



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
INSTITUTO DE SAÚDE E SOCIEDADE
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Juçara Barga do Nascimento

**O FARMACÊUTICO NA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA E A INTERFACE COM A
INTERPROFISSIONALIDADE**

Santos

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
INSTITUTO DE SAÚDE E SOCIEDADE
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Juçara Barga do Nascimento

**O FARMACÊUTICO NA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA E A INTERFACE COM A
INTERPROFISSIONALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre Profissional.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Santos

2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N244f Nascimento, Juçara Barga do.
O Farmacêutico na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família e a interface com a interprofissionalidade. / Juçara Barga do Nascimento; Orientadora Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo. -- Santos, 2021.
170 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. atenção primária à saúde. 2. educação interprofissional. 3. equipes de saúde. 4. integralidade em saúde. 5. relações farmacêutico-paciente. I. Uchôa-Figueiredo, Lúcia da Rocha , Orient. II. Título.

CDD 610.7

JUÇARA BARGA DO NASCIMENTO

**O FARMACÊUTICO NA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA E A INTERFACE COM A INTERPROFISSIONALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre Profissional.

Aprovada em 09/08/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
UNIFESP - BS

Prof^a. Dr^a. Rosana Aparecida Salvador
Rossit
UNIFESP - BS

Prof^a. Dr^a. Marlene Rosimar da Silva Vieira
UNISANTOS

Prof^a. Dr^a. Cláudia Fegadolli
UNIFESP - Diadema

Prof. Dr. Paulo Angelo Lorandi
UNISANTOS

RESUMO

Introdução: Esta pesquisa apresenta a atuação do profissional Farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS) que, embora inserido nesta política pública, tem a tímida participação na Atenção Primária à Saúde. À ótica da integralidade, manifesta-se, a cada dia, a preocupação da garantia do acesso à saúde, sustentada a afirmação de que esse eixo norteador leve a práticas em saúde inimagináveis até então. Acredita-se, assim, que o Farmacêutico apoia esta vertente, inclusive com a identificação desse desempenho aliado às iniciativas interprofissionais junto à equipe da Estratégia de Saúde da Família. O *objetivo* da dissertação foi avaliar a colaboração interprofissional da equipe de saúde, como também as atividades de saúde do profissional Farmacêutico, quando assim preservadas suas atuações na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF). *Método:* estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, utilizando a Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR), a partir de sua tradução transcultural de Bispo e Rossit (2019), que avalia se o trabalho da equipe de saúde se conforma para a Prática Interprofissional Colaborativa. Consistiu na aplicação desse instrumento contendo 23 assertivas, por meio da Escala de Likert, dividido em 3 dimensões: parceria, cooperação e coordenação. A análise atitudinal utilizada no instrumento AITCS II-BR foi o tratamento matemático de médias, cujas assertivas e dimensões classificadas em “zona de conforto” (3,68-5,0), “zona de alerta” (2,34-3,67) e “zona de perigo” (1,0-2,33), categorizações estas que registram na zona de conforto, aspecto positivo da pesquisa, na zona de alerta, necessidade de mudanças e na zona de perigo, urgente intervenção. O grupo focal foi empregado apenas aos Farmacêuticos da ESF e o tratamento das conversas em grupo levadas à análise de conteúdo, identificando falas que consideraram a contribuição do Farmacêutico junto à equipe e suas intervenções no campo do cuidado em saúde. *Resultados:* A pesquisa demonstrou que a equipe da ESF possui engajamento colaborativo, as dimensões parceria e cooperação exibiram médias de 4,06 e 3,88 respectivamente, apontando tais dimensões para a zona de conforto, o que demonstra aspecto positivo do trabalho em equipe no desenvolvimento da interprofissionalidade. A dimensão coordenação desvelou resultado na zona de alerta, a média obtida foi de 3,36, cujo resultado demonstra fragilidade dessa dimensão, indicando a necessidade da equipe desenvolver-se melhor para a interprofissionalidade nesse quesito. O grupo focal identificou boa participação do profissional Farmacêutico junto à equipe, com falas que promovem ações interprofissionais e em consonância com o eixo integralidade do SUS. Sua presença em tempo integral tem contribuído para a possibilidade de integrar-se na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família, rompendo assim, o silenciamento do cuidado em saúde, gerado da ausência desse profissional, esta carência comumente observada quando se analisa as atuações do Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no país. *Considerações finais:* A análise da AITCS II-BR evidenciou que o profissional inserido na política do SUS tem perfil interprofissional. Pode estar ligado ao próprio ambiente que desenvolve o profissional para este cenário, aparentemente são iniciativas ligadas ao campo intuitivo e empírico que os levam para tais resultados, não ligado aos processos formativos. É necessário então solidificar essa temática, a partir de um projeto intencional para a educação interprofissional, identificadas as fragilidades estabelecidas pela formação uniprofissional habitual dos profissionais de saúde. Com a municipalização de toda a Atenção Primária à Saúde, será possível evitar os deslocamentos hoje muito recorrentes dos trabalhadores terceirizados, gerando

melhoria da articulação do trabalho em equipe e da formação do profissional para o SUS. A criação da Residência Multiprofissional pode também contribuir para o processo de formação desses profissionais. A educação permanente é recurso fundamental para tal conquista, capaz de aprofundar e amplificar aprendizagens relacionadas ao Projeto Terapêutico Singular, liderança compartilhada, aperfeiçoamento para um olhar afetivo do que estabelece a Clínica Ampliada e que fomentam a interprofissionalidade e o cuidado em saúde. A visão da maioria dos gestores municipais sobre o envolvimento do Farmacêutico ainda é um desafio a superar, exatamente pela sua baixa inserção nesse tipo de serviço. Embora as políticas indutoras do SUS, cada vez mais posicionem a necessidade desse profissional em atividades técnico-assistenciais, existem muitas barreiras de planejamento, culturais, legais, organizacionais e de recursos humanos que impedem o compromisso desse ator social na política da Estratégia de Saúde da Família. Destarte, a cada dia onde está inserido, o Farmacêutico tem demonstrado melhor condução para o uso racional de medicamentos, a partir de eventos de cooperação, colaboração e parceria na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; educação em saúde; educação interprofissional; equipes de saúde; integralidade em saúde; relações farmacêutico-paciente.

ABSTRACT

Introduction: This research presents the activity of the pharmaceutical professional in the Brazilian Unique Health System (SUS) which, even inserted in this public policy, it has a timid performance in Primary Care. From the perspective of comprehensiveness, concern is expressed every day the guarantee of access to health, supported by the assertion that this guiding axis leads to health practices unimaginable until then. It is believed, therefore, that the Pharmacist supports this aspect, including the identification of this performance combined with interprofessional initiatives with the team of the Family Health Strategy. The study **purpose is** to evaluate the interprofessional collaboration of the health team of the Family Health Strategy (FHS), as well as the care exercises of the Pharmacist, when their full-time work activities are thus preserved. **Method:** exploratory-descriptive study with a qualitative approach, using the Interprofessional Team Collaboration Assessment Scale (AITCS II-BR), based on a cross-cultural translation by Bispo and Rossit (2019), which assesses the work of the health team for the Collaborative Interprofessional Practice. It consisted of applying this instrument containing 23 assertions, through the Likert Scale, divided into 3 dimensions: partnership, cooperation and coordination for Collaborative Practice. The attitudinal analysis used in the AITCS II-BR instrument was the mathematical treatment of means, whose assertions and dimensions were classified as "comfort zone" (3.68-5.0), "alert zone" (2.34-3, 67) and "danger zone" (1.0-2.33), categorizations that register in the comfort zone, a positive aspect of the research, in the alert zone, need for changes and in the danger zone, urgent intervention. The focus group was used only for the ESF Pharmacists and the treatment of group conversations was submitted to content analysis, determining lines that considered the contribution of the Pharmacist to the team and their interventions in the field of health care. **Results:** The research showed that the ESF team has collaborative engagement, the partnership and cooperation dimensions showed averages of 4.06 and 3.88 respectively, pointing these dimensions to the comfort zone, which demonstrates a positive aspect of teamwork in the development of interprofessionalism. The coordination dimension revealed a result in the alert zone, the average obtained was 3.36, whose result demonstrates the weakness of this dimension, indicating the need for the team to develop better for interprofessionalism. The focus group identified a good participation of the Pharmacist with the team, with statements that promote interprofessional actions and in line with the integrality axis of the SUS. Their full-time presence has contributed to the possibility of integrating themselves into the minimum team of the Family Health Strategy, thus breaking the silencing of health care, generated by the absence of this professional, this deficiency commonly observed when verifying the actions of the Pharmacist in Primary Health Care. **Final considerations:** The analysis of the AITCS II-BR showed that the professional inserted in the SUS policy has an interprofessional profile. It can be linked to the environment that develops the professional naturally for this aspect, because apparently they are initiatives linked to the intuitive and empirical field that lead them

to such results. It is necessary to solidify this theme, from an intentional project for interprofessional education, identifying the weaknesses established by the usual uniprofessional training of health professionals. With the municipalization of all Primary Health Care, it will be possible to avoid the recurrent displacements of outsourced workers today, generating an improvement in the interprofessional articulation and professional training for the SUS. The creation of the Multiprofessional Residency can also contribute to the training process of these professionals. Continuing education is a fundamental resource for this achievement, capable of deepening and amplifying learning related to the Singular Therapeutic Project, shared leadership, improvement for an affectionate look at what the Extended Clinic establishes and many other concepts about interprofessionalism and health care. The view of most municipal managers on the involvement of the Pharmacist is still a challenge to be overcome, precisely because of their low participation in this type of service. Although SUS inducing policies increasingly place the need for this professional in technical-assistance activities, there are many planning, cultural, legal, organizational and human resources barriers that prevent the commitment of this social actor in the Health Strategy policy of the Family. Thus, every day in which he is inserted, the Pharmacist has demonstrated a better approach to the rational use of medicines, based on cooperation events,

Keywords: health education; integrality in health; interprofessional education; patient care team; pharmacist-patient relation; primary health care.

EPÍGRAFE

“Que a felicidade não dependa do tempo, nem da paisagem, nem da sorte, nem do dinheiro. Que ela possa vir com toda simplicidade, de dentro para fora, de cada um para todos.”

(Carlos Drummond de Andrade)
Poeta e Farmacêutico

Dedico este trabalho à *Sueli (in memoriam)*, minha querida mãe, que nesses e em muitos momentos me faz muita falta.

Ao meu pai, Edegar, que sempre vibrou por mim, me formou uma mulher independente e politizada.

Aos sogros, Suzel e Carlão, que sempre me trataram como filha.

Ao Diego, meu marido, que me ajuda, enche meus dias com muita disposição.

Aos meus sobrinhos Cauê, Lucas, Daniel e Ben, que estão se tornando pessoas maravilhosas.

AGRADECIMENTOS

À professora de física do ensino médio, Maria do Carmo Luiz Caldas Leite, que me despertou a vontade de realizar a faculdade de Farmácia.

Às amigas do CuCo, do Mestrado, Adriana, Audra, Elenice e ao amigo Fabiano, Nina, Rose, Sylvy, Tatiana e o amigo Renato, que abriram os braços quando mais precisei, por passarem pela mesma situação que a minha nesse momento desafiador.

Aos professores Áquilas Mendes, Leonardo Carnut e Virgínia Junqueira, os quais eu tive a grande oportunidade de conhecer na Faculdade de Saúde Pública e estarmos juntos por um semestre inteiro, me possibilitando descobrir o programa de Mestrado Profissional na minha cidade.

À querida professora Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo, que me fez entender que sem interprofissionalidade, dificilmente atuaremos com resolutividade nos espaços de saúde do SUS.

Aos colegas do GPEIS, especialmente ao Guilherme, nossos caminhos têm se cruzado desde a Preceptoria.

Aos amigos de trabalho, que seguraram os problemas que apareceram com a minha distância, Alessandra, Flávio, Marcia, Neide, Santiago, Simone, Patrícia e Gabriel.

Ao prefeito de Guarujá Válder Suman e vice-prefeita, Adriana Machado, que depositaram sua confiança em mim na tarefa árdua de manter uma Assistência Farmacêutica bem próxima daquela idealizada pelo SUS.

Ao meu amigo Sidnei Aranha, Secretário do Meio Ambiente, que passou recentemente por uma banca de Mestrado e agora traça sua linda trajetória encarando o Doutorado.

