

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Elios Jayme Monteiro Salgues

**A residência em farmácia hospitalar como espaço para formação de agentes  
de educação permanente em saúde nos hospitais.**

Rio de Janeiro

2020

Elios Jayme Monteiro Salgues

**A residência em farmácia hospitalar como espaço para formação de agentes  
de educação permanente em saúde nos hospitais.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Dr. Rondineli Mendes da Silva

Coorientadora: Dr.<sup>a</sup> Gisela Cordeiro Pereira  
Cardoso

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: **The hospital pharmacy residency as a space for health permanent education agent's formation in hospitals.**

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S164r Salgues, Elios Jayme Monteiro.  
A residência em farmácia hospitalar como espaço para formação de agentes de educação permanente em saúde nos hospitais / Elios Jayme Monteiro Salgues. -- 2020.  
109 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientador: Rondineli Mendes da Silva.  
Coorientadora: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Educação Continuada. 2. Educação em Saúde. 3. Educação em Farmácia. 4. Internato não Médico. 5. Serviço de Farmácia Hospitalar.  
I. Título.

CDD – 23.ed. – 615.1

Elios Jayme Monteiro Salgues

**A residência em farmácia hospitalar como espaço para formação de agentes  
de educação permanente em saúde nos hospitais.**

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: Políticas Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 04 de setembro de 2020

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Egléubia Andrade de Oliveira  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Selma Rodrigues de Castilho  
Universidade Federal Fluminense

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gisela Cordeiro Pereira Cardoso (coorientadora)  
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Prof. Dr. Rondineli Mendes da Silva (orientador)  
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Rio de Janeiro

2020

Para minha mãe Rosinha, que não teve a oportunidade de ver o trabalho finalizado, mas nunca duvidou da concretização dele.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, pelas bênçãos durante todo o processo, pelo consolo ao meu coração no momento em que vivenciei a minha maior perda e por trazer luz ao meu caminho diuturnamente;

Aos meus pais, agora só dois, por todo o apoio durante essa jornada e, principalmente, quando ela se foi. Sem a formação que me proporcionaram e a certeza que estariam sempre rogando e torcendo por mim, jamais perseguiria o sonho de escrever estas linhas;

Ao meu querido irmão Rodrigo, que me proporcionou meus primeiros contatos com a educação, que me ajudou a aliviar as tensões com seu humor e, indiretamente, foi “eu” quando eu não pude estar perto;

À Márcia, minha esposa e companheira de jornada, por ter me amparado quando meu mundo ruiu, ter me incentivado quando eu não queria mais, pela presença carinhosa e firme quando foi mais difícil continuar, pelo companheirismo nos momentos de espairecer, pela cumplicidade sempre e, principalmente, por ser meu porto seguro;

À Xuxu pelo apoio e incentivo e por, antes de ser chefe, ser uma excelente amiga e apoiadora do mestrado e dos frutos que ele renderá;

À UFF que, antes de coparticipante, foi minha casa durante a residência e me proporcionou conhecer o campo do meu objeto e desenvolver enorme afeto por ele;

Aos meus orientadores por estarem sempre ao meu lado, não terem “desistido de mim”, pela parceria e por ver na minha proposta o potencial para este trabalho;

À Fiocruz pela oportunidade da experiência, pelo aporte teórico e amigos que me presenteou.

À Educação que, mesmo sendo um conceito abstrato, é o maior tesouro que ela me deixou.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção  
ou a sua construção  
FREIRE, 2002, p. 21

## RESUMO

Por vezes, as expressões Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde (EPS) são utilizadas equivocadamente como sinônimos. Enquanto a Educação Continuada incentiva o indivíduo a revisitar os conhecimentos técnicos adquiridos, em contínuo processo de atualização de saberes, a EPS promove uma readequação desses saberes e das práticas exercidas na atividade fim, com base em vivências e experiências dos trabalhadores. A formação em residência na área de saúde é oportunidade de pós-graduação com quantidade expressiva de treinamento em serviço, que surge como campo fértil para a promoção da EPS ao inserir um profissional graduado em um cenário real e propício para a reformulação de práticas baseada em vivências. Especificamente aplicada à farmácia hospitalar, a atualização de práticas e conhecimentos é fundamental para a melhor gestão do medicamento e prestação de serviços com qualidade para a farmacoterapia dos pacientes. Diante disso, o trabalho buscou analisar como a Residência em Farmácia Hospitalar (RFH), programa uniprofissional ofertado pela Universidade Federal Fluminense (UFF), contribui para que seu egresso se torne um agente de EPS. Para desenvolver essa dissertação foram utilizadas diferentes estratégias, que envolveram busca e análise documental das normas que estruturaram os programas de residência no Brasil, nos documentos referentes à residência da UFF e em publicações da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH) a respeito de fomento à Educação Permanente. Além disso, também foi realizado um inquérito transversal, por meio da aplicação de um questionário eletrônico para levantar as percepções dos farmacêuticos egressos sobre a residência vis-à-vis a sua experiência aplicada à educação permanente em saúde. Ambos métodos foram triangulados e suas informações foram integradas utilizando-se da complementariedade. O arcabouço normativo encontrado foi vasto, tendo sido localizada a relação entre EPS e a residência em 11 das 70 normas públicas identificadas. Mesmo sendo rico, este arcabouço normativo não apresentou nenhuma orientação explícita para a promoção ou capacitação dos residentes em Educação Permanente em saúde. Também foram analisados 2 documentos da SBRAFH a respeito de padrões mínimos e 8 documentos internos disponibilizados pela UFF que tratavam, em sua maioria, de alterações curriculares. Mesmo sem menção explícita à EPS, os documentos da UFF apresentavam as disciplinas, que são potenciais apoiadoras às atividades de EPS nos serviços farmacêuticos, e destacavam a grande carga horária para o treinamento em serviço. Os questionários eletrônicos foram enviados pela coordenação do programa da residência a todos os egressos, e, destes, foram recebidos 87 preenchidos, representando 24,2% do total de egressos da UFF. A maioria dos respondentes informou estar trabalhando no setor público (67,8%) e quase dois terços continuam atuando em farmácia hospitalar. Muitas atividades realizadas pelos residentes egressos à época de sua formação, tanto internas quanto externas ao serviço farmacêutico, guardaram relação com a EPS. Vários egressos sinalizaram a contribuição da residência em farmácia hospitalar (RFH) em sua trajetória como agente de EPS. As respostas emitidas permitiram identificar a percepção do egresso sobre o programa ofertado pela UFF mostrando a RFH é um campo significativo de formação de agentes de Educação Permanente em Saúde, mesmo sem descrição direta a respeito ou fornecimento de ferramentas explícitas para a capacitação em Educação Permanente.

Palavras-chave: Educação Permanente. Educação em Saúde. Educação em Farmácia. Internato não Médico. Serviço de Farmácia hospitalar.

## ABSTRACT

Sometime the terms Continuing Education and Permanent Education in health (PEH) are mistakenly used as synonyms. While the Continuing Education encourages one to revisit the technical knowledge acquired over time in a non-stop knowledge updating process, the PEH promotes a knowledge's readjustment as well as it's involved practices, using the workers' experiences. The health area residency is a postgraduation opportunity with an expressive service-learning course load, that emerges as an outstanding field for Permanent Education promotion by inserting a graduated professional in a real and conducive scenario for practice's reformulation based on experiences. Specifically applied to Hospital Pharmacy, the practice's and knowledge's updating is essential for better drug management and quality service delivery for the patients' pharmacotherapy. This research sought to analyze how the uniprofessional Hospital Pharmacy residency (HPR) offered by the Fluminense Federal University (FFU) contributes to turn its graduates into Permanent health Education agents in the hospitals. To carry out this analysis, different strategies were used, involving documentary search and analyze in the Brazilian residency programs' normative tools, in the FFU's residency program documents and in the Brazilian Society of Hospital Pharmacy's publications regarding the promotion of PEH. Besides that, a transversal survey was also applied, through the application of an electronic questionnaire to gather the residency program graduated's perceptions regarding their experience. Both methods were triangulated and their information were integrated thru complementarity. The regulatory framework found was vast, and the relationship between PEH and residence was found in 11 of the 70 identified public regulations. Although rich, this framework did not provide any explicit guidance for the promotion or training of residents in PEH. Two documents by the Brazilian Hospital Pharmacy Society were also analyzed regarding the minimum standards and 8 internal documents made available by FFU that dealt, in their majority, with curricular changes. Even without the explicit PEH mention, the FFU's documents presented disciplines which are potential supporters of PEH activities in pharmaceutical care, and highlighted the great workload of in-service training. The electronic questionnaires were sent to all graduates by the program coordination, and 87 of those were received back answered, representing 24.2% of the total FFU's graduates. Most respondents reported they are working in the public sector (67.8%) and almost two-thirds of them continue to work in hospital pharmacies. Many activities identified as done by the graduates during their residency, both internally and externally to the pharmaceutical service, are PEH related. Several graduates signaled the contribution of the HPR in their trajectory as a PEH agent. The given answers allowed thus to identify the graduate's perception of the FFU's offered HPR residency program as a significant training program for Permanent Education in Health agent, even though there is no direct description or the provision of explicit tools for training in Permanent Education.

Keywords: Education, Continuing. Health Education. Education, Pharmacy. Internship, Nonmedical. Pharmacy Service, Hospital.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Fluxo de triagem das normas das residências multiprofissionais ou em área profissional da saúde elencadas no endereço eletrônico do Ministério da Educação...   | 48 |
| Gráfico 1 – Evolução da carga horária total de acordo com as resoluções disponibilizadas ...   | 65 |
| Gráfico 2 – Esfera de governo do hospital de atuação do residente egresso respondente. ....  | 71 |
| Gráfico 3 – Quantidade de atividades internas apontadas como realizadas por respondente ..   | 75 |
| Gráfico 4 – Quantidade de atividades externas apontadas como realizadas por respondente..  | 77 |
| Quadro 1 – Unidades de locação de residentes farmacêuticos em 2020 .....   | 37 |
| Quadro 2 – Categorias para a análise dos documentos disponibilizados pela Universidade Federal Fluminense.....   | 45 |
| Quadro 3 – Matriz de informação.....   | 46 |
| Quadro 4 – Relação das normas relativas à residência em área profissional da saúde elencadas no endereço eletrônico do Ministério da Educação, que foram analisadas .....  | 49 |
| Quadro 5 – Responsabilidades dos agentes envolvidos nos Programas de Residência não médica envolvendo educação permanente em saúde de acordo com a Resolução nº 2 de 2012 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde..... | 57 |
| Quadro 6 – Relação de documentos internos disponibilizados pela coordenação da Residência em Farmácia Hospitalar da Universidade Federal Fluminense .....  | 59 |
| Quadro 7 – Evolução curricular de acordo com as resoluções disponibilizadas.....   | 62 |
| Quadro 8 – Perguntas sobre a percepção do residente sobre a residência e o seu papel como agente de educação permanente.....   | 80 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Perfil dos respondentes, segundo ano de conclusão da residência farmacêutica....  | 70 |
| Tabela 2 – Características gerais atuais dos egressos farmacêuticos respondentes, segundo sexo, escolaridade, esfera e atuação profissional..... | 72 |
| Tabela 3 – Atividades internas com potencial de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelos residentes egressos.....                        | 76 |
| Tabela 4 – Atividades externas com potencial de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelos residentes egressos.....                        | 79 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|          |  |
|----------|--|
| ANS      | Agência Nacional de Saúde Suplementar                      |
| Anvisa   | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                   |
| APS      | Atenção primária à saúde                                   |
| CAPS     | Centro de Apoio Psicossocial                               |
| CEP      | Comitê de Ética em Pesquisa                                |
| CCIH     | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar                |
| CFR      | Conselho Federal de Farmácia                               |
| CNE      | Conselho Nacional de Educação                              |
| CNRMS    | Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde |
| CNS      | Conselho Nacional de Saúde                                 |
| Conasems | Conselho Nacional de Secretaria Municipais de Saúde        |
| Conass   | Conselho Nacional de Secretários de Saúde                  |
| COREMU   | Comissão de Residência Multiprofissional                   |
| CTI      | Centro de Terapia Intensiva                                |
| DGH      | Departamento de Gestão Hospitalar                          |
| EC       | Educação Continuada  |
| EIP      | Educação Interprofissional                                 |
| EPS      | Educação Permanente em Saúde                               |
| Ensp     | Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca             |
| ES       | Estágio Supervisionado                                     |
| Fenafar  | Federação Nacional dos Farmacêuticos                       |
| FH       | Farmácia Hospitalar  |
| Fiocruz  | Fundação Oswaldo Cruz                                      |
| FNDE     | Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação              |
| HFA      | Hospital Federal do Andaraí                                |
| HFB      | Hospital Federal de Bonsucesso                             |
| HFCF     | Hospital Federal Cardoso Fontes                            |
| HFI      | Hospital Federal de Ipanema                                |
| HFL      | Hospital Federal da Lagoa                                  |
| HFSE     | Hospital Federal dos Servidores do Estado                  |
| IES      | Instituição de Ensino Superior                             |

|        |  |
|--------|--|
| LDB    | Lei de Diretrizes e Bases da Educação                                |
| MEC    | Ministério da Educação   |
| MS     | Ministério da Saúde  |
| NDAE   | Núcleo Docente Assistencial Estruturante                             |
| NERJ   | Núcleo Estadual no Rio de Janeiro                                    |
| OPAS   | Organização Panamericana de Saúde                                    |
| PIM    | Práticas Interdisciplinares e Multiprofissionais                     |
| PNEPS  | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde                    |
| POP    | Procedimento Operacional Padrão                                      |
| PPC    | Projeto Pedagógico do Curso  |
| PPP    | Projeto Político Pedagógico  |
| PRI    | Portaria Interministerial  |
| R1     | Primeiro ano de residência / Residente no primeiro ano de residência |
| R2     | Segundo ano de residência / Residente no segundo ano de residência   |
| RFH    | Residência em Farmácia Hospitalar                                    |
| SAS    | Secretaria de Atenção à Saúde  |
| SBRAFH | Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde      |
| SGTES  | Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde              |
| SMS    | Secretaria Municipal De Saúde  |
| SUS    | Sistema Único de Saúde   |
| TO     | Trabalho Orientado   |
| UFF    | Universidade Federal Fluminense                                      |
| UFMG   | Universidade Federal de Minas Gerais                                 |
| UFRJ   | Universidade Federal do Rio de Janeiro                               |
| UPA    | Unidade de Pronto Atendimento  |

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>2</b>     | <b>RELEVÂNCIA DO ESTUDO .....</b>                                   | <b>17</b> |
| <b>3</b>     | <b>OBJETO E OBJETIVOS .....</b>                                     | <b>18</b> |
| 3.1          | OBJETO .....  | 18        |
| 3.2          | OBJETIVOS .....   | 18        |
| <b>3.2.1</b> | <b>Geral .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>3.2.2</b> | <b>Específicos .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>4</b>     | <b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>                                   | <b>19</b> |
| 4.1          | EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE SABERES.....                               | 19        |
| <b>4.1.1</b> | <b>Educação em Saúde .....</b>                                      | <b>21</b> |
| <b>4.1.2</b> | <b>Educação Continuada .....</b>                                    | <b>23</b> |
| <b>4.1.3</b> | <b>Educação Permanente em Saúde .....</b>                           | <b>25</b> |
| 4.2          | FARMÁCIA HOSPITALAR .....   | 29        |
| <b>4.2.1</b> | <b>Educação Farmacêutica .....</b>                                  | <b>33</b> |
| <b>4.2.2</b> | <b>Residência em Farmácia .....</b>                                 | <b>35</b> |
| <b>5</b>     | <b>MÉTODOS.....</b>   | <b>37</b> |
| 5.1          | CENÁRIO DO ESTUDO .....   | 37        |
| 5.2          | POPULAÇÃO .....   | 38        |
| 5.3          | TIPO DE ESTUDO .....  | 38        |
| 5.4          | ETAPAS OPERACIONAIS.....  | 39        |
| <b>5.4.1</b> | <b>Análise documental.....</b>                                      | <b>39</b> |
| <b>5.4.2</b> | <b>Questionário eletrônico .....</b>                                | <b>41</b> |
| 5.4.2.1      | Teste do questionário   | 43        |
| 5.4.2.2      | Aplicação dos questionários eletrônicos                             | 43        |
| <b>5.4.3</b> | <b>Variáveis de análise .....</b>                                   | <b>44</b> |
| 5.4.3.1      | Análise documental  | 44        |
| 5.4.3.2      | Análise dos questionários eletrônicos                               | 45        |
| 5.5          | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....  | 46        |
| <b>6</b>     | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>                                 | <b>48</b> |
| 6.1          | RESIDÊNCIA PROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE..... | 48        |
| <b>6.1.1</b> | <b>Contextualização da normatização brasileira.....</b>             | <b>48</b> |

|              |  |            |
|--------------|--|------------|
| <b>6.1.2</b> | <b>Educação Permanente em Saúde: A residência em farmácia hospitalar da Universidade Federal Fluminense e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. ....</b> | <b>58</b>  |
| <b>6.2</b>   | <b>EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA RESIDÊNCIA DE FARMÁCIA HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES.....</b>  | <b>68</b>  |
| <b>6.2.1</b> | <b>Breve perfil dos residentes.....</b>  | <b>69</b>  |
| <b>6.2.2</b> | <b>Atividades desenvolvidas pelos residentes.....</b>  | <b>74</b>  |
| <b>6.2.3</b> | <b>Percepção do residente farmacêutico e a formação para a educação permanente em saúde.....</b>   | <b>80</b>  |
| <b>7</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>87</b>  |
|              | <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>91</b>  |
|              | <b>APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO PARA EGRESSOS.....</b>  | <b>99</b>  |
|              | <b>APÊNDICE 2 – NORMAS DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO.....</b>  | <b>104</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da residência uniprofissional em Farmácia Hospitalar nasceu da experiência vivida como residente hospitalar, das funções desempenhadas naquele momento e da possibilidade de refletir sobre como a residência contribui para que seu egresso se torne um agente de educação permanente em saúde nos hospitais. Esta circunstância permitiu, a partir da experiência vivida, desenvolver o trabalho de conclusão da residência. Desde o projeto inicial do mestrado esse foi o tema central de interesse, qual seja, compreender de que formas a residência pode colaborar para que o egresso da residência seja um educador em serviço, verificar como essa experiência motiva o farmacêutico especialista em farmácia hospitalar à realização de ações de educação em saúde. Assim, a construção da dissertação visita pontos ligados à farmácia hospitalar, à residência neste campo e à educação em saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente no Brasil, instituída pela Portaria Ministerial n.º. 198/2004, considera que a Educação Permanente em Saúde (EPS) engloba ações para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde (BRASIL, 2004). Além disso, a EPS se propõe a realizar a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva, levando a crer que é uma ferramenta fundamental para a melhor formação de recursos humanos (RH) em saúde, promovendo não apenas uma oportunidade de treinamento da atividade fim, mas integrando, no processo, o desenvolvimento crítico do novo profissional. A EPS se estrutura a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os envolvidos já têm. Seus processos têm, dentre seus objetivos, a transformação das práticas profissionais (BRASIL, 2007b).

Mais especificamente no campo do ensino farmacêutico, Menezes e Ferreira (1995) abordam a necessidade de transformação do ensino em farmácia, ressaltando que havia obras de meados da década de 80 demonstrando certa preocupação com as deficiências verificadas no ensino da área de farmácia hospitalar. A qualificação de farmacêuticos para atuar em farmácias hospitalares já foi abordada como maior e mais urgente desafio para a profissão, ressaltando o prejuízo registrado na administração hospitalar e os iminentes riscos para o paciente pela inexistência de farmacêuticos hospitalares adequadamente qualificados na maioria dos hospitais brasileiros na época.

Ainda na década de 90, Menezes e Ferreira (1996) em meio à sua análise sobre a

fragilidade curricular da época e a necessidade de melhoria do preparo dos farmacêuticos, apresentam dentre as possíveis soluções para a escassez de farmacêuticos hospitalares devidamente capacitados, perpassa, ainda que superficialmente, a sugestão de uma Residência em Farmácia Hospitalar (RFH).

O residente e seu ambiente de aprendizado, além da colaborarem nas farmácias hospitalares, também podem ser inseridos nos mesmo cenários que os alunos da graduação, constituindo-se em uma estratégia diferenciada e potente tanto no cuidado quanto na produção de conhecimento (BRASIL, 2006a).

Pode-se supor que contar com a participação de um profissional ainda em formação – o residente – na construção de conhecimentos de outro profissional – o graduando – tenha potencial para se tornar assunto complexo ou problemático, porém há relatos de junções que conseguiram frutificar de forma enriquecedora para todas as partes. Acredita-se que a residência pode ser um espaço muito rico para a integração das atividades executadas, colaborando na construção do novo processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2006a).

No livro “Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios”, publicado pelo Ministério da Saúde (MS), que compilou várias experiências de programas de residência multiprofissional no país (BRASIL, 2006a), pode-se encontrar distintos relatos da participação dos residentes: colaborando no desenvolvimento de aulas práticas da graduação, particularmente nos módulos de práticas interdisciplinares e multiprofissionais dos cursos de graduação; promovendo a participação de estudantes (graduandos e de ensino médio) em visitas para prepará-los para atuar segundo os princípios da Estratégia Saúde da Família; realizando trabalhos junto a graduandos da área da saúde, tendo como cenário municípios e o sistema de saúde local e; auxiliando no desenvolvimento de pesquisas que não se restringiam somente à produção de novos indicadores de saúde, mas se estendem à criação de novas metodologias de ensino em saúde.

A integração entre residente e graduando em serviço permite que os estudantes de graduação tenham atividades da residência integradas às atividades específicas da área profissional, como nas atividades coletivas interdisciplinares. Os estudantes de graduação tem tanto a oportunidade de acompanhar as atividades do residente da mesma área profissional, como participam, junto com residentes e profissionais, de trabalhos coletivos interdisciplinares, discutindo, problematizando e planejando as atividades integradamente (BRASIL, 2006a).

Essa troca entre serviços farmacêuticos e as demandas internas (do próprio serviço) e externas (dos serviços e setores alheios à farmácia) pode promover a constante necessidade

de contextualização entre o conhecimento recebido na academia e as demandas do serviço, promovendo, de forma indireta, a educação permanente em Farmácia.

Esta dissertação encontra-se estruturada em sete capítulos ou grandes sessões, além desta introdução. O capítulo 2 aborda a relevância do estudo, buscando trazer a justificativa para realização deste trabalho, reforçando a importância do tema e motivações para sua realização. O capítulo disposto em sequência é dedicado aos objetivos do estudo. Uma revisão da literatura sobre a educação em saúde, com destaque para os princípios ligados à educação permanente em saúde, contextualizada principalmente ao campo do Sistema Único de Saúde, além do panorama sobre farmácia hospitalar, com seu histórico, definições e atribuições gerais também é objeto do capítulo 4. O capítulo seguinte descreve o percurso metodológico que foi utilizado no estudo, que está centrado na triangulação de métodos, que envolveu análise documental de distintas fontes e aplicação de questionário eletrônico.

Os resultados e a discussão estão apresentados no capítulo 6, onde se analisa detalhadamente o conjunto de documentos, que envolvem tanto legislações, documentos internos da Universidade Federal Fluminense como diretrizes técnicas da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar buscando registrar a interface entre a residência, especialmente a farmacêutica e a educação permanente em saúde. Além disso, a percepção do residente egresso também foi discutida, após análises das respostas aos questionários eletrônicos que foram utilizados.

Por fim, são apresentadas considerações finais retomando alguns pontos centrais do estudo, incluindo algumas limitações identificadas e desdobramentos futuros.

## 2 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Os Programas de Residência, dentre as diversas modalidades de formação, buscam correlacionar a teoria exposta durante a graduação com a prática em serviço. Mais especificamente, os residentes em farmácia hospitalar podem ser, muitas vezes, mediadores entre o serviço de farmácia e as outras unidades e serviços do hospital contribuindo, por exemplo, com informações sobre os fluxos e processos da farmácia, os medicamentos separadamente ou mesmo sobre a terapia de cada paciente.

Além disso, ao final do período de residência, seus concluintes podem apresentar suas observações e sugestões de melhoria acerca de algum processo do serviço observado, por meio de seu trabalho de conclusão de curso. Assim, alguns apontamentos observados nos trabalhos podem ser incorporados aos serviços, evidenciando o potencial reflexivo da inserção do profissional residente na farmácia hospitalar, mesmo que pelo curto período de dois anos.

Nesse contexto, pode-se considerar o programa de residência em farmácia hospitalar (RFH) desenvolvido pela Universidade Federal Fluminense (UFF), em cooperação tanto com o Ministério da Saúde quanto com o Município do Rio de Janeiro, uma experiência exitosa que já conta com mais de 20 anos. Durante sua trajetória, o programa se adaptou, modificou-se e apresenta-se como importante cenário para identificar, em toda sua história, elementos da articulação entre os residentes e a estrutura atuais da residência e o desenvolvimento de atividades de educação em saúde nos serviços hospitalares integrantes do programa, sendo este o enfoque deste projeto.

Percebem-se lacunas de conhecimento em torno do panorama exposto, ou seja, entre a RFH ofertada pela UFF e o desenvolvimento de práticas de EPS, tanto em publicações da área farmacêutica quanto nas de educação em saúde voltadas para a área das ciências farmacêuticas. A intenção de se verificar em que medida o programa de residência capacitou os residentes a apoiar e/ou promover ações educativas durante a sua inserção profissional no hospital e sob supervisão de preceptores é um questionamento inerente à realização deste estudo.

Em outras palavras, este trabalho se propõe a averiguar se houve o desenvolvimento de atividades educativas pelos residentes egressos e se estas são frutos do incentivo e instrumentalização do programa de residência. Além disso, busca compreender qual a percepção dos alunos sobre sua atuação como educadores permanentes em saúde na atualidade.

### **3 OBJETO E OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETO**

A residência uniprofissional em Farmácia Hospitalar da Universidade Federal Fluminense.

#### **3.2 OBJETIVOS**

##### **3.2.1 Geral**

Analisar a contribuição da residência uniprofissional em Farmácia Hospitalar da Universidade Federal Fluminense para que o farmacêutico egresso desenvolva ações de educação permanente em saúde.

##### **3.2.2 Específicos**

1. Descrever como o tema da Educação Permanente em Saúde contextualizada à Residência em Farmácia Hospitalar está presente nas normas dos Ministérios da Educação e da Saúde, nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e nos documentos internos disponibilizados pela Universidade Federal Fluminense.
2. Relacionar as atividades em educação em saúde desempenhadas pelo residente em farmácia hospitalar com potencial para promoção da educação permanente em Farmácia;
3. Descrever a perspectiva dos egressos sobre a contribuição da residência farmacêutica hospitalar na formação profissional para educação em saúde.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE SABERES

Educação é uma contínua busca por caminhos paralelos para os problemas reais que são vivenciados no cotidiano, de acordo com Peixoto e colaboradores (2013). Além disso, ela se baseia na reformulação da estrutura e dos processos produtivos em si, levando em consideração as formas singulares de cada tempo e lugar (CECCIM, 2005).

