exercício regular, beber uma quantidade de água, se é suficiente, comer frutas, se preocupar com a alimentação. Todas estas questões também são importantes para a saúde das pessoas e não só medicamento, não só o tratamento farmacológico. (E09)

[...] a gente acumula muita informação dos pacientes, e essa informação bem utilizada, bem estruturada, a gente consegue fazer um atendimento coordenado junto a equipe multidisciplinar. (E01)

Nota-se em todo o cenário descrito, uma transformação significativa na IP do

farmacêutico no Município do RJ, quando as atividades gerenciais foram acrescidas de atividades clínicas de atenção direta ao usuário, ampliando o escopo da prática do farmacêutico na APS e produzindo impactos em seu exercício profissional.

No âmbito dos desafios e dilemas, emergiram muitas falas sobre as dificuldades no processo de trabalho relacionadas tanto a questões gerais, sobre recursos, aqui discutidos a seguir, quanto a questões mais relevantes, sobre regulamentação sanitária, essa discutida na próxima categoria.

Diversos trabalhos discutem os desafios da atuação do profissional. Alguns apontam para a formação tradicional e tecnicista do farmacêutico, outros seguem o caminho da dificuldade em prestar assistência por motivos distintos (SILVA et al., 2018; SOUZA; NICOLETTI, 2018). O MS publicou no ano de 2009, o documento intitulado “Diretrizes para a estruturação de farmácias no âmbito do SUS”, que ressalta a necessidade de existência de recursos humanos suficientes, além da definição de atribuições e responsabilidades pactuadas entre os envolvidos e ressalta a importância de existir estratégias de educação para os profissionais (BRASIL, 2009).

Entretanto, a dificuldade em prestar assistência pode acontecer, contudo, por indefinição no número de profissionais atuantes no Serviço de Farmácia, relatados hoje como aquém da necessidade.

Acho que se essa questão de RH fosse revista, de acordo com os contratos de gestões acima de 6 equipes, ter 1 farmacêutico e 2 auxiliares, já começaria a mudar a realidade do farmacêutico da ponta para poder atuar como farmacêutico. Eles não veem por número de equipes por clínica. Não tem uma equidade no RH das Farmácias. Como a gente presta assistência? Não tem como. Não têm ser humano que dê conta. (E02)

Outro desafio é a ausência do reconhecimento da categoria técnico de farmácia, uma parte integrante do corpo funcional do Serviço de Farmácia. A atuação do farmacêutico na APS é regulamentada pelo CFF, mas a do técnico não. Com a publicação da Lei nº 13021/2014 e a reorientação da prática, houve um resgate da autoridade técnica do profissional e a possibilidade de supervisão das atividades do técnico. Essa é uma reivindicação antiga, com muitas correntes a favor e contra. O técnico de farmácia presente nas unidades é, muitas vezes, o elo entre o farmacêutico e o usuário,

[...] eu aprendi muita coisa ali com o técnico de farmácia, já que é uma ferramenta bastante útil para gente quando você tem né, que tem clínicas que ainda não se tem o seu técnico de farmácia; mas é um profissional que nos ajuda bastante na nossa rotina farmacêutica, quando a gente tem. (E04)

Cabe aqui destacar que no espaço de atuação da APS, a enfermagem constitui o maior contingente de profissionais em cuidados à saúde. São o grupo profissional mais amplamente

distribuído e nos mais diversos papéis, funções e responsabilidades. A enfermagem é exercida por três categorias: o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem e cada um possui atribuições específicas de atuação (STOLARSKI; TESTON; KOLHS, 2009).

Novamente a necessidade de realização de formação complementar foi apontada, como expectativa dos profissionais atuantes na APS, pois atividades formativas também se constituem como um desafio, principalmente pela carga horária e tempo disponível, conseqüentemente da sobrecarga de trabalho e que de certa forma, também comunga com a ausência de definição de número de profissionais no serviço de farmácia. *“Então esse tempo é curto e sinto falta de estudar. Não consigo fazer tudo, mesmo tendo vontade de fazer mais do que eu faço. Trago trabalho para casa. (E04)”*

Com relação a questão de tempo e da sobrecarga de trabalho, Barbosa et al (2017), em trabalho no contexto do Estado de Minas Gerais, quando analisou diversos elementos constituintes da AF em municípios com a presença ou não do Programa Rede Farmácia de Minas — modelo adotado de estruturação de farmácias pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais — mostrou que a falta de tempo foi limitador para realização de ações de caráter técnico-assistencial, especialmente ligadas à ações de cuidado ao paciente e suporte à equipe de saúde.

Como citado anteriormente, para que as ações de AF atendam com qualidade às necessidades de saúde, é necessário fomentar recursos para o desenvolvimento e sustentabilidade do serviço. A falta de recursos tecnológicos e material para consumo foi citada pelo entrevistado 04 *“eu tenho dificuldades de material escolar, esse material de dia a dia. Não tem recurso. (E04)”* e também por outro,

[...] acho que dificuldade da rede: material de apoio, a parte de informática é precária, com a quantidade de computador eu não acho suficiente para o número de atendimentos. (E06)

Outro ponto de vista considerado um desafio é a ausência de um espaço de atendimento farmacêutico. Na diretriz do MS (2019), o local para atendimento deve considerar um atendimento humanizado, não possuir barreira física e ser de fácil acesso e comunicação entre o profissional e o usuário, respeitando a privacidade. Infelizmente, a ausência do espaço é um desafio para a prestação de uma AF qualificada.