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

<i>ACS</i>	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
<i>AIDS</i>	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
<i>AITCS II-BR</i>	Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe
<i>ANVISA</i>	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
<i>APS</i>	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<i>ASB</i>	AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL
<i>BVS</i>	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE
<i>CEME</i>	CENTRAL DE MEDICAMENTOS
<i>CEP</i>	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
<i>CFF</i>	CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
<i>CMED</i>	CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS
<i>CNS</i>	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
<i>COREN-SP</i>	CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO
<i>CREAS</i>	CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA SOCIAL
<i>CRF-SP</i>	CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO.
<i>DCB</i>	DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA
<i>EPSJV</i>	ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
<i>ESF</i>	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
<i>FIOCRUZ</i>	FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
<i>FIP</i>	INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION
<i>FURP</i>	FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR
<i>GM/MS</i>	GABINETE MINISTERIAL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE
<i>HIV</i>	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA
<i>IBGE</i>	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
<i>IDHM</i>	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL
<i>INAMPS</i>	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
<i>INPS</i>	INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
<i>OMS</i>	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

<i>OPAS</i>	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
<i>OPM</i>	ÓRTESES/ PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS
<i>PACS</i>	PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
<i>PIC</i>	PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA
<i>PNAF</i>	POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
<i>PNM</i>	POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS
<i>QUALIFAR-SUS</i>	QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS
<i>SESAU GUARUJÁ</i>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARUJÁ
<i>SUS</i>	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
<i>TCLE</i>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
<i>UNESCO</i>	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA
<i>USAFA</i>	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

LISTA DE FIGURA

p.

Figura 1. Ciclo da Assistência Farmacêutica..... 47

LISTA DE GRÁFICOS

p.

Gráfico 1. Caracterização dos participantes com relação à profissão.....	81
Gráfico 2. Caracterização dos participantes com relação ao gênero.....	82
Gráfico 3. Caracterização dos participantes com relação à faixa etária.....	83
Gráfico 4. Caracterização do nível de escolaridade mínima dos participantes da pesquisa.....	84
Gráfico 5. Distribuição das respostas por número de participantes	85
Gráfico 6. Respostas da Dimensão Parceria.....	86
Gráfico 7. Médias dos níveis de concordância da Dimensão Parceria.....	89
Gráfico 8. Respostas da Dimensão Cooperação.....	91
Gráfico 9. Médias dos níveis de concordância da Dimensão Cooperação.	94
Gráfico 10. Respostas da Dimensão Coordenação.....	97
Gráfico 11. Médias dos níveis de concordância da Dimensão Coordenação.....	99
Gráfico 1. Níveis de concordância atitudinais da AITCS II-BR..... (produto)	121

LISTA DE QUADROS

p.

Quadro 1. Perfil das Unidades de Saúde da Família.....	62
Quadro 2. Número de NASF, unidades abrangidas e perfis de atuação dos profissionais.....	64
Quadro 3. Classificação das médias alcançadas por zonas.....	73
Quadro 4. Perfil dos Farmacêuticos participantes dos grupos focais.....	78
Quadro 5. Gráficos apresentando a caracterização dos participantes Farmacêuticos: faixa etária, tempo de formado, titulação e gênero.....	79
Quadro 6. Categorização das falas expressas.....	103

SUMÁRIO

	p.
1. INTRODUÇÃO	24
2. REFERENCIAL TEÓRICO	32
2.1. Os desafios para inserção do Farmacêutico no SUS.....	32
2.2. O SUS, a Atenção Primária e a Assistência Farmacêutica: políticas públicas entrelaçadas que compõem o princípio da integralidade do SUS.....	41
2.3. A Prática Interprofissional Colaborativa como ferramenta indutora para a materialização da Assistência Farmacêutica no SUS.....	49
3. OBJETIVOS	56
3.1. Objetivos gerais.....	56
3.2. Objetivos específicos.....	56
3.3. Objetivo do Produto.....	56
4. MÉTODO DA PESQUISA	58
4.1. Delineamento da pesquisa.....	58
4.2. Participantes.....	58
4.3. Caracterização do Local da Pesquisa.....	59
4.4. Instrumentos.....	65
4.5. Procedimentos para escolha dos instrumentos.....	65
4.5.1. AITCS II-BR.....	65
4.5.2. O grupo focal.....	66
4.6. Procedimento de produção dos dados.....	70
4.6.1. Convite para a pesquisa.....	72
4.7. Análise dos dados.....	72
4.7.1. Análise Atitudinal da Escala AITCS II-BR.....	72
4.7.2. O grupo focal.....	73
4.7.3. Análise de conteúdo do grupo focal.....	74
4.8. Aspectos éticos.....	75
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	77
5.1. Caracterização dos participantes.....	77
5.2. Caracterização dos profissionais respondentes da Escala AITCS II-BR...	79

5.3. Análise atitudinal da AITCS II-BR.....	84
5.3.1. Dimensão Parceria.....	85
5.3.2. Dimensão Cooperação.....	90
5.3.3. Dimensão Coordenação.....	95
5.4. Análise qualitativa.....	101
5.4.1. Grupo focal e a categorização das reflexões dos encontros.....	101
5.4.1.1. A inserção do Farmacêutico na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família.....	103
5.4.1.1.1. O processo de reconhecimento da equipe sobre o papel do Farmacêutico no SUS.....	103
5.4.2. Atuações do Farmacêutico quando preservada a sua presença em tempo integral na ESF.....	104
5.4.2.1. Suporte aos usuários atendidos diretamente na farmácia, com vistas ao alcance da integralidade.....	105
5.4.2.2. Ações relacionadas aos programas de saúde que poderiam não acontecer na ausência do Farmacêutico.....	106
5.4.3. Sobre as vivências interprofissionais colaborativas.....	110
5.4.3.1. O Farmacêutico e a equipe demonstrando atividades interprofissionais.....	110
5.4.3.2. As intervenções junto aos pacientes e a equipe de saúde....	113
5.4.4. As impressões registradas pelos Farmacêuticos acerca do trabalho em equipe.....	114
6. PRODUTO TÉCNICO.....	119
6.1. Justificativa.....	119
6.2. Público-alvo.....	124
6.3. Objetivos.....	124
6.4. Delineamento da proposta de intervenção.....	124
6.5. Das regras gerais.....	124
6.6. Das inscrições para a Conferência Interprofissional Municipal.....	126
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
8. REFERÊNCIAS.....	124
ANEXO I – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa.....	146
ANEXO II – Autorização da pesquisa pela Secretaria de Saúde de Guarujá...	154

ANEXO III - Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Saúde – AITCS II-BR (versão randomizada).....	155
ANEXO IV - Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Saúde – AITCS II-BR (versão original não randomizada).....	157
Apêndice A – Convite para o a pesquisa e caracterização dos participantes Farmacêuticos.....	159
Apêndice B – Convite para a pesquisa e caracterização dos participantes da equipe da Estratégia de Saúde da Família.....	161
Apêndice C – Convite para participação da pesquisa.....	164
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	165
Apêndice E – Questões abertas para os Farmacêuticos.....	166
Apêndice F – Ementa dos grupos focais 1 e 2.....	167
Apêndice G – Narrativa coletiva dos grupos focais.....	170
Apêndice 1 (produto técnico) - Modelo de painel de apresentação da experiência.....	127

APRESENTAÇÃO

Um pouco da minha trajetória profissional

Eu nunca imaginei me tornar farmacêutica. Acho que nenhuma criança em suas brincadeiras de infância pensa em ser farmacêutica.

Conheci uma professora do Ensino Médio, ela era excelente. Também lecionava no curso de Farmácia, o que despertou interesse por esta graduação.

No primeiro ano de Farmácia, já me apaixonei pelo curso. Foi intenso me sentir Farmacêutica. Em pouco tempo aplicava injeções e escrevia cartas aos médicos. Queria ser diferente, queria interagir com outros profissionais.

A partir dali passei a investir nos estudos para prestar concurso público e, quando apareceu uma oportunidade, no município de Guarujá, passei e fui admitida, no ano de 2008.

Já no início de minhas funções de Farmacêutica, interagi com uma equipe bastante diversa, em uma unidade “mista”, contando com clínico geral e com médicos especialistas de diversas áreas. Para mim foi uma escola, pois neste local havia posto de vacinação, realização de procedimentos de enfermagem e até mesmo pequenos procedimentos cirúrgicos.

Em época de grandes movimentos, numa realidade insana, atendia-se até 500 pacientes/dia, primando pela qualidade no atendimento, notadamente dissipando qualquer dúvida dos que acudiam aquele serviço municipal de saúde.

Na janela da farmácia, com grade, construí vínculos afetivos. Ganhava de tudo, doces, tigelas e amizades. Não é possível que esse meu trabalho seja irrelevante, esta inquietação sempre me acompanhou.

Cresci como pessoa e como profissional. Percorri diversos setores e, cada um deles, enxergava a importância do trabalho Farmacêutico. Comecei a desenvolver um pensamento crítico sobre o verdadeiro silenciamento da ausência desse profissional nas unidades. Esse pensamento surgiu das necessidades que me acompanhavam.

No contexto do trabalho fomos criando novas rotinas e fluxos, bem como conseguindo maior reconhecimento da área profissional, ou seja, o serviço passou a ter um novo horizonte.

Incluir a Profissão Farmacêutica na Atenção Básica foi um verdadeiro desafio. Esta nova vertente modificou o paradigma de como os profissionais de saúde hoje enxergam o Farmacêutico no município.

E foi dessa forma que conseguimos construir um novo cenário deste ator social atuando em tempo integral em cada unidade de saúde. Hoje continuamos consolidando essa trajetória, no dia a dia, inclusive agora mostrando que o Farmacêutico no SUS só tem sentido quando está em uma equipe reconhecidamente interprofissional!



MESTRADO NA PANDEMIA

No meu trabalho, várias mudanças de uma vez. O número de casos aumentando, UTI lotada, enfermarias lotadas. Redirecionamento dos pacientes. Uma UPA só pra COVID.

Rede de oxigênio. Criar um Hospital Campanha em uma semana. Desativamos o CAPS AD. Leito para 50 pacientes, mas a rede não está completa, só conseguimos 29 leitos. Os pacientes chegaram. Agora precisamos de monitores. Mas a upa, a upa precisa de materiais, cem mil reais em materiais por semana. Mas não temos contrato disso tudo, em pouco tempo nosso saldo de contrato vai acabar.

Sedativos. Acabaram. Vamos atrás do sedativo. Mas sedativo até para outros hospitais terceirizados? Sim, eles não conseguem comprar. Mas usa o quê? Usa diazepam e morfina. Usa o que der. Vamos estabelecer um protocolo de sedativos. Quais usar? Não sei, nem todo mundo sabe usar tudo. Vamos comprar da China, vamos ganhar sedativos por doação? Sim. Tudo em Chinês. E agora?! Vamos falar com os chineses para sabermos como usar. Cisatracúrio em pó, o nosso é líquido. Como diluir? Não importa, que venha em hebraico, mas que venha. E quando acabar? Comprar do exterior. Mas é muito caro, porque é muito sedativo. Mas vamos comprar, melhor comprar do que faltar.

E os ventiladores e a bomba de infusão. Quarenta e cinco dias para entregar. Só comprando. Nada se encontra para locar, nada bom se encontra para locar. Não queremos o nada bom, queremos o melhor... Disso os fisioterapeutas entendem.

Chegou a dengue, chegou a chikungunya. PS lotado, haja dor para todos os lados. Tem tilatil? Sim, vamos comprar tilatil. Tem soro, dipirona, paracetamol? Tem sim, vamos atrás.

As luvas acabaram e as seringas não entregaram. Mandaram um e-mail dizendo que não conseguirão atender. Ponto final. As luvas, quatro vezes mais caras e as seringas?! Ainda não sei, o Governo pegou tudo para a campanha de vacinação. Não se organizaram, pô! Não, então vamos atrás do que dá.

Campanha de vacinação, cada faixa etária, 2.000 pessoas acumuladas só de manhã no *drive-thru*. Corre para lá para vacinar. Preencha as 5.000 fichas para liberarem mais vacinas. 3.000 pessoas não retornaram para a 2ª dose. No RJ, Palmas, Paraná, as doses já chegaram à idade de 61. Em SP, na idade dos 67. Mas a segurança pública precisa vacinar. Tem para professores? Sim, para os acima de 47 anos. Mas vocês podem nos ajudar amanhã, de manhã vêm todos juntos. Mas e os produtos que estão acabando, pede mais, por favor. O pedido tem que sair até hoje. Você sabe se o antibiótico chegou? Você tem mais? Ontem mesmo chegou e hoje já acabou?