Por mais que a educação se proponha a reformular os caminhos para lidar com os problemas e reformular estruturas, Freire (2016) diz que o modelo educacional tradicional oferece como única ação possível a recepção de depósitos de informação, guardá-los e arquivá-los. Nesta visão “bancária” da educação, o “saber” é doado, pelos que se julgam sábios, aos que julgam nada saber (FREIRE, 2016). Porém, há uma ruptura do modelo “bancário” a partir do momento que o educador vê o educando como companheiro na edificação do saber e como sujeito ativo na transformação e construção do “saber”, momento no qual não há mais depósito, não há mais opressão, há libertação (FREIRE, 2016).

Portanto, uma vez que é possível entender a missão da educação como de transmitir não o mero saber, mas uma cultura que permita ao indivíduo compreender sua condição e o ajude a viver, e que favoreça, ao mesmo tempo, um modo de pensar aberto e livre (FERRAZ, 2005), deve-se assumir outra postura em relação à forma de transmissão da educação.

Para tanto, deve-se fazer uso do diálogo, que surge como essência da educação e que não deve ser reduzido ao simples depósito de ideias de um sujeito no outro, mas representar a ferramenta utilizada no encontro entre pessoas, para problematizar situações e gerar modificações na realidade (PEIXOTO et al., 2013).

Há no contexto da educação abordagens que partem da premissa fundamental de que o indivíduo é agente ativo e produtor do próprio conhecimento, construindo significados e definindo seu próprio sentido e a representação da realidade, de acordo com suas vivências e experiências em diferentes contextos (FERRAZ, 2005). Em seu trabalho, Ferraz (2005) aborda ainda a ideia de que educar, em qualquer instituição ou área, é contribuir no processo de humanização, caminhando para a emancipação, a autonomia responsável, a subjetividade moral e ética, a liberdade individual e coletiva, sendo que, neste processo, o indivíduo tem o direito e dever de ser o agente ativo, sujeito na sua construção de seus conhecimentos.

Por algum tempo o trabalhador foi visto como objeto, um fator de produção, que oferecia sua força de trabalho em troca de um complexo sistema de salários, não sendo

considerado sujeito do processo de trabalho. Porém, a crescente valorização do conhecimento tácito do trabalhador, ou seja, aquele conhecimento sobre as atividades exercidas e adquirido no processo de trabalho, dificilmente codificável, mas essencial para o andamento da produção e do crescimento pessoal e profissional, representa a validação do aspecto crítico da construção de conceitos e significados para a execução das atividades do serviço (FERRAZ, 2005).

Na conclusão de seu trabalho, Vinholes, Alano e Galato (2009) pontuam que as ações de educação têm maior impacto sobre a saúde da população quando os educadores, além do conhecimento científico, possuem habilidades para usar as experiências dos envolvidos no ato de ensinar, respeitando os indivíduos e tornando-os ativos no seu processo de aprendizado.

A literatura traz a concepção de que, no processo educativo, deve-se não somente utilizar a bagagem de vivências dos envolvidos, mas também deve-se focar não somente nos conteúdos conceituais escolares ou técnicos, promovendo conhecimentos procedimentais e conhecimentos atitudinais, apresentados como saber-fazer e saber-ser, respectivamente (NUNES; PATRUS-PENA, 2011). Nunes e Patrus-Pena (2011) argumentam que esses “saberes” são interpretados como competências e seriam marcadores exigíveis nos processos educativos

Desde 1990, com o advento da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o poder público já vincula a necessidade de criação de comissões permanentes de integração entre o serviço de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Também na Lei Orgânica da Saúde está descrito que estas comissões devem “propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos RH do SUS” (BRASIL, 1990).

Davini (1989) discorre que a verdadeira formação é aquela que promove o desenvolvimento pessoal, profissional e social dos sujeitos, assim como a autonomia do pensamento e de ação. Há um consenso de que, para alcançar essa finalidade, é necessário que os trabalhadores tenham domínio de sua ciência e sua técnica, atuando de maneira reflexiva.

No campo da saúde, é possível encontrar conceitos que parecem representar paradigmas em contraste denominados “Educação Continuada” e “Educação Permanente”, que, embora não sejam efetivamente opostos, abordam o processo ensino-aprendizagem com especificidades (PEIXOTO et al., 2013).

#### 4.1.1 Educação em Saúde

A preocupação com a educação em saúde assume importância mundial no momento em que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) conceitua a educação permanente como “um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, ativo e contínuo, com a finalidade de análise e melhoramento da capacitação de pessoas e grupos, frente à evolução tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais” (OPAS, 1978 apud FERRAZ, 2005).

Deve-se lembrar que educar implica em algo mais que simples divulgação de conhecimento, demandando o envolvimento de processos que contribuam para a mudança de atitudes e condutas das pessoas. Assim a educação em saúde consiste em um componente da promoção da saúde, porém com um aspecto mais específico, buscar formar indivíduos mais cientes de sua própria situação e dos fatores que podem ajudá-los a manter-se com boa saúde e prevenir doenças (VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009).

Portanto, o que se busca é rompimento dos esquemas verticais característicos da educação bancária, desestruturando os papéis fixos de educador e educando e edificando os novos papéis de “educador-educando”, que enquanto educa, é educado através do diálogo com o “educando-educador” que, ao ser educado, também educa (FREIRE, 2016). A dinâmica vertical se baseia na busca de preservação do conhecimento, porém não há conhecimento uma vez que os educando não são chamados a conhecer, mas a memorizar o conteúdo e não realizam nenhum ato cognoscitivo (FREIRE, 2016).

Ferraz (2005), em seu estudo, explana que a geração de conhecimentos no campo da saúde e formação de seus trabalhadores ainda são consideradas como atividades isoladas, apesar de vários esforços. Porém, para mudar esse paradigma, as políticas transformadoras devem vencer os desafios do processo de educação na área da saúde, possibilitando aos trabalhadores o compartilhamento e o acesso ao conhecimento científico produzido; viabilizando sua aplicação na solução de problemas do setor saúde como um todo; e capacitando os trabalhadores para que esse processo de educação seja contínuo ao longo de suas vidas laborais, tornando-os agentes de uma prática criadora, que induza as organizações a desenvolverem programas de atualização permanente ou de educação continuada para a contínua reflexão e ressignificação dos conhecimentos, por parte desses trabalhadores.

Com o passar do tempo, este processo de educação em saúde vem se tornando mais integral, dinâmico e participativo, ou seja, vem se desenvolvendo conforme as necessidades individuais e coletivas das diversas equipes de trabalho de saúde. Torna-se imprescindível

perceber a relevância de espaços sociais de educação, com o diálogo educacional e o intercâmbio de ideias e experiências entre gestores, condutores do processo de aprendizagem e operadores da assistência em saúde, como elementos essenciais no processo de construção de conhecimentos (FERRAZ, 2005).

Um dos documentos norteadores das ações referentes aos RH do SUS, “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)” (BRASIL, 2003), pontua, dentre os objetivos da política de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS, a criação de condições para a promoção e educação em saúde. Além disso a NOB/RH-SUS estabelece que o modelo de educação em saúde seja baseado nas atribuições e competências dos trabalhadores e para suas equipes, sendo possível, assim, a implementação do SUS em novos modelos assistenciais e de gestão.

A proposta da educação em saúde está baseada na capacitação dos trabalhadores de saúde por meio da metodologia da problematização do processo e da qualidade do trabalho ofertado em cada serviço de saúde, configurando-se como um processo político-social baseado no conceito de descentralização e com implantação ascendente e multiprofissional (FERRAZ, 2005). Essa capacitação pode ser pactuada de forma intersetorial, estabelecendo estratégias de compartilhamento de saberes e múltiplos fazeres dos diversos sujeitos (PARO; RIOS, 2018).

O processo reflexivo e educacional não pode focar apenas no domínio de habilidades em fisiopatologia ou na busca de evidências, mas deve perpassar, também, o caráter ontológico do trabalho, as relações entre o trabalhador da saúde e o sujeito-cidadão do cuidado, as ações e serviços de saúde e a produção de significados nos atos de cuidar, tratar e acompanhar. Deve-se ter em vista que os setores ou serviços de uma instituição são intercomplementares e que todos os diferentes trabalhadores podem e devem exercer o trabalho interdisciplinar e transdisciplinar, sendo corresponsáveis pela retroalimentação de suas ações e gerando transformações físicas ou conceituais que promovam a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população (FERRAZ, 2005).

A educação interprofissional já é discutida no cenário internacional, com o intuito de estimular o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho de equipe. Para melhor execução da educação interprofissional, utilizam-se pressupostos educacionais da aprendizagem de adultos, que preconizam que o aprendizado está condicionado à visão de significado, consideração do conhecimento prévio de quem está aprendendo e a percepção de aplicabilidade do que se está aprendendo (BATISTA, 2012).

As atividades de educação em saúde, se efetivamente desenvolvidas e direcionadas

para a construção coletiva de conhecimentos, tornam-se uma forma de promover e melhorar as competências técnico-científicas, culturais, éticas, políticas e humanísticas dos trabalhadores da saúde, em relação ao cuidado prestado ao usuário do serviço e do cuidado. A educação em saúde no trabalho se caracteriza pela incessante busca e renovação do “saber fazer educativo”, criando novas possibilidades para inovar a realidade pessoal e profissional dos trabalhadores de saúde (FERRAZ, 2005). Os cenários de ensino passam, portanto, a demandar intrinsecamente que sejam diversificados para agregar ao processo equipamentos educacionais, proporcionando ao trabalhador explorar e desenvolver problemas reais (PARO; RIOS, 2018).

#### **4.1.2 Educação Continuada**

De acordo com Meštrović e Rouse (2015), no século XX foram percebidos ganhos espetaculares em relação ao campo do conhecimento biomédico, mas seu potencial tem sido limitado pela translação inadequada, inquietante e ineficiente de conhecimentos e habilidades para os locais de trabalho do cuidado em saúde. Segundo esses autores, sem o apoio educacional necessário, não se alcançarão as transformações necessárias na educação e na prática na velocidade desejada enquanto não houver novas abordagens e compromissos de todos os interessados em relação à mudança.

Peixoto e colaboradores (2013) fizeram um apanhado de vários artigos que tratam de educação continuada e permanente, abordada na próxima subseção. Isso permitiu a comparação paralela de vários conceitos, auxiliando na identificação das convergências entre as descrições. Portanto, a Educação Continuada (EC) pode ser definida como um conjunto de atividades educativas para atualização do indivíduo, desenvolvidas após a graduação, relacionadas com a atualização profissional, com duração definida e metodologia tradicional onde é oportunizado seu desenvolvimento, bem como sua participação ativa nos processos da instituição.

Muitos países já fizeram mudanças significativas na forma como os profissionais de saúde são formados e treinados antes de integrar o serviço de saúde, porém não foi dada tanta atenção para os modelos e as abordagens que garantam constante melhoria da competência e suporte ao desenvolvimento do profissional (MEŠTROVIĆ; ROUSE, 2015).

Assim, a EC se apresenta como um processo de atualização técnico-científica contínuo oferecendo, ao profissional, a reflexão da profissão e suas práticas, promovendo o desenvolvimento pessoal. O ato de estabelecer um programa de educação continuada tendo

como base a interdisciplinaridade propicia maior interação da equipe de saúde, promovendo oportunamente a promoção da aprendizagem e intercâmbio dos conhecimentos. Há diferentes maneiras de definir a educação continuada, mas seu propósito sempre será a aquisição de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e reestruturações comportamentais (PEIXOTO et al., 2013).

Há entre os farmacêuticos americanos uma certa resistência em relação aos benefícios do modelo de desenvolvimento profissional contínuo, que faz parte da esfera de educação continuada farmacêutica cobrada pelo conselho americano de acreditação para a educação farmacêutica. O modelo envolve mais esforço de aprendizado e engajamento que os processos de educação continuada tradicionais (MEŠTROVIĆ; ROUSE, 2015).

A EC é desenvolvida após a profissionalização e visa atualizar os conhecimentos e oferecer novas informações, analisando as experiências subsequentes à formação inicial, permitindo ao profissional qualificar sua competência individual e alinhando esta competência às suas responsabilidades junto ao serviço. E mais, tem ênfase em treinamentos e cursos, para adequar os profissionais às rotinas do serviço na unidade, de modo que não representa um espaço de reflexão e crítica sobre o cuidado, mas uma reprodução de abordagens já consagradas (PEIXOTO et al., 2013).

A necessidade de expandir e equipar a força de trabalho em saúde para que alcancem as necessidades da população resultaram em um aumento na capacidade de educação e treinamento. Porém, conforme aumenta a cobrança em relação a uma equipe de RH mais competente e apta para os processos, a quantidade, mas não necessariamente a qualidade de programas educacionais aumentam (MEŠTROVIĆ; ROUSE, 2015).

A EC usualmente trabalha de forma uniprofissional, buscando uma prática autônoma, focada em temas e especialidades de um certo campo técnico, objetivando atualização técnico-científica esporádica, utilizando-se de metodologias pedagógicas fundamentadas na pedagogia de transmissão, e buscando atingir a apropriação do saber científico passivamente (PEIXOTO et al., 2013).

### 4.1.3 Educação Permanente em Saúde

Davini (1989) esclarece que o ponto de partida para sistematizar a metodologia de aprendizagem-trabalho é reconhecer este último como fator educativo. Esta reflexão, no contexto pedagógico e didático, ocorre para orientar o desenvolvimento da proposta de educação permanente do profissional de saúde.

O processo aprendizagem-trabalho, base da educação permanente, é um processo dinâmico, ativo e contínuo de ensino e aprendizagem que se desenvolve no cotidiano de pessoas e organizações, buscando analisar e melhorar a capacitação das pessoas e grupos, em resposta à evolução tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais (BRASIL, 2007b; PEIXOTO et al., 2013).

Assim, Educação Permanente em Saúde (EPS) significa aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa<sup>1</sup> e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A EPS objetiva o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2007b; PEIXOTO et al., 2013).

Em sua proposição para a articulação ensino-trabalho, a EPS foi concebida como processo educativo incorporado ao cotidiano da produção setorial. Corresponde à Educação em Serviço quando conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica são submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar (CECCIM, 2005).

No Brasil, existe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, aprovada em 2003, que propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde ocorram a partir da problematização do processo de trabalho, devendo, também, a análise do processo de trabalho basear as demandas por mudanças e melhorias, com seus problemas e desafios (PEIXOTO et al., 2013). Essa opção político-pedagógica tornou-se uma estratégia do SUS para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

---

<sup>1</sup> A aprendizagem significativa visa responder a uma pergunta ou uma inquietação. Ela decorre da motivação do sujeito, ou seja, quando há desejo de se apropriar de novos conhecimentos e quando os conhecimentos prévios do trabalhador e sobre o contexto local são considerados de forma tácita. Implica na transformação das práticas dos profissionais sustentada por uma visão e reflexão crítica sobre as práticas correntes desenvolvidas nos processos de trabalho. Esse tipo de aprendizagem é um processo cuja nova informação tem um aspecto importante na estrutura de conhecimento do indivíduo. Ela se expressa pela relação de familiaridade estabelecida entre o objeto de conhecimento e as proposições relevantes preexistentes na estrutura cognitiva do indivíduo, uma vez que sua essência se expressa na construção de relações entre aquilo que é apresentado ao sujeito e aquilo que ele já sabe (BRASIL, 2005a).

Ceccim e Ferla (2008) descrevem no capítulo Educação Permanente em Saúde do livro Dicionário de Educação Profissional em Saúde, que a Política explicita a:

“ 1) articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locais regionais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em ‘cooperação’ para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade. O eixo para formular, implementar e avaliar a ‘educação permanente em saúde’ deve ser o da integralidade e o da implicação com os usuários.” (CECCIM; FERLA, 2008, p. 162).

Contextualmente, pode-se encontrar correlação entre educação permanente e educação continuada, quando aquela está inserida na reformulação técnica de quadros institucionais baseadas em vivências. A característica principal e que não deve ser alterada da EPS é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde. Quando se aborda a EPS deve-se manter a característica adaptável, multiprofissional e buscar uma prática institucionalizada, deixando evidenciado que ou constitui-se um coletivo multiprofissional de trabalho ou coloca-se em risco a qualidade do trabalho, porque os profissionais sempre serão poucos, sempre estarão desatualizados, nunca dominarão tudo o que se requer em situações complexas em saúde (CECCIM, 2005).

A EPS objetiva a transformação de práticas técnicas e sociais, com periodicidade contínua, fundamentando-se no processo pedagógico centrado na resolução de problemas, onde o resultado traz a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico, fortalecendo a equipe de trabalho (PEIXOTO et al., 2013).

Pela ação do trabalho, o indivíduo modifica o meio e a si mesmo. É a partir deste ponto que se desenvolve o valor educativo do trabalho, ao se conceber a educação como um movimento de transformação do sujeito que, transformando-se, transforma seu entorno e vice-versa (DAVINI, 1989).

A EPS busca mudar a formação e o desenvolvimento profissional, para tanto, retira seus conteúdos de estudo das situações vivenciadas pelos trabalhadores no cotidiano e problematiza a situação, preceitos conceituais e possibilidades de resolução baseadas nas experiências que o trabalhador já tem. Propõe que o processo educacional desses trabalhadores considere as necessidades de formação e seja pautado pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2007b; PEIXOTO et al., 2013).

Novamente, Peixoto (2013) intenciona resumir o que se deve entender por EPS em seu trabalho ao afirmar que:

“A EPS deve ser entendida como espaço de problematização, reflexão, diálogo e construção de consensos, fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, na valorização do trabalho como fonte do conhecimento, voltada para um olhar multiprofissional, interdisciplinar e as práticas sociais e relacionada à concepção da integralidade” (PEIXOTO et al., 2013, p. 336).

Neste sentido, é recomendado que as ações que compõe a iniciativa de EPS convidem o trabalhador a problematizar as práticas em saúde coletiva em curso e a própria práxis que este vem construindo nos cenários práticos de aprendizagem (PARO et al., 2017).

Já Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) destacam a importância de se problematizar a realidade, que leva ao reconhecimento do desejo de mudanças, pois faz despontar no sujeito sentimentos de incômodo e a percepção de que sua prática não está sendo suficientemente capaz de responder aos desafios impostos pelo seu trabalho. Segundo esses autores, o incômodo só pode ser despertado quando ele é percebido e vivido de forma intensa. A vivência e a reflexão sobre as práticas de trabalho, que podem ser encontrados muitas vezes nos processos formativos na EPS, são os caminhos ideais para produção de insatisfações e disposição para elaborar respostas ou saídas adequadas diante dos desafios propostos

Em meio ao processo de construção dos cenários e com a percepção da liberdade para expor suas ideias, sem medo de se sentir constrangido, há uma dissolução das hierarquias, não a nível institucional, mas no âmbito da construção coletiva da produção e das relações entre as pessoas (BRASIL, 2018).

Uma das aplicações mais disseminadas de EPS é a educação em serviço, como por exemplo nos programas de residência. Nestes programas, é possibilitado aos profissionais residentes que os serviços de saúde vinculados ao SUS sejam campos para o desenvolvimento das estratégias educacionais práticas por meio do treinamento em serviço (PARO et al., 2017).

Os programas de residência em saúde pretendem atender o preceito constitucional da integralidade, fazendo-o por meio da interdisciplinaridade (programas uni ou multiprofissionais). Esta interdisciplinaridade ou trabalho em equipe, é a capacidade de indivíduos que de um agrupamento se articularem entre si no cotidiano das práticas de trabalho, para desenvolver ações que permitam o cuidado integral à saúde de usuários (RIOS; PARO, 2018).

Em 2018, o MS lançou um livro que traz uma coletânea de ações exitosas relacionadas à capacitação dos trabalhadores do Ministério intitulado “Educação Permanente como ferramenta estratégica de gestão de pessoas – Experiências exitosas da cooperação entre a

Secretaria-Executiva do MS e a Fundação Oswaldo Cruz”, onde é possível ler o seguinte relato:

“Com isso, concluiu-se que a efetivação do processo de educação permanente incorporado na prática cotidiana dos colaboradores [...], serve como experiência e pode se estender a outras coordenações que lidam com os usuários do SUS, sendo indispensável, visto que sua contribuição produz um trabalho efetivo e de longo alcance transformando o trabalho mecânico e sem reflexão, mais produtivo, reflexivo e humanizado” (BRASIL, 2018, p. 140).

O objetivo final é desenvolver e aumentar a capacidade pedagógica regional para ações e intervenções na área da saúde, disseminando e utilizando-se do conceito da EPS como orientador das práticas educacionais, visando melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população (BRASIL, 2007b).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) representou um marco na política de qualificação de RH para o SUS. Foi instituída no ano de 2004 buscando desencadear o desenvolvimento dos profissionais de saúde com relação à atenção integral à população e ao fortalecimento do SUS, desde a formação técnica até a pós-graduação (TORRES; LUIZA; CAMPOS, 2018).

## 4.2 FARMÁCIA HOSPITALAR

Na primeira metade do século XX verifica-se um extraordinário avanço dos conhecimentos sobre a natureza das doenças e, em consequência, a urgente necessidade de aprimorar os métodos diagnósticos e terapêuticos, obrigando os hospitais a se organizarem cada vez mais administrativa e economicamente (CAVALLINI; BISSON, 2010). Dentro da organização da estrutura administrativa dos hospitais, dá-se importância a estrutura que auxilie a gestão hospitalar a acalmar a população cada vez mais esclarecida a respeito de seus direitos em relação ao tratamento de suas doenças (CAVALLINI; BISSON, 2010).

A farmácia hospitalar (FH) tem por função principal garantir a qualidade dos medicamentos e correlatos empregados na assistência prestada ao paciente, bem como o uso seguro e racional de tais substâncias. O uso dos medicamentos deve ser adequado à saúde individual e coletiva, tanto na perspectiva assistencial, quanto na preventiva, docente e investigativa, devendo contar com farmacêuticos em número suficiente para isto (CAVALLINI; BISSON, 2010).

O desenvolvimento da FH no Brasil teve seu marco inicial nos anos 40 com a produção, em escala industrial, de sulfas pelos hospitais. Na década seguinte (1950), os serviços de farmácia das Santas Casas de Misericórdia e do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo passaram por importante modernização e desenvolvimento para atender aos novos desafios (OSORIO-DE-CASTRO; CASTILHO, 2004). Nos cinquenta anos entre o início da modernização dos serviços de farmácia e o fim do século XX, vários fatos ocorreram que, pontualmente ou em conjunto, se tornaram cruciais para o desenvolvimento de conhecimento crítico e fomento técnico em Farmácia Hospitalar (OSORIO-DE-CASTRO; CASTILHO, 2004).

A Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH) conceitua a FH como “uma unidade clínica, administrativa e econômica, dirigida por farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção do hospital, adaptada e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente” (SBRAFH, 2017a). Inserido nesta unidade, o farmacêutico hospitalar realiza ações clínico-assistenciais, e é também incumbido de reduzir custos, utilizar a tecnologia e os recursos humanos com maior eficiência e desenvolver sistemas seguros de utilização de medicamentos (STORPIRTIS et al., 2008).

Os conceitos apresentados sobre farmácia hospitalar evidenciam o duplo aspecto deste serviço: o aspecto de setor de suprimentos e o aspecto de setor assistencial, que pode ser vista também como uma dicotomia entre seu cunho administrativo e assistencial. Ou seja,

mantendo uma visão voltada para a integralidade do cuidado, a Farmácia Hospitalar, além das atividades tradicionais de suprimentos, realiza atividades assistenciais e técnico-científicas, visando aumentar a qualidade e racionalidade do processo de utilização do medicamento no âmbito hospitalar (STORPIRTIS et al., 2008).

Para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a missão do farmacêutico compreende tudo que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, velando, a todo momento, por sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente. Esse profissional de saúde tem, portanto, uma importante função clínica, administrativa e de consulta (OPAS, 1978 apud FERRAZ, 2005).

A OPAS já orientava, em documento de 1987, que a FH tem como objetivo promover a assistência farmacêutica, sustentando seu trabalho em pilares considerados prioritários, que são: (1) Seleção de medicamentos; (2) Aquisição, conservação e controle dos medicamentos selecionados; (3) Estabelecimento de um sistema racional de distribuição de medicamentos e (4) Implantação de um sistema de informação sobre medicamentos. Outrossim, para a implantação de uma assistência farmacêutica hospitalar mais abrangente, há necessidade de relacionar outras ações de grande relevância para a efetivação e o aprimoramento da assistência (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1987), como:

- Implantação e desenvolvimento da farmácia clínica;
- Desenvolvimento de programa de suporte nutricional;
- Atividades de Farmacovigilância;
- Desenvolvimento de **atividades educacionais**<sup>2</sup> e de pesquisa;
- Programa de farmacocinética clínica;
- Elaboração de protocolos terapêuticos.

Corroborando novas responsabilidades que são de grande importância e que começam a ser exigidas pela sociedade, cuja consciência de seus direitos se consolida de forma cada vez mais evidente, Storpirtis e colaboradores (2008) no corpo de sua obra, define como missão da Farmácia Hospitalar:

“Oferecer assistência farmacêutica com critérios de qualidade e custo-efetividade visando atender às necessidades farmacoterápicas dos usuários do hospital, garantindo uma terapia segura e efetiva que melhore a qualidade de vida dos indivíduos e atuando de forma integrada às diretrizes e políticas do hospital.” (STORPIRTIS et al., 2008, p. 104).

---

<sup>2</sup> Grifo do autor

Ao se abordar a questão de suprimentos, o farmacêutico hospitalar é, normalmente, chamado também para administrar ou ao menos para contribuir com a gestão de custos, uma vez que os medicamentos e os produtos envolvidos em sua administração ou procedimentos, passam dos 25 a 30% das contas hospitalares (STORPIRTIS et al., 2008). Em função deste montante significativo, as farmácias dos hospitais, antes compreendidas como simples depósitos e com a única finalidade de adquirir e distribuir medicamentos passivamente para pacientes internados ou ambulatoriais, adquiriram funções mais complexas ao longo do tempo, envolvendo dimensões técnico-administrativas e técnico-assistenciais (MENEZES; FERREIRA, 1995).

Neste sentido, o farmacêutico hospitalar tem papel estratégico, ao ser responsável pelo planejamento de toda a estrutura de Assistência Farmacêutica em conjunto com as diversas equipes de trabalho. Cabe a esse profissional e sua equipe, articular recursos e mobilizar os meios possíveis para alcançar resultados que tenham impacto na assistência ao paciente, levando em consideração a complexidade e as características específicas e diferenciadas de cada organização hospitalar (STORPIRTIS et al., 2008).

A prática farmacêutica objetivando os aspectos relativos à aquisição, distribuição e produção de medicamentos já não gera indicadores de impacto em relação a qualidade, segurança e custo da farmacoterapia. A dimensão assistencial, que implica numa atuação com maior enfoque nos pacientes surge então visando atingir indicadores de saúde. É por meio de sua parte assistencial que a Farmácia passa a ser considerada o serviço que tem a responsabilidade de incorporar valor à terapia medicamentosa prestada pelo hospital, buscando a farmacoterapia mais segura e eficiente na atenção individualizada a cada paciente (STORPIRTIS et al., 2008).

Mesmo assim, a dedicação à parte clínico-assistencial gera novas demandas, inclusive gerenciais, fazendo com que o profissional assuma maior responsabilidade tanto com a farmacoterapia dos usuários, como com a promoção constante do uso racional de medicamentos, desenvolvendo ações direcionais para as necessidades do paciente e demandas das unidades (STORPIRTIS et al., 2008).