Seria bom e perfeito se a gente tivesse o nosso espaço. Um espaço separado para gente tá acolhendo esses pacientes individualmente, para a gente tá marcando hora, para a gente estar fazendo atendimento como faz uma consulta de enfermagem. (E06)

[...] atendo num lugar reservado, dentro do estoque, aquela situação e burocracia do SICLON, mas aí a gente explica a doença, tentar quebrar um pouco do gelo em relação a essa enfermidade e aí a gente orienta, dispensa medicamento. (E03)

Novamente no contexto dos trabalhos de pesquisa do Projeto PNAUM, que serviu para caracterizar as atividades clínicas desenvolvidas pelos farmacêuticos, os resultados, modo geral, também apontaram a relevância em se desenvolver ações de natureza clínica (cuidado farmacêutico). Entretanto, a maioria não dispunha de local específico para realizá-las, além da dificuldade de circulação das informações entre os profissionais (ARAÚJO et al., 2017a).

A seção seguinte retrata o papel da regulamentação na constituição da profissão farmacêutica, trazendo a luz os desafios da atuação profissional na APS e à sua IP.

8.4 ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO FRENTE À REGULAÇÃO PROFISSIONAL E SANITÁRIA

O Brasil conta com um sistema público universal a toda a população. Nesse contexto, a AF no SUS, quando inserida na PNS, deve buscar a garantia do acesso a medicamentos e insumos, assim como aos serviços farmacêuticos, regulamentados nos princípios constitucionais e em seus princípios e diretrizes, destacando entre eles a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização e a hierarquização.

Não foi foco deste trabalho descrever toda a legislação sanitária vigente, especialmente aquela relativa ao exercício profissional do farmacêutico. Não obstante, ao retomar pontos e reflexões sobre a Lei 13.021/2014 (BRASIL, 2014c), que pode ser considerada, desde sua publicação, um marco relevante para a profissão farmacêutica; também trouxe muitos questionamentos sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

Essa lei elevou a farmácia ao grau de estabelecimento de saúde — ainda que não se possa aferir a efetividade da norma quanto à realidade da farmácia de fato se constituir um espaço de saúde, pois muitas vezes sobrepõe-se o viés comercial, que já está cotidianamente estabelecido. A norma também atribuiu um papel destaque do farmacêutico na farmacoterapia do usuário, pois assegurou por um lado, um conjunto de ações e serviços como a atenção farmacêutica domiciliar e por outro, a presença do profissional **durante todo o horário de funcionamento**³.

Destaca-se, assim, uma série de contradições que geram constrangimentos para as

³ Grifo nosso.

atividades do farmacêutico, resultando novamente em entraves quanto a IP desse profissional, uma delas enquanto profissional de saúde e refletindo sobre o modo de atuação na APS. Algumas indagações se fazem relevantes: como realizar uma simples visita domiciliar, ao mesmo tempo em que a presença é obrigatória? Sobre isso, um dos entrevistados pontuou sobre o assunto, justamente por que a atuação do farmacêutico na APS perpassa a dispensação do medicamento propriamente dita, refletindo na construção de sua identidade.

[...] uma das reclamações quando eu converso com o povo é em resolução 13021/2014, que fala da assistência integral. O grande problema dessa lei é que ela prende o farmacêutico dentro da farmácia, e nossa atribuição vai além de dentro da farmácia, como farmacêutico da Saúde Pública. Nós temos também contato com o paciente, com os grupos, e não tem como ficar preso. E a gente tá dentro de uma unidade de saúde. Então... tem que ser revista a legislação. (E02)

Esse aprisionamento incomoda a muitos entrevistados. **“A porta é o nosso limite. (E06)⁴”**, sendo essa uma fala muito marcante. Há retratos sobre atividades que são feitas dentro da unidade, mas fora da Farmácia. **“E então, como participar?”**, foi a pergunta de alguns.

Essa presença obrigatória se confronta com as inúmeras possibilidades de atuação do farmacêutico na APS e carrega outro questionamento apresentado nas entrevistas, a fiscalização. Foram inferidos relatos sobre o desconhecimento da atuação do farmacêutico na APS, da ausência de apoio às atividades desenvolvidas, da ausência de legislação direcionada à atuação na saúde pública, do aprisionamento que a legislação disponível exerce e da necessidade de controle de todo o estoque existente. Nesta última, foi dito **“farmacêutico não tem que ser policial. (E08)⁵”**

[...] mais de 90% das unidades porque existe uma legislação que diz que é obrigatório ter farmacêutico, só. Mas essa mesma legislação que garante a presença do farmacêutico dentro do posto, ela não diz que na Atenção primária o farmacêutico tem que fazer isso, isso e isso... Isso vira um problema, a gente já teve multas por fiscalização, porque o fiscal chegou na minha unidade e o farmacêutico tava num auditório, num grupo de tabagismo. E o fiscal pra ele, o farmacêutico não estava dentro da unidade, não estava dentro da farmácia. (E01)