E as gestantes? Duas puérperas morreram de covid, uma deixou a nenê e quatro filhas, a outra deixou gêmeas e dois filhos.

Em casa eu quero paz. Não, limpe tudo, passe álcool, hipoclorito, limpe os pés! Não encoste aí, tá sujo. Lave as mãos. Compre mais máscara N95, só ela resolve. Te admiro por trabalhar todos os dias e não ter pego até hoje! A família que ficou em casa, pegou. Todos bem, mas o relacionamento familiar, nem tão bem assim. Não veja os amigos, é perigoso. Faz a janta, é perigoso pedir de fora. Ajude a faxineira, mas não traga ela pra dentro. Um ano sem ela aqui. Arrume as coisas da casa.

E o Mestrado. Não, agora não consigo, agora não dá, preciso terminar, amanhã a amiga que perdeu a mãe para a covid, vai apresentar sua dissertação. Nossa, como ela é forte! Eu preciso realmente me dedicar.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família do Município de Guarujá iniciou em 03 de agosto de 2004, quando duas unidades foram credenciadas para atuarem naquela proposta. Hoje a rede municipal conta com 15 dessas unidades, ainda restando 5 unidades básicas de saúde, estruturadas no modelo tradicional de atendimento em saúde (SESAU GUARUJÁ, 2021).

Assim, em conjunto com a ampliação da Estratégia de Saúde da Família no município, permaneceu o plano de manutenção de um profissional Farmacêutico para cada unidade, exercendo suas atividades em tempo integral.

Este trabalho, assim, apresenta a atuação do Farmacêutico junto à equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e analisa se os demais integrantes dessa estratégia se desenvolvem para a interprofissionalidade.

O Estado de São Paulo é composto por 645 municípios, dentre eles 20 com características populacionais semelhantes, que possuem densidade demográfica entre 250.000 e 500.000 habitantes, dos quais se inclui o Município de Guarujá, com população estimada de 324.977 habitantes em 2021, sendo, por meio do último censo do ano de 2010, o vigésimo segundo município mais populoso deste Estado e o octogésimo quinto do país (IBGE, 2021).

Pinheiro (2009) demonstra que as práticas promovidas por gestores, profissionais e usuários do SUS, causadas pelo inconformismo no entendimento sobre saúde, geram ações criativas do cuidado, para que haja políticas desta vertente mais justas no país, direcionadas à preservação da vida e coerentes com a integralidade do SUS.

Ayres (2009) manifesta que o princípio da integralidade, embora mutuamente referente à universalidade e equidade, é o que mais leva às efetividades de acesso à saúde, pois pesa nele a responsabilidade da democracia e justiça social por meio do SUS. A integralidade para o autor então define “o quê” e “como” se alcança o princípio da universalidade. Nessa esteira se percebe então que prover os meios para o alcance de saúde se compatibilizam com esse eixo norteador do SUS.

“o princípio da integralidade tem demonstrado, na prática, uma enorme vitalidade e capacidade de aglutinar em torno de si conjuntos diversos de ideias e sujeitos interessados na melhoria da qualidade,

democratização e justiça das ações de atenção à saúde” (AYRES, 2009, p.14).

Mattos e Pinheiro (2009) revelam que a Integralidade, assim concebida sob a ótica do SUS, é uma bandeira de luta, cujo resultado desejável se alcança a partir de uma imagem-objetivo, demonstrando que desta maneira, tal conceito não é levado à perspectiva utópica, trata de significado que não deve ser desvendado e permanecer estagnado por meio de uma definição. Isto porque, para se alcançar um sistema de saúde justo, não se pode silenciar os contrastes que atores sociais promovem nessa vertente.

Segundo Merhy (2000), tal conceito elucida a relação entre o usuário e o trabalhador da saúde, sem uso de instrumentos, estes por ele configurado como “tecnologias leves”, que podem ser desenvolvidos em quaisquer espaços, inter-relacionando o próprio paciente nesse processo do cuidado.

Souza *et al.* (2016) enfatizam que o trabalho em equipe interprofissional é um dos nortes que conduz a integralidade, corroborando para a segurança dos pacientes e contentamento dos profissionais, promovendo a articulação da equipe, centradas as atuações no paciente. Nesta ênfase, cita a comunicação como prática do trabalho colaborativo.

Entende-se que o marco de ação para a educação interprofissional e prática colaborativa, fora fomentado no intuito de se alcançar serviços de saúde de excelência, pois nele permanece a realidade de que quando duas ou mais profissões aprendem com e sobre as outras, os resultados transformam em resolutivos os sistemas de saúde anteriormente fragmentados, por meio da compreensão sobre as habilidades de cada profissional de saúde, compartilhando o gerenciamento de casos, apoiando no direcionamento de prestação de melhores serviços à comunidade (OMS, 2010).

D’amour *et al.* (2005) resgatam o ponto de vista acerca da questão que envolve o trabalho em colaboração, evidenciando que o trabalho compartilhado é complexo de conceituar, pois envolve questões subjetivas. A autora define esse aspecto, além da colaboração no sentido teórico. Cita que colaboração é o ponto que pesa a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC), mas que tal evento, implica em conceitos subjacentes, por meio de dinâmica que envolve uma série de fatores, como tomada de decisão, valores, planejamento e intervenção.

Pela prática colaborativa, é possível situar a atividade do Farmacêutico junto à equipe. Meiners (2001) esclarece que a Atenção Farmacêutica é um conjunto de atitudes, dentre as quais, inquietações, compromissos, entre outros, relacionado aos Farmacêuticos na vertente de se alcançar resultados definidos terapêuticos e de qualidade de vida dos pacientes, não sendo, portanto, a iniciativa do profissional apenas dentro do ambiente administrativo de farmácia, mas sim, assumindo este, o papel comprometido com o usuário.

A primeira atividade após construção do SUS e que modificou a trajetória da Assistência Farmacêutica quando assim constituída a ampliação de ofertas de terapias, foi a criação da Política Nacional de Medicamentos.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), estabelecida por meio da Portaria GM/MS 3.916/98, fora idealizada com o intuito de assegurar o acesso aos medicamentos, para efetivar os dizeres previstos na lei orgânica do SUS, que estabelece a formulação da política de medicamentos em seu âmbito, citando que que tal atuação envolve uma série de diretrizes e compromissos firmados entre os entes, desde ações que envolvem o uso de medicamentos seguros, seus financiamento até mesmo o efetivo ato de dispensar (BRASIL, 1998).

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

Complementarmente, a PNM abrange da mesma maneira uma série de iniciativas que reagem com o fortalecimento da oferta de medicamentos seguros e eficazes. Nesta ótica, destaca-se não simplesmente como se deve agir frente aos pacientes, mas como também todo o ciclo envolvido no processo de regulação farmacêutica favorece a saúde da população. Fica evidente nesse contexto, que a ampliação do acesso deve ser conferida aos usuários permeadas as premissas de equidade e justiça social, e também com o propósito de se alcançar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

“O uso racional de medicamentos parte do princípio que o paciente recebe o medicamento apropriado para suas necessidades clínicas, nas doses individualmente requeridas para um adequado período de tempo e a um baixo custo para ele e sua comunidade. O uso irracional de medicamentos por prescritores e consumidores é um problema muito complexo, o qual necessita da implementação de muitas diferentes formas de intervenções ao mesmo tempo. O enfoque para promoção racional de medicamentos também inclui a medicina herbárea e tradicional” (OPAS, 2020, s/n).

Outro marco importante para a reorientação da Assistência Farmacêutica no SUS foi a elaboração da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que desenvolveu quatro princípios norteadores de sua ação, dentre eles se destacam:

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

É válido consignar que a Atenção Primária à Saúde (APS), nela inserida a Estratégia de Saúde da Família, é a principal porta de entrada e preferencial da rede de atenção, caracterizando que todos os eventos de proteção e prevenção à saúde estão lá estabelecidos, contribuindo para o acesso universal, onde qualquer indivíduo pode ser ali então recebido e acolhido, assumindo esse nível de atenção, o papel central de encaminhar respostas positivas que solucionem os principais problemas de saúde daquela população, garantindo, nesse pensamento, o papel de serviço resolutivo em saúde (BRASIL, 2011).

Atualmente, não há critérios para a inserção do Profissional Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família, mas conforme Portaria GM/MS 2.488/2011, é requisito mínimo este tipo de acesso dispor de *“ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos”*, e composição de equipe mínima, nesse equipamento de saúde, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em

saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2011, s/n).

Araújo *et al.* (2008) afirmam que a qualidade do uso de fármacos está diretamente relacionada à qualidade do serviço de saúde, explicando esta qualidade associada ao bem-estar e menor risco dos pacientes, citando, nesta consolidação, estrutura, processo e resultados.

Assim, sem a figura do farmacêutico, impera a banalização do uso dos medicamentos, tornando-o um produto como outro qualquer, associado à cultura da medicalização, influência da publicidade para uso de medicamentos. A propaganda atinge 35% dos gastos que os laboratórios farmacêuticos transformam em propaganda, sabendo o quão é atrativo lançar no mercado este tipo de publicidade, o quanto é influenciador, capaz de criar verdadeiros padrões de comportamento sobre as pessoas (LYRA JÚNIOR *et al.*, 2006)

Para o fortalecimento da Assistência Farmacêutica com um desenho mais voltado para a assistência, o próprio Conselho de Classe publicou resoluções que firmam a atuação do Farmacêutico com olhar mais envolvido no cuidado (CFF, 2013).

Cite-se então, a resolução do Conselho Federal de Farmácia, CFF 585/2013, que rege sobre as atribuições clínicas do Farmacêutico, dentre as mais notórias, destacam-se:

“As atribuições clínicas do farmacêutico visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.

Parágrafo único. As atribuições clínicas do farmacêutico visam proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente” (CFF, 2013, s/n).

Além dessa elucidação, a respectiva resolução inclui fatores fundamentais para a atuação clínica do Farmacêutico dentre os quais: atenção centrada no paciente; desenvolver ações de colaboração com a equipe para a promoção, proteção e recuperação da saúde; participar, planejar e avaliar a farmacoterapia do usuário de saúde; avaliar as prescrições sob os aspectos legais e éticos; realizar intervenções emitindo pareceres à equipe; promover discussões de casos clínicos;

promover a consulta, anamnese, conhecer o prontuário do paciente, dentre outros (CFF, 2013).

É possível assim compreender que o Conselho Federal de Farmácia transmite atuações que muito convergem com a fala do SUS.

Então, é possível refletir sobre as seguintes indagações: em qual melhor ambiente de saúde o Farmacêutico poderia agir como um profissional atuante na clínica? Quando o Farmacêutico assim poderia ter acesso ao prontuário do paciente? Sob qual aspecto a atribuição clínica aconteceria em colaboração, ou seja, junto com a equipe?

Ora, muitos ambientes de saúde são desenhados em algumas dessas conformações, mas a prestação do serviço clínico Farmacêutico, com as atribuições definidas por meio da resolução CFF 585/2013, talvez mesmo todas essas atribuições, são plenamente concatenadas para a atuação desse profissional no SUS.

Embora o que o Conselho define neste papel, o da clínica, seja válido em todas as esferas e gamas de possibilidades de desenvolvimento da profissão Farmacêutica, o Conselho de Classe revela a necessidade de atuar conforme a política do SUS se estabelece. Se as leis em muitos momentos manifesta a necessidade de organizar a Assistência Farmacêutica no SUS, as resoluções que levam à própria atuação do Farmacêutico estabelecem este profissional ao campo da prática da saúde pública.

Portanto, pelas inquietações causadas pelo inconformismo desta pesquisadora em verificar a ausência do profissional Farmacêutico em tempo integral que, via de regra, assola muitos municípios do país na Atenção Primária à Saúde no SUS, a presente pesquisa procurou elucidar o exercício da equipe na Estratégia de Saúde da Família no município investigado e se o Farmacêutico realiza suas atividades em prol da interprofissionalidade, apoiando, assim, o eixo integralidade do SUS.

Assim, o presente estudo procura aferir a importância dos colaboradores da Estratégia de Saúde da Família operarem em prol da interprofissionalidade, analisando assim o papel do Farmacêutico na equipe mínima como forma de investigar se suas atuações podem de certa maneira demonstrar um cenário bem situado no cuidado em saúde, e em até mesmo, ações de desenvolvimento desse

profissional nessa importante rede de Atenção à Saúde, como forma principalmente de contemplar ao devir que o eixo integralidade convoca.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Os desafios para a inserção do Farmacêutico no SUS

O enredo da profissão Farmacêutica se perfaz sobre a história da própria humanidade, já que fora concebida desde quando se buscavam meios de remediar os males. As profissões médico e farmacêutico se complementavam na antiguidade, não havia distinções, permanecendo assim até o século XII. O símbolo da farmácia era utilizado pela deusa Hígia, da Grécia antiga e a simbologia nele representa o poder da cura (cobra e a taça) (CRF-SP, 2019).