O crescente número de especialidades farmacêuticas no mercado, impulsionado pela pesquisa clínica das indústrias aumenta em larga escala a importância da Farmacoterapia no processo assistencial. Assim, ações da FH se tornam mais essenciais e demandam uma assistência farmacêutica integral que englobe o perfil do hospital e as demandas individuais de cada doente. Uma vez que também é uma unidade assistencial, o foco de atenção da Farmácia deve estar voltado ao paciente e suas necessidades, mantendo o medicamento

como instrumento desse processo. O farmacêutico, então, concilia os resultados da assistência prestada ao paciente com a necessidade de prover os medicamentos e outros produtos farmacêuticos (STORPIRTIS et al., 2008).

No final da década de 90, a escassez de informações disponíveis sobre a situação da FH no Brasil motivou a realização de uma pesquisa diagnóstica. O projeto com expressão nacional pautou-se em avaliação normativa de estrutura e processo, utilizando-se da abordagem de análise de sistemas de Donabedian (estrutura, processo e resultados) executado por meio da aplicação de questionário com 224 perguntas. Este trabalho fundamentou sua justificativa na importância que o uso racional de medicamentos tem no contexto da atenção em saúde e na ausência de informações técnicas e representativas sobre a situação dos serviços de farmácia hospitalar no país. (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; CAMACHO, 2007).

A pesquisa desenvolvida por Osório-de-Castro e Castilho (2004) tinha uma preocupação com a farmácia hospitalar, buscando reestruturá-la e edificá-la enquanto setor e serviço, em função da baixa adequação de seus achados aos padrões mínimos de qualidade estruturados na pesquisa. Por fim, a iniciativa se mostrou importante para subsidiar medidas contributivas para o crescimento da farmácia hospitalar brasileira.

Outras iniciativas que correlacionam a FH no SUS incluem a publicação da Portaria nº 4.283 de 30 de dezembro de 2010 pelo MS, que define as diretrizes e estratégias da assistência farmacêutica em hospitais, tendo como base os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Durante a construção da norma estiveram presentes diversos atores de interesse e, na elaboração do texto final da Portaria, o Departamento de Assistência Farmacêutica do MS coordenou o grupo de trabalho com envolvimento de diversos gestores do SUS, que foram: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (Sbrafh), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar) (BRASIL, 2010).

A legislação supracitada aprovou seis diretrizes e algumas estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. As diretrizes são: (1) Gestão; (2) Desenvolvimento de ações inseridas na atenção integral à saúde (essa diretriz engloba atividades de gerenciamento de tecnologias: manipulação e o cuidado ao paciente); (3) Infraestrutura física, tecnológica e gestão da

informação; (4) Recursos humanos; (5) Informação sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde e (6) Ensino, pesquisa e educação permanente em saúde (BRASIL, 2010).

Em consonância com as estruturas normativas e buscando fortalecer o serviço prestado pela farmácia hospitalar, a SBRAFH (2017a) apresenta as atribuições essenciais da farmácia hospitalar agrupada em sete subtítulos (e.g., gestão, logística farmacêutica e preparo de medicamentos, ensino educação permanente e pesquisa), que são estruturados majoritariamente em demandas mínimas, por sua vez, compondo os padrões mínimos esperados para uma farmácia hospitalar.

#### **4.2.1 Educação Farmacêutica**

O Conselho Federal de Farmácia (2019) publicou um documento explorando a formação farmacêutica no Brasil, buscando abarcar e contemplar a trajetória histórica da educação farmacêutica. Compilando normas desde 1832, no período da regência quando os primeiros cursos de Farmácia foram criados no Rio de Janeiro e em Salvador, até a última publicação importante para a educação farmacêutica em 2017, quando o Conselho Nacional de Educação (CNE) publica as alterações mais recentes nas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Farmácia (BRASIL, 2017).

O desenvolvimento dos serviços de farmácia dos hospitais nos anos 50 demandou desenvolvimento do nível do ensino de graduação, culminando, em 1975, na inclusão da disciplina de Farmácia Hospitalar no currículo do curso de farmácia da Universidade Federal de Minas Gerias (UFMG); e na criação, em 1980, do primeiro curso de especialização em Farmácia Hospitalar do Brasil na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que anos depois se tornou o primeiro curso de mestrado do Brasil nessa área (CAVALLINI; BISSON, 2010; OSORIO-DE-CASTRO; CASTILHO, 2004).

Para que a Farmácia atinja seus objetivos é essencial a presença de farmacêuticos hospitalares atuantes, com uma visão ampliada do serviço e propostas atualizadas de trabalho, capazes de detectar e satisfazer as necessidades do hospital em relação à assistência farmacêutica (STORPIRTIS et al., 2008). Esse processo de qualificação do farmacêutico se dá pelo aperfeiçoamento constante para a farmácia hospitalar, o que constitui, por si só, um dos maiores e mais urgentes desafios para a profissão (MENEZES; FERREIRA, 1995).

A formação técnica habilita os trabalhadores para executar seus ofícios nos diferentes níveis de operação de trabalho, do generalista ou especialista, mas não assegura a qualificação permanente para a multidimensionalidade das necessidades individuais e

coletivas em saúde (CECCIM; FERLA, 2018).

No contexto da farmácia hospitalar, em que a responsabilidade do farmacêutico não termina na dispensação do medicamento ao usuário, mas persiste até que os resultados terapêuticos almejados sejam alcançados, a sua integração à equipe multidisciplinar da unidade de saúde também é fator determinante (STORPIRTIS et al., 2008).

Em seu livro, Storpirtis (2008) elenca algumas competências mínimas que devem estar presentes no farmacêutico hospitalar tais como:

- Saber interagir com os indivíduos e com a população ofertando serviços de qualidade e mantendo-se apto para trabalhar em equipe;
- Dinamizar recursos e tomadas de decisão, sabendo avaliar, sintetizar e decidir sobre as ações mais apropriadas; ser um bom intermediário entre médicos e usuários;
- Saber liderar e ser liderado, atuando em meio a outros profissionais ou na ausência deles;
- e
- Buscar avida e continuamente aprender novos processos ou melhorar os já estabelecidos.

Ainda neste cenário, também devem ser consideradas diversas medidas na qual o farmacêutico hospitalar pode contribuir de forma efetiva, seja na mitigação da ocorrência dos tipos mais frequentes de uso irracional de medicamento (automedicação, uso excessivo de medicamentos por paciente ou uso inadequado de antimicrobianos), como também na busca de evidências científicas tanto sobre as propriedades farmacológicas quanto toxicológicas dos medicamentos e na provisão de informações cientificamente embasadas para subsidiar a prescrição e/ou a indicação de um medicamento. E mais, no acompanhamento das atividades nas unidades assistenciais e no apoio às decisões sobre o uso de medicamentos. Desse modo, o farmacêutico sempre pode somar à equipe multiprofissional, colaborando, inclusive, na elaboração e implantação de protocolos clínicos (STORPIRTIS et al., 2008).

Em estudo realizado, menos de 20% dos hospitais pesquisados apresentavam alguma atividade ou programa para formação profissional, mesmo sendo preconizado por órgãos internacionais que toda equipe de Farmácia Hospitalar deveria participar de programas de educação continuada relevantes ou outras atividades de manutenção ou aumento de competência técnica (OSORIO-DE-CASTRO; CASTILHO, 2004).

#### 4.2.2 Residência em Farmácia

A Residência Profissional em Área da Saúde é uma modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, destinada às profissões de saúde, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço com duração mínima de dois anos e constitui programa de integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2012a).

As diretrizes gerais da Residência Profissional em Saúde, que abrange diversas profissões como a Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional visam trazer operacionalização dos programas de residências no SUS, principalmente para que estes sejam norteados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, logo buscam também estabelecer funcionamento adequado a que se propõe a residência, (BRASIL, 2012a).

Complementando, as Diretrizes emanadas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), aplicada neste caso ao contexto do programa de farmácia hospitalar (área profissional da saúde) também trazem em seu texto que o profissional de saúde Residente é corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas (BRASIL, 2012a).

Assim, a Residência se mostra como um espaço rico para a integração das atividades, conteúdos e práticas de trabalho e, por fim, colaborando na construção do novo processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2006a). As residências farmacêuticas, por sua vez, constituem amplo espaço para o exercício do saber farmacêutico, servindo também para solidificar a atuação do farmacêutico como membro efetivo da equipe multiprofissional nos diversos estabelecimentos de saúde, incluindo os hospitais (SBRAFH, 2017b).

Os primeiros programas de residência em farmácia surgiram na década de 90 no Brasil. No momento de seu surgimento, esses programas se apresentam como programas de especialização nos “moldes de residência” e sem amparo legal do título “residente” no diploma de seus egressos (SBRAFH, 2017b).

A base legal para a configuração de um programa de residência uniprofissional não médico passou a ser instituída a partir de 2005 e, em 2010, ocorreu a ampliação de programas de residência no país, entre programas uniprofissionais e multiprofissionais, normalmente

ligados a hospitais universitários e amparados pela CNRMS, o que inclui programas voltados à área profissional da saúde (SBRAFH, 2017b).

A Faculdade de Farmácia da UFF, tem um programa de residência uniprofissional em farmácia hospitalar desde 1997, sendo o primeiro programa de Residência em Farmácia Hospitalar (RFH) no Brasil, ainda no formato de curso de especialização “nos moldes de residência” (SBRAFH, 2017b). O curso foi criado visando atender à diretriz do SUS (BRASIL, 1990) que demandava um sistema de formação de RH aptos a atender as demandas e necessidades do sistema público de saúde brasileiro, marcado pelas suas bases ético-doutrinárias da universalidade, equidade e integralidade.

A formação do programa de RFH da UFF se deu após o estabelecimento de Convênio de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde, por meio de seu Núcleo Estadual do Rio de Janeiro (NERJ), e a UFF, com a interveniência da Faculdade de Farmácia (MINISTÉRIO DA SAÚDE; NÚCLEO ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO, [s.d.]). A UFF passa a utilizar-se do seu papel como Instituição de Ensino Superior (IES), para oferecer campo de ensino, pesquisa, extensão e educação nos serviços de hospitais federais e municipais da rede hospitalar do Rio de Janeiro.

Com relação a parceria entre a UFF e a SMS-RJ para efetivação da RFH, estes foram incluídos posteriormente, por meio de um outro acordo de cooperação entre ambos, em que a SMS-RJ se responsabilizou pelo pagamento de bolsas e, conseqüentemente, a abertura de novas vagas para atuação em sua própria rede hospitalar (SBRAFH, 2017b).

## 5 MÉTODOS

### 5.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo tem por cenário de análise o programa de Residência em Farmácia Hospitalar (RFH) oferecido pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Na estrutura do programa, os alunos recebem formação teórica realizada pela Faculdade de Farmácia da UFF, conforme preconizado nos termos de cooperação tanto com o Ministério da Saúde como com a SMS-RJ. O programa de RFH na UFF possui em sua estrutura coordenação, conjunto docente e secretaria administrativa específicos, todos vinculados à Universidade.

De forma complementar, o programa também é composto por diversos hospitais públicos federais e municipais da SMS-RJ que servem de local de treinamento em serviço para os alunos da residência uniprofissional da UFF. Com o objetivo de favorecer a visualização do conjunto de hospitais que forma o cenário de estudos, o Quadro 1 apresenta a lista de hospitais federais e municipais que são unidades de locação para os residentes que ingressaram no programa em 2020 (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, [s.d.]).

Quadro 1 – Unidades de locação de residentes farmacêuticos em 2020

| <b>ESFERA</b> | <b>UNIDADE</b>                                  |
|---------------|---|
| Federais      | Hospital Federal Cardoso Fontes                 |
|               | Hospital Federal da Lagoa                       |
|               | Hospital Federal do Andaraí                     |
|               | Hospital Federal dos Servidores do Estado       |
|               | Hospital Naval Marcílio Dias                    |
|               | Instituto Nacional de Cardiologia               |
|               | Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia |
| Municipais    | Hospital Maternidade Carmela Dutra              |
|               | Hospital Municipal Lourenço Jorge               |
|               | Hospital Municipal Miguel Couto                 |
|               | Hospital Municipal Salgado Filho                |
|               | Hospital Municipal Souza Aguiar                 |

Fonte: Elaboração própria

## 5.2 POPULAÇÃO

A população alvo foi constituída por farmacêuticos especialistas em Farmácia Hospitalar, egressos do programa de Residência uniprofissional da UFF desde seu início. Para identificar essa população para a consecução desse trabalho, contou-se com a colaboração da coordenação do programa de residência que repassou informações sobre o contingente de egressos da RFH mantido e atualizado pela secretaria do programa.

Foram incluídos todos os farmacêuticos egressos do programa. Para os fins deste trabalho, foram considerados egressos do programa da UFF aqueles residentes que cumpriram toda a carga horária, desenvolveram e defenderam seu Trabalho de Conclusão da Residência e obtiveram título desde a primeira turma e criação do programa, em 1997, até a turma de 2017, que encerrou as atividades da RFH no ano de 2019 (31/12/2019).

## 5.3 TIPO DE ESTUDO

Buscando atender aos objetivos propostos no estudo, foram empregadas diferentes estratégias que envolveram a aplicação de um inquérito transversal, exploratório, com abordagem descritiva quali-quantitativa, além da realização de análise documental de distintas fontes. Na sequência, os caminhos metodológicos envolvidos na realização do estudo em tela estão mais detalhados.

Além disso, foi necessária uma imersão na realidade conceitual estudada. O campo conceitual da educação em saúde é bem estruturado e conta com uma produção robusta, que contempla perspectivas de educação permanente e educação continuada inclusive. Porém, a projeção da educação em saúde para a educação em farmácia conta com um arcabouço restrito. Para isso foi realizada uma pesquisa documental abrangendo documentos públicos e documentos restritos da IES em busca de respaldo estrutural à educação permanente em saúde na residência.

O uso dos métodos quantitativo e qualitativo, com suas respectivas técnicas, possibilitou a triangulação e complementação. A triangulação utiliza de diferentes técnicas para gerar achados que sejam consonantes em relação a um mesmo fenômeno, ou seja, busca a concordância. Por outro lado, a complementariedade aproveita-se do uso de diferentes técnicas para caracterizar diferentes facetas do objeto em investigação, fornecendo dados adicionais e facultando o clareamento da situação e uma visão mais abrangente do objeto investigado (GREENE; CARACELLI; GRAHAM, 1989; POPE; MAYS, 2009).

A triangulação permitiu gerar achados que fossem convergentes em relação ao objeto em estudo, a EPS, buscando a sua compreensão por meio de inferências válidas, e a

complementação visou ampliar a visão do objeto, explorando por meio das duas técnicas diferentes facetas, permitindo um maior clareamento dos tópicos desenvolvidos (GREENE; BENJAMIN; GOODYEAR, 2001).

#### 5.4 ETAPAS OPERACIONAIS

Como o foco foi analisar a contribuição da residência uniprofissional em Farmácia Hospitalar da Universidade Federal Fluminense para que o farmacêutico egresso desenvolva ações de educação permanente em saúde, o estudo foi desenvolvido em duas etapas operacionais, estruturadas e executadas em paralelo, conforme descrito a seguir:

##### 5.4.1 Análise documental

Esta etapa buscou descrever, a partir da análise de diversos documentos públicos de acesso livre ou restrito, como o tema da Educação Permanente em Saúde encontra-se expresso nestes, visando sua contextualização aplicada à Residência em Farmácia Hospitalar.

Essa fase da pesquisa englobou levantamento de documentos de acesso livre, que incluíram leis, portarias, decretos e demais documentos públicos que estruturam a residência; e documentos restritos, referindo-se a documentos internos da UFF, como relatórios internos, projeto pedagógico, grade curricular, mudanças desta no decorrer dos anos e demais documentos que subsidiam normas e diretrizes gerais da residência.

A busca de documentos de acesso livre foi feita a partir de pesquisas diretas no endereço eletrônico da internet do Ministério da Educação (MEC). Foi empregada busca manual no sítio de buscas utilizando-se o termo “residência em saúde”. Dentre os resultados obtidos, identificou-se uma sessão dentro de endereço eletrônico do MEC especificamente voltada à residência multiprofissional (BRASIL, [s.d.]).

Este endereço eletrônico das residências em saúde identificado no Portal do MEC na internet está subdividido em três grandes temas: residência médica, residência multiprofissional e certificação de hospitais de ensino. A parte dedicada a residência multiprofissional também engloba as residências em área profissional da saúde, que são as residências uniprofissionais para profissionais de saúde, exceto médicos.

Na página principal da residência multiprofissional identificou-se um *link* que direciona para uma página que lista toda a legislação que trata da residência multiprofissional ou em área profissional da saúde que serviu de fonte de levantamento bibliográfico. Posteriormente, todos esses documentos foram compilados em uma planilha eletrônica por

meio do software Microsoft Excel®.

Em seguida foi feita leitura das ementas e do conteúdo de todas as normas. Aquelas que tratassem de aspectos administrativos (e.g. valores das bolsas, composição de comissões ou licenças) foram consideradas fora do escopo buscado e excluídas da análise.

Após essa primeira triagem, as demais normas passaram por uma segunda etapa de leitura realizada de forma mais aprofundada, buscando identificar fragmentos nos textos que tratassem da educação permanente (e.g. educação, educação permanente), da residência (residência, especialização) ou que tivessem relação com ações de educação permanente (formação, aperfeiçoamento). Desse modo, cada norma que apresentava relação com os temas acima foi selecionada e agrupada para análise.

Com relação aos documentos de acesso restrito, estes foram obtidos diretamente com a coordenação da RFH. Isso somente foi possível, após a submissão e aprovação do trabalho nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) tanto da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) quanto da coparticipante UFF.

Não foi factível a busca presencial *in loco*, impedida pela emergência sanitária decorrente da pandemia provocada pelo novo Coronavírus. Deste modo, requisitou-se à Coordenação da RFH da UFF o envio dos documentos disponíveis por meio eletrônico. Aqueles remetidos foram compilados para uma planilha eletrônica por meio do software Microsoft Excel®, posteriormente lidos em profundidade e descritos em sua integralidade. Estes documentos também foram investigados quanto à promoção da EPS.

A última fonte de dados para realização da análise documental foi a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH). A SBRAFH é uma associação de caráter profissional, que tem como finalidade geral desenvolver eventos científicos, atividades de pesquisas, de assessoramento, de aprimoramento e de capacitação profissional de farmacêuticos atuantes em hospitais e em serviços de saúde, com a divulgação da assistência farmacêutica (SBRAFH, [s.d.]).

Desse modo, foi realizada uma pesquisa no endereço eletrônico da Sociedade com o objetivo de identificar documentos que se relacionassem com a EPS. Assim, após a execução das buscas, de forma manual, na aba de publicações, foi possível verificar a existência de quatro referências agrupadas sob o título de padrões mínimos, uma datada de 1997, outra de 2008 e mais duas de 2017, sendo que as de 2017 foram selecionadas e submetidas à análise neste estudo.

### 5.4.2 Questionário eletrônico

Foi elaborado um questionário (APÊNDICE I) com o objetivo de captar as percepções dos egressos a respeito de sua atuação na EPS e como a experiência da RFH pode ter influenciado e contribuído para o desempenho deste papel.

O questionário foi estruturado em quatro seções. Cada uma das seções apresentava características específicas e era independente das demais, com exceção da primeira. As quatro seções do questionário incluíam:

1. Apresentação da proposta da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
2. Perguntas para traçar o perfil do egresso respondente;
3. Sondagem das atividades desenvolvidas durante a residência; e
4. Julgamento de afirmativas a respeito da residência, incluindo duas questões abertas.

Na primeira seção, o questionário apresentava o convite à participação na pesquisa. Foi possível informar sinteticamente sobre elementos do projeto de pesquisa, como seus objetivos. Também constavam nesta etapa o nome e os contatos do pesquisador e do CEP da Ensp, que era a Instituição Proponente. Por se tratar de um questionário eletrônico, o consentimento do participante foi estabelecido como equivalente ao prosseguimento do preenchimento do questionário, após a leitura do mesmo.

Uma vez que o participante concordasse com sua participação na pesquisa, dava continuidade ao questionário, sendo direcionado para a segunda seção, onde eram feitas perguntas para traçar um perfil do egresso do programa de residência. Por meio de perguntas fechadas, o egresso era questionado a respeito do ano de conclusão da residência, da esfera de gestão do hospital de locação do residente, sua escolaridade atual, sexo e informações de sua ocupação atual.

Na terceira seção, era apresentada para o respondente uma pequena referência conceitual sobre a EPS, conceituando-a como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na possibilidade de transformar as práticas profissionais”. Isso buscava conferir uma melhor capacidade de compreensão sobre a temática outrora pesquisada. Na sequência, o respondente encontrava dois blocos consecutivos distintos elencando algumas atividades, tanto de caráter mais interno ao serviço farmacêutico hospitalar quanto externo ao mesmo, que pudessem guardar relação com a EPS.

A composição dessas foram embasadas e adaptadas a partir do Diagnóstico da

Farmácia Hospitalar no Brasil realizado em 1998 e das atividades preconizadas pelas diretrizes das publicações de padrões mínimos da SBRAFH (OSORIO-DE-CASTRO; CASTILHO, 2004; SBRAFH, 2017a, 2017b). O respondente era então solicitado a marcar tantas atividades quanto identificasse o desenvolvimento a partir da própria experiência durante a realização da RFH. Foi também possibilitado ao participante campo aberto para descrição de outras atividades.

Por fim, na quarta seção do questionário eletrônico, o participante era sondado sobre sua percepção em relação à colaboração da RFH para a sua formação, especificamente para a EPS, conferindo assim um papel sanitário como agente de educação permanente em saúde.

Esta seção estava composta por seis itens dos quais os quatro primeiros foram estruturados em formato de afirmativa para que o participante sinalizasse sua concordância de acordo com a escala de Likert. Esse tipo de escala objetiva identificar o nível de concordância do indivíduo com uma proposição que expressa algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto a ser estudado, propondo-se variação no número de itens da escala (MIRANDA et al., 2009). No caso investigado, cada afirmativa era seguida de cinco opções: (1) discordo totalmente; (2) discordo parcialmente; (3) não concordo/nem discordo; (4) concordo parcialmente; e (5) concordo totalmente.

Por fim havia duas questões abertas na quarta seção para que o egresso expressasse sua percepção de forma mais livre, explorando as atividades e/ou vivências da residência que teriam proporcionado maior contato com a EPS e que pudessem ter promovido competências, dito de outra forma, que tenha sido capaz de torna-lo capacitado em relação à promoção da Educação em Saúde.

#### 5.4.2.1 Teste do questionário

O questionário eletrônico, depois de elaborado, foi submetido a uma aplicação piloto com objetivo de fornecer subsídios sobre organização operacional da aplicação do instrumento, possíveis ajustes na formulação e ordem de suas perguntas, além de estimar tempo de preenchimento. Este teve por participantes quatro farmacêuticos, sendo dois egressos que terminaram a residência em 2020 e dois residentes de segundo ano (R2), estando todos, portanto, fora da população alvo.

Esta fase consistiu em enviar para os participantes o questionário, por via eletrônica, simulando o que seria feito posteriormente, e após o preenchimento, foram enviadas cinco questões de acompanhamento, que foram:

- Você respondeu o questionário pelo celular ou pelo computador?
- Quanto tempo levou (mais ou menos)?
- Teve dificuldade? Qual?
- Alguma pergunta gerou dúvida?
- Alguma sugestão de alteração?

Em resposta, a maioria dos participantes do piloto relatou haver respondido pelo computador, alguns sinalizaram o preenchimento pelo celular. Esta pergunta tinha como objetivo sondar a possibilidade de utilizar-se do telefone celular para responder ao questionário e tornar mais prática a adesão à participação. A média de tempo para responder foi de 10 minutos, o que gerou a mudança da expectativa de duração descrita na primeira etapa do questionário originalmente, que era de 15 minutos. Nenhum participante relatou dificuldades ou dúvidas no preenchimento do questionário. Também não foram feitas sugestões para possíveis alterações.

#### 5.4.2.2 Aplicação dos questionários eletrônicos

Após testados e ajustados conforme apontamento dos envolvidos no piloto, o questionário foi inserido na interface do Google formulários e o seu *link* de acesso foi enviado para a coordenação da residência da UFF. A coordenação da residência, por sua vez, encaminhou aos 307 endereços eletrônicos dos egressos cadastrados em seu banco de dados. Em nenhum momento o pesquisador teve acesso à relação de endereços eletrônicos de qualquer participante.

Além dos convites por correio eletrônico, utilizou-se também de estratégias paralelas

de divulgação da pesquisa, como a divulgação através da rede social WhatsApp, visando cobrir maior número de profissionais egressos e aumentar a taxa de resposta. Em ambas formas de convite foi proposta a técnica *snowball* (“bola de neve”) (BALDIN; MUNHOZ, 2011), que incentivava o egresso a reenviar o questionário para seus colegas de turma ou outros residentes que conhecesse, promovendo, assim, uma maior captação de respondentes.

Foi feito um total de três envios dos questionários por email para os egressos num período de 32 dias, entre 29/04 e 30/05 de 2020, no sentido de estimulá-los a responderem. Por fim, cabe ressaltar que o período de disponibilidade da pesquisa foi concomitante com os primeiros 100 dias da pandemia da COVID-19, como sinalizado anteriormente, podendo também ter contribuído com as dificuldades para a aplicação do questionário.

### **5.4.3 Variáveis de análise**

#### **5.4.3.1 Análise documental**

Inicialmente, os documentos oriundos da busca no Portal do MEC foram analisados segundo tipo da norma (lei, decreto, resolução, etc.). Aqueles selecionados como pertinentes para leitura ostensiva foram descritos em totalidade, buscando contextualizá-los com o foco do estudo, ou seja, com o papel da RFH para promoção da EPS.

Os documentos disponibilizados pela UFF, por sua vez, foram agrupados em função de proximidade de propostas temáticas e de conteúdo, buscando facilitar sua comparação e análise. A análise se deu a partir de conteúdos similares ou convergentes para subsidiar a estruturação de categorias.

Por se tratarem de documentos normativos do programa de residência, instituiu-se três categorias de indexação principais, baseadas na finalidade do documento para o programa de residência, que foram: instrumental, estrutural ou curricular, apresentadas no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Categorias para a análise dos documentos disponibilizados pela Universidade Federal Fluminense

| CATEGORIA    | COMPOSIÇÃO  |
|--------------|---|
| INSTRUMENTAL | Documentos que estabelecessem ou se apresentasse como ferramentas para sondar, avaliar ou registrar comportamentos, atitudes ou conhecimentos dos residentes, seja na micro esfera acadêmica, na realidade do local de treinamento em serviço ou mesmo enquanto integrante do programa de residência. |
| ESTRUTURAL   | Documentos que definissem a composição do programa de residência e/ou suas ações. Contempla normas acadêmicas ou do programa, o projeto pedagógico, os regimentos referentes aos seus órgãos (i.e. colegiado, supervisão, secretaria, corpo docente e discente)                                       |
| CURRICULAR   | Documentos que descrevessem ou instituíssem mudanças curriculares no programa de residência. Objetiva analisar as mudanças nos subsídios teóricos ofertados para os residentes no decorrer do programa.   |

Fonte: Elaboração própria

#### 5.4.3.2 Análise dos questionários eletrônicos

Por apresentar coleta de dados quantitativos e qualitativos, as informações colhidas junto aos egressos participantes foram submetidas a diferentes tipos de tratamento, conforme a natureza da análise.