[...] como quase o farmacêutico fosse um policial em que ele tem que estar 24h na farmácia para evitar o desaparecimento de um comprimido de dipirona. Se ele não conseguir dar conta de um comprimido de dipirona que desapareceu dali ele está questionado em lugar de autoridade profissional dali. Então é uma visualização do farmacêutico muito equivocada como profissional de saúde. (E08)

O assunto fiscalização é cercado de muitas indagações. Há um histórico de problemas relacionados a esta questão, tanto que o CONASEMS, por intermédio de sua assessoria jurídica disponibilizou uma nota que retrata veementemente esse aspecto, uma vez que em

⁴ Grifo nosso.

⁵ Grifo nosso.

razão da aplicação da lei, sob fiscalização de conselhos de farmácia pelo país, implica na geração de multas às unidades de saúde. A nota destaca ser “cabível destacar não ser atribuição dos Conselhos Profissionais criar obrigatoriedades não previstas em lei por meio de deliberações internas” (BRASIL, 2017).

Além disso, existem relatos ocorridos na APS da SMS-RJ na qual uma unidade foi notificada pela ausência do farmacêutico na farmácia, mesmo o profissional estando no exercício de suas atividades na unidade com grupos de pacientes, tratando de ação ligada ao cuidado farmacêutico, exatamente como alguns documentos técnicos do MS, do CONASEMS e da própria SMS-RJ preconizam, qual seja, de uma atuação para fora da farmácia, visando a realização de SeFAR e o papel de cuidado junto aos pacientes (BRASIL, 2007; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2015).

Uma sugestão apontada seria informar ao CRF-RJ, com antecedência, sobre a necessidade de se ausentar da Farmácia.

[...] que precisa fazer um trabalho de divulgação, que o farmacêutico que trabalha na atenção primária pode sair da unidade, pode participar de reuniões, mas é preciso que ele comunique ao Conselho, que ele tenha um registro desta atividade na Farmácia. (E09)

Por outro lado, a declaração do profissional não isenta a fiscalização e atuação da Farmácia, “**fica multado o estabelecimento, que se diga. (E07)⁶**”.

Outro ponto de destaque na Lei nº 13021/2014 trata da atribuição do farmacêutico sobre a farmacoterapia. Partindo da premissa da categoria anterior sobre a atuação do profissional frente aos atributos da APS, torna-se premente destacar o papel social que o farmacêutico atuante na APS exerce, que é capaz de deslocar o foco no medicamento para o usuário do medicamento, sua família e comunidade.

[...] ele não é o profissional do medicamento, isso eu tenho convicção. O profissional do medicamento está condenado a morrer. Somos um profissional que lida com pessoas, com casos, com situações, com contextos, que sabe muito de medicamentos, que vai ver muito medicamento nesses lugares, nessas vidas. (E08)

Como já sinalizado, há uma discussão quanto ao deslocamento do que atribui como enfoque do farmacêutico, com reflexos na sua IP e sobre sua atuação. No contexto dos SeFAR propõe-se uma mudança de enfoque e a promoção da articulação dos serviços na APS. A adequação da AF inclui um Serviço de Farmácia estruturado e organizado, fundamentado sob o olhar sistêmico, com ações integradas e articuladas entre as diversas partes que compõem a APS (MARIN et al, 2003).

Algumas convergências nas entrevistas foram encontradas quanto do tema abordado

⁶ Grifo nosso.

foi a carteira de serviços, uma ferramenta utilizada em diversas cidades do Brasil como estratégia de fortalecimento da APS. No Município do RJ há capítulo que versa sobre a AF, quando retrata a apresentação de um plano de uso racional de medicamentos (RIO DE JANEIRO, 2016).

Entretanto, a carteira não traz detalhes para nortear as atividades do farmacêutico ou de abordagem para as possibilidades de prestação de serviços farmacêuticos, que vai muito adiante do uso racional.

[...] foi distribuído uma carteira de serviço de Atenção Primária no Rio de Janeiro e a Farmácia, e esse farmacêutico tem três páginas. Essas três páginas falam de exclusivamente de dispensação de medicamentos. A farmácia continua sendo balconista de luxo até na Atenção Primária. Você não tem ali nenhuma indicação de uma prestação de serviço farmacêutico. (E01)

Neste sentido, diante do amplo campo de atuação, a criação de uma carteira de serviços farmacêuticos com objetivo de ser ferramenta norteadora das atividades na rotina do cuidado farmacêutico e alinhar processos que possam proporcionar melhores cuidados de saúde para a população e contribuir para uma eficiente gestão de recursos surge como sugestão.