Em 1549, o nome do primeiro cuidador no período colonial do Brasil, conhecido como boticário, era Diogo de Castro, que acompanhava o Governo Tomé de Souza ainda na época colonial. Os jesuítas mantinham boticas, assim, próximas aos colégios e o Reino de Portugal admitia a entrega de medicamentos apenas por esses profissionais habilitados, cuja respectiva habilitação era facilmente adquirida.

As tradições populares acerca do uso de ervas medicinais também marcam a história do uso de terapias no país. Os índios, por seus rituais míticos e religiosos, passaram seus saberes aos europeus, Pero Vaz de Caminha cita em um de seus escritos a forma diferenciada de como os índios mantinham boa saúde e grande poder vital.

“eles não lavram nem criam. Nem mesmo há aqui boi ou vaca, cabra, ovelha ou galinha, ou qualquer outro animal que esteja acostumado a viver do homem. E não comem senão deste inhame, de que aqui há muito, e dessas sementes e frutos que a terra e as árvores de si deitam. E com isto andam tais e tão rijos e tão nédios que o não somos nós tanto, com quanto trigo e legumes que comemos.”
(CAMINHA, 2000, p.61).

Em 1774, ainda no período colonial, houve uma tentativa de se exigir melhor regularização sobre o oferecimento de terapias, controle e fiscalização sobre produtos medicinais e ervas, resultando em uma tentativa infrutífera. Após, de 1808 a 1968 não houve grandes evoluções nesse sentido, somente nas questões educacionais sobre o tema, que associava o papel da aprendizagem sobre medicamentos ao ensino de medicina (CRF-SP, 2019).

Apenas, segundo ainda o CRF-SP (2019), em 1960 houve a criação do Conselho Federal de Farmácia e em 1969 fora instituído o currículo Farmacêutico Bioquímico, durante a reforma universitária da época. Nessa década foi criada também a Fundação para o Remédio Popular (FURP). Por curiosidade, 98% dos medicamentos naquele período, eram produzidos por laboratórios de multinacionais instalados no país.

Com a publicação do Decreto Federal 85.878/1981, fica estabelecido o exercício da profissão farmacêutica, que remete ao Farmacêutico a responsabilidade pela dispensação de medicamentos e fórmulas magistrais, dentre outras responsabilidades técnicas de inúmeros estabelecimentos de saúde e de controle de água (BRASIL, 1981).

Prevalece a visão de muitos municípios desfavoráveis à permanência do farmacêutico em tempo integral, atribuindo a estas opiniões, ausência de capacidade de recursos humanos para a empreitada. Apesar de haver uma regulamentação em 1931 do exercício da profissão farmacêutica por meio de decreto presidencial 20.377, debruçam-se sob o pretexto de que a unidade dispensadora estabelecida na Atenção Básica deve ser entendida à luz da lei 5991/1973, que define como dispensário de medicamentos as Farmácias localizadas na Unidade Básica de Saúde, desobrigando legalmente a atuação de um responsável Farmacêutico no posto de medicamentos, gerando, esta arcaica conduta, enfrentamentos da atividade profissional no seu exercício intrínseco no SUS (BRASIL, 1973).

Ao se pesquisar julgados de tribunais regionais federais (JUSBRASIL, 2018), a respeito do conceito “dispensário de medicamentos”, inúmeros recursos judiciais em prol dos municípios que se negam a pagar multas estipuladas pelo conselho de classe, levam os juízes interpretarem que as Unidades Básicas de Saúde se assemelham a unidades hospitalares com até cinquenta leitos, demonstrando que existe irrelevância no quesito presença do profissional farmacêutico nas farmácias dos municípios. Uma das decisões do colegiado, até, elaborada para atender ao Agravo de Instrumento 5015257-98.2018.4.04.0000/RS, enfatiza que a dispensação de medicamentos pode ser realizada pela equipe de enfermagem, revelando então, um desarranjo do judiciário sobre o que preconiza a Política Nacional de Medicamentos e todas as demais orientações técnicas aqui esmiuçadas.

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP), por sua vez, em 2012, emitiu parecer por ementa acerca do assunto, que impedia até o ano de 2018 a atividade do profissional de enfermagem nas farmácias municipais da Atenção Básica. Este entendimento retrocedeu por meio do parecer normativo 145/2018, permanecendo admitida atualmente a permanência da equipe de enfermagem dentro dos dispensários públicos (COREN-SP, 2018).

Destarte, sabendo-se que a lei de 1973 é anterior à criação do SUS, fora delineada nova lei federal, que demarca a atuação do profissional Farmacêutico na saúde pública, a saber, a de número 13.021/2014, que estabelece uma nova redação às atividades relacionadas no exercício da profissão Farmacêutica:

“Art. 3º Farmácia é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos.

Parágrafo único. As farmácias serão classificadas segundo sua natureza como:

I - farmácia sem manipulação ou drogaria: estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais;

II - farmácia com manipulação: estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica.

Art. 4º É responsabilidade do poder público assegurar a assistência farmacêutica, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de universalidade, equidade e integralidade...

... Art. 8º A farmácia privativa de unidade hospitalar ou similar destina-se exclusivamente ao atendimento de seus usuários.

Parágrafo único. Aplicam-se às farmácias a que se refere o caput as mesmas exigências legais previstas para as farmácias não privativas no que concerne a instalações, equipamentos, direção e desempenho técnico de farmacêuticos, assim como ao registro em Conselho Regional de Farmácia.” (BRASIL, 2014, s/n).

Outro fator desfavorável para inserção do Farmacêutico como atuante do cuidado, que não se pode ignorar, é a persistência do modelo biomédico da saúde, somados à medicamentação do cuidado e a força da propaganda da indústria farmacêutica. Arouca (1975), explica que o cuidado médico envolve a relação entre duas pessoas, daquele que sofre e daquele que alivia, enquanto o que alivia é o concentrador do saber. Ele enfatiza que o cuidado frente a um sofrimento não envolve mais a questão de um saber que alivia a dor de quem não detém esse saber, mas sim uma relação de troca. O cuidado médico requer um processo de trabalho legitimado socialmente, em que este possuidor monopoliza a sua função frente às necessidades.

Antes mesmo da criação da propaganda médica, denunciava-se no campo da medicina preventivista, a tecnificação da saúde, pela universalização da mercadoria, com a criação de classes profissionais a criar necessidades não satisfeitas. Parecia até mesmo o prenúncio de anos depois a indústria farmacêutica articular a relação do poder médico sobre o cuidado (AROUCA, 1975).

“a produção do cuidado sobre influências do setor industrial, que começa a produzir toda uma tecnologia da prevenção que passa a ser incorporada a certas práticas, como os equipamentos para exames periódicos de saúde, determinando que o cuidado preventivo passe a constituir-se na prática liberal em um setor de alta densidade de capital, ou seja, de alta realização de valor para este setor industrial.” (AROUCA, 1975, p. 171).

Correia Júnior *et al.* (1997), já apontava das dificuldades sobre a compreensão do envolvimento do profissional Farmacêutico na equipe, pela interpretação de que tratava de um ator dispensador de medicamentos e não de fato participante na equipe. Em 1994 o Ministério da Saúde, assinalava que esse profissional é o melhor habilitado para transmitir informações sobre os medicamentos e a articulação junto aos médicos, estes como grandes conhecedores de fisiopatologia, traria troca de experiências com maiores benefícios aos pacientes.

Os idosos do país são grandes alvos da propaganda, um estudo realizado em Sergipe apontou que o uso de medicamentos por meio de propaganda atinge 17,9% desta população. Nos Estados Unidos, os custos por complicações geradas pelos

medicamentos alcançaram US\$ 104 bilhões na população idosa. 5% das internações na Espanha são causadas por problemas relacionados ao uso de medicamentos, gerando € 3.000 por dia em internações (LYRA JÚNIOR *et al.*, 2006).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), segundo Trevisol *et al.* (2010), na tentativa de fiscalizar as propagandas no meio, identificaram que de 2.717 destas publicidades, que tratavam de medicamento sob prescrição médica, 489 não apresentavam referências bibliográficas completas, 673 não apresentavam a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou número de registro, 524 não demonstravam as contraindicações e 567 não apresentavam advertências sobre o uso de medicamentos.

Com o advento da AIDS, provocada pelo HIV, deu-se no Brasil em 1996 a Política de Medicamentos de AIDS, que colocou o cuidado em saúde como fundamental para o êxito da estabilização da doença, a contribuição do Farmacêutico assumiu uma função importante, em razão da condição de saúde do paciente HIV estar diretamente relacionada à adesão ao tratamento. Assim, nos últimos 25 anos a profissão passa por período de grande transformação, atrelado ao evento do Farmacêutico apresentar o perfil adequado para exercer a atenção farmacêutica (CRF-SP, 2019; CORTEZ, 2014).

Barberato *et al.* (2019), em uma revisão sistemática descrevem que o trabalho farmacêutico na APS tem sido identificado no sentido de que ele é existente, contudo, ainda se estabelece de maneira muito tímida. Percebeu-se ações relacionadas à gestão, como a própria organização da Assistência Farmacêutica, no que tange o uso racional de medicamentos, melhoria da disponibilidade dos tratamentos, qualidade no controle da conservação dos medicamentos, e também na área da assistência, sobre como difundir informações educativas sobre medicamentos, na dispensação orientada e visita de pacientes para analisar o seguimento farmacoterapêutico.

Ainda, segundo Barberato *et al.* (2019), quando o serviço percebe a inclusão do Farmacêutico nessa abrangência, desvincula-se o paradigma de um atuante técnico e fiscalizador, voltando-o para o entendimento de desempenho no cuidado com o usuário. Se no contexto da Atenção Primária o Farmacêutico não participar da equipe, a sua capacidade de intervenção é reduzida, pelo fato de não o enxergarem

como integrante da equipe. Os profissionais enfermeiros, médicos e odontólogos ainda não acreditam que a presença regular do Farmacêutico seja necessária, por não naturalizar-se até hoje neste tipo de atuação, além de sua insuficiente visibilidade junto à sociedade. Esses fatores se devem ao fato de que no SUS, pouco se aprende a respeito do ciclo da Assistência Farmacêutica e o número desse tipo de profissional é ínfimo para a necessidade que se estabelece.

Mendonça *et al.* (2016) promoveram um estudo que avaliou se a intervenção farmacêutica provocava desfechos clínicos exitosos em pacientes atendidos na Atenção Primária, portadores de doenças crônicas. De 359 encontros com usuários hipertensos, diabéticos e portadores de dislipidemias, houve a ocorrência de 307 intervenções, com a identificação de problemas relacionados a medicamentos, resultando em elevados índices de resoluções terapêuticas, 90% para hipertensos, 72,3% para diabéticos e 90,3% para dislipidemia, demonstrando a essencialidade do acompanhamento farmacoterapêutico na APS.

Ainda, Merola *et al.* (2005), desenvolveram uma pesquisa com 456 usuários, entrevistados por acadêmicos, cujo método da pesquisa envolveu um questionário com 4 perguntas relacionadas a automedicação, leitura de bula, cumprimento do que a prescrição determinava e se o usuário, ao adquirir o medicamento, solicita orientação farmacêutica. Os resultados confirmaram que 80% dos entrevistados não interpretam o que está definido em prescrição, têm hábito de se automedicarem, e a maioria dos indivíduos na faixa etária entre 41 e 50 anos não seguem o que está prescrito. A ausência do Profissional Farmacêutico na Saúde Pública é também evidenciada no estudo, indicando o não atendimento à Política Nacional de Medicamentos. O estudo demonstrou, assim, a ausência de melhor esclarecimento sobre o assunto na população entrevistada, permanecendo evidente a necessidade da educação em saúde. Além disto, a intervenção do Farmacêutico, segundo o estudo, foi capaz de reduzir as reações adversas aos medicamentos, elevando a adesão do paciente à terapia, gerando, assim, redução de custos à saúde pública.

Fegadolli *et al.* (2016), a partir de um trabalho sobre o número exorbitante de medicamentos de saúde mental prescritos pela Atenção Básica no Município de São Paulo, momento em que a Assistência Farmacêutica se vislumbra essencial para o uso racional de medicamentos, evidencia a necessidade maior de atuação do Farmacêutico na equipe.