Para a análise quantitativa, que engloba os dados sobre perfil dos egressos e as atividades executadas na residência, foram feitas análises estatísticas descritivas, com os dados tabulados a partir do banco de dados construído no software Excel®, contendo as informações das respostas obtidas.

Na análise qualitativa do questionário, foi realizada uma análise de conteúdo temático categorial (BARDIN, 1977), mediante a observância de respostas convergentes e divergentes para os tópicos explorados. Cabe lembrar que esta seção era formada por perguntas abertas que exploravam as atividades e/ou vivências da residência que proporcionaram mais contato com a temática da EPS e o capacitado para a promoção de ações educativas.

Por fim, foi elaborada uma matriz de informação, apresentada no Quadro 3. Ela sintetiza e correlaciona os objetivos específicos, as técnicas metodológicas utilizadas, as fontes buscadas e a correlação entre estes elementos. Esta matriz visa facilitar a visualização do conjunto metodológico.

Quadro 3 – Matriz de informação

| <b>Objetivos Específicos</b>   | <b>Técnica de coleta</b>  | <b>Fontes de evidências</b>   | <b>Análise</b>                    |
|--|---------------------------|---|-----------------------------------|
| 1. Descrever como o tema da EPS contextualizada à Residência em Farmácia Hospitalar está presente nos documentos.                              | Análise Documental        | Leis, portarias, decretos e demais documentos públicos que estruturam a residência; e documentos restritos, da UFF e SBRAFH |                                   |
| 2. Relacionar as atividades em educação em saúde desempenhadas pelo residente em farmácia hospitalar visando a educação permanente em Farmácia | Questionários eletrônicos | Egressos da residência UFF  | Triangulação e complementariedade |
| 3. Descrever a contribuição da residência farmacêutica hospitalar na formação profissional para educação em saúde, na perspectiva dos egressos | Questionários eletrônicos | Egressos da residência UFF  |                                   |

Fonte: Elaboração própria

## 5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Visando estar em pleno cumprimento das normas éticas, a pesquisa seguiu o processo de submissão, de acordo com os preceitos preconizados nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 (BRASIL, 2012b, 2016).

Como os questionários foram endereçados de forma eletrônica, recomendou-se, na primeira etapa do questionário, que o participante imprimisse uma via da primeira folha para fins de arquivamento da via do participante.

Os questionários tiveram curso apenas após concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado inicialmente no formulário de questionário. Para isso, condicionou-se a continuação do questionário ao consentimento do participante (i.e., ao continuar respondendo o questionário, os participantes estariam consentindo).

Visando minorar ao máximo os riscos, sempre presentes em pesquisas que envolvam indivíduos, não havia local no instrumento de pesquisa para que os indivíduos se identificassem ou identificassem a instituição em que foram locados durante a residência. Assim, a identidade de todos os indivíduos que preencheram o questionário foi preservada. Também não se utilizaram nomes de pessoas ou instituições na codificação final, minimizando o risco de exposição dos participantes e, com isso, buscando minimizar também o risco de constrangimento.

O projeto foi submetido na plataforma Brasil e o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp /Fiocruz), sob o parecer 3.765.525, e pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal Fluminense (UFF), sob o parecer 3.843.987.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

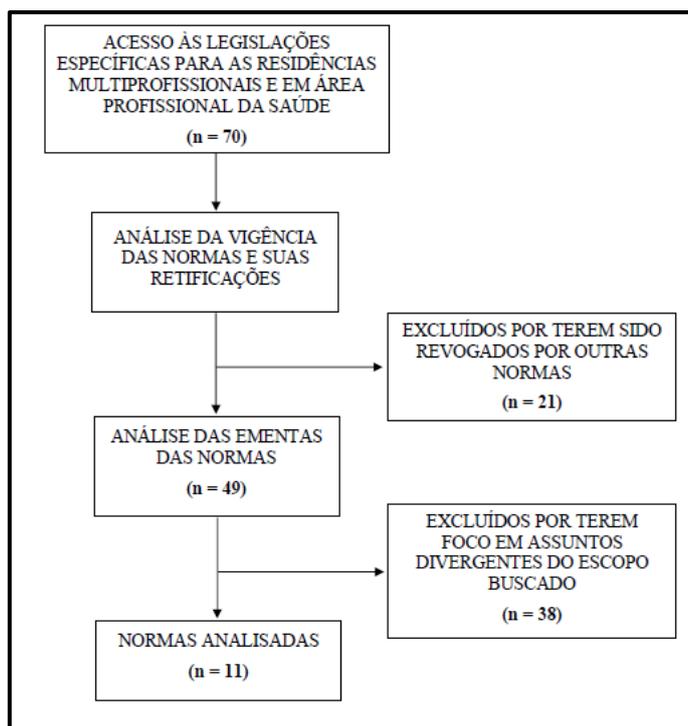
### 6.1 RESIDÊNCIA PROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

#### 6.1.1 Contextualização da normatização brasileira

O conjunto normativo de legislações específicas para as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, de acordo com o descrito no endereço eletrônico do MEC, exibiu um total de 70 normas, que foram agrupadas em um quadro (APÊNDICE 2), que traz todos os documentos normativos que regem as residências multiprofissionais e uniprofissionais não-médicas, porém, nem todas as normas contempladas na tabela foram analisadas integralmente.

Não obstante, esse conjunto normativo foi triado e analisado aplicando critério de exclusão, para selecionar aquelas normas (e suas retificações) apontadas como revogadas ou com foco normativo divergente do objeto em estudo, restando ao final 11 peças que foram analisadas, conforme fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxo de seleção das normas das residências oriundas do Ministério da Educação



Fonte: Elaboração própria

Das 11 legislações analisadas, quatro (37%) são normas presidenciais, sendo três leis e um decreto; três (27%) correspondem a portarias do Ministério da Saúde, outras três (27%) são portarias interministeriais envolvendo os Ministérios da Educação e da Saúde; e uma (9%) trata-se de resolução do Conselho Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), conforme descritos no Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 – Relação das 11 normas analisadas relativas à residência em área profissional da saúde do Ministério da Educação

| NORMA   | NOME DA NORMA  | EMENTA   |
|---|--|--|
| LEI   | Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990                               | Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.   |
| LEI   | Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.                             | Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional  |
| LEI   | Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005                                | Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.   |
| DECRETO   | Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007.                         | Institui a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde  |
| PORTARIA  | Portaria MS nº 1.111, de 05 de julho de 2005                         | Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a educação pelo Trabalho.   |
| PORTARIA  | Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.118, de 03 de novembro de 2005 | Institui parceria entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na saúde  |
| PORTARIA  | Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117, de 03 de novembro de 2005 | Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.   |
| PORTARIA  | Portaria MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006                       | Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto  |
| PORTARIA  | Portaria MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007                        | Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.   |
| PORTARIA  | Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 | Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. |
| <b>Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS</b> |  |  |
| RESOLUÇÃO CNRMS   | Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012                               | Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde   |

Fonte: Elaboração própria

A lei 8.080, de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) afirma, em seu artigo 14, que deveriam ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. O parágrafo único deste mesmo artigo aponta que essas comissões devem propor métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos RH do SUS (BRASIL, 1990).

No período em que a lei 8.080/90 foi escrita ainda não havia um cuidado institucional da administração pública com a diferenciação conceitual entre educação continuada e a EPS. Portanto é possível extrapolar o sentido do que está descrito na lei para a ideia da problematização das vivências cotidianas voltadas para a ressignificação dos processos, que é uma ação proposta pela educação permanente.

Sobre o ponto acima, Ceccim e Ferla (2008) afirmam que a EPS se apoia nos conceitos de ensino problematizador e aprendizagem significativa, ao tornar as experiências anteriores dos indivíduos o ponto de partida para a problematização e a reformulação ou adaptação conceitual. A proposta principal seria que a EPS promova a produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende.

A qualificação dos recursos humanos empregados no SUS é suscitada no artigo 6 da lei 8.080, onde se lê que a ordenação da formação dos trabalhadores na área de saúde é campo de atuação do SUS. A preocupação com a melhoria periódica e incessante dos RH envolvidos no cuidado à saúde oferecido pelo SUS é percebida também no artigo 13 quando “recursos humanos” aparece entre as seis atividades que a articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais deverão abranger em especial (BRASIL, 1990).

O artigo 27 da lei 8.080/90 trata especificamente da política de RH no SUS, cuja necessidade de organização e implementação deve ser compartilhada pelas distintas esferas de governo. Nesse mesmo artigo são citados alguns objetivos que devem balizar a Política de RH, dos quais o primeiro descreve a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de aperfeiçoamento de pessoal de forma permanente (BRASIL, 1990).

Essas ratificações à importância da qualificação dos RH para a saúde são reforçadas pela colocação de Ceccim e Ferla (2018). Estes autores apontam tal importância, retomando o ordenamento explícito para a qualificação dos RH para a saúde presente na Constituição Federal de 1988 e que, desde o começo da Reforma Sanitária Brasileira, suscita importantes preocupações com a educação dos profissionais e com a integração entre os sistemas de

ensino e saúde.

Dentre as questões diretivas da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação no Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, está o objetivo de propiciar uma melhor compreensão do processo de trabalho e implementar a educação permanente no SUS. As diretrizes da SGTES visam sanar preocupações relacionadas ao cenário da gestão de recursos humanos no SUS, envolvendo diversos aspectos desde a formação de pessoal, carreiras, capacitação, remuneração etc.(VIEIRA, 2008).

Ainda no título de Recursos Humanos da lei 8.080, o artigo 40 preconiza a execução de especializações na forma de treinamento em serviço e que essas especializações devem ser regulamentadas por uma Comissão Nacional, que visa garantir a participação de entidades profissionais correspondentes (BRASIL, 1990). Os programas de residência são modalidades de ensino de pós-graduação *latu sensu*, como por exemplo a RFH, destinada aos profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização, tendo como sua principal característica o treinamento em serviço (BRASIL, 2012a).

A outra norma identificada foi publicada em 1996, trata-se da lei 9.394, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e pontua no seu primeiro artigo que a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem também no trabalho (BRASIL, 1996). Mesmo com linhas muito gerais devido a sua abrangência, por se tratar de uma lei que vai traçar as bases para a educação nacional, sua estruturação pontua claramente a educação dentro do contexto de trabalho.

Contemplando a temporalidade das normas e o fato de ainda não haver uma política nacional de Educação Permanente estruturada, isto é, além do campo da saúde, é possível perceber sinais da preocupação com a educação permanente pelo poder público, pois a incorporação do aprender e ensinar ao trabalho é característica da EPS (BRASIL, 2007b; PEIXOTO et al., 2013).

Continuando na lei 9.394/96, o artigo 43 enuncia que uma das finalidades da educação superior é suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento profissional e possibilitar a correspondente concretização. No artigo seguinte, é explicitado que educação superior, para fins dessa lei, abrange também as pós-graduações, compreendendo os cursos de especialização inclusive (BRASIL, 1996).

Ao articular o que foi pinçado nos artigos dessa lei, é possível interpretar que os cursos de pós-graduação, incluindo as especializações como a residência, têm por uma de suas finalidades motivar o desejo de aperfeiçoamento profissional e facultar a concretização desse desejo.

A residência em área profissional da saúde foi instituída pelo artigo 13 da lei 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005b). Neste artigo, a residência em área profissional da saúde fica definida como modalidade de ensino voltada para a educação em serviço. Mesmo não discorrendo mais a respeito da residência, essa lei é importante por oficializar a residência não médica como um programa de pós-graduação independente.

Além disso, é a lei 11.129/05 (BRASIL, 2005b) que cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde que é a estrutura preconizada na lei 8.080/90 (BRASIL, 1990) quando esta traz a criação de comissões intersetoriais que serão criadas para articular políticas e programas dentro do SUS. Neste caso, se busca concretizar a diretiva inicialmente prevista, de articulação entre os programas de residências com as políticas sociais de saúde, independentemente do nível de gestão e das demais agendas estabelecidas no contexto do Sistema Único de Saúde.

A contribuição da Portaria nº 1.111 do Ministério da Saúde para que a residência se torne ou se coloque como uma estrutura de fomento à educação permanente é pontual e é condicionada à interpretação conjunta de trechos independentes. O primeiro trecho é do artigo 5º que explicita que as bolsas voltadas para o aperfeiçoamento e especialização são dirigidas para os profissionais de saúde residentes (BRASIL, 2005c) e, em seguida, o trecho do item III do artigo 2º, que coloca a sensibilização e preparação de profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde como objetivo da educação pelo trabalho.

Infere-se dos conteúdos destes trechos que a residência promove a aplicação prática da educação pelo trabalho e se coloca como campo de preparação dos profissionais para lidar com múltiplas vivências, vindas das realidades plurais dos usuários, e a constante adaptação às demandas da saúde pública. Paro e Rios (2018), descrevem que o processo pedagógico deve estar centrado no compartilhamento de vivência e experiências, buscando mudanças institucionais, apropriação de saberes, fortalecimento das ações em equipe e produção de maneiras inovadoras de se organizar o trabalho em saúde.

A lei 11.129 (BRASIL, 2005b) instituiu a residência em área profissional da saúde no início do 2005, e o poder público faz uso da Portaria Interministerial (PRI) para publicar dois documentos normativos no final do segundo semestre do mesmo ano normatizando a instituição da residência multiprofissional dentro do programa de residências em área profissional da saúde e o espaço ministerial que as residências passariam a ocupar, reconhecendo a residência como pertencente a uma pasta na administração pública. Tais normas são as Portarias Interministeriais de números 2.117 (BRASIL, 2005e) e 2.118

(BRASIL, 2005f) respectivamente, sendo ambas de 03 de novembro de 2005.

Quando a PRI 2.117 é publicada, ela soma a proposta de uma residência multiprofissional em saúde (BRASIL, 2005e) à existência de um programa de residência em área profissional da saúde, propiciando a edificação de um espaço de formação rico e voltado para as demandas do SUS que independem dos profissionais médicos.

Por sua vez, a PRI 2.118 estabelece institucionalmente a parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento dos RH da saúde (BRASIL, 2005f). Na própria portaria é descrito que um dos seus objetivos é produzir, aplicar e disseminar conhecimentos para a formação de RH na área da saúde, suscitando a dualidade conceitual da residência entre ser uma ferramenta de formação e ser campo para a preparação de agentes dessa formação.

Trabalho realizado por Araújo e colaboradores (2017) buscou discutir, a partir da percepção de residentes e preceptores, as relações de trabalho multiprofissional e interprofissional em um contexto de residência multiprofissional em saúde hospitalar e que lança luz sobre a dualidade das funções outrora de estudante e de trabalhador na residência. Essa questão pode proporcionar muitas discussões nos espaços de atuação, uma vez que são exigidas ações e responsabilidades dos alunos, como as dos profissionais efetivos. Os autores, por outro lado, também sinalizam possíveis conflitos que podem decorrer do entendimento de que o residente atua, simplesmente, compondo a equipe do cenário de prática, inclusive, contribuindo para preencher lacunas ligadas ao dimensionamento de pessoal. Tais pontos acima assinalados refletem potenciais fragilidades que envolvem a gestão e a tímida apropriação da função dos residentes.

O MS, em 2006 divulgou o Pacto pela Saúde através da Portaria número 399/06 (BRASIL, 2006b). O Pacto propôs a efetivação de acordos entre as esferas do SUS visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. A educação permanente é abordada por duas das três dimensões do Pacto pela Saúde: Pacto pela Vida e Pacto pela Gestão.

O Pacto pela Vida representa o compromisso entre os gestores do SUS com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Dentre os objetivos do fortalecimento da atenção básica, um dos componentes do Pacto, está o desenvolvimento de qualificação dos profissionais por meio de estratégias de EPS e oferta de especializações e residência multiprofissional (BRASIL, 2006b).

Em relação ao do Pacto de Gestão, foi pontuada a Educação em Saúde como um pilar fundamental. Algumas das diretrizes para o trabalho neste pilar são:

- Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente;
- Considerar a educação permanente parte essencial para a qualificação do SUS; e
- Utilização dos princípios da educação permanente como orientador para formação e desenvolvimento de trabalhadores para a saúde (BRASIL, 2006b).

No final do anexo II da Portaria 399/06 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, são listadas as responsabilidades de cada esfera governamental em relação a todos os focos estratégicos do Pacto. Em seu primeiro tópico “dos deveres dos municípios em relação à educação em saúde” está descrito que a gestão da EPS e processos relativos à mesma devem ser formulados e promovidos pelos municípios, devendo ser integralmente orientados pela atenção à saúde. Além de responsabilizar os municípios, também engloba no mesmo sentido para que os demais entes federativos assumam a mesma responsabilidade (BRASIL, 2006b)., o Pacto de Gestão também incube estados, o Distrito Federal e a união a formular e promover a gestão da educação permanente em saúde nos respectivos âmbitos.

Em junho de 2007 é publicado no Diário Oficial da União o Decreto presidencial que institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2007a). Essa comissão, instituída no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, tem função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Compete a essa comissão subsidiar a definição de diretrizes para a formação profissional inclusive das especializações na modalidade de residência e definir critério para a expansão da educação superior, incluindo a pós-graduação *latu sensu* na modalidade de residência (BRASIL, 2007a).

A Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde instituído pelo decreto presidencial de 2007 institucionaliza o espaço interministerial descrito na PRI 2.118 (BRASIL, 2005f), que foi instituído mas não foi preenchido, ou seja, existia como um espaço meramente burocrático. Após o decreto entrar em vigor, a própria PRI passa a cumprir igualmente seu propósito de fortalecer a formação de recursos humanos no SUS.

A Portaria 1.996/07 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b) traz em suas considerações iniciais que Educação Permanente é o conceito pedagógico, usado no setor da saúde, para estabelecer relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde. Além disso, faz um apanhado das ações voltadas para a educação nas normas vinculadas ao MS publicadas até então, fortalecendo o propósito desta portaria, que

é a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No primeiro artigo da portaria 1.996/07 lê-se que a PNEPS deve considerar as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade ofertada instalada nas instituições de ações formais de educação em saúde. Pode-se extrair do texto, fragmentos que apresentam a atuação do gestor, que deve identificar as demandas de formação e aperfeiçoamento dos RH no contexto do SUS e a capacidade de absorção dessa demanda por parte das instituições de educação na saúde regionais (BRASIL, 2007b).

Uma opção na tentativa de equilibrar a demanda e a oferta, seria capacitar agentes chave, dentre os RH, para correlacionarem as dificuldades e vivências diárias do serviço com o conhecimento técnico por trás das atividades desenvolvidas, promovendo mudanças através da apropriação ativa de saberes, do fortalecimento das ações em equipe e da produção de maneiras inovadoras de organizar o trabalho em saúde (PARO; RIOS, 2018).

Neste cenário, é possível citar a realização do curso para a formação de tutores e facilitadores com objetivo de potencializar a política de EPS promovido pelo MS em parceria com a ENSP/Fiocruz. Essa formação, por exemplo, vai ao encontro do preconizado na norma anterior, que incentiva formação de agentes chave que estejam aptos para exercer mudanças no modo de atenção à saúde, considerando a EPS como estratégia de gestão de coletivos (BRASIL, 2005a).

No fim da portaria são listadas as responsabilidades dos órgãos executivos da saúde nas três esferas de poder (i.e., Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretaria Municipais de Saúde), sendo uma delas a articulação de mudanças nos cursos de acordo com as necessidades do SUS, inclusive na pós-graduação (BRASIL, 2007b). Após a finalização da portaria, são apresentados três anexos, tendo o Anexo II grande aporte conceitual sobre a Educação Permanente, como exposto na introdução e revisão bibliográfica.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) foi criada em 2005 pela lei 11.129 (BRASIL, 2005b), porém é instituída nas pastas do poder executivo apenas em 2009 entre os Ministérios da Educação e da Saúde pela Portaria Interministerial número 1.077 (BRASIL, 2009). Na PRI 1.077 são definidas a constituição da Comissão, seus titulares, suplentes, membros natos ou não, e, principalmente suas atribuições. Definir as diretrizes gerais dos programas residência multiprofissional ou em área profissional da saúde em todo o território nacional passa a ser uma dessas atribuições. Portanto, também é responsabilidade da CNRMS dar maior ou menor enfoque à capacitação para áreas de interesse durante a residência, como, por exemplo, a educação permanente em saúde.

Além de instituir a CNRMS, a PRI 1.077 também revisita conceitos do que é a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, quais são as 13 categorias profissionais abrangidas pelas residências em saúde não médicas e os eixos norteadores dos programas de residência que precisam ser contemplados em sua ementa.

Quanto aos eixos que devem estar presentes nos programas de residência, estes devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS englobando elementos como cenários de educação em serviço que reflitam a realidade socioepidemiológica do País; abordagens pedagógicas considerando os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem-trabalho; estratégias pedagógicas que utilizem e promovam cenários de aprendizagem para a formação integral e interdisciplinar; integração de saberes e práticas permitindo construção de competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente (BRASIL, 2009).

Após sua criação a CNRMS publica várias resoluções que buscam regular a Residência multiprofissional e em área profissional da saúde. O endereço eletrônico do MEC relaciona um total de 24 resoluções, como pode ser observado no Apêndice 2. Porém, entre as diferentes resoluções várias encontravam-se revogadas, outras definiam aspectos estruturais da residência ou possuíam cunho mais administrativo. Assim, apenas uma foi selecionada para análise, a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012.

A resolução nº 2/2012 da CNRMS (BRASIL, 2012a) dispõe sobre diretrizes para os Programas de Residência não médica, compreendidos os Programas Multiprofissional em Saúde e as Residências em Área Profissional da Saúde. Dentre seu conteúdo, é possível destacar: a definição das diretrizes gerais para a criação e operacionalização, em âmbito nacional, dos Programas de Residência não médica instituídos anteriormente pela lei 11.129/2005 (BRASIL, 2005b) e pela PRI 2.117/2005 (BRASIL, 2005e); e a afirmação de que os Programas constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2012a).

No texto da resolução nº 2/2012, são apontados alguns sujeitos envolvidos no programa de residência (i.e. coordenador, docentes, tutor, preceptor e o profissional residente), inclusive o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) que não é uma pessoa física, mas é um agente importante na estruturação dos programas de residência não médica de acordo com a CNRMS. A partir do artigo 8º, a resolução nº 2/2012 apresenta alguns itens que descrevem responsabilidades dos envolvidos nos programas de residência (BRASIL, 2012a). Os achados referentes à EPS foram sumarizados no Quadro 5, onde

também é indicado o artigo e item de onde foi tirado.

Quadro 5 – Descrição das responsabilidades dos agentes de acordo com a Resolução nº 2/2012 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

| ARTIGO | SUJEITO ALVO                                    | (ITEM) RESPONSABILIDADE   |
|--------|---|---|
| 8º     | coordenador                                     | (IX) promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço - CIES   |
| 9º     | Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) | (IV) estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS           |
| 10º    | docentes  | (II) apoiar a coordenação dos programas na elaboração e execução de projetos de Educação Permanente em saúde para a equipe de preceptores da instituição executora  |
| 12º    | tutor   | (III) participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores   |
| 14º    | preceptor                                       | (V) participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS |
| 15º    | profissional de saúde residente                 | (III) ser corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas                  |

Fonte: Elaboração própria

As responsabilidades da coordenação do programa, dos docentes, dos tutores e dos profissionais de saúde residentes em relação a educação permanente estão explicitadas no corpo do texto da Resolução nº 2/2012. Porém as responsabilidades do NDAE e dos preceptores apresenta elementos textuais que permitem extrapolar o que está escrito para atividades de EPS.

No item quatro da lista de responsabilidades do NDAE é possível ler que o núcleo deve fomentar a produção de iniciativas de intervenção voltadas à produção de conhecimento e tecnologia que integrem ensino e serviço para qualificar o SUS (BRASIL, 2012a, art. 9). Um texto semelhante encontra-se no item cinco do artigo que lista as responsabilidades do preceptor (BRASIL, 2012a, art. 14), onde se destaca textualmente seu papel em “produzir conhecimento e tecnologia integrando ensino e serviço para qualificar o SUS”.

A qualificação dos recursos humanos é ratificado por outras normas analisadas, como a lei número 8.080 (BRASIL, 1990) e a portaria número 399 (BRASIL, 2006b). Além do aporte normativo, Ceccim e Ferla (2008) pontuam, ao descreverem a PNEPS, que esta Política explicita que as estruturas regionais locais devem cooperar para a qualificação da organização do cuidado. É possível extrapolar o conceito dos autores para a qualificação de todos os profissionais envolvidos no cuidado, uma vez que o cuidado com o paciente é composto pela ação dos diversos profissionais de saúde envolvidos.

### **6.1.2 Educação Permanente em Saúde: A residência em farmácia hospitalar da Universidade Federal Fluminense e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar.**

Como informado na seção de métodos, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da UFF, a coordenação do Programa da Residência disponibilizou eletronicamente documentos internos cuja listagem e teor estão disposto sinteticamente no Quadro 6.

Foram disponibilizados oito documentos, do quais seis são resoluções da própria UFF, um é o projeto pedagógico vigente e outro se refere a folha de avaliação. Para fins de análise eles foram categorizados de acordo com seu propósito em: instrumental, estrutural ou curricular.

A folha de avaliação, documento categorizado como instrumental, apresenta a logomarca do Ministério da Saúde e serve de roteiro para avaliação do profissional residente durante a execução de seu treinamento em serviço, que se dá no serviço farmacêutico hospitalar.

Apresenta campos em sua estrutura para preenchimento a respeito da atuação do farmacêutico residente na visão do próprio residente e da preceptoria, contemplando comportamentos como assiduidade, atitude, liderança, desempenho e atuação prática. Na segunda metade do documento são apresentados critérios para o preenchimento dos comportamentos verificados. Em nenhum dos critérios há citação direta à EPS, mas há menção a “facilidade em interagir com a equipe da Farmácia Hospitalar”, “habilidade em coordenar uma equipe” e “identificar e solucionar problemas”. A categoria estrutural, por sua vez, agrupa a resolução que aprova o regimento interno da RFH e o projeto pedagógico vigente do curso.