[...] eu acho que um grande diferencial para o farmacêutico seria se nós tivéssemos uma carteira de serviços farmacêuticos. Acho que iria somar muito para o farmacêutico. Não só na questão, porque uma carteira de serviços iria ser um doutrinador, tipo como uma orientação para o farmacêutico da ponta, teria pro gestor e pra cidade ver a figura do farmacêutico, de como o farmacêutico pode atuar para a sociedade. (E02)

[...] o cuidado farmacêutico pode ser feito sim, e a consulta dentro do setor, da Farmácia, mas também pode ser feito numa visita domiciliar, num paciente acamado, quando não pode se deslocar até a unidade ou até mesmo orientação em espaços e equipamentos, em território pertencentes, territórios adscritos a unidade. (E03)

Por fim, outro assunto citado nas entrevistas trata sobre a inclusão do farmacêutico como membro da equipe da ESF. “O farmacêutico não tá incluído como equipe mínima na saúde da família, não se tem impacto do recebimento de recursos pra você pode remunerar melhor ou aumentar a equipe (E01)”. Atualmente, a sistematização da atuação ocorre por meio do NASF, conforme orientações da PNAB, em que é um profissional que compartilha práticas e saberes e atua diretamente no apoio matricial a equipes, sem se constituir como serviços com unidades físicas. Se por um lado, a PNAB traz o profissional como componente do NASF, a PNAF, por outro, não define competências e limites da atuação do farmacêutico na APS. Os farmacêuticos estão em busca na reorientação de sua profissão, atuando em diversas atividades na promoção, prevenção, cuidado e desmedicalização.

Os farmacêuticos querem reafirmar sua IP no âmbito da APS. Querem transpor

barreiras tecnicistas e exercer efetivamente o cuidado. Necessitam, para isso, de uma retaguarda profissional de trabalho que os ampare, que seja adequada em recursos humanos, do reconhecimento de categorias profissionais que dividem o espaço de trabalho e principalmente, de políticas públicas que garantam a sua atuação na atenção primária à saúde.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu trazer importantes reflexões sobre a IP do farmacêutico que atua na APS do Município do Rio de Janeiro. O farmacêutico vem ressignificando a sua atuação e sua IP vem passando por um processo de renovação, se (re) construindo em um espaço dinâmico e se modelando nos processos relacionais que envolvem o meio de trabalho. Diante disso, foi possível identificar que há lacunas na formação profissional, que influenciam a construção da IP.

A atuação na saúde pública deve acontecer numa forma dialógica, ou teórica-prática, na qual os saberes se articulam e fazem sentido em sua aplicabilidade prática. Articular esses saberes por meio da integralidade de ações se configura como um desafio, mas os farmacêuticos vêm desenvolvendo competências e habilidades sociais para se inserirem como parte da equipe, a despeito de inúmeros desafios que lhes são apresentados.

Ainda que não tenha sido foco desse estudo um aprofundamento detalhado sobre em que medida os atributos da APS têm representado na atuação profissional dos farmacêuticos, pode-se destacar que as clássicas dimensões da APS, juntamente da organização dos SeFar que coadunam para a consolidação e o aprimoramento da APS como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho dos profissionais exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Ademais, fica evidente a relevância dos processos formativos vinculados aos processos de educação permanente, como estratégia institucional para potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na APS, por meio dos farmacêuticos.

A regulação sanitária e profissional é importante para guiar as ações dos farmacêuticos no âmbito da APS, porém necessita ampliar a compreensão do processo saúde-doença e das inúmeras possibilidades de produção de cuidado que o profissional pode contribuir. Para reafirmar a IP construída na APS é preciso modificações regulatórias que nos ampare, que sejam adequados em recursos humanos, que sejam empreendidos esforços para nosso reconhecimento por categorias profissionais que dividem o espaço de trabalho e principalmente, de políticas públicas que garantam a nossa atuação na APS.

Isto posto, tornar-se relevante ressaltar algumas limitações desse trabalho, uma delas quanto à impossibilidade de captar outros elementos constituintes da IP pela não inclusão de farmacêuticos de outras localidades do Município do Rio de Janeiro que pudessem representar a APS da SMS-RJ mais fidedignamente. Em adição, a visão de outros profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, agentes de saúde, etc.) também poderia retratar novas possibilidades sobre a IP e ao objeto de estudo. E, diante de um número de profissionais atuantes em UBS do município, a quantidade de respondentes pode ser visto como pequeno, o que constitui outro limitador da pesquisa.

Desse modo, acredito que a construção da IP por meio de mudanças no processo de trabalho em saúde tem sido a característica principal para reforçar a importância da atuação do farmacêutico diante dos atributos da APS.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. DE O. S.; NASCIMENTO, M. A. A. DO. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3939–3949, set. 2011.

ALMEIDA, P. I. M. DE. **Competição interprofissional entre médicos e farmacêuticos: o caso da jurisdição sobre a prescrição de medicamentos**. Portugal: Dissertação (Mestrado em Sociologia das Organizações e do Trabalho) - Universidade Técnica de Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, abr. 2011. 81 p.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3603–3614, nov. 2010.

ARAÚJO, A. DA L. A. DE et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. suppl, p. 611–617, abr. 2008.

ARAÚJO, P. S. et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017a.

ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181–1191, abr. 2017b.

BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. DOS A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3717–3726, out. 2019.

BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475–2486, ago. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASTOS, C. R. G.; CAETANO, R. As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3541–3550, nov. 2010.