A partir de fóruns, envolvendo diversos profissionais da Atenção Básica e dos Centros de Atenção Psicossociais, citava-se além de diversos assuntos relacionados ao tema, o subaproveitamento do profissional Farmacêutico para o exercício do cuidado dado o profissional se dedicar, pela falta de pessoal ou mudança de auxiliares, nas questões internas do setor. Uma das limitações encontradas foi a tímida iniciativa do profissional Farmacêutico em atuações assistenciais. Apela-se assim para a participação deste ator social de forma sistêmica e por processo de trabalho, inclusive os contemplando em indicadores de resultados, em prol da busca pelos serviços farmacêuticos de qualidade delineados pela OMS (FEGADOLLI *et al.*, 2016).

Atribui-se assim ao desempenho do Farmacêutico a capacidade de atender aos anseios da população acerca do medicamento, destacando-se a Atenção Farmacêutica e o Manejo das doenças ao profissional, com vistas a garantir proteção, promoção e recuperação da saúde, em conjunto com os membros da equipe (OMS, 1993).

Assim, a respectiva entidade criou determinadas condições para que o uso racional de medicamentos fosse atingido, por meio de informações sobre o exercício da profissão Farmacêutica, como definidas no encontro que discute “*El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención a la Salud*”, o primeiro ocorrido em Nova Délhi, Índia em 1988 e o segundo, em Tóquio, Japão (OMS, 1993).

A proposta acompanhou a elaboração da política de medicamentos essenciais, promovida pela própria OMS e existente até os dias de hoje. O segundo encontro foi basilar para o cenário, pois lá se estabeleceu um acordo, conhecido como “*Declaração de Tóquio*”, pois se verificou que a intervenção médica se baseia essencialmente em função das prescrições de medicamentos. O desenvolvimento do uso de farmacoterapias gera, assim, tanto benefícios como a segurança no uso dos medicamentos, quanto prejuízos pelos usos inadequados, o que traz consequências aos usuários e à sociedade (OMS, 1993).

Em 2004, consecutivamente, em conjunto com o Conselho Federal de Farmácia elaboraram, a partir desses encontros, da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a definição acerca do conceito “Atenção Farmacêutica”:

“É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OMS, 2004, s/n).

Em Nova Délhi, citou-se que a eficiência da atenção à saúde se atribui à boa gestão de medicamentos. A partir deste entendimento fica perceptível que quando o Farmacêutico é incluído como peça chave na equipe, é notório o enriquecimento na qualidade do serviço. Permaneceu também evidenciado que devido ao aumento dos custos de se satisfazer aos anseios de saúde da população, a gestão desse profissional poderia colaborar tanto individualmente, quanto coletivamente. Estas alegações se baseiam a partir de inúmeras habilidades desenvolvidas pelo profissional farmacêutico, como entender amplamente o ciclo da assistência farmacêutica e também produzir orientações em pacientes com doenças autolimitadas e aos doentes crônicos pela avaliação da terapêutica adotada (OMS, 2004).

Embora o respectivo documento evidencie que esse ator social exerce papel privativo na cadeia de regulação sanitária, já se é apontado que o Farmacêutico trará mais benefícios à sociedade quando ele é impelido a atuar na atenção à saúde, pela aproximação que naturalmente este ambiente agrega, podendo assim, contribuir na questão relacionada a condutas terapêuticas mais adequadas (OMS, 2004).

Ainda permanece bem assinalado neste encontro que na falta de profissionais para assistência, fatalmente haverá falta de medicamentos essenciais que propiciariam melhor expectativa de qualidade de vida dos usuários em seu local de moradia, ou até mesmo falta de tratamentos capazes de salvar vidas (OMS, 2004).

Também é relatado que, nos níveis de atenção à saúde, a prestação dos serviços adquire uma conformação multiprofissional e a partir deste entendimento, a

própria equipe não deve deixar o Farmacêutico de lado quando assim estiver envolvida no processo medicamentoso (OMS, 2004).

Complementarmente, uma atividade promovida pela Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP), OMS e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) organizaram um grupo de trabalho de educação farmacêutica, pelo período de 1988 a 2009, realizando 5 consultas globais que discutiram intrinsecamente sobre o futuro do papel do Farmacêutico (FIP, 2008).

A terceira consulta global provocou naquele momento a discussão mais relevante, no ano de 1997, relacionada ao alcance do Farmacêutico “sete estrelas”, desenvolvendo-se assim, ações necessárias para a definição do papel profissional, incluindo então como “*um prestador de serviços farmacêuticos, capaz de tomar decisões, comunicador, líder, gerente, aprendiz para a vida e educador*” (FIP, 2008).

OMS e FIP (2008) ainda, em 2006 inclusive, atuaram com o grupo se dirigindo para o Brasil a partir de uma promoção de mesa redonda para discutir a educação farmacêutica. O segundo encontro, em 2007, foi realizado em Beijing, China. O Plano de Educação Farmacêutica seguiu até o ano de 2010 e teve como objetivos principais:

“1. Definir as competências dos serviços farmacêuticos abrangendo todos os aspectos e níveis do sistema de saúde. 2. Criar objetivos educacionais alinhados com competências e desenvolver uma estrutura que considere uma educação farmacêutica amplamente contínua para educação universitária através do contínuo desenvolvimento profissional no nível de pós-graduação. 3. Desenvolver uma estrutura global para garantia da qualidade e desenvolvimento de sistemas de acreditação (isto é, o desenvolvimento de padrões para instituições e programas educacionais) em educação farmacêutica. 4. Reunir e analisar dados a nível acadêmico, rever e desenvolver estratégias de desenvolvimento de capacidades que supram as necessidades ao nível local, regional e global. 5. Guiar colaboradores na direção de aceitar uma visão holística de uma ampla educação farmacêutica contínua a nível global, regional e local. 6. Fornecer apoio e orientação técnica para os colaboradores em nível de país e instituições educacionais. 7. Estabelecer uma plataforma global para o diálogo contínuo partilha de experiências, práticas, lições aprendidas, pesquisas e ferramentas para desenvolvimento da educação farmacêutica e planejamento da força de trabalho (OMS/FIP, 2008, p.4).

Assim em 2012 são publicadas as diretrizes conjuntas entre OMS e FIP sobre boas práticas para a qualidade dos serviços farmacêuticos, englobadas assim as atividades:

“1. Preparar, obtener, almacenar, asegurar, distribuir, administrar, dispensar y eliminar medicamentos. 2. Ofrecer una gestión eficaz de los tratamientos farmacológicos. 3. Mantener y mejorar el ejercicio profesional. 4. Ayudar a mejorar la eficiencia del sistema de salud y la salud pública.” (OMS/FIP, 2012, p.17).

Cabe aqui frisar que o Ministério da Saúde (2018) incluiu na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/ próteses e materiais especiais (OPM) do SUS, a realização de atendimento Farmacêutico nas Unidades de Saúde por meio de faturamento de 49 procedimentos, para o município que dispor daquele profissional nas atividades de atenção em saúde, como prestador de serviço do SUS (CFF, 2018).

A Portaria 526/2020 da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) atualizou os respectivos faturamentos, incluindo assim 35 atividades para o Farmacêutico, todos realizados na Atenção Primária, os mais importantes, destacam-se: teleconsulta na atenção primária, administração de medicamentos por vias endovenosa, intramuscular, oral, subcutânea e tópica, administração de penicilina para sífilis, teste rápido de proteinúria, orientação em grupo na Atenção Primária, coleta de material para exame laboratorial, glicemia capilar dentre outros (BRASIL, 2020).

Assim, paulatinamente, as atividades geradas pelo âmbito profissional tem gerado o reconhecimento de mais um ator preocupado com a grande tarefa do cuidado do SUS.

2.2 O SUS, a Atenção Primária e a Assistência Farmacêutica: políticas públicas que compõem o princípio da integralidade do SUS.

O SUS assim ganhou evidência por ter sido desenhado como um sistema a partir de um movimento sanitário, consolidado pela lei 8080/1990 e participante do

plano que envolve a seguridade social. Tornou-se assim, a única conquista social desse processo (BRASIL, 1990).

Então como Sistema Único de Saúde (SUS), a tarefa de assistência farmacêutica permanece sob a responsabilidade do poder público.

A Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) fora assim instituída como forma de postular a democratização do acesso a medicamentos, por meio de um processo de reorientação da Assistência Farmacêutica no país, o que aproximou as tecnologias de saúde disponíveis como mais uma maneira de se alcançar a justiça social.

Foram assim, elaboradas as diretrizes e suas prioridades. Dentre estas diretrizes e prioridades, neste trabalho destacam-se: a reorientação da Assistência Farmacêutica, que culminou para a criação da comissão intergestores e distribuição do financiamento entre os entes federativos; a promoção do uso racional de medicamentos, assunto este que muito é favorecido com a presença de profissional Farmacêutico; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; Assistência Farmacêutica, entendida ali como ações técnico-administrativas que favorecem as obtenções de medicamentos, armazenamento e distribuição em âmbito descentralizado (BRASIL, 1998).

A respectiva política foi criada para os gestores de saúde redefinirem as estratégias voltadas nesse contexto, considerando a gama de medicamentos existentes ao atendimento de agravos de todas as complexidades. As ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde são inegavelmente dependentes do acesso aos medicamentos, ainda assim considerando nesta oportunidade, o prolongamento da expectativa de vida. Destarte, a oferta de terapias de todos os ramos aumenta demasiadamente, gerando custos sociais importantes pela demanda de consumo (BRASIL, 1998).

Restaram claros nesse documento norteador que as desestruturações ocorrem por meio de duas causas: do serviço médico e do serviço farmacêutico como um todo. Ambos os fatores igualmente geram desperdícios. O primeiro se estabelece pela indicação de medicamentos não constantes na Relação Municipal de Medicamentos e o segundo, não menos importante, pela dificuldade da gestão no abastecimento dos serviços de saúde. Permanecem também denunciados os prejuízos trazidos pelo uso da automedicação por toda a sociedade, e desta forma

estabelecidas as orientações de se criar estratégias para o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

Interessante é que essa política criada não só diz respeito às regras que as instituições públicas de saúde devem seguir, mas também como todo o mercado farmacêutico nacional deve se portar (BRASIL, 1998).

Dentre os muitos ganhos da sociedade com a vinda do SUS, destaca-se assim o artigo 6º, que inclui no seu campo de atuação, a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1998).

A primeira menção a respeito da Assistência Farmacêutica globalmente, que tornou o assunto notório foi em 1978, por meio da conferência mundial da Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata, que destacou a relevância de se organizar uma lista de medicamentos essenciais governamental, organizar a gestão dos medicamentos, e de disseminar informações a respeito da conscientização sobre o uso indiscriminado de medicamentos (ARAÚJO *et al.*, 2008).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, agora no Brasil, ocorrida em 2003, repercutiu na criação de propostas para o SUS, dentre elas a de firmar a Assistência Farmacêutica na saúde pública (CNS, 2003).

Segundo o documento que norteou a conferência, definido como “*Saúde: um direito de todos e dever do estado, a saúde que temos o SUS que queremos propostas e diretrizes do Ministério da Saúde para os eixos temáticos*”, dividiu as propostas em eixos temáticos, a Assistência Farmacêutica mencionada assim, como parte integrante do eixo VIII: Ciência e Tecnologia e a Saúde (CNS, 2003).

Não somente a evidência da disponibilidade de medicamentos ofertados pelo SUS está alicerçada sob o amparo governamental, com a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia em 2003. Com a realização da já mencionada 12ª Conferência, a Assistência Farmacêutica foi tomando forma, inicialmente inserida nessa Secretaria pela mesma compreender a tecnologia e a economia em saúde (CNS, 2003)

Assim, o relatório da respectiva Conferência subsidiou o entendimento sobre Assistência Farmacêutica, que ganhou um capítulo específico, tornando esse evento o marco histórico da imersão e do reconhecimento do setor no SUS (CNS, 2003).

Naquela ocasião, foram enumeradas 20 diretrizes gerais, que envolviam desde ações muito específicas, intrinsecamente sobre tecnologias de saúde, até ação que mencionava a necessidade de apoiar a proibição de dispensação de terapias por pessoal não técnico (CNS, 2003).

Consecutivamente, a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF) no SUS foi instituída a partir do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 338/2004 (CNS, 2004).