Quadro 6 – Relação de documentos internos disponibilizados pela Universidade Federal Fluminense

| TIPO DE DOCUMENTO  | NOME DO DOCUMENTO  | EMENTA   | CATEGORIA    |
|--------------------|--|--|--------------|
| Resolução          | Resolução n. 192/2004  | Estabelece o <b>currículo</b> do Curso de Especialização em Treinamento em Serviço para Farmacêuticos, nos Moldes de Residência. | CURRICULAR   |
| Resolução          | Resolução n. 156/2005  | Estabelece o <b>currículo</b> do Curso de Especialização em Treinamento em Serviço para Farmacêuticos, nos Moldes de Residência. | CURRICULAR   |
| Resolução          | Resolução n. 180/2005  | Estabelece o <b>currículo</b> do Curso de Especialização em Treinamento em Serviço para Farmacêuticos, nos Moldes de Residência. | CURRICULAR   |
| Resolução          | Resolução n. 255/2009  | Estabelece o <b>currículo</b> do Curso de Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i> Residência em Farmácia Hospitalar.                     | CURRICULAR   |
| Resolução          | Resolução n. 186/2012  | Estabelece o <b>currículo</b> do Curso de Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i> Residência em Farmácia Hospitalar.                     | CURRICULAR   |
| Resolução          | Resolução n. 110/2014  | Aprovação do <b>Regimento Interno</b> do Curso de Pós-Graduação <i>Latu Sensu</i> Residência em Farmácia Hospitalar              | ESTRUTURAL   |
| Projeto Pedagógico | Projeto Pedagógico do curso de Pós-graduação <i>Latu Sensu</i> | N/A  | ESTRUTURAL   |
| Folha de avaliação | Instrumento de Avaliação do Treinamento                        | N/A  | INSTRUMENTAL |

Fonte: Elaboração própria

O Regimento Interno disponibilizado foi publicado no boletim de serviço da UFF em 24 de março de 2014, mas a resolução da sua aprovação é de 12 de março do mesmo ano. Anexa à resolução está o regulamento do curso de pós-graduação ao nível de especialização de RFH, um documento que explora a finalidade, a organização, os processos de seleção, matrícula e inscrição nas disciplinas e o regime didático do curso ofertado. Na parte referente ao regime didático há oito seções que abordam: plano didático e orientador, currículo do curso, duração do curso, carga horária do curso, verificação e aproveitamento do curso, o trabalho de conclusão e direitos do aluno residente. Em nenhuma das seções há menção direta a ações de educação permanente em saúde.

Especialmente sobre o projeto pedagógico, a coordenação do programa, ao disponibilizá-lo, sinalizou que o mesmo se encontrava em processo de reformulação, antecipando que o projeto disponibilizado se tornaria obsoleto, mesmo vigente durante a

pesquisa decorrente em ocasião da elaboração desta dissertação.

O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) não apresenta data em sua estrutura, mas, com base no currículo e nas cargas horárias totais e de treinamento em serviço apresentados em seu conteúdo, é possível inferir que este PPC é posterior à última resolução curricular disponibilizada, datada de 17 de maio de 2012. Também não há, no PPC, mencionando diretamente ações de educação permanente em saúde, por mais que a maior parte das atividades de EPS ocorra no treinamento em serviço nas unidades.

O PPC enviado possui cinco grandes seções, a saber: (1) Denominação e objetivos; (2) Justificativa do curso; (3) Disciplinas e organização do curso; (4) Regulamento e (5) Recursos materiais e financeiros disponíveis e necessários. Trata-se de um documento de 12 páginas, que tem características mais ligadas à organização do curso, com suas disciplinas e conteúdo programático, carga horária, corpo docente e regulamentos gerais para o funcionamento da mesma. Não obstante, apesar de ter no seu título a palavra pedagógica, o documento não indica em seu conteúdo sobre qual a concepção pedagógica que sustenta o desenvolvimento das práticas educativas do curso ofertado.

Estudo (GARANHANI, 2004) que discute a estrutura curricular no contexto da graduação de enfermagem em uma IES traz alguns pontos sobre a concepção pedagógica que pode embasar a elaboração de currículos, especialmente as concepções do processo de ensino e aprendizagem, como por exemplo, os princípios da metodologia ativa, que buscam o desenvolvimento do aluno ativo, participativo, crítico e corresponsável pelo seu aprendizado. O autor também salienta ao tratar do papel do educador que:

“o tempo todo, reflita e ressignifique a sua atuação enquanto ser neste mundo. Isto também implica no movimento de ida e volta às formas através das quais aprendeu e como iniciou a atuação profissional de educador, pois ninguém se torna um professor problematizador de um dia para o outro. Cada um segue seu tempo e seu espaço de abertura para novos conceitos e novas práticas” (GARANHANI, 2004, p. 95)

A Lei 9.394/1996, conhecida nacionalmente como Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), estabeleceu a obrigatoriedade das escolas elaborarem e implementarem projetos pedagógicos, muitas vezes denominado como Projeto Político Pedagógico (PPP) ou PPC, que busca, dentre outras coisas, direcionar as atividades educacionais, em busca da melhoria da qualidade do ensino. Ainda que não seja dirigido à pós-graduação, o PPP como exposto na LDB pode ser um instrumento de muita importância educativa (BRASIL, 1996; GARCIA, 2015).

Vários autores retratam que o PPP é mais que um instrumento formal, pois este

documento representa um processo de descentralização e democratização das decisões pedagógicas, jurídicas e organizacionais na escola através da maior participação dos agentes escolares. Nessa perspectiva, o projeto político-pedagógico vai além de um simples agrupamento de planos de ensino e de atividades diversas. O projeto não é algo que é construído e em seguida arquivado ou encaminhado às autoridades educacionais como prova do cumprimento de tarefas burocráticas. Ele é construído e vivenciado em todos os momentos, por todos os envolvidos com o processo educativo da escola (GARCIA, 2015; GUEDES; SILVA; GARCIA, 2017; VEIGA, 1998).

Existem diversos aspectos que devem ser considerados na construção do PPP, pois a simples institucionalização deste nas leis não garante sua plena efetivação como instrumento de ampla participação social envolvendo alunos, funcionários, dentre outros. Em outras palavras, “a elaboração do projeto político pedagógico como um momento de reflexão participativa, sistematizada, consciente e orgânica, que [...] ressignifica sua ação” (VASCONCELLOS, 1995, p. 143).

O PPP é um compromisso sociopolítico com a formação do cidadão participativo, responsável, compromissado, crítico e criativo, também é pedagógico, no sentido de “definir as ações educativas e as características necessárias às escolas de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade” (VEIGA, 1998, p. 13). Desta forma, o PPP precisa guardar relação com uma concepção metodológica da aprendizagem significativa e problematizadora.

Sua construção envolve diversas dimensões, pois precisa trazer reflexão crítica sobre a sociedade, as relações entre os sujeitos, a realidade e as ações desenvolvidas. Um dos elementos constitutivos do PPP é o currículo, que representa uma construção social do conhecimento, que parte previamente da sistematização dos meios para que esta construção atinja efetivamente os objetivos traçados e que envolve a produção, transmissão e assimilação de processos que compõem uma metodologia de construção dos conhecimentos historicamente produzidos e as formas de adquiri-los segundo Veiga (1998, 2010).

Já os documentos categorizados como curriculares eram resoluções publicadas no boletim de serviço da UFF que estabeleciam o currículo do programa. Estes documentos possibilitaram verificar as mudanças nas disciplinas ofertadas pelo programa de RFH/UFF no decorrer dos anos. As grades curriculares foram agrupadas no Quadro 7 para facilitar a visualização da manutenção ou retirada de disciplinas com as atualizações curriculares.

Quadro 7 – Evolução curricular das disciplinas da Residência em Farmácia Hospitalar da Universidade Federal Fluminense entre 2004 e 2012

| Disciplinas   | Curso de Especialização em Treinamento em Serviço para Farmacêuticos, nos Moldes de Residência   |               |               | Curso de Pós-graduação <i>Latu Sensu</i> Residência em Farmácia Hospitalar |               |
|---|--|---------------|---------------|--|---------------|
|   | Res. 192/2004  | Res. 156/2005 | Res. 180/2005 | Res. 255/2009  | Res. 186/2012 |
| Bioestatística  | X  | X             | X             | X  | X             |
| Farmacotécnica Hospitalar                                 | X  | X             | X             | X  | X             |
| <b>DIDÁTICA</b> <sup>3</sup>                              | X  | X             |               |  |               |
| Farmacovigilância   | X  | X             |               |  |               |
| Metodologia da Pesquisa Científica                        | X  | X             |               |  |               |
| Monografia de conclusão de curso                          | X  | X             |               |  |               |
| Seminário de Produção Científica                          | X  | X             |               |  |               |
| Tópicos em Medicamentos                                   | X  | X             |               |  |               |
| Administração Farmacêutica Hospitalar                     | X  | X             | X             |  |               |
| Farmacocinética Clínica                                   | X  | X             | X             |  |               |
| Mecanismo de Ação de Substâncias Bioativas                | X  | X             | X             |  |               |
| Metodologia da Assistência em Farmácia Hospitalar         | X  | X             | X             |  |               |
| Política de Medicamentos                                  | X  | X             | X             |  |               |
| Acompanhamento do Desenvolvimento de Trabalho Monográfico |  |               | X             |  |               |
| Metodologia Científica                                    |  |               | X             |  |               |
| Pesquisa para Desenvolvimento de trabalho Monográfico     |  |               | X             |  |               |
| Tópicos Especiais em Medicamentos                         |  |               | X             |  |               |
| Farmacoepidemiologia                                      |  |               | X             | X  | X             |
| Seminários em Farmácia Hospitalar                         |  |               | X             | X  | X             |
| Assistência Farmacêutica Hospitalar                       |  |               |               | X  | X             |
| Controle de Infecção Hospitalar                           |  |               |               | X  | X             |
| Farmacologia Clínica                                      |  |               |               | X  | X             |
| Legislação em Farmácia Hospitalar                         |  |               |               | X  | X             |
| Metodologia da Pesquisa                                   |  |               |               | X  | X             |
| Pesquisa para Monografia                                  |  |               |               | X  | X             |
| Políticas de Saúde e Estrutura do SUS                     |  |               |               | X  | X             |
| Seminários de Monografia                                  |  |               |               | X  | X             |
| Tópicos Especiais em Farmácia Hospitalar                  |  |               |               | X  | X             |
| <b>LEGENDA:</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FFD700; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> Disciplinas sempre presentes no currículo</li> <li><span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FFFF00; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> Disciplinas presentes apenas no formato "especialização nos moldes de residência"</li> <li><span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FFA500; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> Disciplinas presentes nos dois formatos, mas que não estiverem presentes sempre</li> <li><span style="display: inline-block; width: 15px; height: 15px; background-color: #FFFFFF; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></span> Disciplinas presentes apenas no formato "residência em farmácia hospitalar"</li> </ul> |               |               |  |               |

Fonte: Elaboração própria

<sup>3</sup> Grifo do autor para destacar a disciplina intitulada como didática.

Importante apontar que até 2005 o programa era denominado de “Curso de Especialização em Treinamento em Serviço para Farmacêuticos, nos Moldes de Residência”, e na resolução publicada em 2009, o mesmo programa teve alteração e já passou a ser intitulado “Curso de Pós-graduação *Latu Sensu* Residência em Farmácia Hospitalar”. A mudança da denominação do curso ofertado deve ter sido influenciada pela publicação da lei que criava a Residência em Área Profissional da Saúde, voltada para áreas não médicas (BRASIL, 2005b).

Diferente da Residência Médica, que tradicionalmente tem sua organização histórica delimitada e legitimada, outras categorias profissionais de saúde como a enfermagem, e também a farmacêutica têm um percurso peculiar, pois a alteração de sua denominação, de “treinamento em serviço” para “residência em farmácia hospitalar” pode trazer algumas questões que servem de pano de fundo para sua contextualização.

Questões históricas podem explicar o surgimento da residência em enfermagem no Brasil, como uma forma de aperfeiçoamento do trabalho de enfermagem iniciado no Rio de Janeiro na década de 1970. A residência em enfermagem, na ausência de um órgão que regulamentasse e/ou fiscalizasse a implementação de programas de residência, foi desenvolvida inicialmente sob os moldes de treinamento em serviço, de forma semelhante ao Programa de RFH da UFF (AGUIAR; MOURA; SÓRIA, 2004).

Ao longo de sua trajetória, a RFH da UFF teve o nome de algumas de suas disciplinas modificado, porém algumas parecem ter correlação entre si, por exemplo “Mecanismos de Ação de Substâncias Bioativas” guarda aparente relação com “Farmacologia Clínica”; “Tópicos em Medicamentos”, “Tópicos Especiais em Medicamentos” e “Tópicos Especiais em Farmácia Hospitalar” também mostram semelhanças, no entanto, a falta de acesso aos conteúdos programáticos ou das ementas das disciplinas impossibilitou uma análise mais aprofundada.

O estabelecimento de possíveis relações de proximidade foi feito com base nos nomes das disciplinas. Aparentemente o conjunto de disciplinas foram sendo alterados para ajustar a grade curricular ao formato do programa estabelecido e às demandas estruturais do respectivo programa (e.g. duração, objetivo e recursos humanos disponíveis).

Dentre todas as disciplinas elencadas nas resoluções internas da UFF que foram disponibilizadas, a única que demonstrava guardar relação com a EPS foi a disciplina intitulada como “Didática”. Essa disciplina (vide Quadro 6) fazia parte do currículo do Curso intitulado como “Especialização em Treinamento em Serviço para Farmacêuticos, nos Moldes de Residência” até 2005, quando deixa de ser listada das disciplinas do curso,

tampouco guarda relação de proximidade com outra disciplina ofertada posteriormente.

Didática significa técnica ou arte de ensinar, de transmitir conhecimentos, podendo ser significada como a ciência ou a arte do ensino (DICIONÁRIO MICHAELIS, 2020). Como a base para a EPS é a capacidade de se utilizar as situações do cotidiano e as vivências na reformulação ou na mudança conceitual das atividades laborais, a melhoria da capacidade de transmissão do conhecimento ganha protagonismo na listagem de atributos importantes. Sobre tal questão, Ceccim e Ferla (2008) explicam que a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos envolvidos, é uma prática de ensino-aprendizagem voltada para EPS.

Não foi possível ter acesso à ementa da disciplina “Didática”, mas, aparentemente, ela era a única que guardava relação direta com a instrumentalização dos residentes para ações de ensino ou promoção de educação permanente. Por mais que os assuntos das outras disciplinas e demais temas de base da residência sejam temas passíveis de promoção de atividades de educação permanente nas unidades de saúde, a existência de ferramentas e conteúdos pedagógicos/didáticos podem possibilitar aos residentes acúmulo de competências para atuação de forma mais efetiva frente aos desafios da educação em saúde.

Os documentos categorizados como curriculares apresentavam também a carga horária de cada uma das disciplinas e de treinamento em serviço. Nestes, a carga horária das disciplinas é classificada em Teórica (T), Prática (P) ou Teórico-Prática (PT) e Estágio Supervisionado (ES) ou Trabalho Orientado (TO). No documento mais recente, contido na resolução 186 de 2012, o treinamento em serviço apresenta toda sua carga horária classificada como Prática ou Teórico-Prática. A evolução da carga horária da RFH de acordo com as resoluções encontra-se apresentada no Gráfico 1 a seguir, onde é possível verificar a distinção entre as disciplinas teóricas e a carga horária dedicada ao treinamento em serviço.

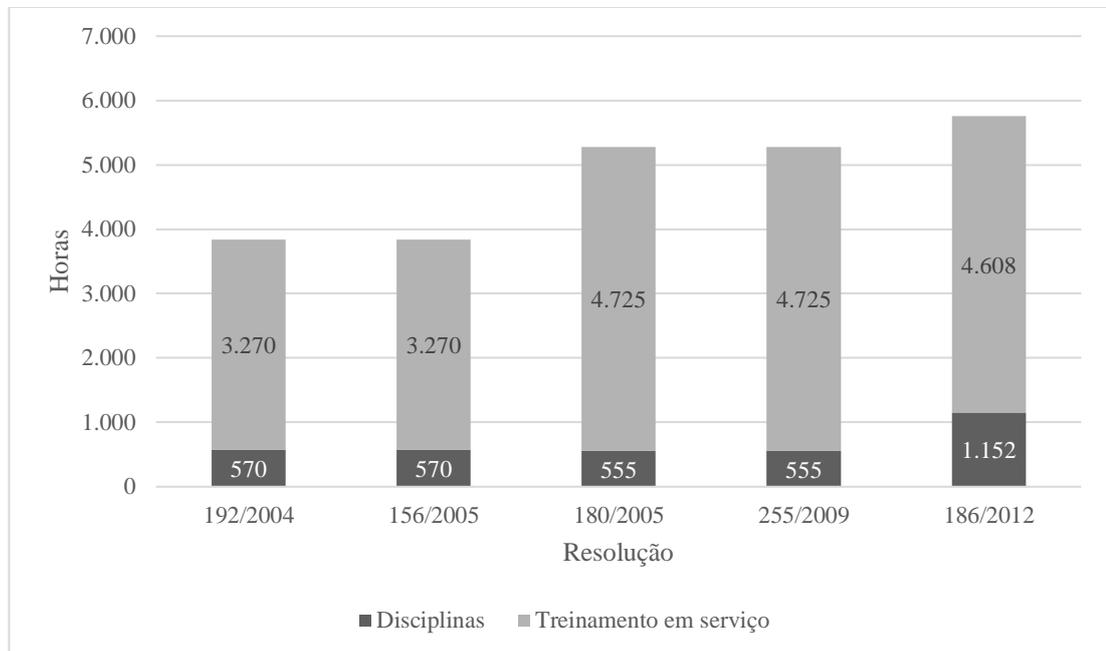
Tomando por base as normas disponibilizadas, identifica-se grande crescimento na carga horária total do curso ao longo do tempo, sendo um aumento de 50% em relação à carga horária inicial (de 3840 horas para 5760).

Nas resoluções 192/2004 e 156/2005 o treinamento em serviço correspondia a 85,16% da carga horária total passando a 89,49%, de acordo com as resoluções 180/2005 e 255/2009 respectivamente.

Comparando as duas últimas normas internas da UFF, as resoluções 255/199 e 186/2012, percebe-se incremento na carga horária teórica e redução proporcional do treinamento em serviço. De acordo com a resolução de 2012, a carga horária dedicada às atividades de atuação direta nos serviços de farmácia diminuiu e corresponde a 80% da carga

horária total da RFH. As mudanças na carga horária do treinamento em serviços foram motivadas por alterações na legislação pertinente aos programas de residência.

Gráfico 1 – Evolução da carga horária total de acordo com as resoluções disponibilizadas



Fonte: Elaboração própria

A proporção da carga horária do treinamento em serviço em relação à carga horária total do programa está em acordo com os marcos legais da residência. A resolução n° 5 de 2011 da CNRMS enuncia, em seu artigo 2º, que os programas de Residência em Área Profissional da Saúde deverão ser desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social (BRASIL, 2014a).

Outra fonte de análise documental foram os dois documentos publicados pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, extraídos de seu endereço eletrônico e selecionados como relevantes na análise realizada nessa dissertação. São esses documentos: a terceira edição dos padrões mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH, 2017a) e a segunda edição dos Padrões para Residências Farmacêuticas em Hospitais e demais Serviços de Saúde (SBRAFH, 2017b).

Publicado em 2017, a terceira edição dos “Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde” apresenta o ensino, a educação permanente e a pesquisa como uma das atribuições essenciais da FH e reforça o papel estratégico do farmacêutico na realidade hospitalar e dos demais serviços de saúde por ser um elemento interligado

intrinsecamente aos demais setores (SBRAFH, 2017a).

A educação permanente ganha uma seção dedicada no documento de padrões mínimos, mas também pode-se observar menções a EPS em outros pontos, como na seção dedicada à gestão, onde é possível verificar que o farmacêutico deve desenvolver uma estrutura organizacional que permita promover treinamentos necessários e a educação permanente do corpo funcional (SBRAFH, 2017a). De acordo com a seção do documento voltada para educação, a farmácia deve promover, participar e apoiar ações de educação permanente nas suas diversas atividades, com a participação de farmacêuticos e estudantes (SBRAFH, 2017a).

O outro documento, “Padrões para Residências Farmacêuticas em Hospitais e demais Serviços de Saúde” também publicado em 2017, tem por intenção apresentar o Programa PaRes SBRAFH, que estabelece padrões mínimos para Residências Farmacêuticas. Em sua composição, essa obra apresenta o arcabouço legal para a residência, que consiste numa versão menor da lista encontrada no endereço eletrônico do MEC e que está descrita no Apêndice 2. Também é feito uma breve contextualização histórica dos programas de residência farmacêutica no Brasil desde os anos 90. Sendo o programa d da UFF o primeiro no país (SBRAFH, 2017b).

Também é descrita a parceria entre a SBRAFH e o Conselho Federal de Farmácia (CFF) desde 2007, que buscava discutir a estrutura, os rumos e a organização dos programas de residência periodicamente, especialmente quando da ocorrência do Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar. Todos os seis encontros que aconteceram até a publicação da obra são comentados na obra sob análise (SBRAFH, 2017b).

Em seu quinto capítulo, a publicação justifica a elaboração do mesmo, motivados pela inexistência de padronização mínima a respeito dos conteúdos técnicos para orientar a formação dos farmacêuticos residentes. Além disso, destaca a intenção de assegurar um conjunto mínimo de conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam decisivamente para a formação de farmacêuticos especializados e prontos para prestar cuidados à população (SBRAFH, 2017b).

Os padrões propostos pelo documento da SBRAFH são divididos em:

- Padrões SBRAFH para o serviço que desenvolve Programa de Residência;
- Padrões SBRAFH para a Coordenação, Preceptoria, Tutoria e Docentes do Programa de Residência; e
- Padrões SBRAFH para as atividades dos residentes.

Cada uma dessas divisões apresenta uma lista de ações ou atividades mínimas que

apresentam critério Indispensável, Recomendável ou Desejável (SBRAFH, 2017b).

Ao explorar os padrões para o serviço de farmácia onde o residente será locado, o único item dedicado à EPS é “possuir uma política de capacitação permanente e de educação continuada para preceptores e supervisores, regulamentada e efetivamente praticada” (SBRAFH, 2017b). Como pôde ser observado nos resultados obtidos a partir dos documentos da UFF, não há no regimento interno, nem no projeto pedagógico marcos documentais referentes a política de capacitação de preceptores. Mesmo assim, há relatos sobre a realização de atividades de capacitação para preceptores, além de reuniões que visam orientar a atuação destes.

Não apenas o documento da SBRAFH preconiza a capacitação permanente dos preceptores, como a Resolução nº 2/2012 da CNRMS também pontua que os docentes devem apoiar a coordenação do programa na elaboração e execução de projetos de educação permanente para os preceptores dos locais do treinamento em serviço (BRASIL, 2012a). Além disso, a autorização de funcionamentos de programas de Residência em Área Profissional da Saúde é condicionada a apresentação de proposta de operacionalização que verse, entre outros assuntos, sobre o perfil do egresso e a educação permanente de tutores e preceptores (BRASIL, 2014b).

Dentre os aspectos referentes aos RH envolvidos na residência (i.e. coordenação, preceptoria, tutoria e docentes) não há nenhuma ação que promova diretamente ações de educação permanente ou a educação permanente propriamente dita. Os padrões listados correspondem, basicamente, a pré-requisitos esperados do indivíduo que ocupa cada uma dessas funções. Como exemplo, com relação à coordenação: “ser farmacêutico com titulação mínima de mestre” e “aplicar instrumentos periódicos de avaliação do programa e dos residentes”; preceptoria: ter titulação mínima de especialista em farmácia hospitalar ou área afim e “dispor de carga horária específica mínima de 10 horas semanais para acompanhamento dos residentes”; tutoria da residência: “ser designada formalmente” e “ter até no máximo 5 alunos sob sua orientação simultaneamente” e ao docente da residência: “ser vinculado a instituição formadora” e “ter titulação mínima de mestre em área da farmácia hospitalar ou afim” (SBRAFH, 2017b).

Para as atividades dos residentes, os padrões trazem a participação no planejamento e execução de atividades de educação permanente da equipe de colaboradores da farmácia como uma das atividades práticas recomendadas (SBRAFH, 2017b). Com exceção da disciplina de “Didática”, que teoricamente pode instrumentalizar o residente para executar atividades de EPS, também não se identificou subsídio teórico para sua consecução nos

documentos disponibilizados pela UFF. A educação dos trabalhadores de nível médio dentro do SUS é reforçada várias vezes na portaria 1.996/2007, como um desdobramento importante da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007b).

Importante salientar que, mesmo com essa limitação, várias disciplinas teóricas ministradas durante a formação, além da vivência cotidiana durante o treinamento em serviço do residente também podem suscitar o desenvolvimento de atividades de EPS. Em outras palavras, alguns temas práticos da FH, podem emergir e ser problematizados para realização de EPS, tanto interna como externamente aos serviços farmacêuticos.

Dentro dos Padrões para Residências Farmacêuticas em Hospitais da SBRAF não há menção ou proposição à capacitação do residente como agente de EPS, por mais que essa capacitação seja uma condição intrínseca da residência aparentemente. Não obstante, o documento da Sociedade recomenda e estimula a execução de ações de EPS, ainda mais pelo fato do ambiente hospitalar e da residência serem fatores estimulantes para tal.

Ademais, o fato de a residência se desenvolver dentro do Sistema Único de Saúde, que tem diversos marcos normativos de incentivo às ações de EPS (BRASIL, 1990, 2005f, 2006b, 2007a, 2007b), pode ser interpretado como propício para o fomento implícito do residente ao papel de agente.

## 6.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA RESIDÊNCIA DE FARMÁCIA HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES

Foi estabelecido contato com a coordenação da Residência em Farmácia Hospitalar da Universidade Federal Fluminense (RFH/UFF), anterior à aplicação do questionário eletrônico, visando buscar apoio para divulgação da pesquisa. A coordenação da RFH/UFF se responsabilizou pelo encaminhamento dos emails de convite aos egressos para participação. O convite foi reiterado em, ao menos, três momentos subsequentes, durante toda a disponibilização do questionário.

A RFH/UFF existe desde 1997 e abre processo seletivo anualmente, com oferta de vagas em diferentes hospitais. O programa tem duração de dois anos (R1 e R2) e teve sua primeira turma formada em 1999, mantendo, desde então, oferta anual de vagas. Deste modo, a pesquisa cobriu as turmas de 1997 até 2017, ou seja, concluintes de 1999 a 2019.

O questionário foi disponibilizado no período de 29/04/2020 a 30/05/2020 na plataforma Google docs® e, de acordo com a coordenação da RFH/UFF, o programa contava com 359 egressos concluintes até a turma de 2017 (i.e., que concluiu a residência em 2019).

Segundo a informação obtida junto à coordenação do curso, deste total de egressos, apenas 307 tinham registro de e-mail válido/atualizado (quase 15% a menos). O questionário eletrônico foi preenchido por 87 alunos, correspondendo a um percentual de resposta de 24,2%, considerando o total de 359 concluintes.

Não há um padrão “ouro” de taxa de resposta estabelecido na literatura científica, ainda mais em situações que englobem mais de 20 anos de formação, como o caso da RFH/UFF. O estudo de Torres e colaboradores (2018), que objetivou analisar a efetividade de um curso de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde na implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com base na percepção dos profissionais de saúde egressos, obteve taxa de resposta semelhante ao encontrado, de 26,5%. Outro estudo com uma taxa de resposta próxima foi o estudo de egressos 2013-2019 elaborado pela Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação da Fiocruz (ANDRADE et al., 2020). No relatório divulgado, aproximadamente 33% dos egressos do Mestrado Profissional da Ensp responderam à pesquisa.

### **6.2.1 Breve perfil dos residentes**

As respostas coletadas na primeira parte do questionário permitiram que fosse traçado um perfil dos egressos respondentes e, conseqüentemente, permitiu a caracterização dos respondentes, mesmo sabendo que o foco dele não era o perfil dos residentes egressos. Isso explica porque a exploração perfil dos egressos é tão pontual.