BERMUDEZ, J. A. Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1937–1949, jun. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Nota Conasems: Presença de Farmacêutico nos Dispensários Públicos**. 2017. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Nota-Presen%C3%A7a-de-Farmac%C3%AAutico-nos-Dispens%C3%A1rios-P%C3%ABAblicos-2.pdf>>. Acesso em: 10 maio. 2022

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a

Política nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 2004. 52 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. **1a. conferência nacional de medicamentos e assistência farmacêutica: relatório final : efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social**. 2005

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 186 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 1988, 498 p.

BRASIL. Lei n.º 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 13021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, ago 2014c.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 2 de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: CNE, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº de 19 de outubro de 2017. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: CNE, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde – SUS. . 1998, Sec. 1, p. 18–22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 108 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 308 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 2)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 4 v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 125 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Primária Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 384 p.

BRITO, G. E. G. DE; MENDES, A. DA C. G.; SANTOS NETO, P. M. DOS. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 77–86, jul. 2017.

CAETANO, M. C. et al. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde à luz do modelo ambiguidade-conflito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, 2020.

CAMPOS, G. W. DE S.; AMARAL, M. A. DO. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849–859, ago. 2007.

CASTRO, M. da G. A. L. de. A construção da identidade profissional do diretor de farmácia face às alterações no setor da saúde. 2018. 144 f. Portugal: Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde) - Universidade do Minho: Escola de Economia e Gestão. Portugal, jul 2018.

CECILIO, L. C. DE O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469–478, set. 1997.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Formação farmacêutica no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2019. 160 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Publicada a vinculação da CBO do farmacêutico à tabela SUS**. 2018. Disponível em: <https://www.cff.org.br/impressao.php?noticia=4804>

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s7–s16, 2008.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41–49, set. 2011.

COSTA, J. P. D. F. da. **Carreira e Identidade Profissional dos Farmacêuticos: pontes entre os contratos rousseauianos**. Coimbra: Tese (Doutorado em Gestão de Empresas) - Universidade de Coimbra: Faculdade de Economia, set. 2011. 281 p.

CRUZ, P. C. da; OLIVEIRA E SILVA, S. F. de. **Ensino Farmacêutico: Trajetória, Reflexões e Perspectivas para a formação do farmacêutico**. Anais do I Seminário sobre docência universitária. Universidade Estadual de Goiás. p. 14, março 2011.

DIEL, A. C. L. et al. Atuação do farmacêutico na Atenção Primária em Saúde: experiências a partir da residência multiprofissional em saúde da família. **Revista de Educação Popular**, v. 18, n. 2, p. 297–311, 15 out. 2019.

DÓCZY, A. DE P. **Curso Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde no Município do Rio de Janeiro: um estudo da formação profissional**. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2021. 154 p.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. DE F. P. DE A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface comun. saúde educ**, v. 19, n.55, p. 1221–1232, 2015.

DRUMMOND, E. D.; SIMÕES, T. C.; ANDRADE, F. B. DE. Acesso da população brasileira adulta a medicamentos prescritos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, ago. 2018.

DUBAR, C. A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUBAR, C. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de Pesquisa**, v. 42, n. 146, p. 351–367, maio/ago. 2012.

ESTEFAN, I. J. S. O ensino de Farmácia. **Cadernos de Saude Pública**, v. 2, n. 4, p. 511–532, dez. 1986.

FARIA, E. de ; SOUZA, V. L. T. de. Sobre o conceito de identidade: apropriações em estudos sobre formação de professores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 15, n. 1 , pp. 35-42, 2011.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: históricos e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300309, 2020.

FERRACINI, F. T. et al. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. **Einstein**, v.9, n.4, p.456-460, 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 434–451, set. 2018

GIL, A. C.; SANTOS, B. R. M. DOS; SILVA, E. C. DA. Região de saúde: um conceito em construção. **Caderno de Saúde**, São Caetano do Sul, v. 2, n. 3, p. 14-26, 2007.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. DE. Políticas e sistema de saúde no Brasil. In: Giovanella, L. et al. (Eds.). **Atenção Primária à Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1751.

GOMES, A. A. Conceito de Identidades e a Identidade profissional docente. **Colloquium Humanarum**. Presidente Prudente, v. 15, n. 3, p. 42–53, jul/set. 2018.

HENRIQUES, H. Formação e identidade profissional: estímulos à investigação em história da Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. III–IIV, ago. 2018.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2020. **Oito municípios detinham 25% do PIB do país em 2018**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29728-oito-municipios-detinham-25-do-pib-do-pais-em-2018>>. Acesso em: 31 jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/rio-de-janeiro.html>

IVAMA, A. M. et al. **Consenso brasileiro de atencao farmaceutica: proposta**. Brasilia: Organizacao Pan-Americana da Saude, 2002.

JAMOULLE, M. Vista da Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Farmilia e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1–3, 2015.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 15, 2008.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.

LEITE, S. N. et al. **Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal, a experiência em Santa Catarina**. Florianópolis, SC: Editora da UFSC, 2015. 167 p.

LOCH-NECKEL, G.; CREPALDI, M. A. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 2, p. 263–272, jun. 2009.