A Consolidação da Política Nacional de Medicamentos trouxe à tona algumas diretrizes e prioridades, das mais relevantes para o presente trabalho: reorientação da Assistência Farmacêutica, Promoção do Uso Racional de Medicamentos, Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos, Farmacoepidemiologia, Farmacovigilância (CNS, 2004).

Para o Município, permanece as responsabilidades em coordenar e executar a Assistência Farmacêutica, promover o uso racional de medicamentos, treinar e capacitar os recursos humanos dentro dessa política, assegurar a dispensação adequada, definir a Relação Municipal de Medicamentos com base na Nacional, estimular a compra por meio dos laboratórios oficiais, dentre outros (CNS, 2004).

A Assistência Farmacêutica, portanto, não se estabelece somente nos atos administrativos, mas sim como ato de proteção e recuperação da saúde, necessitando evidenciar as questões relacionadas às pesquisas, produção, prescrição, dispensação e englobada também, a Farmacovigilância (CNS, 2004).

Em 2011, a Lei Federal 12.401/2011, alterou a lei 8080/1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e as incorporações de tecnologias de saúde no âmbito do SUS. Este enfoque enriqueceu os fluxos relacionados a estudos de novos protocolos e sistematizou as revisões destes documentos norteadores já existentes, bem assim a inclusão de novas tecnologias de saúde (BRASIL, 2011).

Ainda em 2011, o Decreto 7.508/2011, que *“regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências”*, fortaleceu ainda mais seu aparelhamento, pois define os pressupostos acerca da Assistência Farmacêutica:

“O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado...

...Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.” (BRASIL, 2011, s/n).

Outra importante iniciativa do Governo Federal foi criar o Programa da Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS), por meio da Portaria GM/MS 1.214/2012, que divide a Assistência Farmacêutica Pública em quatro eixos norteadores, inserindo essa relevante vertente nas redes de atenção à saúde:

I. Promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado.

II. Contribuir para garantir e ampliar o acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade e o seu uso racional, visando à integralidade do cuidado, resolutividade e o monitoramento dos resultados terapêuticos desejados.

III. Estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços farmacêuticos, com foco na integralidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

IV. Promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS.

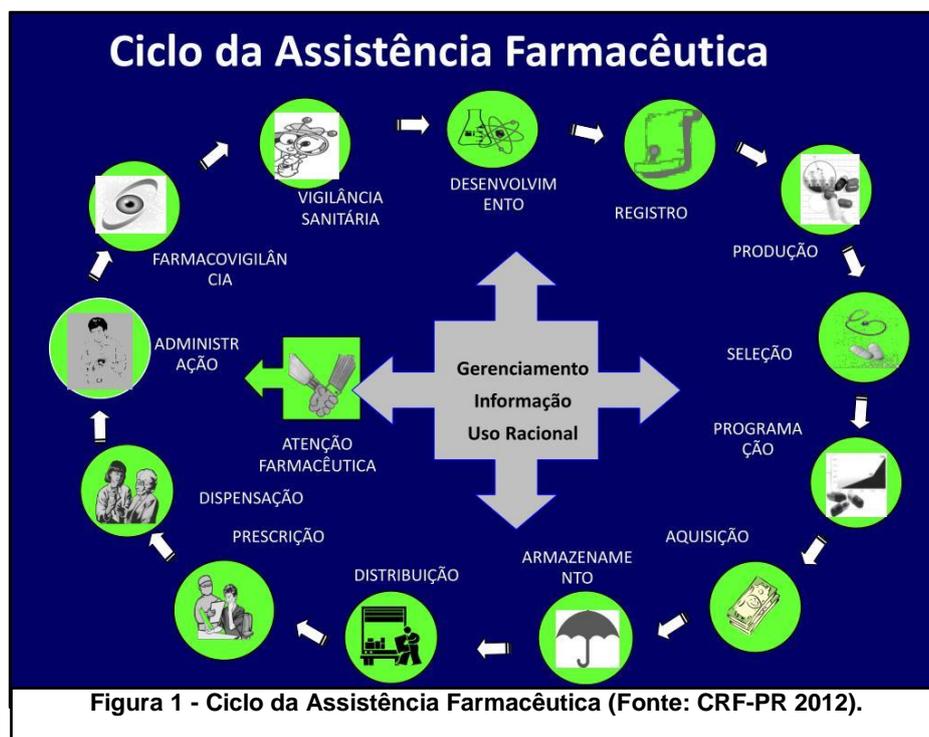
V. Favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência farmacêutica, o planejamento, programação, controle, a disseminação das informações e a construção e acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica.” (BRASIL, 2012, s/n).

O município aderente ao respectivo programa recebe recursos do Ministério da Saúde para compor o eixo estrutura, onde a cidade se responsabiliza em cumprir ao menos sete objetivos, dos seguintes: possuir lista padronizada de medicamentos, fomentar ações de educação permanente, possuir fluxo de notificação de queixa ou evento adverso de medicamento no município, ter Assistência Farmacêutica no organograma da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, contemplar ações de Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde, alimentar o Banco de Preços em Saúde, realizar ações ou produção de material informativo para profissionais ou usuários quanto ao uso racional de medicamentos, disponibilizar de equipamentos informatizados nas farmácias, possuir Comissão de Farmácia e Terapêutica, possuir medicamentos fitoterápicos em sua lista padronizada, possuir Procedimentos Operacionais Padrão, manual de boas práticas de estocagem de medicamentos, possuir plano de gerenciamento de resíduos sólidos dos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Como forma de facilitar a compreensão sobre a Assistência Farmacêutica no SUS, elaborou-se um desenho definido assim como “Ciclo de Assistência Farmacêutica”, representado pela Figura 1 (CRF-PR, 2012).

Assim, os principais processos que o envolve são as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição e dispensação. As demais etapas colaterais são correlacionadas a este trajeto contínuo, daí entendido como ciclo. São ações que devem manter sincronia pois são interdependentes, quaisquer atrasos ou inexecução, prejudicam de alguma maneira seus meandros. A seleção, assim, é definida por meio de critérios estabelecidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica; a programação e aquisição envolvem aspectos técnicos, administrativos e jurídicos para que na qualificação de potenciais fornecedores, se

alcance o processo de compra (CONILL e DAMASCENO, 2019; ABREU *et al.*, 2020).



O armazenamento e distribuição consistem nos corretos sistemas de conservação de medicamentos e logística, de modo que não falte o tratamento, garantindo eficiência na entrega. E a dispensação como uma das últimas tarefas e importantes para o correto uso do medicamento, evento este ocorrido na farmácia que envolve a orientação adequada e monitoramento da administração de medicamentos, considerando o uso racional de medicamentos (CONILL e DAMASCENO, 2019; ABREU *et al.*, 2020).

O plano para reorientar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil foi de instituir em 1994 o Programa de Saúde da Família, surgindo como um modelo de mudança com vistas a ampliar o acesso à saúde. Tornou esse cenário de prática de saúde, dentro da Rede de Atenção à Saúde, tão primoroso que de programa, passou a ser identificado enquanto Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011).

Segundo Pinto e Giovanella (2018), a ESF pretende, desta maneira, modificar radicalmente a saúde tradicional e solidificar a mais importante porta de entrada do SUS. Assim, em 2006, a Estratégia de Saúde da Família fora descrita na Política

Nacional de Atenção Básica. Destacam que os índices de internações por condições sensíveis à atenção básica reduziram a 45%, atribuindo à formação das equipes tal benfeitoria.

A ESF é composta por equipe obrigatória mínima de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ou técnicos, dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e de combate às endemias (BRASIL, 2011).

O Farmacêutico é referido como atuante no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e desde 2017, assim definido como Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF) que “*são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família*” (BRASIL, 2011, s/n; BRASIL, 2017).

O Farmacêutico realiza na APS suas atividades técnico-gerenciais e técnico-assistenciais. A primeira envolve desde o planejamento, seleção, por meio de Comissões de Farmácia e Terapêutica instituída, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, monitoramento, confecção de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), formações (CONILL e DAMASCENO, 2019).

A segunda envolve o profissional nas ações de cuidado em saúde, como educação em saúde e comunidade, ações em conjunto com demais profissionais da Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), visitas domiciliares, prever o uso racional de medicamentos, participar dos planos terapêuticos, se envolver em ações interprofissionais para adesão ao tratamento, demais orientações sobre obtenção de medicamentos pelo SUS, participação da farmacoterapia de pacientes em uso de medicamentos estratégicos (HIV, Tuberculose, Hanseníase, etc.), envolvimento em campanhas de saúde, participar da notificação de reações adversas, até mesmo de atividades sobre o descarte de medicamentos (CONILL e DAMASCENO, 2019).

Apesar da amplitude e das definições da Assistência Farmacêutica, hoje bem delineadas, algumas questões, principalmente de âmbito estrutural das farmácias, prejudicam essa atividade. As Unidades de Atenção Primária à Saúde possuem espaços pequenos e ainda contendo atendimentos de balcão, janelas com barreiras por vidro, reduzindo a possibilidade da Atenção Farmacêutica. Alcançar a equipe ainda é um obstáculo para o setor, pois as questões técnico-gerenciais prejudicam

tal inserção. A atividade farmacêutica, por compreender o último acesso do sistema de saúde, se torna marginalizado, pois na última etapa se percebe erros na prescrição após períodos de espera do usuário, tanto para os atendimentos médicos, quanto na espera pelo atendimento no momento da dispensação. (GOPPINGER 2013; CONILL e DAMASCENO, 2019)

2.3 A Prática Interprofissional Colaborativa como ferramenta indutora para a materialização da Assistência Farmacêutica no SUS

Em 1998, Barr apresentou um artigo indicando a necessidade de aprimorar a questão da educação interprofissional. Enfatizava, assim que a discussão sobre o tema era tardia e que havia até então dois modelos de aprendizagem existentes, o baseado no conhecimento e o baseado na atitude. Estes arquétipos poderiam então ser o início do percurso para o desenvolvimento de perfis de competência colaborativos. Desenvolvidos a partir dos anos de 1970, levavam em consideração os currículos, a educação e a prática com e entre os participantes em cada curso de graduação. Incluía, então, conteúdos que envolviam disciplinas colaborativas.

A grande dificuldade apontada pelo autor é de que não se podia mais se basear por esses modelos, executados há anos atrás, se fosse levada em consideração a realidade atual da dimensão dos profissionais e dos serviços. A ampliação da variedade de profissionais e organização desses serviços exigiu determinado avanço nessas compreensões, pois o que se configurava com o passar dos anos foi uma teia de relações de trabalho mais complexas (BARR, 1998).

Assim, aquela forma de aprendizado se alicerçou no entendimento de que se o aluno aprendesse sobre e com os outros, de diferentes graduações, poderiam melhor compreender sobre suas funções e responsabilidades, gerar confiança mútua e renunciar os estereótipos. Experiências exitosas durante o curso fortaleceriam o relacionamento, que seriam transferidos para outros membros de mesmas profissões, melhorando assim a prática colaborativa (BARR, 1998).

Nesta discussão, Barr (1998) ainda cita que assim como a prática colaborativa, a educação colaborativa deve se tornar multidimensional e preparar os profissionais para a complexidade dessas tarefas. Define, assim, que embora várias fontes classifiquem as competências, nenhuma o faz com referência particular à

prática colaborativa. Assim, complementa que essas competências se distinguem entre concorrentes comuns, complementares e competências colaborativas.

Em 1997, com revisão em 2002 criou-se a primeira definição sobre Educação Interprofissional, a partir do Centro para o Avanço da Educação Interprofissional em Saúde (CAIPE), o que corroborou para prosperar o tema no Reino Unido, inclusive utilizado pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPAS), são as *“ocasiões em que dois ou mais profissionais aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços”* (BARR e LOW, 2013, p.3).

Ao longo da década de 2000, a Organização Mundial de Saúde assim descreveu muitas outras definições acerca do tema, quando assim em 2010 publicou o *“Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”*:

“A educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde.

A educação interprofissional é um passo importante da força de trabalho de saúde “colaborativa preparada para a prática”, para que esteja mais bem preparada para responder às necessidades de saúde locais.

Um profissional de saúde “colaborativo preparado para a prática” é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e tem competência para este fim.

A prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade. Ela permite que os profissionais de saúde integrem qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde locais.” (OMS, 2010, p.7).

Em 2016 a definição sobre educação interprofissional modificou-se, pois, por meio de um estudo de revisão sistemática foi possível enriquecer essa primeira fala, *“é a ocasião em que membros de duas ou mais profissões aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a qualidade da atenção e o bem-estar do usuário, família e comunidade”* (REEVES et al., 2016).