A primeira informação coletada para traçar o perfil do egresso foi o ano de conclusão. Dentre as turmas respondentes, as concluintes em 2015, 2017 e 2018 representaram, somadas, 58,6% de todos os respondentes. Os quantitativos de respondentes por ano de conclusão da RFH/UFF podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos respondentes, segundo ano de conclusão da residência farmacêutica.

| <b>Ano de conclusão da Residência</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>     |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| 1999                                  | 1         | 1,1          |
| 2000                                  | 1         | 1,1          |
| 2007                                  | 1         | 1,1          |
| 2008                                  | 1         | 1,1          |
| 2009                                  | 5         | 5,7          |
| 2010                                  | 3         | 3,4          |
| 2011                                  | 5         | 5,7          |
| 2012                                  | 3         | 3,4          |
| 2013                                  | 1         | 1,1          |
| 2014                                  | 3         | 3,4          |
| 2015                                  | 19        | 21,8         |
| 2016                                  | 5         | 5,7          |
| 2017                                  | 20        | 23,0         |
| 2018                                  | 12        | 13,8         |
| 2019                                  | 7         | 8,0          |
| <b>Total</b>                          | <b>87</b> | <b>100,0</b> |

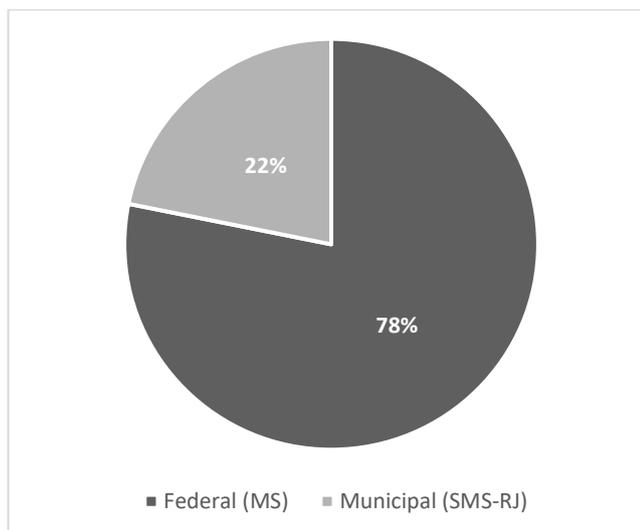
Fonte: Elaboração própria

Pode-se observar ausência de adesão ao preenchimento dos questionários de alunos concluintes nos anos de 2001 a 2006, ou seja, não foi possível captar a percepção de aproximadamente 33% das turmas de egressos. Possivelmente as dificuldades em acessar e contatar os egressos das turmas iniciais, que podem ter seus endereços de e-mail desatualizados, bem como a baixa cultura de manutenção de vínculo entre as instituições formativas e os egressos podem explicar tal questão. De forma contrária, egressos das turmas concluintes mais recentes, a partir de 2015, tiveram maior participação nas respostas, sendo, inclusive, o pesquisador de uma dessas turmas.

A respeito da esfera de governo na qual o farmacêutico hospitalar residente foi alocado para desenvolver seu treinamento em serviço, como já destacado anteriormente, os âmbitos poderiam se relacionar tanto à esfera federal como municipal, vinculados respectivamente ao Ministério da Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Como demonstrado no Gráfico 2, maioria dos respondentes foram alocados e atuaram em unidades federais (78,2%), e o restante, cerca de um quarto, nas unidades da SMS-RJ.

Gráfico 2 – Esfera de governo do hospital de atuação do residente egresso respondente.



Fonte: Elaboração própria

Legenda: MS - Ministério da Saúde, SMS-RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A ampla participação da esfera federal pode estar relacionada ao fato do convênio entre a UFF e o NERJ/MS ser mais antigo, firmado desde 1997, além da disponibilização de vagas nos hospitais federais ser maior. As unidades da SMS-RJ, por sua vez, passaram a disponibilizar vagas para a residência anos depois e em menor quantidade.

Importante ressaltar que a rede dos hospitais federais no Rio de Janeiro está hierarquicamente ligada ao Departamento de Gestão Hospitalar (DGH), subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), e responsável pela gestão de seis hospitais federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005d). São eles o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), Hospital Federal do Andaraí (HFA), Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), Hospital Federal de Ipanema (HFI), Hospital Federal da Lagoa (HFL) e Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF).

O DGH responde pelo desenvolvimento de atividades técnico-administrativas e de apoio logístico necessárias à atuação dos órgãos do MS no Rio de Janeiro. Também é de sua competência a supervisão, avaliação e controle da administração de pessoal ativo e inativo, do desenvolvimento de Recursos Humanos, da modernização administrativa e da gestão de orçamento, finanças, material, patrimônio, serviços gerais e de apoio administrativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE. NÚCLEO ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO, 2020).

É possível observar na Tabela 2 as características gerais obtidas sobre o perfil dos farmacêuticos residentes egressos, que envolvem sexo, escolaridade, setor de atuação atual (público ou privado) e área em que os respondentes atuam atualmente.

Tabela 2 – Características gerais atuais dos egressos farmacêuticos respondentes, segundo sexo, escolaridade, esfera e atuação profissional

| <b>Características Geral dos Participantes</b>                            | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|---|-----------|----------|
| <b>SEXO</b>   |           |          |
| Feminino  | 82        | 94,3     |
| Masculino   | 5         | 5,7      |
| <b>ESCOLARIDADE</b>   |           |          |
| Doutorado   | 2         | 2,3      |
| Mestrado  | 16        | 18,4     |
| Pós-graduação   | 69        | 79,3     |
| <b>SETOR DE TRABALHO ATUAL</b>  |           |          |
| Privado   | 24        | 27,6     |
| Público   | 59        | 67,8     |
| Público e Privado   | 4         | 4,6      |
| <b>ATUAÇÃO PROFISSIONAL</b>   |           |          |
| Apenas farmácia hospitalar/clínica  | 52        | 59,8     |
| Apenas farmácias da atenção primária à saúde (APS)                        | 10        | 11,5     |
| Apenas pesquisa e docência  | 5         | 5,7      |
| Apenas gestão da assistência farmacêutica                                 | 5         | 5,7      |
| Outros [farmácia comercial, laboratorial (análises clínicas), industrial] | 4         | 4,6      |
| Farmácia hospitalar associada a outras (APS/CAPS/oncologia)               | 3         | 3,4      |
| Apenas unidade de pronto atendimento (UPA)                                | 2         | 2,3      |
| Apenas farmácia manipulação especializada (oncologia, radiofarmácia)      | 2         | 2,3      |
| Atua em outra formação/atuação profissional, diferente da farmácia        | 2         | 2,3      |
| APS + UPA   | 1         | 1,1      |
| Não está trabalhando na área  | 1         | 1,1      |

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: APS - Atenção primária à saúde, CAPS - Centro de apoio psicossocial, UPA - Unidade de pronto atendimento.

Quanto ao sexo, verifica-se maciça participação de mulheres respondentes. No relatório do perfil farmacêutico no Brasil publicado em 2015 pelo CFF (SERAFIN; CORREIA JÚNIOR; VARGAS, 2015), foi verificado que 67,5% dos profissionais farmacêuticos à época eram do sexo feminino, corroborando com a maioria encontrada no perfil dos resultados.

Apesar da amostra representar quase um quarto dos egressos da residência, diversos trabalhos (ENGSTROM; HORTALE; MOREIRA, 2020; GOMES; GOLDENBERG, 2010) têm destacado mudanças no campo da saúde, como a feminilização na composição disciplinar dos programas de pós graduação, como é o caso da RFH/UFF.

Referente à escolaridade atual dos respondentes, percebe-se baixa ascensão neste quesito, uma vez que a própria residência é uma pós-graduação *lato sensu* e 79,3% permaneceram nessa faixa de escolaridade, mesmo que, posteriormente, o egresso tenha buscado outra formação.

As proporções entre especialistas (pós-graduandos na modalidade *lato sensu*), mestres e doutores encontradas nos resultados é muito semelhante aos descritos no perfil de farmacêuticos do Brasil de 2015, com 80,8%, 14,6% e 4,6% respectivamente (SERAFIN; CORREIA JÚNIOR; VARGAS, 2015).

Outro ponto do perfil que buscou-se identificar, foi o setor de trabalho atual do residente. Verificou-se que a maioria retornava para atividades laborais exclusivas no setor público (67,8%), com quase um terço no setor privado. Como a RFH se desenvolve em serviços públicos ligados ao SUS, possivelmente esse fator se reflita na continuidade dos trabalhadores com vínculo no setor público, apesar de todas as dificuldades observadas de realização de concursos públicos, por exemplo.

Já sobre a área de atuação profissional, identificou-se que quase 60% atuavam no próprio âmbito da farmácia hospitalar. Isto indica a existência de retorno de diversos profissionais capacitados absorvidos no próprio mercado de trabalho para o qual a residência se propõe a formar e presentes em seu projeto pedagógico, qual seja a “formação de profissionais farmacêuticos aptos a gerenciar farmácias hospitalares, bem como de promover o uso seguro e racional de medicamentos nestes ambientes” (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, [s.d.]).

A farmácia hospitalar aparece como terceira área de atuação mais escolhida pelos farmacêuticos com 12% do total de farmacêuticos, estando atrás apenas das Farmácias ou Drogarias de Rede ou Independentes em primeiro e segundo lugar respectivamente, de acordo com o perfil brasileiro de farmacêuticos (SERAFIN; CORREIA JÚNIOR; VARGAS, 2015). Dentre todos os 87 respondentes, apenas 1 declarou atuar em farmácia comercial.

Além da multiplicidade de atuações de todos os egressos que responderam ao questionário, a captação de residentes egressos atualmente trabalhando na Atenção Primária à Saúde (APS) chama bastante atenção. Sobre isso, a expansão da APS no Município do Rio de Janeiro que foi verificada entre 2010-2017 pode estar interferindo (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Neste sentido, a SMS-RJ abriu um campo de atuação importante, pois o crescimento da APS foi acompanhada da decisão de incorporação de farmacêuticos em todas as unidades básicas de saúde (SILVA et al., 2016b).

Retornando a diversidade de atuação, isso, de certa forma, reflete a amplitude do

exercício profissional do farmacêutico, com possibilidade de trabalho no setor industrial, comércio farmacêutico e outros serviços de saúde, tais como unidades de pronto atendimento (UPA), farmácias especializadas de manipulação de oncológicos e outras áreas, inclusive as menos difundidas como a radiofarmácia.

### **6.2.2 Atividades desenvolvidas pelos residentes**

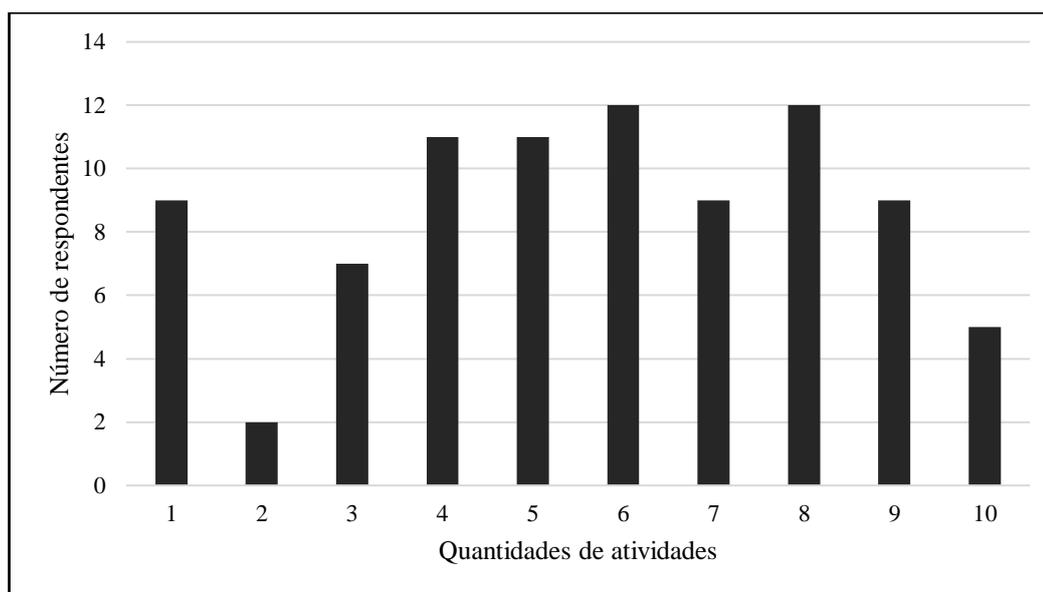
Após traçar um perfil dos egressos respondentes, ainda que sintético, o segundo bloco do questionário buscava identificar possíveis atividades internas e externas realizadas pelos residentes e que poderiam guardar relação com a EPS. Neste bloco a pesquisa foi estruturada por meio de alternativas de opções fechadas, com possibilidade de o respondente inserir novas atividades, diferentes das alternativas propostas, através de um campo “outros” exibido como última alternativa.

No que diz respeito às atividades indicadas com características de atuação internas à farmácia, foram elencadas 10 opções de atividade, além de uma opção negativa (i.e., “não fiz nenhuma atividade”) e da 12ª opção “outros”. Desse modo, os respondentes poderiam marcar um mínimo de 1 resposta (i.e., executavam apenas uma das atividades listadas, executavam apenas uma atividade que não foi listada utilizando a opção “outros” ou não executavam nenhuma atividade e utilizariam a opção negativa) e um máximo de 11 respostas (i.e., realizavam todas as dez atividades listadas e mais alguma não listada que seria apresentada na opção “outros”).

O

Gráfico 3 apresenta a quantidade de atividades internas à farmácia foram apontadas como realizadas pelos respondentes. Apenas dois respondentes disseram fazer 2 atividades internas, em oposição a doze respondentes que disseram fazer 6 atividades internas e outros doze que responderam que faziam 8 das atividades. Foi possível observar que os residentes que responderam faziam, em média, 5,7 atividades internas.

Gráfico 3 – Quantidade de atividades internas apontadas como realizadas por respondente



Fonte: Elaboração própria.

Nenhum egresso indicou realizar todas as atividades internas possíveis, mesmo assim, se observou uma quantidade de atividades médias relativamente elevada. Tal achado pode indicar que a RFH é um campo fértil para a promoção da EPS voltada para o serviço de farmácia.

Quatro, dentre as alternativas de atividades internas propostas, quais sejam “desenvolvimento de material técnico-didático para apoio e consulta da equipe de colaboradores da farmácia”, “reavaliação das atividades executadas propondo melhoria ou mudança”, “atualização de POP para melhor atender às demandas da farmácia” e “elaboração de POP para melhor atender às demandas da farmácia” apresentaram respostas expressivas e representaram as principais alternativas, com seus resultados representando 50% das respostas. Além disso, as três primeiras atividades elencadas foram respondidas por pelo menos 70% dos 87 respondentes, o que pode ser visualizado adiante na Tabela 3.

Mesmo com elevado espectro de respostas positivas, cinco respondentes (1,0%) responderam negativamente sobre de realização de atividades internas ligadas com a educação permanente em saúde na farmácia.

Tabela 3 – Atividades internas com potencial de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelos residentes egressos

| <b>Ações Internas</b>   | <b>N</b>   | <b>%</b>   | <b>Respondentes (%)</b> |
|---|------------|------------|-------------------------|
| (1) Desenvolvimento de material técnico-didático para apoio e consulta da equipe de colaboradores da farmácia   | 67         | 13,5       | 77,0                    |
| (2) Reavaliação das atividades executadas propondo melhoria ou mudança  | 65         | 13,1       | 74,7                    |
| (3) Atualização de POP para melhor atender às demandas da farmácia  | 63         | 12,7       | 72,4                    |
| (4) Elaboração de POP para melhor atender às demandas da farmácia   | 53         | 10,7       | 60,9                    |
| (5) Elaboração de treinamento para a equipe de auxiliares/técnicos de farmácia  | 50         | 10,1       | 57,5                    |
| (6) Aplicação de treinamento para a equipe de auxiliares/técnicos de farmácia   | 46         | 9,3        | 52,9                    |
| (7) Capacitação da equipe da farmácia a respeito de atualização dos processos (POP)   | 42         | 8,5        | 48,3                    |
| (8) Acompanhamento sistemático das atividades de estagiários  | 40         | 8,1        | 46,0                    |
| (9) Promoção periódica de sessões técnicas com os farmacêuticos do staff para discutir condutas terapêuticas e/ou avaliar as prescrições                        | 32         | 6,5        | 36,8                    |
| (10) Condução periódica de sessões técnicas com os farmacêuticos do staff   | 28         | 5,7        | 32,2                    |
| (11) Não fiz nenhuma atividade de educação permanente em saúde na farmácia  | 5          | 1,0        | 5,7                     |
| (12) Outros (acompanhamento sistemático das atividades de residentes, Gestão interna no serviço, capacitação de farmacêuticos e manipulação de quimioterápicos) | 4          | 0,8        | 4,6                     |
| <b>Total Geral</b>  | <b>495</b> | <b>100</b> |                         |

Fonte: Elaboração própria.

A assistência farmacêutica hospitalar, presente nas ações da farmácia hospitalar tem duas dimensões que se relacionam entre si, que é o exercício administrativo e o clínico-assistencial, tanto que a literatura a define como uma unidade clínica-administrativa-econômica que ocupa importante posição dentro do contexto assistencial de uma organização hospitalar (STORPIRTIS et al., 2008).

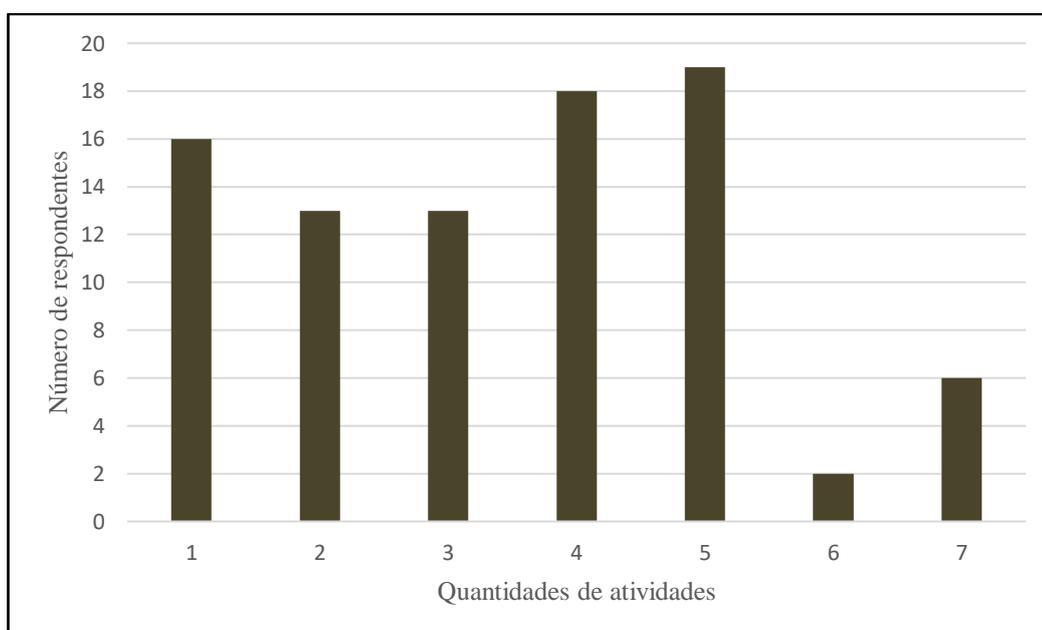
Percebe-se, dentre as atividades elencadas, a característica comum de serem voltadas ao preparo de material educacional ou de apoio operacional à farmácia (atividades 1, 3 e 4), que, dependendo do conteúdo e aplicação do material, poderá contribuir com o aspecto clínico ou administrativo da farmácia. Dito de outra forma, a farmácia possui distintos processos de trabalho interligados entre si e que visam promover a redução de erros e garantindo a segurança e a melhoria da qualidade de vida do paciente (CAVALLINI; BISSON, 2010).

No entanto, a manutenção dos dois separados foi na perspectiva de coerência com as duas dimensões inerentes à definição de farmácia hospitalar, qual seja, o aspecto clínico e administrativo desse serviço farmacêutico no ambiente hospitalar. Assim, seria possível contemplar o aspecto clínico (avaliação de prescrições e condutas terapêuticas) e a dimensão administrativa seria abarcada por outras sessões técnicas (como formulação de parecer técnico).

Com relação às atividades relacionadas com a EPS que estão ligadas ao serviço de farmácia, mas também tangenciam outros profissionais de saúde ou outros serviços/setores, isto é, atividades externas à farmácia atividades, foi proposto um total de 9 alternativas, sendo 7 atividades, uma opção negativa e uma opção “outros”. No caso das atividades externas, os respondentes poderiam marcar um mínimo de uma resposta, de forma semelhante às atividades internas, e um máximo de oito respostas (i.e., as sete atividades propostas mais alguma não listada que seria apresentada na opção “outros”).

O Gráfico 4 apresenta a quantidade de atividades externas que foram apontadas como realizada pelos respondentes. Apenas dois respondentes disseram fazer 6 atividades externa, em oposição a dezenove respondentes que disseram fazer 5 atividades externas. Os dados obtidos permitiram concluir que os respondentes fizeram, em média, 3,5 atividades externa.

Gráfico 4 – Quantidade de atividades externas apontadas como realizadas por respondente



Fonte: Elaboração própria.

Assim como foi encontrado em relação às atividades internas, nenhum egresso indicou realizar todas as atividades possíveis, e, se a média entre atividades internas e externas for comparada, nota-se que a segunda é menor. Observa-se, também, que há um padrão menos homogêneo na distribuição das atividades externas, com 16 respondentes informando que realizavam apenas uma atividade externa e 6 informando a realização de sete das oito atividades propostas.

Em seu trabalho, Medeiros e colaboradores (2011) mostram que o envolvimento de farmacêuticos na intervenção interdisciplinar contribui para melhorar os indicadores de Uso Racional dos Medicamentos. Porém, por mais que estudos mostrem colaboração importante de farmacêuticos durante o treinamento em serviço com outros profissionais, como médicos, fisioterapeutas e enfermeiros (GONZALES; HARMON; FENN, 2020), existe uma dificuldade cultural na adesão às ações que extrapolem os limites profissionais entre as diferentes profissões atuantes no cuidado em saúde.

Batista (2012) aponta que a educação interprofissional já é discutida, especialmente nos EUA e na Europa, com o intuito de romper essa dificuldade cultural e estimular o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho em equipe. Ele discorre, inclusive que os princípios da educação interprofissional se aplicam à educação permanente dos profissionais membros de equipes de trabalho.

A existência de equipes e ações interprofissionais, promovendo ações conjuntas em prol da recuperação e segurança do paciente é tão fundamental em um cenário hospitalar que é considerado um item fundamental para que os serviços educacionais americanos em farmácia (i.e., universidades) sejam acreditados (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015).

Dentre as nove alternativas possíveis ao se tratar das atividades externas, as três opções mais realizadas e, conseqüentemente, principais alternativas foram “participação em reuniões de equipe multiprofissional”, “participação em *round* clínico nas unidades assistenciais” e “desenvolvimento de material técnico-didático para apoio e consulta de equipe externa a farmácia”, cujos resultados somados totalizam 56% das respostas, como pode ser observado na

**Tabela 4** a seguir. Com o acréscimo da alternativa “elaboração de informe sobre medicamentos” à análise das principais respostas, é possível obter um total de mais de 70% das respostas.

Tabela 4 – Atividades externas com potencial de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas pelos residentes egressos

| <b>Ações Externas</b>   | <b>N</b>   | <b>%</b>   | <b>Respondentes (%)</b> |
|---|------------|------------|-------------------------|
| (1) Participação em reuniões de equipe multiprofissional  | 58         | 19,3       | 65,9                    |
| (2) Participação em round clínico nas unidades assistenciais  | 58         | 19,3       | 65,9                    |
| (3) Desenvolvimento de material técnico-didático para apoio e consulta de equipe externa a farmácia | 52         | 17,3       | 59,1                    |
| (4) Elaboração de informe sobre medicamentos  | 47         | 15,6       | 53,4                    |
| (5) Elaboração de informe em farmacovigilância  | 28         | 9,3        | 31,8                    |
| (6) Elaboração de treinamento para equipe externa à farmácia  | 28         | 9,3        | 31,8                    |
| (7) Aplicação de treinamento para a equipe externa à farmácia                                       | 23         | 7,6        | 26,1                    |
| (8) Não fiz nenhuma atividade de educação permanente em saúde no hospital                           | 5          | 1,7        | 5,7                     |
| (9) Outros (Implantação de visitas periódicas aos diversos setores do hospital)                     | 2          | 0,7        | 2,3                     |
| <b>Total Geral</b>  | <b>301</b> | <b>100</b> |                         |

Fonte: Elaboração própria.

Importante ressaltar que a participação em reuniões de equipe multiprofissional e comissões dentro da estrutura hospitalar é apontado tanto na resolução nº 2 da CNRMS (BRASIL, 2012a) quanto nos padrões mínimos da farmácia hospitalar (SBRAFH, 2017a).

Do total de respondentes, cinco (1,7%) responderam negativamente sobre a realização de atividades externas de EPS. Sendo que, dois destes respondentes, também responderam negativamente às alternativas de atividade interna, demonstrando que aproximadamente 2% do total de respondentes não realizou atividade nenhuma de educação permanente em saúde durante os dois anos de residência.

A partir da percepção dos egressos, verificou-se grande proporção de respostas que mostraram a realização de diversas atividades tanto internas como externas com correspondência com a EPS. Somado a isso, também se identificou baixíssimo contingente de respostas sobre a ausência total de atividades desenvolvidas. Esses dois fatos, sugerem que a RFH/UFF tem obtido êxito para a consecução da EPS na farmácia hospitalar.

Novamente, inexistência de disciplinas teóricas específicas de instrumentalização da EPS e outras limitações não explícitas não se mostraram impeditivas para que o residente lograsse êxito como agentes de EPS.

### 6.2.3 Percepção do residente farmacêutico e a formação para a educação permanente em saúde

Na terceira seção do questionário foram propostas afirmativas e para a coleta das respostas dos egressos utilizou-se da escala de Likert (1932). As afirmativas apresentadas buscavam identificar a percepção do egresso quanto a sua formação e seu papel relacionado à EPS. O compilados das respostas pode ser observado no Quadro 8, a seguir.

De forma geral, nenhuma das afirmativas teve a maior parte de suas respostas neutra ou em discordância total ou parcial.

Quadro 8 – Percepção do residente sobre seu papel como agente de educação permanente em saúde

| <b>Escala Likert</b>   | <b>Discordo totalmente (%)</b> | <b>Discordo parcialmente (%)</b> | <b>Não concordo nem discordo (%)</b> | <b>Concordo parcialmente (%)</b> | <b>Concordo totalmente (%)</b> |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 3.1 Na minha opinião, a RFH estimula o residente a se envolver em ações de EPS   | 1<br>(1,1)                     | 3<br>(3,4)                       | 3<br>(3,4)                           | 26<br>(29,9)                     | 54<br>(62,1)                   |
| 3.2 Na minha opinião, a preceptoría e os farmacêuticos do quadro da unidade que fui locado na RFH promoviam ações de EPS                       | 5<br>(5,7)                     | 9<br>(10,3)                      | 8<br>(9,2)                           | 33<br>(37,9)                     | 32<br>(36,8)                   |
| 3.3 Acredito que as aulas teóricas da residência foram capazes de me auxiliar a promover capacitação da equipe do meu local de trabalho atual. | 3<br>(3,4)                     | 14<br>(16,1)                     | 14<br>(16,1)                         | 44<br>(50,6)                     | 12<br>(13,8)                   |
| 3.4 Consigo me ver atualmente como agente de EPS   | 3<br>(3,4)                     | 2<br>(2,3)                       | 6<br>(6,9)                           | 37<br>(42,5)                     | 39<br>(44,8)                   |

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: EPS – educação permanente em saúde; RFH: residência em farmácia hospitalar.