MARIN, N. (org.) **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373 p.

MAXIMO, S. A. et al. Assistência farmacêutica no cuidado à saúde na Atenção Primária: tão perto, tão longe. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, 2020.

MELO, E. A. et al. The economic crisis and primary healthcare in the SUS of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4593–4598, dez. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da

Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria metodo e criatividade**. 22. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1565–1572, maio 2016.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Vista do Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente**, v. 10, n. 35, p. 1–10, 2015.

NUNNER-WINKLER, G. Formação da identidade em tempos de mudanças velozes e multiplicidade normativa. **Educação**, v. 34, n. 1, 2011.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, set. 2013.

OLIVEIRA, R. G. D.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. suppl 1, p. 205–218, jun. 2015.

PANDVE, H. T. Quaternary Prevention: Need of the Hour. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 3, n. 4, p. 309–310, 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103–109, fev. 2001.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. DE. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, p. 601–612, dez. 2008.

PEREIRA, N. C. **Monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: buscando a qualificação da gestão**. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2013. 125 p.

PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. DA. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 451–468, jun. 2015.

PIMENTA, A. DE L. **Identidade Profissional da Enfermagem: uma construção à luz da sociologia das profissões**. Florianópolis: Dissertação (Mestrado em Enfermagem - Filosofia e

Cuidado em Saúde e Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina: Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014. 152p.

POSSAMAI, F. P.; DACOREGGIO, M. DOS S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, p. 473–490, nov. 2007.

QUEIROGA, Maria Adelina De et al.. **Farmacêutico: uma trajetória histórica de gestão, currículo e profissionalismo**. Anais IV CONAPESC. Campina Grande: Realize Editora, 2019

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. DE L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, maio 2020.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade. Secretaria Municipal de Saúde - SMS. **Carteira de Serviços - Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Versão Profissional**. , 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica**. 2011. Disponível em:
<http://subpav.org/download/assfarm/assfarm_Diretrizes_AF_na_SMSDC_SUBPAV.pdf>

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Identidade e Formação Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, p. 229–236, jun. 2021.

SALGUES, E. J. M. **A residência em Farmácia Hospitalar como espaço para formação de agentes de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2020.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387–406, nov. 2010.

SANTOS, C. A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional. **Interações: Sociedade e as novas modernidades**, v. 5, n. 8, 30 abr. 2005.

SANTOS, R. O. M. DOS; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, 13 ago. 2018.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. DE S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438–446, jun. 2015.

SATURNINO, L. et al. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmácia**, v.93, p 10-16, 2012.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. DA S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487–1494, dez.

2004.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Plano Diretor de Regionalização: histórico de 2001 a 2017**. abr. 2017. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. CIB-RJ - Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro - **Deliberação CIB nº 1452 de 09 de novembro de 2011**. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib-80-2011/novembro/1221-deliberacoes-cib-no-1452-de-09-de-novembro-de-2011.html>>. Acesso em: 16 jul. 2022

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, maio 2015.

SILVA, D. A. M. et al. A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 659–682, mar. 2018.

SILVA, E. M. DA et al. Perfil dos egressos de uma farmácia de uma faculdade de saúde. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 31, n. 4, p. 259–270, dez. 2019.

SILVA, R. M. DA et al. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1421–1432, maio 2016.

SILVA, V. O. DA; PINTO, I. C. DE M. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 549–560, set. 2013.

SILVA, J. C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 132–138, abr. 2015.

SILVA, J. C.; MACHADO, D. DE Q.; MOREIRA, M. Z. Tensões da identidade profissional: uma revisão sistemática e proposta de agenda de pesquisa. **XXIII SemeAD - Seminários em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo**. Anais, nov. 2020.

SILVA, M. C. L. DOS S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1250–1255, out. 2011.

SILVA JUNIOR, A.G.; ALMEIDA, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p 27-41, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMACÊUTICOS E FARMÁCIA COMUNITÁRIA. Blog. Disponível em <https://sbffc.org.br/site>, 2021.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.

SOUZA, A. M. R. de.; NICOLETTI, M. A. **Farmacêutico contemporâneo incorporado a equipes multiprofissionais: vantagens e desafios**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SPUDEIT, D.; CUNHA, M. V. da. O processo de socialização na construção da identidade dos bibliotecários em Santa Catarina. **Em Questão**, v. 22, n. 3, p. 56–83, set. 2016.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STOLARSKI, C. V.; TESTON, V.; KOLHS, M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 327–336, 2009.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 116, 4 dez. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHÔA, A. DA C. et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 385–400, 2012.

VALE, P. R. L. F. DO et al. Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia. **Revista de APS**, v. 22, n. 2, 2019.

VANZUITA, A.; RAITZ, T. R. A construção de identidade(s) profissional(is) em educação física: uma revisão de literatura. **Roteiro**, v. 41, n. 3, p. 649–676, 2016.

VIEIRA, A. et al. Identidade profissional de residentes médicos / Professional identity of medical residents. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 64579–64597, jun. 2021.

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

VIEIRA, F. S. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, nov. 2017.