A IPEC (2016), *Interprofessional Education Collaborative*, associação criada nos Estados Unidos para desenvolvimento de perfis de competência interprofissionais dos profissionais de saúde, publicou algumas definições sobre:

“Interprofessional teamwork” ou equipe interprofissional, que constitui os níveis de cooperação, coordenação e colaboração caracterizadas nas relações entre as profissões na atenção centrada no paciente.

“Interprofessional team-based care” ou cuidado em saúde baseado na equipe interprofissional, significando assim o cuidado em saúde prestado por grupos de trabalho intencionalmente criados, relativamente pequenos, reconhecidos entre a instituição e entre eles a partir de identidade coletiva, compartilhando responsabilidades de um paciente ou grupo de pacientes.

“Professional competencies in health care” ou competências do profissional no cuidado em saúde, que refere o perfil de competência dos profissionais de saúde resultado de aptidões relacionadas a conhecimentos, habilidades, valores e atitudes que definem as áreas de trabalho de cada profissional aplicadas em cuidados de saúde em diferentes contextos.

“Interprofessional competencies in health care” e competências interprofissionais no cuidado em saúde que é a aplicação em conjunto de conhecimento, habilidades, valores e atitudes que definem o “trabalhar juntos” em todas as profissões, com outros profissionais de saúde, e com pacientes, junto com as famílias e comunidades, para melhorar resultados de saúde em contextos de cuidado específicos” (IPEC, 2016, p.8, tradução própria).

Foi de grande relevância o trabalho publicado pela IPEC (2016), pois ele demonstra resumidamente 4 perfis de competências essenciais, estes entendidos no sentido de se alcançar a Atenção Centrada no Paciente (ACP), por meio estratégias educacionais para avaliação do aluno para aprendizado ao seu desenvolvimento, sensível ao contexto dos sistemas de saúde e determinar definições aplicáveis a todas as profissões com linguagem comum, incentivando resultados. Assim, as 4 competências são:

“1) Trabalhe com outras profissões para manter o clima de respeito mútuo e valores compartilhados (valores/ ética para a prática interprofissional).

2) Use o conhecimento de sua própria função e de outras profissões para avaliar e atender adequadamente às necessidades de cuidados de saúde dos pacientes e para promover e promover a saúde das populações. (Funções e responsabilidades).

3) *Comunique-se com pacientes, famílias, comunidades e profissionais de saúde e outros profissionais de uma maneira ágil e responsável que apoie a abordagem da equipe à promoção e manutenção da saúde e à prevenção e tratamento de doenças. (Comunicação interprofissional).*

4) *Aplique os valores de construção de relacionamento e os princípios da dinâmica da equipe para realizá-los efetivamente em diferentes funções de equipe para planejar, fornecer e avaliar cuidados centrados no paciente / população e programas e políticas de saúde populacional que sejam seguros, oportunos, eficiente, eficaz e equitativo. (Equipes e Trabalho em Equipe).” (IPEC, 2016, p.10, tradução própria).*

A literatura brasileira sobre a ACP, a relaciona em três aspectos: perspectiva ampliada do cuidado em saúde, participação dos pacientes no cuidado e humanização (AGRELI *et al.*, 2016).

Os autores revelam que o modelo de assistência à saúde é muito relacionado ao ato do profissional médico, havendo então diferenças salariais abissais entre este e os demais profissionais, o ato de prescrever, solicitar exames e procedimentos, sendo necessário então, por meio da Prática Interprofissional Colaborativa reduzir esse pensamento, incluindo na ACP o envolvimento interprofissional, a partir da colaboração na atuação do cuidado, ampliando as práticas desses profissionais não médicos, por meio do exercício de liderança compartilhada entre a equipe (AGRELI *et al.*, 2016).

Peduzzi *et al.* (2013), explica que o processo de formação na área da saúde, quando assim desenhados apartados das profissões designadas ao cuidado em saúde, torna o desenvolvimento futuro de suas atuações atrelado apenas àquela área circunscrita, dificultando o ambiente em equipe. Daí manifesta que os espaços interprofissionais ligados à EIP reduzem esse deslocamento, incentivando cenários de colaboração, que predominam frente esses desempenhos uniprofissionais e de rivalidade.

*“Profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa.” (PEDUZZI *et al.*, 2013, p. 978).*

Importante salientar que embora semelhantes semanticamente, existem distinções relacionadas nos conceitos interdisciplinar e interprofissional, a primeira, está atrelada às questões pautadas no conhecimento e quando existe integração entre as disciplinas no universo das ciências. *“Nos saberes interdisciplinares, estão os conhecimentos provenientes de várias ciências, os conhecimentos populares e os conhecimentos tácitos”*. A segunda, assim, corresponde à prática profissional, na realização do trabalho em equipe. *“As habilidades sistematizadas em profissões, os fazeres organizados em aptidões profissionais. Quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros”* (CECCIM, 2018 p. 1741; PEDUZZI *et al.*, 2013).

“O trabalho em equipe é necessário e constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada como da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede. Também decorre da mudança demográfica com aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população, assim como da mudança do perfil epidemiológico com crescimento das doenças e condições crônicas, que requerem acompanhamento de parte da população por anos e décadas, o que resulta melhor se os serviços de saúde se organizam com base em equipes.” (PEDUZZI *et al.*, 2020, p.2).

Schramm *et al.* (2017) pesquisaram uma experiência entre residentes do 1º ano de farmácia e os estudantes de medicina, a partir de aprendizagens em conjunto na área de farmacologia clínica. As tarefas a eles direcionadas foram sobre análise de prescrições, prontuários a fim de que fossem realizadas intervenções sobre o uso de medicamentos, coletando assim, aqueles pacientes que possuíam problemas relacionados ao medicamento, apresentando o caso ao preceptor.

O aluno de medicina assim recolhia novas informações e recebiam o retorno do caso de seu preceptor e dos residentes em tempo real, esclarecendo dúvidas de farmacologia ao estudante. Então, se discutia com o aluno pelo menos um artigo da literatura para determinada doença, além de emissão de avaliação de desempenho escrita. Apesar de algumas barreiras encontradas, como conciliação de agendas e inclusive melhor aproveitamento quando assim os estudantes finalizavam suas grades de farmacologia e microbiologia, permaneceu claro que esta forma de

aprendizagem em colaboração incentiva que ambos os profissionais compreendam os processos de educação entre eles, maior valorização interprofissional, garantindo a oportunidade para a interprofissionalidade (SCHRAMM *et al.*, 2017).

Outra maneira de incentivar farmacêuticos para a interprofissionalidade foi uma pesquisa que descreveu a Educação Interprofissional (EIP) em geriatria entre docentes de farmácia e outros colegas da saúde a partir de estágios em centros de geriatria interprofissionais. Como resultado, os programas pesquisados ofereceram atividades de aprendizagem que ajudam os alunos a alcançar as competências interprofissionais essenciais. A sustentabilidade do programa requer a participação e interação do corpo docente, preceptores do local e alunos de várias profissões da saúde; apoio administrativo e financeiro de parceiros colaboradores; e um currículo que estimula o trabalho em equipe, responsabilidades compartilhadas e tomada de decisão conjunta, ao mesmo tempo em que oferece atenção centrada no paciente. Revelou-se assim a necessidade dos farmacêuticos serem parceiros proativos no estabelecimento e condução da EIP (LAM *et al.*, 2013).

A presença de médicos e enfermeiros foi a mais encontrada para os ambientes interprofissionais, com ou sem Farmacêuticos. Os estudos encontrados enfatizam a realização dos trabalhos em equipe. Conclui que a EIP é bem consolidada nos dias de hoje e que se demonstra que os profissionais de saúde devem *“se comunicar e colaborar com outras categorias e, portanto, as competências para a colaboração interprofissional precisam ser desenvolvidas, tendo isso como uma necessidade atual do sistema de educação”* (MACHADO, 2020, p.60).

Diante das manifestações apresentadas, a justificativa da presente pesquisa se alicerça na crença de que o Farmacêutico é um ator social da saúde tanto quanto os demais, que promove práticas do cuidado junto à equipe da APS. Esta pesquisa, realizada no Município de Guarujá – SP, assim, se baseou nas seguintes investigações: 1) Se os perfis dos profissionais das unidades de saúde da família se configuram para a interprofissionalidade. 2) Se o desempenho do Farmacêutico em tempo integral nas unidades de saúde da família gera rupturas de silenciamento de sua atuação junto à equipe; quais dificuldades encontradas e quais potencialidades descobertas que apoiam a interprofissionalidade e o eixo integralidade do SUS.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

Avaliar a existência de práticas em saúde interprofissionais na equipe da ESF e os desempenhos do profissional farmacêutico nesse contexto.

3.2 Objetivos específicos:

- Avaliar se a equipe da estratégia de saúde da família desenvolve suas atividades de maneira interprofissional;
- Avaliar a prática farmacêutica na equipe mínima da estratégia de saúde da família.
- Analisar as atuações do profissional Farmacêutico, que apoiam o eixo integralidade do SUS nas unidades de estratégia de saúde da família;

3.3 Objetivos do Produto:

Aproximar as equipes de saúde do município para o desenvolvimento do tema interprofissionalidade; estimular experiências que revelam espaços de colaboração; demonstrar a toda equipe as experiências exitosas das unidades; criar novos protocolos de trabalho em equipe nesses espaços de saúde.

4. MÉTODO DA PESQUISA

4.1 Delineamento da Pesquisa

A pesquisa baseou-se em uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e NASF, e para os Farmacêuticos das Unidades de Saúde da Família do Município de Guarujá-SP.

4.2 Participantes:

Os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com os instrumentos da pesquisa. A Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) aplicada a todos os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família e NASF. Destarte, a participação no grupo focal, apenas desenvolvido aos Farmacêuticos inseridos nas Farmácias das Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

Para manutenção do sigilo e confidencialidade previstos comumente como princípios basilares da ética em pesquisa, no grupo focal, os Farmacêuticos foram citados com os nomes das praias do Município de Guarujá-SP.

Os participantes da AITCS II-BR não foram nomeados, mantidos assim os dados pessoais naturalmente em sigilo. Esta etapa, ocorrida em dois momentos, onde no primeiro os pesquisados eram os Farmacêuticos, que tiveram acesso a um formulário eletrônico e no segundo, os pesquisados, os demais membros da equipe, receberam o formulário impresso. Conseqüentemente já foram considerados os critérios de inclusão e exclusão, nesta análise, por fim, sendo admitidos os integrantes da investigação.

CrITÉRIOS de Inclusão

- Farmacêuticos que desenvolveram a Assistência Farmacêutica no estabelecimento de saúde de sua responsabilidade técnica.
- Farmacêuticos que exerceram as atividades na unidade de saúde da família, em período integral.
- Farmacêuticos que no decorrer da pesquisa, mesmo que desligados, contribuíram para o presente estudo.
- Profissionais que atuavam na Estratégia de Saúde da Família no momento da pesquisa.
- Profissionais que atuavam nos Núcleos Ampliados em Saúde da Família no momento da pesquisa.

CrITÉRIOS de Exclusão

- Profissionais que entregaram formulários com respostas incompletas da AITCS II-BR.
- Profissionais que não aceitaram participar negando ou não preenchendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3 Caracterização do Local da Pesquisa

O Quadro 1 demonstra o perfil das Unidades De Saúde da Família, relacionado aos profissionais de cada equipe. Os estabelecimentos foram divididos aqui em 5 macrorregiões: Região da Enseada, Região do Ferry Boat, Região do Morrinhos/ Vila Edna/ Vila Zilda, Região Portuária e Região de Vicente de Carvalho e suas unidades correlatas.