Dos 80 respondentes que concordaram com a afirmativa da RFH estimular o residente a se envolver em ações de EPS, aproximadamente 80% concordam plenamente. De todas as afirmativas submetidas à análise, esta foi a com maior concordância plena. A concordância majoritária pode ser consequência do processo de subjetivação causado pela

inserção do residente em cenários de desafios à reinvenção de si, dos saberes e, principalmente, das práticas promovidos pela educação pelo trabalho (CECCIM; FERLA, 2018).

Aproximadamente 75% dos participantes se sentiram motivados a promover ações de EPS pelos preceptores e/ou farmacêuticos do staff. Desse percentual há uma partição, quase igualitária, entre os egressos que concordaram totalmente ou parcialmente, mesmo assim a percepção dos residentes a respeito dos atores do serviço farmacêutico e de sua atuação foi alta, reafirmando a hipótese da importância dessa interação para o desenvolvimento da EPS. Botti e Rego(2008) explicam que o título de preceptor é usado para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador.

O treinamento em serviço pode gerar efeitos imediatos ao residente, em seus níveis de desempenho, motivação, autoconfiança e abertura a mudanças nos processos de trabalho, que podem se refletir em ações de EPS. Além disso, o conceito de Residência e seu papel, pode ser sintetizado como observado na seguinte narrativa:

“A Residência é uma modalidade teórico-prática de treinamento em serviço e tem papel fundamental para a formação, dada a possibilidade de aliar teoria e prática e permitir a reflexão crítica sobre a organização dos processos de trabalho em saúde. Nela o aluno aprende a ter mais independência, trabalhar em equipe multiprofissional, ganhar postura profissional, além de desenvolver competências como comunicação e tomada de decisão” (CECCIM et al., 2018, p. 153).

Dentre as funções do preceptor encontra-se ensinar e compartilhar experiências que ajudem o profissional a se adaptar ao exercício da profissão (BOTTI; REGO, 2008), o que pode auxiliar na compreensão do resultado encontrado.

Pouco mais de 60% dos egressos acredita que as aulas teóricas da residência os auxiliaram na promoção de capacitação da equipe de trabalho atual. Porém quase 80% dos egressos que concordaram com essa afirmativa o fizeram de forma parcial, mostrando que há uma ressalva nessa concordância.

Novamente, ainda que não seja possível afirmar que as aulas ou o treinamento em serviço sejam o componente principal na formação do agente de educação permanente, pode-se suscitar como possível que o treinamento seja um espaço mais estimulante para essa formação. Na conclusão de seu trabalho, Gonzales, Harmon e Fenn (2020) apontam que o aprendizado em serviço é uma modalidade educacional que complementa a aprendizagem.

O aprendizado em serviço melhora as habilidades de comunicação dos alunos, sua consciência cultural, seu pensamento crítico e sua capacidade de liderança, entre outros. Fora que o aprendizado em serviço promove benefícios tangíveis no que diz respeito aos

resultados educacionais (GONZALES; HARMON; FENN, 2020).

Para auxiliar os respondentes durante o questionário, foi apresentado o conceito de EPS como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2007b; PEIXOTO et al., 2013). Após a leitura da definição apresentada, mais de 85% dos respondentes concordou que consegue se ver atualmente como um agente de educação permanente em saúde. Isso demonstra que os respondentes acreditam que, por meio do trabalho, podem modificar o meio e a si mesmos (DAVINI, 1989).

Davini (1989), ao tratar da educação permanente dos trabalhadores em saúde, descreve que o valor educativo do trabalho emana da concepção da educação como um movimento de transformação do sujeito que, transformando a si, transforma o seu meio e vice-versa.

Concluindo o questionário, foram propostas duas perguntas abertas obrigatórias e uma facultativa que buscavam explorar a identificação de elementos da contribuição da residência para a EPS.

A primeira pergunta aberta procurou explorar as atividades ou vivências da residência que proporcionaram mais contato com a educação permanente em saúde na opinião dos egressos. A maioria dos entrevistados citou mais de uma atividade de educação permanente proporcionada pela residência.

Mais da metade dos participantes respondeu que prioritariamente as **atividades realizadas em conjunto com outras áreas**<sup>4</sup>, por exemplo, equipe de enfermagem e/ou equipe médica, possibilitam maior contato com a educação permanente, citando as discussões e/ou rounds multiprofissionais de casos com as equipes de Clínica médica, CTI, CCIH e Núcleo de Segurança do Paciente (*“Discussões multiprofissionais semanais com os residentes médico e enfermeiros, onde cada um contribuía com explicações dos respectivos campos de atuação sobre uma determinada patologia”*). O trabalho de Gonzales, Harmon e Fenn (2020) mostra que o Aprendizado em Serviço é uma excelente oportunidade de promover a colaboração entre o farmacêutico e os outros profissionais de saúde de forma interprofissional, gerando também engajamento cívico e oportunidade de usar e aplicar o conhecimento de didática em situações reais.

Também foram citadas as aulas multiprofissionais (*“Aulas multidisciplinares promovidas por uma médica do hospital em que participavam enfermeiros, farmacêuticos e*

---

<sup>4</sup> Grifo do autor: dentre as respostas obtidas, algumas foram agrupadas sob uma mesma ideia central. Os títulos ou ideias centrais que agruparam as respostas são apresentadas com sua escrita em negrito.

médicos”), as visitas às enfermarias para discussão de casos e orientação sobre armazenamento, prescrições e farmacovigilância (*“Visitas periódicas aos postos de enfermagem - Ronda farmacêutica - para verificar armazenamento dos medicamentos (frascos sem rótulos, medicamentos com embalagem parecida misturados, identificação avariada, etc.); validação das prescrições, acompanhamento dos tratamentos com antimicrobianos e sugestão de substituição na falta do antimicrobiano prescrito”*).

A interação com outras categorias amplia o conhecimento, facilita a integração e sensibiliza para o papel de cada um na equipe de saúde (*“O momento teórico com os farmacêuticos staff e a participação de reuniões técnicas de outros profissionais como de enfermagem e médica que além do aprendizado nos permitia ter mais empatia outros seguimentos da saúde”*).

Estudo de caso em hospital de ensino no sul do Brasil, com objetivo de compreender como a EPS vinha sendo desenvolvida no cotidiano de atuação dos profissionais de saúde, isto é, como vinha sendo operacionalizada na Residência Multiprofissional em Saúde mostrou a importância da atuação multiprofissional para o desenvolvimento de ações de EPS. Também foi possível identificar a construção de relações e integração entre os diversos atores que atuam no processo de cuidado em saúde, promovendo ao residente competências (conhecimento, atitudes e habilidades) no sistema de saúde. Isso também contribuiu para a formação dos residentes, desencadeada por espaços em que os profissionais de saúde dialogavam acerca da EPS, e a compreendem como um processo e, não somente, como algo pontual (SILVA et al., 2016a).

Outro ponto destacado foi a **elaboração, atualização e revisão de material didático, informes, manuais, formulários, rotinas e POP**, tanto para orientação das condutas no ambiente hospitalar, quanto para treinamento de auxiliares, de equipes farmacêutica e de enfermagem, de estagiários e outros residentes (*“Elaboração de rotina específica para guarda de medicamento trazido de casa pelo paciente. Foi reformulada pelos residentes que promoveram treinamentos para a equipe da Farmácia”*). A supervisão e treinamento de estagiários é outra atividade de educação permanente citada, além da realização de preceptoria informal, visto que o papel de preceptor é executado, normalmente, por profissional do quadro da instituição.

Alguns entrevistados também destacaram a importância da **elaboração de trabalhos científicos e participação em reuniões e congressos** (*“... a participação em certificações de qualidade e eventos científicos são exemplos claros para mim que alavancaram ações de EPS”*).

A última pergunta obrigatória do questionário indagava a opinião do egresso sobre a residência capacitar o profissional para promover educação em saúde e como isso ocorria. De um modo geral, as opiniões são muito favoráveis ao papel da residência na capacitação em relação à promoção da EPS. A maioria expressiva dos entrevistados sinalizou que as atividades e vivências da residência forneceram ferramentas para a resolução de problemas, melhoria nos processos de trabalho e desenvolveram habilidades de comunicação e integração com os demais profissionais de saúde, tal como descrito na fala a seguir:

“Acredito que a vivência num espaço onde os profissionais de diversas áreas trabalham em conjunto reforça a ideia de que todos são importantes para o atendimento final ao paciente. Esse contato também nos mostra que não sabemos de tudo e há sempre algo novo a aprender para melhorar a qualidade do serviço que prestamos. Ao mesmo tempo que tiramos nossas dúvidas, contribuimos para o aprendizado do outro e conseguimos detectar os pontos de melhoria para organizar treinamentos específicos e direcionados”.

Alguns sinalizaram que estas ferramentas teóricas e práticas aguçaram o senso crítico, pois *“proporcionou o desenvolvimento de um olhar científico para as atividades do serviço”* e *“fomentou discussões acerca da atuação dos profissionais no dia-a-dia e refletindo quais dessas atitudes devem ser revistas”*.

Determinados entrevistados destacaram que a residência permitiu ampliar o papel e a visão do farmacêutico para além *“de sermos apenas dispensadores de medicamentos”*. Para isto, os preceptores são identificados em várias respostas como tendo cumprido um papel importante para que isto fosse alcançado (*“Tivemos o suporte da equipe de preceptores para elaboração de materiais e aplicação prática dos materiais na educação em saúde. Além dos mesmos servirem como ponte para contato com outros membros da equipe multiprofissional e execução de atividades interdisciplinares. Hoje, me sinto segura em realizar qualquer atividade com esse viés”*).

Do grupo de 87 entrevistados, cinco tiveram uma visão mais crítica em relação as atividades e vivências da residência em relação à EPS. Um dos entrevistados sinalizou que a incorporação da EPS foi algo que teria ocorrido no ano de sua residência e que acontecia *“um pouco”* (*“Foi no meu ano da residência que de fato saímos de dentro da farmácia. Os residentes anteriores ficaram com muito trabalho interno. Foi onde iniciamos a participação do farmacêutico nos rounds das clínicas e CTI que antes não existia”*). Outros sinalizaram que a residência capacitou pouco, diante da falta de profissionais farmacêuticos e consequente aproveitamento dos residentes para suprir essa falta (*“Na maior parte do tempo éramos mão-de-obra para o serviço. Poucos foram os encontros entre staffs e*

*residentes com a finalidade de promoção da Educação em Saúde*”) ou que “*faltava à equipe da Farmácia Hospitalar uma maior percepção da importância sobre o assunto*”.

Por fim aberto um espaço facultativo para comentários adicionais a respeito da experiência na RFH/UFF. A participação nessa questão opcional foi reduzida, contando apenas com 21 respostas (24%) e, por promover um espaço de considerações gerais, teve grande variedade de respostas. Mesmo assim, pode-se destacar uma das ideias mais recorrentes dentre as respostas obtidas, que é **a importância da ação multiprofissional e da vivência com outros profissionais de saúde** (“*O contato com profissionais de outra área, através dos rounds, permite perceber melhor as demandas dela (da outra área)*”). A oportunidade de ver atividades fundamentais do arcabouço de outros profissionais em ação promove aumento da confiança entre os membros da equipe e encoraja interações futuras nas configurações profissionais (GONZALES; HARMON; FENN, 2020) e a reflexão das interfaces entre as diferentes profissões.

Mesmo com muitas falas positivas em reforço ao trabalho das equipes multiprofissionais, a fala de um respondente mostrou dificuldade da farmácia em se inserir neste contexto:

“Apesar de todo objetivo, investimento, tempo e trabalho, há uma grande resistência tanto do *staf* da farmácia quanto das equipes médicas e de enfermagem aceitarem a nossa participação em equipes multiprofissionais. A participação dos farmacêuticos em equipes multiprofissionais foi muito tímida durante minha residência (em parte pela hostilidade de alguns médicos e enfermeiros da época e em alguns setores) e basicamente nula na upa e hospitais onde trabalhei após meu egresso.”.

Isso reforça a discussão feita quando se tratou das atividades externas e a refratariedade das equipes profissionais. Se por um lado há equipes multiprofissionais e interprofissionais que já mostram as vantagens do trabalho conjuntos dos diferentes profissionais (BATISTA, 2012; MEDEIROS et al., 2011), por outro há profissionais que são resistentes, como pontuado por Moreira (2013) em seu trabalho. A intervenção só é possível quando a resistência médica é quebrada e se torna possível o trabalho conjunto e profissional, inserindo o farmacêutico na equipe de saúde (MOREIRA, 2013).

Em contrapartida aos comentários positivos e o reforço à importância da ação multiprofissional, esse espaço disponibilizado para livre opinião permitiu também a captação de opiniões críticas em relação à RFH/UFF. As duas falas críticas remeteram ao aproveitamento do residente como substituto ao farmacêutico do quadro efetivo defasado (“*Os hospitais não verem os residentes como mão de obra...*”) ou como simples tocador do

serviço (*“Infelizmente na minha residência o que mais fiz foi separar medicamentos para as enfermarias, fracionar medicamento e receber caminhão de medicamento”*), negligenciando seu aprendizado/ aperfeiçoamento profissional. É possível encontrar na literatura trabalhos referentes à residência médica em que se expõe a insatisfação e o sentimento de frustração causado pelo tratamento do residente como um “tocador de serviço” ou “mão-de-obra barata” utilizada para remediar a quantidade insuficiente de profissionais nos cenários em que são inseridos (MASSUDA; CUNHA; PETTA, 2007; SILVA; MOREIRA, 2019).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação tinha o objetivo de estabelecer uma relação direta entre a experiência vivida durante o programa de Residência uniprofissional em Farmácia Hospitalar da Universidade Federal Fluminense (RFH/UFF) e a capacitação do farmacêutico egresso para promover a Educação Permanente em Saúde (EPS) em seu espaço de trabalho.

Para que fosse possível identificar essa relação, propôs-se uma busca documental em várias frentes que se relacionam com o programa de residência, como as normas estruturantes dos programas de residência (i.e., normas dos Ministérios da Educação e da Saúde, da CNRMS e de conselhos como CNE e CNS), documentos do programa de RFH/UFF disponibilizados pela coordenação do programa e documentos da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar.

No universo de 70 legislações encontradas, as 11 normas selecionadas apresentavam alguns trechos diretos ou citações indiretas à EPS, que requeriam análise aprofundada. Por mais que as peças examinadas merecessem destaque por seus desdobramentos, nenhuma delas explicitava como deve se dar o exercício da EPS na residência ou como deveria ser a estruturação dos programas de residência para que o egresso pudesse ser devidamente capacitado a promover ações de Educação em Saúde.

De modo semelhante, não foi encontrada menção direta às ações de EPS nos documentos da RFH/UFF, mesmo com a ratificação da importância da EPS dentro do contexto da farmácia hospitalar, como os padrões mínimos da SBRAFH que remetiam a necessidade de incluir ações de EPS no contexto da residência farmacêutica.

Os documentos curriculares, por sua vez, permitiram visualização da evolução histórica do programa RFH/UFF, ainda que apenas sob alguns aspectos, como a carga horária e o quadro de disciplinas. Mas isso, propiciou a identificação da supressão da disciplina de “Didática”, que aparentava ser única disciplina que possivelmente instrumentalizaria o residente farmacêutico em relação a processos educativos. A presença ou não da disciplina de “Didática” não foi uma questão de grande repercussão para os residentes egressos, como pode ser observado na representativa auto percepção de agente de EPS.

Advoga-se para que o Projeto Político Pedagógico da RFH/UFF contemple o retorno de conteúdo teóricos e atividades práticas para propiciar ao residente competências para sua autonomia e desenvolvimento da EPS em seus espaços de atuação, viabilizando seu papel como agente de EPS.

Importante ressaltar algumas limitações no estudo. Uma delas se refere às

dificuldades de acesso ao acervo documental da UFF, pois não foi possível o acesso a documentos físicos e que não estavam digitalizados, ou ainda, estritos ao arquivo central da Universidade. Isso foi agravado pela pandemia provocada pela COVID-19, que culminou com o período de campo que necessitava de ações presenciais. Esse conjunto de restrições inviabilizou o acesso a outros documentos, como os convênios com o NERJ e com a SMS/RJ. Logo, o programa de RFH/UFF, que tem mais de 20 anos, foi pouco explorado.

Outra limitação, que pode ter consequências em nossos achados foi a amostra de respondentes que, mesmo sendo uma proporção semelhante a outros estudos realizados com egressos, representa aproximadamente um quarto de todos os residentes formados. Além disso, pode se enumerada outra ressalva, entre aqueles que responderam, pois 90% eram dos últimos 10 anos, quase não representando os concluintes da primeira década de existência do programa.

Também poderiam ser listadas como limitantes o fato de o formulário ser autopreenchido, submetendo o resultado a um viés interpretativo de cada um dos respondentes, e a existência de pouco material a respeito de educação permanente em saúde dirigida à área de farmácia hospitalar. O expressivo arco temporal também pode ser apontado como uma limitação tanto para a captação de residentes egressos como na aplicabilidade de comparação dos momentos iniciais da RFH/UFF com situações mais recentes.

Além da busca documental, o questionário eletrônico também trouxe informações relevantes. Como a alta proporção de mulheres e o retorno dos residentes egressos para exercer suas atividades profissionais no setor público. Isso vai ao encontro do descrito na legislação, a respeito do propósito da educação permanente em saúde formar recursos humanos qualificados para o SUS. É possível notar que muitos egressos do programa de RFH se tornaram chefes de serviço ou preceptores em hospitais que servem de campo de treinamento em serviço, passando então a colaborar

Quanto às atividades internas ou externas com interface com a EPS, novamente destaca-se a formação concedida pela RFH/UFF, pois a significativa maioria apontou o cumprimento dessa questão, sendo realizadas uma médica de aproximadamente seis atividades internas e três externas pelos respondentes durante a RFH/UFF.

Estudos futuros a respeito dos efeitos institucionais das ações dos residentes nas respectivas unidades, ou seja, o impacto da residência no serviço, podem ajudar a analisar a profundidade dessas ações e seu potencial educativo em cada contexto. Um estudo semelhante a este, porém com a execução de entrevista *in loco* ou com um *pool* de egressos, ao invés de questionário eletrônico, pode fornecer um outro olhar sobre alguns achados.

Um desdobramento dessa dissertação foi a verificação de atividades, internas e externas, que são executadas pelos residentes e que poderiam gerar um tipo de “lista base” de atividades dos residentes da RFH/UFF no futuro que fosse adotada como obrigatória para todos os residentes, propiciando maior homogeneidade nas experiências. Sugere-se as atividades internas (i.e., “desenvolvimento de material técnico-didático para apoio e consulta da equipe de colaboradores da farmácia”, “reavaliação das atividades executadas propondo melhoria ou mudança”, “atualização de POP para melhor atender às demandas da farmácia” e “elaboração de POP para melhor atender às demandas da farmácia”) bem como as atividades externas mais sinalizadas como executadas (i.e., “participação em reuniões de equipe multiprofissional”, “participação em round clínico nas unidades assistenciais” e “desenvolvimento de material técnico-didático para apoio e consulta de equipe externa a farmácia”) como ponto de partida para tal lista

Muito do percebido das ações externas condiz com ações de farmácia clínica. Da mesma forma que houve uma preocupação com a farmácia hospitalar, buscando reestruturá-la, enquanto setor e para prestação de serviços com qualidade, pode-se assim incentivar uma espécie de “segunda onda”, voltada à valorização da farmácia hospitalar. Essa suposta “segunda onda” pode se dirigir às ações de farmácia clínica e na provisão de informação de qualidade, com foco na recuperação e segurança do paciente.

Mesmo com a demonstração dos resultados positivos advindos da percepção dos residentes da RFH/UFF, importante resgatar a narrativa de que alguns respondentes, que relataram insatisfação (utilizou do espaço facultativo da última pergunta para registrar suas frustrações em relação à experiência da residência) com a formação ou que não realizaram qualquer atividade na farmácia ou no hospital ligada à EPS. O fato do programa de RFH contar com uma diversidade de hospitais que recebem alunos, tanto da esfera federal quanto municipal, que podem apresentar cenários de prática muito distintos pode contribuir com estas questões.

Por mais que a multiplicidade de vivências e realidades da RFH/UFF seja rica, sua variedade de unidades de locação pode propiciar carências e dificuldades, a depender do gestor do hospital ou do serviço da farmácia e seu alinhamento com o proposto da RFH/UFF. Por isso, a existência de uma estrutura base para o treinamento em serviço no Projeto Pedagógico ou mesmo um modo de minimizar as disparidades entre unidades de locação e o acompanhamento mais próximo disto poderiam promover melhor desempenho e satisfação da RFH/UFF e o praticado na unidade e maior aproveitamento do programa para o farmacêutico residente.

Outro ponto relevante a ser salientado é referente à atuação do residente e a multidisciplinaridade promovida pela realização de ações de EPS. A interação pode sensibilizar os profissionais de saúde envolvidos a atuar de modo diferente do tradicional, incentivando a busca pelas transformações das práticas profissionais para produzir novas ações em saúde.

Dentre os respondentes do questionário, mais de 60% concordaram totalmente que a RFH estimula o residente a se envolver em ações de EPS. Outrossim, outros 85% concordaram com a afirmativa que fazia alusão a autopercepção como agente de educação permanente em saúde. Tais resultados mostram que, mesmo sem uma estrutura normativa explícita e não contando com estruturas teóricas que instrumentalizem para ações de Educação Permanente em Saúde, os egressos expressam uma opinião favorável ao potencial formador de agentes de educação permanente em saúde da residência em Farmácia Hospitalar da Universidade Federal Fluminense.

Essa percepção positiva dos egressos respondentes pode ser bem resumida na resposta obtida em um dos questionários:

“A residência me deu uma visão ampla e prática quanto à organização e ao gerenciamento das diversas atividades do serviço de farmácia hospitalar. Essa experiência me capacitou para conseguir detectar problemas e propor mudanças de rotinas e atividades para otimizar o serviço nos demais locais em que trabalhei posteriormente. Além disso, nessa experiência desenvolvi minha capacidade de liderar e orientar a equipe em relação as tarefas diárias ou outros assuntos pertinentes ao serviço”.

## REFERÊNCIAS

- ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION. **Accreditation Standards and Key Elements for the Professional Program in Pharmacy Leading to the Doctor of Pharmacy Degree**, 2015. Disponível em: <<https://www.acpe-accredit.org/pdf/Standards2016FINAL.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2020
- AGUIAR, B. G. C.; MOURA, V. L. F.; SÓRIA, D. DE A. C. Especialização nos moldes de residência em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 555–559, out. 2004.
- ANDRADE, C. L. T. DE et al. **Relatório do estudo de egressos, 2013-2019**: Programa de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, mar. 2020.
- ARAÚJO, T. A. M. DE et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601–613, 23 jan. 2017.
- BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental - Revista do PPGEA/FURG-RS**, v. 27, p. 46–60, dez. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto; Tradução: Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25–28, jan. 2012.
- BOTTI, S. H. DE O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 363–373, set. 2008.
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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 de 20/09/1990 (nº 187, Seção 1), pág. 3**. Brasília, DF. 19 set. 1990.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União de 23/12/1996 (nº 248, Seção 1), pág. 1**. Brasília, DF. 20 dez. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria GM n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União de 16/02/2004 (nº 32, Seção 1), pág. 37**. Brasília, DF. 13 fev. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação pra o curso. Brasília: Ministério da Saúde. 2005 a.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n° s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União de 01/07/2005 (n° 125, Seção 1), pág. 1.** Brasília, DF. 30 jun. 2005 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria GM n. 1.111, de 05 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial da União de 07/07/2005 (n° 129, Seção 1), pág. 47.** Brasília, DF. 5 jul. 2005 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria GM n. 1.270, de 05 de agosto de 2005. Institui no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde a Diretoria dos Hospitais sob Gestão do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e dá outras providências. **Diário Oficial da União de 08/08/2005 (n° 151, Seção 1), pág. 40.** Brasília, DF. 5 ago. 2005 d.

BRASIL. MS/MEC. Portaria Interministerial n. 2.117 de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União de 04/11/2005 (n° 212, Seção 1), pág. 112.** Brasília, DF. 3 nov. 2005 e.

BRASIL. MS/MEC. Portaria Interministerial n. 2.118 de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União de 04/11/2005 (n° 212, Seção 1), pág. 112.** Brasília, DF. 3 nov. 2005 f.

BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** 1a. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde., 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria GM n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União de 23/02/2006 (n° 39, Seção 1), pág. 43.** Brasília, DF. 22 fev. 2006 b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União de 21/06/2007 (n° 118, Seção 1), pág. 16.** Brasília, DF. 20 jun. 2007 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria GM n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União de 22/08/2007 (n° 162, Seção 1), pág. 34.** Brasília, DF. 20 ago. 2007 b.

BRASIL. MS/MEC. Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União de 13/11/2009 (n° 217, Seção 1), pág. 7.** Brasília, DF. 12 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria n° 4.283, de 30 de

dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. **Diário Oficial da União de 31/12/2010 (nº 251, Seção 1) pág. 94-95.** Brasília, DF. 30 dez. 2010, Sec. 1, p. 94.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União de 16/04/2012 (nº 73, Seção 1) pág. 24.** Brasília, DF. 13 abr. 2012 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. **Diário Oficial da União de 13/06/2013 (nº 112, Seção 1) pág. 59-62.** Brasília, DF. 12 dez. 2012 b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União de 10/11/2014 (nº 217, Seção 1) pág. 34.** Brasília, DF. 10 nov. 2014 a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 7, 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União de 17/11/2014 (nº 222, Seção 1) pág. 12.** Brasília, DF. 13 nov. 2014 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da União de 24/05/2016 (nº 98, Seção 1) pág. 44-46.** Brasília, DF. 7 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. **Diário Oficial da União de 20/10/2017 (nº 202, Seção 1), pág. 30.** Brasília, DF. 19 out. 2017.

BRASIL. **Educação Permanente como Ferramenta estratégica de Gestão de Pessoas - Experiências exitosas da cooperação entre a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz.** Brasília, DF: Ministério da Saúde., 2018.

BRASIL. **Residência Multiprofissional.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 2 maio. 2020.

BRASIL, C. N. DE S. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde., 2003.

CAVALLINI, M. E.; BISSON, M. P. **Farmácia Hospitalar um enfoque em sistemas de saúde**. 2a. ed. Barueri, SP: Manole, 2010.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161–168, fev. 2005.

CECCIM, R. B. et al. **Formação de Formadores para Residências em Saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2018.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Eds.). . **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2a. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162–167.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência Integrada em Saúde. In: CECCIM, R. B. et al. (Eds.). . **EnSIQlopedia das residências em saúde**. Vivências em Educação na Saúde. 1a. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 227–236.

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

DAVINI, M. C. **Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud**. [s.l.] Organización Panamericana de la Salud, 1989.

DICIONÁRIO MICHAELIS. **Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>>. Acesso em: 11 jul. 2020.