VOZNIAK, L.; MESQUITA, I.; BATISTA, P. F. A Identidade Profissional em análise: um estudo de revisão sistemática da literatura. **Educação (UFSM)**, v. 41, n. 2, p. 281–296, jul. 2016.

WANNMACHER, L. Importância dos medicamentos essenciais em prescrição e gestão racionais. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados Brasília: MS; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). p. 15-20.

APÊNDICES



REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FARMACÊUTICOS – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE



Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “*Identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde*”, desenvolvida pela pesquisadora Renata da Silva Antunes, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação dos Professores Dr. Rondineli Mendes da Silva e Dra. Ângela Fernandes Esher Moritz.

O objetivo central da pesquisa é analisar a identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto do Município do Rio de Janeiro (RJ).

Este convite se deve ao fato de você ser **um (a) farmacêutico (a) atuante na APS**. Sua participação é voluntária, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado (a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista será por meio virtual e agendada, respeitando a sua disponibilidade e da pesquisadora. Dessa forma, acredita-se que o uso da tecnologia auxiliará a pesquisa na medida em que visa trazer flexibilidade e diálogo, assim como respeito pelas questões éticas e de sigilo. Será enviado a você um link que lhe dará acesso à sala virtual onde ocorrerá a entrevista. A entrevista será gravada em formato de áudio para posterior transcrição das informações na íntegra e somente se houver sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

São garantidos o caráter anônimo e a confidencialidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, que será feita de forma codificada, evitando qualquer tipo de identificação. As informações coletadas ao longo da pesquisa serão transcritas e armazenadas em local seguro, em arquivos digitais, sob a guarda da pesquisadora; ao final, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado. A dissertação final produzida será enviada em formato digital, por

email, a você e a todos os participantes da pesquisa.

Os benefícios esperados com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ter acesso a um estudo que pode contribuir para propiciar reflexões acerca do papel do farmacêutico e na construção de sua identidade profissional por meio do mapeamento de sua formação, das atividades produtivas, sua integração com a equipe multidisciplinar, potencialidades, fragilidades e dificuldades no processo de trabalho em saúde pública.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa, expressos sob a forma de desconforto ou constrangimento em responder às perguntas, serão evitados respeitando-se a vontade de falar e os momentos de pausa. Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, tem direito à assistência e a buscar indenização por meios judiciais. Não haverá nenhum custo a você relacionado a esta pesquisa, bem como não haverá remuneração, pagamento ou recompensa pela sua participação, sendo ela totalmente livre.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio do contato da pesquisadora:

Contato da Pesquisadora responsável: Renata da Silva Antunes - Tel.: (21) 96917-9557
e-mail: renata.incotb@gmail.com

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do RJ. Os Comitês são formados por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Contatos: Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.
Tel.: (21) 2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Acesse <https://cep.enp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.
Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Contatos: Endereço: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua Evaristo da Veiga, 16 – 4º andar - Centro - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 20031-040.
Tel.: (21) 2215-1485 - e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br
Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Para essa entrevista por meio virtual, a pesquisadora está realizando a leitura deste RCLE e você deverá sinalizar que concorda com o respectivo registro de participação, fornecendo o seu consentimento, tornando desnecessária a devolução do documento assinado.

Após a entrevista, a pesquisadora enviará ao seu email, uma via deste documento.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “*Identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde*” e concordo em participar.

Agradecemos a sua participação.

Local e data: _____

Responsável pela obtenção do consentimento: _____

Renata da Silva Antunes
Pesquisadora responsável



REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FARMACÊUTICOS - DOCENTES



Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “*Identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde*”, desenvolvida pela pesquisadora Renata da Silva Antunes, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação dos Professores Dr. Rondineli Mendes da Silva e Dra. Ângela Fernandes Esher Moritz.

O objetivo central da pesquisa é analisar a identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto do Município do Rio de Janeiro.

Este convite se deve ao fato de você ser **um (a) docente do curso de Graduação em Farmácia**. Sua participação é voluntária, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado (a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista será por meio virtual e agendada, respeitando a sua disponibilidade e da pesquisadora. Dessa forma, acredita-se que o uso da tecnologia auxiliará a pesquisa na medida em que visa trazer flexibilidade e diálogo, assim como respeito pelas questões éticas e de sigilo. Será enviado a você um link que lhe dará acesso à sala virtual onde ocorrerá a entrevista. A entrevista será gravada em formato de áudio para posterior transcrição das informações na íntegra e somente se houver sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

São garantidos o caráter anônimo e a confidencialidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, que será feita de forma codificada, evitando qualquer tipo de identificação. As informações coletadas ao longo da pesquisa serão transcritas e armazenadas em local seguro, em arquivos digitais, sob a guarda da pesquisadora; ao final, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado. A dissertação final produzida será enviada em formato digital, por email, a você e a todos os participantes da pesquisa.

Os benefícios esperados com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ter acesso a um

estudo que pode contribuir para propiciar reflexões acerca do papel do farmacêutico e na construção de sua identidade profissional por meio do mapeamento de sua formação, das atividades produtivas, sua integração com a equipe multidisciplinar, potencialidades, fragilidades e dificuldades no processo de trabalho em saúde pública.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa, expressos sob a forma de desconforto ou constrangimento em responder às perguntas, serão evitados respeitando-se a vontade de falar e os momentos de pausa. Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, tem direito à assistência e a buscar indenização por meios judiciais. Não haverá nenhum custo a você relacionado a esta pesquisa, bem como não haverá remuneração, pagamento ou recompensa pela sua participação, sendo ela totalmente livre.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio do contato da pesquisadora:

Contato da Pesquisadora responsável: Renata da Silva Antunes - Tel.: (21) 96917-9557
e-mail: renata.incotb@gmail.com

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Contatos: Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.
Tel.: (21) 2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Acesse <https://cep.enasp.fiocruz.br/participante-de-pesquisapara> para maiores informações.
Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Para essa entrevista por meio virtual, a pesquisadora está realizando a leitura deste RCLE e você deverá sinalizar que concorda com o respectivo registro de participação, fornecendo o seu consentimento, tornando desnecessária a devolução do documento assinado. Após a entrevista, a pesquisadora enviará ao seu email, uma via deste documento.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “*Identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde*” e concordo em participar.

Agradecemos a sua participação.

Local e data: _____

Responsável pela obtenção do consentimento: _____

Renata da Silva Antunes - Pesquisadora responsável



**REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA FARMACÊUTICOS INSERIDOS NO CONSELHO
REGIONAL DE FARMÁCIA**



Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “*Identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde*”, desenvolvida pela pesquisadora Renata da Silva Antunes, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação dos Professores Dr. Rondineli Mendes da Silva e Dra. Ângela Fernandes Esher Moritz.

O objetivo central da pesquisa é analisar a identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto do Município do Rio de Janeiro.

Este convite se deve ao fato de você ser **um (a) farmacêutico (a) inserido ao corpo institucional no Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro**. Sua participação é voluntária, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado (a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista será por meio virtual e agendada, respeitando a sua disponibilidade e da pesquisadora. Dessa forma, acredita-se que o uso da tecnologia auxiliará a pesquisa na medida em que visa trazer flexibilidade e diálogo, assim como respeito pelas questões éticas e de sigilo. Será enviado a você um link que lhe dará acesso à sala virtual onde ocorrerá a entrevista. A entrevista será gravada em formato de áudio para posterior transcrição das informações na íntegra e somente se houver sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

São garantidos o caráter anônimo e a confidencialidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, que será feita de forma codificada, evitando qualquer tipo de identificação. As informações coletadas ao longo da pesquisa serão transcritas e armazenadas em local seguro, em arquivos digitais, sob a guarda da pesquisadora; ao final, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado. A dissertação final produzida será enviada em formato digital, por email, a você e a todos os participantes da pesquisa.

Os benefícios esperados com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ter acesso a um estudo que pode contribuir para propiciar reflexões acerca do papel do farmacêutico e na construção de sua identidade profissional por meio do mapeamento de sua formação, das atividades produtivas, sua integração com a equipe multidisciplinar, potencialidades, fragilidades e dificuldades no processo de trabalho em saúde pública.

Os riscos decorrentes da participação na pesquisa, expressos sob a forma de desconforto ou constrangimento em responder às perguntas, serão evitados respeitando-se a vontade de falar e os momentos de pausa. Caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, tem direito à assistência e a buscar indenização por meios judiciais. Não haverá nenhum custo a você relacionado a esta pesquisa, bem como não haverá remuneração, pagamento ou recompensa pela sua participação, sendo ela totalmente livre.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio do contato da pesquisadora:

Contato da Pesquisadora responsável: Renata da Silva Antunes - Tel.: (21) 96917-9557
e-mail: renata.incotb@gmail.com

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Contatos: Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210.
Tel.: (21) 2598-2863 - e-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Acesse <https://cep.enasp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.
Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Para essa entrevista por meio virtual, a pesquisadora está realizando a leitura deste RCLE e você deverá sinalizar que concorda com o respectivo registro de participação, fornecendo o seu consentimento, tornando desnecessária a devolução do documento assinado. Após a entrevista, a pesquisadora enviará ao seu email, uma via deste documento.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “*Identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde*” e concordo em participar.

Agradecemos a sua participação.

Local e data: _____

Responsável pela obtenção do consentimento: _____

Renata da Silva Antunes - Pesquisadora responsável

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Projeto: Identidade profissional do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde

Data:

Código:

1. Percurso e Formação profissional

- Formação acadêmica e profissão, tempo de formação e tempo de atuação, cursos de especialização, experiências em saúde coletiva;
- Cargos e experiências de trabalho.

2. Atuação profissional

- Relação interprofissional;
- Interação com usuários e comunidade;
- Autonomia do exercício profissional;
- Desenvolvimento de atividades;
- Dificuldades na implementação de ações.

3. Diretrizes e Políticas Públicas

- Protocolos e Diretrizes de formação e atuação;
- Conhecimento das Normas Regulatórias de saúde pública e de atuação;
- Atribuições e recomendações sobre o exercício profissional;
- Atuação dos órgãos fiscalizadores profissionais.