ENGSTROM, E. M.; HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. O. F. Trajetória profissional de egressos de Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde no Município de Rio de Janeiro, Brasil: estudo avaliativo. p. 12, 2020.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais de ensino**. dez. 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25a. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 60a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GARANHANI, M. L. **Habitando o mundo da educação em um currículo integrado de enfermagem: um olhar à luz de Heidegger**. Doutorado em Enfermagem—Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 7 maio 2004.

GARCIA, A. G. **Projeto político pedagógico na escola pública: estratégia e cultura organizacional**. Dissertação (mestrado)—São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.

GOMES, M. H. DE A.; GOLDENBERG, P. Retrato quase sem retoques dos egressos dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, 1998-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**,

v. 15, n. 4, p. 1989–2005, jul. 2010.

GONZALES, A. D.; HARMON, K. S.; FENN, N. E. Perceptions of service learning in pharmacy education: A systematic review. **Currents in Pharmacy Teaching and Learning**, v. 12, n. 9, p. 1150–1161, set. 2020.

GREENE, J. C.; BENJAMIN, L.; GOODYEAR, L. The Merits of Mixing Methods in Evaluation. **Evaluation**, v. 7, n. 1, p. 25–44, jan. 2001.

GREENE, J. C.; CARACELLI, V. J.; GRAHAM, W. F. Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. **Educational Evaluation and Policy Analysis**, v. 11, n. 3, p. 255–274, set. 1989.

GUEDES, J. V.; SILVA, A. M. F. DA; GARCIA, L. T. DOS S. Projeto político-pedagógico na perspectiva da educação em direitos humanos: um ensaio teórico. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 98, n. 250, p. 16, 2017.

LIKERT, R. A Technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, v. 22, p. 5–55, jun. 1932.

MASSUDA, A.; CUNHA, F. M. DA; PETTA, H. Residência médica: contribuições dos médicos residentes ao debate. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 2, p. 96–97, abr. 2007.

MEDEIROS, E. F. F. et al. Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3139–3149, jul. 2011.

MENEZES, A. F. DE; FERREIRA, L. G. O diagnóstico do ensino de Farmácia Hospitalar no Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 76, n. 1, p. 19–25, mar. 1995.

MENEZES, A. F. DE; FERREIRA, L. G. A importância da farmácia hospitalar na visão dos farmacêuticos chefes de serviço de farmácia de hospitais universitários e de ensino federais e estaduais. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 77, n. 4, p. 153–156, dez. 1996.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147, 4 ago. 2006.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; CAMACHO, L. A. B. Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 835–844, abr. 2007.

MEŠTROVIĆ, A.; ROUSE, M. J. Pillars and Foundations of Quality for Continuing Education in Pharmacy. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 79, n. 3, 25 abr. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. NÚCLEO ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO. **Departamento de Gestão Hospitalar SAS/MS: Hospitais Federais no Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.portaldgh.saude.gov.br/index.php/dgh>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; NÚCLEO ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO. **Residência em Farmácia Hospitalar**. Disponível em:

<[http://www.nerj.rj.saude.gov.br/www\\_internet/rh/Rh\\_rf\\_info.php?sms\\_ss=blogger](http://www.nerj.rj.saude.gov.br/www_internet/rh/Rh_rf_info.php?sms_ss=blogger)>.

Acesso em: 5 jul. 2020.

MIRANDA, S. M. DE et al. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. suppl 1, p. 104–110, 2009.

MOREIRA, L. DE S. **As intervenções efetivas para racionalizar a polimedicação entre idosos na América Latina**. Monografia (Bacharelado em Farmácia)—Ceilândia-DF: Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 18 nov. 2013.

NUNES, S. C.; PATRUS-PENA, R. A Pedagogia das Competências em um Curso de Administração: o desafio de passar do projeto pedagógico à prática docente. **Review of Business Management**, p. 281–299, 30 set. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Bases para el desarrollo y aprovechamiento sanitario de la farmacia hospitalaria**. Washington: OPAS, 1987.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; CASTILHO, S. R. **Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil**. 1a. ed. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004.

PARO, C. A. et al. O desafio de formar sanitaristas: Reflexões sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. In: FERLA, A. A. et al. (Eds.). **Residências em Saúde e o Aprender no Trabalho: Mosaico de Experiências de Equipes, Serviços e Redes**. 1a. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 275–293.

PARO, C. A.; RIOS, T. A. Intersetorialidade. In: CECCIM, R. B. et al. (Eds.). **EnSIQlopedia das residências em saúde**. Vivências em Educação na Saúde. 1a. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 151–154.

PEIXOTO, S. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, p. 17, 2013.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (EDS.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2a. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução: Ananyr Porto Fajardo. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RIOS, T. A.; PARO, C. A. Trabalho em Equipe. In: CECCIM, R. B. et al. (Eds.). **EnSIQlopedia das residências em saúde**. Vivências em Educação na Saúde. 1a. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 281–284.

SBRAFH (ED.). **Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar**. 3a. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, 2017a.

SBRAFH (ED.). **Padrões para Residências Farmacêuticas em Hospitais e demais Serviços de Saúde - PaRes**. 2a. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, 2017b.

SBRAFH. **Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/inicial/>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

SERAFIN, C.; CORREIA JÚNIOR, D.; VARGAS, M. **Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório**. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

SILVA, C. T. DA et al. Residência Multiprofissional como Espaço Intercessor para a Educação Permanente em Saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016a.

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 2016b.

SILVA, R. M. B. DA; MOREIRA, S. DA N. T. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 157–166, dez. 2019.

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.

STORPIRTIS, S. et al. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TORRES, K. R. B. DE O.; LUIZA, V. L.; CAMPOS, M. R. A educação a distância no contexto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: estudo de egressos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 337–360, abr. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. **COREMU - Residências Multiprofissionais e em Área de Saúde da UFF 2020**. Disponível em: <<http://www.coseac.uff.br/concursos/coremu/2020/vagas.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2020a.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. **Projeto Pedagógico curso de pós-graduação, nível especialização, residência em farmácia hospitalar**, [s.d.].

VASCONCELLOS, C. DOS S. **Planejamento: Plano de ensino-aprendizagem e Projeto Educativo**. 10. ed. São Paulo: Libertat, 1995.

VEIGA, I. P. A. Projeto político-pedagógico da escola: uma construção coletiva. In: **Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível**. Campinas: Papirus Editora, 1998. p. 11–35.

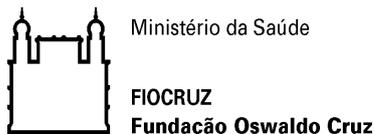
VEIGA, I. P. A. Projeto político-pedagógico da escola de ensino médio e suas articulações com as ações da secretaria de educação. **Anais do I Seminário Nacional: Currículo em Movimento – Perspectivas Atuais Belo Horizonte**, 2010.

VIEIRA, M. Recursos humanos em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Eds.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2a. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 343–347.

VINHOLES, E. R.; ALANO, G. M.; GALATO, D. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas

à promoção do uso racional de medicamentos. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 293–303, jun. 2009.

## APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO PARA EGRESSOS



### **A residência em Farmácia Hospitalar como espaço para formação de agentes de Educação Permanente em Saúde nos hospitais.**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa ‘A Residência em Farmácia Hospitalar como espaço para formação de agentes de Educação Permanente em Saúde nos hospitais’, desenvolvida por Elios Jayme Monteiro Salgues, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação dos Professores Dr. Rondineli Mendes da Silva e Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

Este trabalho tem por objetivo central analisar como a residência uniprofissional em Farmácia Hospitalar ofertada pela Universidade Federal Fluminense (UFF) contribui para que seu egresso se torne um agente de educação permanente em saúde nos hospitais.

O convite a sua participação se deve à sua formação pelo programa de residência, tornando-o (a) importante agente na verificação da existência de conexão entre as vivências fomentadas pela residência e o residente egresso. Sua participação consiste no preenchimento de um questionário a seguir a respeito das vivências e atividades realizadas durante a sua residência.

O preenchimento dessa pesquisa levará aproximadamente 10 minutos e, como é feita em formulário digital, não há necessidade de seu deslocamento físico. Ao final da pesquisa, todos os dados obtidos e tratados serão mantidos permanentemente em um banco de dados, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador.

Sua participação é voluntária, isto é, 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 de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

O benefício, indireto, relacionado à sua colaboração nesta pesquisa é o de identificar e mapear como acontece o incentivo à educação permanente em saúde dentro do programa de residência uniprofissional de farmácia e como a residência capacita o farmacêutico egresso a promover ações de educação permanente em saúde. Indiretamente, ajudará, também, a reestruturar ou fortalecer ações dentro do programa de residência para que haja maior promoção à educação permanente em saúde.

Para minorar ao máximo os riscos, sempre presentes em pesquisas que envolvam indivíduos, e assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas, em nenhum ponto do questionário haverá necessidade de sua identificação e menção à instituição em que foi alocado durante a sua residência. Existem algumas perguntas no início do questionário apenas para traçar um perfil do participante (ano de conclusão da residência, sexo, escolaridade e local de trabalho atual). Além disso, qualquer informação oriunda das respostas que possa identificar o participante ou a instituição será omitido do compilado final, minimizando o risco de exposição dos participantes e, com isso, buscando

minimizar também possíveis riscos de constrangimentos.

Um potencial risco será o da instrumentação, caso o participante não esteja familiarizado com pesquisas on-line e/ou utilização de computador. Para diminuir isso ao máximo, o questionário tem apresentação das perguntas e opções ou campos de resposta de forma intuitiva, facilitando seu preenchimento.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Além disso, no final da análise dos dados, será disponibilizado para a UFF um apanhado dos resultados obtidos nesse questionário. Caso queira, o participante poderá solicitar junto a UFF os dados finais. Atenção: é necessário imprimir ou gerar um arquivo no formato digital deste Termo de Consentimento para sua segurança e controle, pois, ao clicar no campo "próxima" no final deste termo, você será direcionado para o questionário, significando tacitamente sua declaração de que entendeu os objetivos e condições de sua participação na pesquisa intitulada "A residência em Farmácia Hospitalar como espaço para formação de agentes de Educação Permanente em Saúde nos hospitais" e concorda em participar.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da ENSP e UFF, pareceres **3.765.525** e **3.843.987**, respectivamente

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.

Tel. do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com o pesquisador responsável:

Elios Jayme Monteiro Salgues (Mestrando em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz)

e-mail: [eliosms.unb@gmail.com](mailto:eliosms.unb@gmail.com)

Contato com o Orientador Institucional:

Prof. Rondineli Mendes da Silva (NAF/ ENSP/ Fiocruz)

Tel.: (21) 2598-2956

LEVANTAMENTO DAS ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELO RESIDENTE  
QUESTIONÁRIO PARA EGRESSOS

### 1. Perfil

***Ano de conclusão da Residência em Farmácia:*** (1999 – 2019)

***A unidade hospitalar em que realizou a Residência em Farmácia era da esfera:***

Federal                       Municipal

***Sexo:***  Feminino                       Masculino

***Escolaridade atual (maior nível completo):***

Pós-graduação

Mestrado

Doutorado

***Atualmente atua no setor:***  Público     Privado

***Atualmente trabalha em:***

Farmácia hospitalar / clínica

Atenção primária

Indústria farmacêutica

Pesquisa clínica

Outros: \_\_\_\_\_

Farmácia comercial

UPA

Pesquisa acadêmica

Docência

### 2. Atividades desenvolvidas em educação permanente em saúde

O foco dessa pesquisa é a educação permanente em saúde (EPS) aplicado à Farmácia. EPS é definida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

Assinale as atividades abaixo que você, como residente, desenvolveu/ participou/ executou no seu hospital durante a residência

***Internas (atividades circunscritas ao serviço de farmácia e sua equipe):***

Elaboração de treinamento para a equipe de auxiliares/técnicos de farmácia;

Aplicação de treinamento para a equipe de auxiliares/técnicos de farmácia;

Desenvolvimento de material técnico-didático (*p. ex. manual de diluição, lista de padronização, lista de produtos intercambiáveis*) para apoio e consulta da equipe de colaboradores da farmácia;

Reavaliação das atividades executadas, propondo melhoria ou mudança (*p. ex. diminuição dos formulários preenchidos desnecessariamente; conversão de contagens manuais em planilhas informatizadas; alteração na dinâmica de contagem de antimicrobianos visando “reserva” para tratamentos iniciados*);

- Promoção periódica de sessões técnicas com os farmacêuticos do staff para discutir condutas terapêuticas e/ou avaliar as prescrições;
- Condução periódica de sessões técnicas com os farmacêuticos do staff, discutindo conceitos e condutas em farmácia hospitalar (*p. ex. gestão de estoque; ferramentas de informatização*);
- Elaboração de POP para melhor atender às demandas da farmácia;
- Atualização de POP para melhor atender às demandas da farmácia;
- Capacitação da equipe da farmácia a respeito de atualização dos processos (POP);
- Acompanhamento sistemático das atividades de estagiários;
- Não fiz nenhuma atividade de educação permanente em saúde na farmácia;
- Outras (descreva a atividade de educação em saúde desenvolvida):

---

---

---

***Externas (atividades voltadas para equipes alheias ao serviço de farmácia):***

- Elaboração de treinamento para equipe externa à farmácia, como, por exemplo, enfermagem, médica ou administrativa;
- Aplicação de treinamento para a equipe externa à farmácia;
- Desenvolvimento de material técnico-didático (*p. ex. manual de diluição, lista de padronização, lista de produtos intercambiáveis*) para apoio e consulta de equipe externa à farmácia;
- Participação em reuniões de equipe multiprofissional (*p. ex. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH; Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN; Núcleo de Segurança do Paciente – NSP; Grupo de adesão ao tratamento*);
- Participação em round clínico nas unidades assistenciais;
- Elaboração de informe em farmacovigilância (*p. ex. efeito adverso frequente*);
- Elaboração de informe sobre medicamentos (*p. ex. similaridade de embalagem; falta de medicamento; cuidados especiais no uso*);
- Não fiz nenhuma atividade de educação permanente em saúde no hospital;
- Outras (descreva a atividade de educação em saúde desenvolvida):

---

---

---

### 3. Percepção do Egresso

Nessa sessão será buscada a sua percepção, como egresso, do treinamento em serviço (atuação no serviço farmacêutico do hospital) e das aulas teóricas da residência em Farmácia Hospitalar.

Lembrando que educação permanente em saúde (EPS) trata do aprimoramento do trabalho com base nas vivências diárias e aprendizados do cotidiano.

**3.1.** Na minha opinião, a residência em Farmácia Hospitalar estimula o residente a se envolver em ações de educação permanente em saúde.

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Não concordo Nem discordo | <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Concordo totalmente |
|--|--|--|--|--|

**3.2.** Na minha opinião, a preceptoria e os farmacêuticos do quadro da sua unidade de lotação na residência, promoviam ações de educação permanente em saúde (*p. ex. reuniões técnicas; discussões sobre os processos*).

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Não concordo Nem discordo | <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Concordo totalmente |
|--|--|--|--|--|

**3.3.** Acredito que as aulas teóricas da residência foram capazes de me auxiliar a promover capacitação da equipe do seu local atual de trabalho.

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Não concordo Nem discordo | <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Concordo totalmente |
|--|--|--|--|--|

**3.4.** Consigo me ver atualmente como agente de educação permanente em saúde.

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discordo totalmente | <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Não concordo Nem discordo | <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente | <input type="checkbox"/> Concordo totalmente |
|--|--|--|--|--|

**3.5.** Quais atividades e/ou vivências da sua residência você acha que proporcionaram mais contato com a educação permanente em saúde?

---



---



---

**3.6.** Na sua opinião, as atividades e as vivências da residência te capacitaram em relação à promoção da Educação em Saúde? Como?

---



---



---

## APÊNDICE 2 – NORMAS DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Relação de todas as normas relativas à residência em área profissional da saúde elencadas no endereço eletrônico do Ministério da Educação (BRASIL, [s.d.]

| NORMA   | NOME DA NORMA                                 | EMENTA   |
|---------|---|--|
| LEI     | Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990        | Dispõe sobre as <b>condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.</b>  |
| LEI     | Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995.      | <b>Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências</b> (isenta do imposto de renda as bolsas de estudo e de pesquisa caracterizadas como doação, quando recebidas exclusivamente para proceder a estudos ou pesquisas e desde que os resultados dessas atividades não representem vantagem para o doador, nem importem <b>contraprestação de serviços</b> ) |
| LEI     | Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.      | <b>Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional</b>   |
| LEI     | Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004         | Institui o <b>Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES</b> e dá outras providências   |
| LEI     | Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005         | <b>Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria</b> a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - <b>CNRMS</b> .  |
| LEI     | Lei nº 11.507, de 20 de julho de 2007         | Institui o <b>Auxílio de Avaliação Educacional - AAE para os servidores</b> que participarem de processos de avaliação realizados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP ou pela Fundação CAPES  |
| LEI     | Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011.      | <b>Altera a Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005</b> , que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências.   |
| LEI     | Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.      | <b>Institui o Programa Mais Médicos</b> (os valores percebidos a título de bolsa previstos na Lei nº 11.129/2005, não caracterizam contraprestação de serviços)  |
| DECRETO | Decreto nº 5.773 de 9 de maio de 2006.        | <b>Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino.</b>   |
| DECRETO | Decreto nº 6.092, de 24 de Abril de 2007.     | <b>Regulamenta o Auxílio de Avaliação educacional – AAE, instituído pela medida Provisória nº 361, de 28 de março de 2007.</b>   |
| DECRETO | Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007.  | <b>Institui a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde</b>   |
| DECRETO | Decreto nº 7.114, de 19 de fevereiro de 2010. | <b>Dá nova redação aos dispositivos do Decreto nº 6.092, de 24 de abril de 2007, que regulamenta o Auxílio de Avaliação Educacional – AAE.</b>   |

|          |  |  |
|----------|--|--|
| DECRETO  | Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011                             | Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a <b>organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.</b>  |
| PORTARIA | Portaria MS nº 1.111, de 05 de julho de 2005                         | Fixa <b>normas</b> para a implementação e a execução do <b>Programa de Bolsas para a educação pelo Trabalho.</b>   |
| PORTARIA | Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.118, de 03 de novembro de 2005 | Institui parceria entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para <b>cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na saúde</b>   |
| PORTARIA | Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117, de 03 de novembro de 2005 | <b>Institui</b> no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a <b>Residência Multiprofissional em Saúde</b> e dá outras providências.   |
| PORTARIA | Portaria MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006                       | Divulga o <b>Pacto pela Saúde 2006</b> – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto   |
| PORTARIA | Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.538, de 19 de outubro de 2006  | Constitui <b>Grupo de Trabalho</b> para elaborar proposta de <b>composição, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (GT-CNRMS)</b>   |
| PORTARIA | Portaria MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007                        | Dispõe sobre as <b>diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde</b> e dá outras providências.  |
| PORTARIA | Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007     | Dispõe sobre a <b>Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional de Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde</b> , elencando suas principais atribuições.  |
| PORTARIA | Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, de 19 de julho de 2007      | Nomeação de <b>membros titulares e suplentes da CNRMS.</b>   |
| PORTARIA | Portaria Interministerial MEC/MS nº 593, de 15 de maio de 2008       | Dispõe sobre a <b>estrutura, organização e funcionamento da CNRMS.</b>   |
| PORTARIA | Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, de 24 de abril de 2008      | Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde.  |
| PORTARIA | Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 | Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. |
| PORTARIA | Portaria Interministerial MEC/MS nº 143, de 09 de fevereiro de 2010  | Nomeia os membros titulares e suplentes da CNRMS.  |
| PORTARIA | Portaria MEC nº 969, de 27 de julho de 2010                          | Nomeia Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional.  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| PORTARIA  | Portaria conjunta MEC/MS nº 1.016, de 11 de agosto de 2010           | Nomeia a <b>Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde</b> , e da outras providências.  |
| PORTARIA  | Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.320, de 11 de novembro de 2010 | Dispõe sobre a <b>estrutura, organização e funcionamento</b> da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - <b>CNRMS</b> .   |
| PORTARIA  | Portaria MEC nº 527, de 04 de março de 2011                          | Nomeia <b>Secretários Executivo e Adjunto</b> da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Vigente  |
| PORTARIA  | Portaria MEC nº 88, de 03 de abril de 2012                           | Nomeia os <b>Secretários Executivo e Adjunto</b> da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – <b>CNRMS</b> .   |
| PORTARIA  | Portaria MS nº 745, de 18 de abril de 2012                           | <b>Altera a Portaria nº 1.111/GM/MS, de 5 de julho de 2005</b> , que fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho.   |
| PORTARIA  | Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.224, de 03 de outubro de 2012  | <b>Altera a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 e altera a portaria MEC/MS nº 1.320</b> , de 11 de novembro de 2010.   |
| PORTARIA  | Portaria Interministerial MEC/MS nº 34, de 10 de abril de 2014       | <b>Nomeia</b> a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - <b>CNRMS</b>   |
| PORTARIA  | Portaria MEC nº 43, de 16 de setembro de 2014                        | <b>Nomeia o Secretário Executivo</b> da <b>CNRMS</b>  |
| PORTARIA  | Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014    | <b>Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS</b> , de 12 de novembro de 2009, a <b>Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS</b> , de 11 de novembro de 2010 e <b>revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS</b> , de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. |
| PORTARIA  | Portaria Interministerial MEC/MS nº 53, de 05 de outubro de 2015     | Nomeia membros natos e não natos para a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde  |
| PORTARIA  | Portaria Interministerial MEC/MS nº 51, de 08 de setembro de 2015    | Dispõe sobre a convalidação de certificados dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, com turmas iniciadas anteriormente a 30 de junho de 2005  |
| <b>Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS</b> |  |   |
| RESOLUÇÃO CNRMS   | Resolução nº 3, de 04 de maio de 2010                                | <b>Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas</b> de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes.  |
| RESOLUÇÃO CNRMS   | Resolução nº 2, de 04 de maio de 2010                                | <b>Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)</b> das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde.  |

|                    |   |  |
|--------------------|---|--|
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Retificação da Resolução nº 2, de 04 de maio de 2010  | <b>Retifica os 5º e 6º da Resolução nº 2</b> da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, de 4 de maio de 2010.  |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Retificação da Resolução nº 3, de 04 de maio de 2010  | <b>Retifica os artigos 6º, 7º e 8º da Resolução nº 3</b> da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, de 4 de maio de 2010.  |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 2, de 02 de fevereiro de 2011            | Dispõe sobre a <b>transferência de profissionais da saúde residentes.</b>  |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 3, de 17 de fevereiro de 2011            | Dispõe sobre <b>licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento</b> de profissionais da saúde residentes.   |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 1, de 02 de fevereiro de 2011            | Dispõe sobre a <b>data de início dos programas</b> de Residência Multiprofissional em Saúde e dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, preenchimentos de vagas e desistências.                               |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 4, de 15 de dezembro de 2011             | Dispõe sobre a <b>data de início dos Programas</b> de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, <b>preenchimentos de vagas e desistências.</b>   |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 1, de 30 de janeiro de 2012              | <b>Institui as Câmaras Técnicas</b> da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências   |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012                | Dispõe sobre <b>Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde</b>  |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 3, de 16 de abril de 2012                | Dispõe sobre a <b>data de início dos Programas</b> de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, <b>preenchimentos de vagas e desistências.</b>   |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 4, de 17 de outubro de 2012              | <b>Nomeia os integrantes das Câmaras Técnicas - CT</b> da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS   |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 5, de 23 de novembro de 2012             | <b>Institui o Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - SisCNRMS.</b>  |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 1, de 6 de fevereiro de 2013             | <b>Institui o banco de avaliadores da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS</b> e dá outras providências  |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 3, de 20 de junho de 2013                | <b>Dá nova redação ao artigo 3º da Resolução CNRMS nº 1, de 6 de fevereiro de 2013, que institui o banco de avaliadores da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS e dá outras providências.</b>    |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução AD REFERENDUM nº 4, de 30 de agosto de 2013 | <b>Nomeia avaliadores para composição do Banco de Avaliadores da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.</b>   |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS | Resolução nº 6, de 7 de novembro de 2014              | <b>Dá nova redação ao artigo 3º e 8º da Resolução CNRMS nº 1, de 6 de fevereiro de 2013 que institui o banco de avaliadores da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS e dá outras providências</b> |

|  |  |   |
|--|--|---|
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS                         | Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014                 | Dispõe sobre a <b>duração e a carga horária dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde</b> nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e frequência dos profissionais de saúde residentes  |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS                         | Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014                | <b>Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde</b>   |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS                         | Retificação da Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014 | <b>RETIFICA a Resolução CNRMS nº 7, de 13 de novembro de 2014</b>   |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS                         | Retificação da Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014  | <b>RETIFICA Resolução CNRMS nº 5 de 7 de novembro de 2014</b>   |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS                         | Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015                   | Dispõe sobre a <b>organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional</b>                               |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS                         | Resolução nº 1, de 27 de dezembro de 2017                | Dispõe sobre o <b>número de Programas da Residência em Área Profissional da Saúde, nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, cursados por egressos de programas</b>  |
| RESOLUÇÃO<br>CNRMS                         | Resolução nº 2, de 27 de dezembro de 2017                | Dispõe sobre a <b>transferência dos profissionais residentes de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde no Brasil</b> , no Portal do MEC em “Legislação Específica  |
| <b>Conselho Nacional de Saúde - CNS</b>    |  |   |
| RESOLUÇÃO<br>CNS                           | Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998                | Relaciona 14 (quatorze) <b>categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS.</b>   |
| RESOLUÇÃO<br>CNS                           | Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003              | <b>Afirmar a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,”</b> como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. |
| RESOLUÇÃO<br>CNS                           | Resolução nº 330, de 4 de novembro de 2003               | <b>Aplicar "NOB/RH-SUS" como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS,</b> e publicar e divulgar nacionalmente o inteiro teor do documento  |
| <b>Conselho Nacional de Educação - CNE</b> |  |   |
| RESOLUÇÃO<br>CNE                           | Resolução nº 1, de 8 de junho de 2007                    | Estabelece normas para o <b>funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização</b>   |
| RESOLUÇÃO<br>CNE                           | Resolução nº 5, de 25 de setembro de 2008                | Estabelece normas para o <b>credenciamento especial de instituições não educacionais para oferta de cursos de especialização</b>  |
| RESOLUÇÃO<br>CNE                           | Resolução nº 7, de 8 de setembro de 2011                 | Dispõe sobre a <b>revogação das normas para o credenciamento especial de instituições não educacionais,</b> na modalidade presencial e a distância, e dá outras providências  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| RESOLUÇÃO<br>CNE  | Resolução nº 2, de 12 de fevereiro de 2014  | Institui o <b>cadastro nacional de oferta de cursos de pós-graduação lato sensu (especialização)</b> das instituições credenciadas no Sistema Federal de Ensino  |
| <b>Fundo Nacional de Desenvolvimento de Educação - FNDE</b> |   |  |
| RESOLUÇÃO<br>FNDE   | Resolução nº 24, de 24 de maio de 2011      | Regulamenta o pagamento do Auxílio de Avaliação Educacional no âmbito do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE).   |
| <b>Pareceres e Notas Técnicas</b>                           |   |  |
| PARECER E<br>NOTA<br>TÉCNICA                                | NOTA CGLEN nº 185/2011 – previdência social | Esclarecimentos pela Previdência Social sobre: O valor da alíquota de recolhimento do INSS sobre a bolsa de residência; O período de carência para gozo do salário maternidade pela residente; e Sobre a responsabilidade do pagamento do benefício do salário maternidade |