Quadro 1 – Perfil da distribuição das equipes das Unidades de Saúde da Família do Município de Guarujá – SP.			
Macrorregião	Localização da Unidade de Saúde	Número de equipes	Profissionais por equipe
Enseada	Perequê	4 equipes	1 Auxiliar de Saúde

			Bucal (ASB) 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 3 Técnicos de Enfermagem (1 na Prainha Branca) 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) 1ª e 2ª equipe 5 ACS 3ª e 4ª equipe
Enseada	Vila Rã	2 equipas	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 9 ACS 2 Técnicos de Enfermagem 7 ACS 2ª equipe
Enseada	Cidade Atlântica	3 equipas	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 2 Técnicos de Enfermagem 4 ACS 5 ACS 2ª equipe 6 ACS 3ª equipe
Vicente de Carvalho	Vila Áurea	2 equipas	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeira 1 Médico 3 Técnicos de Enfermagem 4 ACS 5 ACS 2ª equipe
Vicente de Carvalho	Jardim Progresso	4 equipas	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 2 Técnicos de Enfermagem 4 ACS 1ª e 2ª equipe 6 ACS 3ª e 4ª equipe
Ferry Boat	Helena Maria	1 equipe	1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) 1 Dentista

			1 Enfermeiro 1 Médico 2 Técnicos de Enfermagem 7 Auxiliares Comunitários de Saúde (ACS)
Ferry Boat	Jardim dos Pássaros	4 equipes	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 6 ACS 2 Técnicos de Enfermagem 4 ACS 2ª equipe
Ferry Boat	Santa Cruz	2 equipes	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 6 ACS 2 Técnicos de Enfermagem
Ferry Boat	Las Palmas	4 equipes	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 7 ACS 2 Técnicos de Enfermagem 5 ACS 2ª 3ª 4ª equipe
Morrinhos/ Vila Edna/ Vila Zilda/ Cachoeira	Vila Edna e Cachoeira	4 equipes	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 12 ACS 2 Técnicos de Enfermagem 9 ACS 2ª equipe 6 ACS 3ª 4ª equipe
Morrinhos/ Vila Edna/ Vila Zilda/ Cachoeira	Vila Zilda	2 equipes	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 6 ACS 2 Técnicos de Enfermagem 4 ACS 2ª equipe

Morrinhos/ Vila Edna/ Vila Zilda/ Cachoeira	Jardim Brasil	4 equipes	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 2 Técnicos de Enfermagem 4 ACS
Região Portuária	Sítio Conceiçãozinha	2 equipes	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 2 Técnicos 3 ACS
Região Portuária	Jardim Boa Esperança	2 equipes	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 2 Técnicos de Enfermagem 6 ACS
Região Portuária	Jardim Conceiçãozinha	2 equipes	1 ASB 1 Dentista 1 Enfermeiro 1 Médico 2 Técnicos de Enfermagem 7 ACS 8 ACS (2ª equipe)

Quadro 1 – Perfil das Unidades de Saúde da Família. Guarujá, 2020.

Os estabelecimentos foram divididos aqui em macrorregiões e as unidades correspondentes. Na região da Enseada, existem 3 unidades, totalizando 7 equipes. A Unidade do Perequê é composta por 4 equipes, sendo que 1 técnico de enfermagem presta serviço em um posto de saúde situado à Prainha Branca. A Prainha Branca é uma região afastada, que cuida da população tradicional caiçara do território do Perequê. A atividade desse estabelecimento de saúde acontece às sextas-feiras, com a ida de um médico, quando um proprietário de terreno abre a estrada particular para a equipe de saúde acessar a comunidade por carro. É possível alcançar o local por trilha ou barco. A Unidade da Cidade Atlântica é composta por 3 equipes.

A Região de Vicente de Carvalho comporta 2 USAFAS. A Unidade da Vila Áurea possui 2 equipes, e a do Jardim Progresso 4 equipes.

A Região do Ferry Boat é composta por 4 USAFAS. A Unidade do Santa Cruz possui 2 equipes, sendo que uma destas equipes assiste à comunidade tradicional caiçara, estabelecida na Praia do Góes. A unidade que atende o bairro Helena Maria, com 1 equipe, está localizada no mesmo espaço da Unidade de Saúde Santa Rosa, que assumiu um papel misto, pois comporta funcionários servidores públicos com os moldes de Unidade Básica de Saúde, e comporta equipe de saúde da família para atender o bairro Helena Maria. No Jardim dos Pássaros e Las Palmas, a ESF dispõe de 4 equipes.

A Região Morrinhos/ Vila Edna/ Vila Zilda/ Cachoeira é composta por 3 unidades. A USAFA Jardim Brasil possui 4 equipes, como a Vila Zilda e a Vila Edna dispõe de 4 equipes. A Vila Edna possui 2 equipes para seu território e mais 2 atendendo o bairro adjacente, Cachoeira, que não possui Unidade de Saúde da Família.

A Região Portuária possui a peculiaridade da Unidade do Sítio Conceiçãozinha, dentro da Região do Porto, contendo 2 equipes. A Unidade Boa Esperança possui 2 equipes, assim como Jardim Conceiçãozinha (localizada na região de retroporto).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são concursados e os demais profissionais exercem suas atividades por meio de uma Organização Social de Saúde, que possui um contrato de gestão com o município (atualmente sob um plano de intervenção). As diferenças de ACS entre as equipes das unidades se devem ao fato de que, por serem concursados, alguns desses profissionais não foram repostos nos afastamentos médicos ou no óbito. Os demais profissionais são distribuídos praticamente com uniformidade entre as unidades e geralmente compõem, por equipe: 1 ASB, 1 Enfermeiro, 1 Médico, 2 a 3 Técnicos de Enfermagem, de 4 a 12 ACS.

O quadro 2 demonstra o perfil de profissionais que atuam nos NASFs e em quais unidades cada um desses Núcleos atuam:

Equipe NASF	Perfil dos profissionais	Quais unidades atuam
NASF A	2 Assistentes Sociais Educador Físico Fisioterapeuta Nutricionista Psicólogo	Jardim Brasil Jardim Conceiçãozinha Jardim Progresso Sítio Conceiçãozinha Vila Áurea
NASF B	2 Assistentes Sociais Educador Físico Fisioterapeuta Ginecologista Nutricionista Pediatra Psicólogo	Cidade Atlântica Perequê Vila Edna Vila Rã Vila Zilda
NASF C	2 Assistentes Sociais Educador Físico Educador Físico Fisioterapeuta Ginecologista Nutricionista Pediatra Psicólogo	Jardim Boa Esperança Jardim dos Pássaros Las Palmas Santa Cruz Santa Rosa

Quadro 2 - Número de NASF, unidades abrangidas e perfis de atuação dos profissionais. Guarujá, 2020.

Assim, é possível distinguir que o NASF A, atende as USAFAS Jardim Brasil, Jardim Conceiçãozinha, Jardim Progresso, Sítio Conceiçãozinha e Vila Áurea, com os seguintes profissionais: 2 Assistentes Sociais, 1 Educador Físico, 1 Fisioterapeuta, 1 Nutricionista e 1 Psicólogo.

O NASF B, atende as USAFAS Cidade Atlântica, Perequê, Vila Edna, Vila Rã e Vila Zilda, conta com o apoio de 2 Assistentes Sociais, 1 Educador Físico, 1 Fisioterapeuta, Ginecologista, 1 Nutricionista, 1 Pediatra e 1 Psicólogo.

O NASF C oferece cobertura às USAFAS Jardim Boa Esperança, Jardim dos Pássaros, Las Palmas, Santa Cruz e Santa Rosa, por meio de suporte dos seguintes profissionais: 2 Assistentes Sociais, 1 Educador Físico, 1 Fisioterapeuta, Ginecologista, 1 Nutricionista, 1 Pediatra e 1 Psicólogo.

A equipe NASF A está desfalcada em razão de não dispor de Ginecologista e Pediatra, sendo necessárias essas inserções para se enquadrarem no perfil de profissionais do NASF do município.

4.4 Instrumentos

Um dos instrumentos utilizados pela presente pesquisa foi a abordagem por meio da escala AITCS II-BR, configurada por meio da Escala Likert, onde se elaborou um formulário eletrônico com as assertivas (Anexo III) e outro impresso contendo o respectivo instrumento, com as assertivas distribuídas aleatoriamente (Apêndice B).

Outro instrumento utilizado para subsidiar a pesquisa qualitativa foi o grupo focal, realizado por meio de dois encontros, a partir de um convite com datas e horários preestabelecidos.

4.5 Procedimentos para escolha dos instrumentos

4.5.1 AITCS II-BR

A Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR), segundo Bispo e Rossit (2019), é um instrumento contendo 3 dimensões, estas mensuram as características do trabalho em equipe, relacionados à parceria, à cooperação e à coordenação, utilizada para avaliar a colaboração interprofissional

em equipe, a partir da escala tipo Likert de cinco pontos, com as seguintes pontuações: 1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Às vezes; 4 – Na maioria das vezes e 5 – Sempre.

A escala de Likert é um modelo de escala atitudinal que avalia o nível de concordância daquele que é submetido a partir de uma proposição apresentada, resultando em uma escolha favorável ou desfavorável para aquilo que se deseja pesquisar, aqui nesse contexto a presença de iniciativas interprofissionais que convoquem à Prática Interprofissional Colaborativa (MIRANDA *et al.*, 2008).

O anexo IV apresenta a proposta original da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Saúde, nas respectivas dimensões, a saber, Parceria, Cooperação e Coordenação, demonstrando o ordenamento correto, não randomizado, de acordo com BISPO e ROSSIT (2019).

A escala é composta por 23 assertivas atreladas à colaboração interprofissional, que analisa as percepções dos profissionais que concordaram em responder. É uma ferramenta diagnóstica que avalia a existência da colaboração interprofissional frente a um serviço de saúde.

Assim, os participantes manifestaram suas percepções às 23 assertivas, cujos temas relacionavam-se com as dimensões parceria, cooperação e coordenação. A dimensão parceria divide-se 8 assertivas (de A1 a A8), a cooperação em 8 assertivas (de A9 a A16) e a coordenação, mais 7 (de A17 a A23) assertivas.

4.5.2 O grupo focal

A pesquisa qualitativa vem ultimamente ganhando espaço por, além de oferecer conteúdo suficientemente admissível como critério de investigação, satisfazer as necessidades ligadas para estender o campo do conhecimento, pela estratégia permitir condução diferente do que se quer pesquisar (GODOY, 1995).

Minayo (2012) mostra a necessidade de criar estratégia que são, na pesquisa, os instrumentos para criar roteiros ou orientações, íntimas do marco teórico. Cita que se pode questionar a teoria na pesquisa, pois a realidade pode revelar situações

imprevisíveis. É possível encontrar a contradição no campo da pesquisa, que o leve a abrir mão de qualquer anterior convicção.

Minayo (2012) informa que o relato de um grupo não é homogêneo, mas significa o local onde se pode expressar, considerando vários olhares distintos. A partir daí, é possível construir a crítica do que se é pesquisado. Todos os materiais devem ser organizados, seja os teóricos, quanto os empíricos, e o pesquisador, impregna-se nas respostas dadas dos entrevistados. No decorrer, orienta a exercitar mais uma vez a compreensão, para que não haja quaisquer interpretações precipitadas, valorizando ao máximo a pesquisa de campo. Dividir a pesquisa em subgrupos de fatos capturados nas entrevistas permitirá a horizontalização do que se pretende e classificação dos achados. Em cada reanálise, compactar os achados em menos tópicos, dando maior relevância às descobertas de campo.

A partir daí, é importante reorganizar os dados teóricos, pois os achados da pesquisa levam naturalmente a novas contextualizações. Neste momento se fideliza os achados de campo, fazendo com que os pesquisados sintam que a interpretação da pesquisa é exatamente aquilo que ele salientava (Minayo, 2012).

A autora leva o leitor à reflexão quando cita que não se deve apenas descrever o que se encontrou em campo, mas o trabalho como um todo deve ter tanta concisão de forma que o contexto converse intimamente com o objeto. As conclusões devem levar a novos questionamentos. O pesquisador deve estar sempre presente na questão de responder ao objeto, induzido a não lançar mão dos artefatos tecnológicos, na tarefa analítica, pois, conceitos sociais e filosóficos são importantes no processo de análise, estas ausentes em sistemas de coletas de dados (Minayo, 2012).

A técnica do grupo focal foi introduzida nos anos de 1940, amplamente utilizada em pesquisa social de cunho qualitativo, dedicada inicialmente às pesquisas da área de marketing e comunicação. Na saúde é utilizada desde os anos de 1980, sendo capaz de identificar os fenômenos de um tema em comum aos participantes. A partir da intencionalidade do que se deseja pesquisar, se desenvolve uma discussão em clima amistoso, onde o pesquisador nomeia moderadores que desenvolvem os debates (TRAD, 2009).

Assim, o grupo focal permite uma aplicação híbrida do processo de pesquisa, permitindo utilizá-lo como recurso de exploração, de observação, sem deixar de lado a concatenação que rege a existência natural da pesquisa científica (LOPES, 2014).

O 1º grupo focal (Apêndice F), contou com os seguintes temas disparadores:

1. *Quem o usuário procura na unidade para receber orientação sobre medicamentos;*
2. *O Farmacêutico no projeto terapêutico singular (PTS) é incluído para o desenvolvimento do cuidado daquele usuário;*
3. *Na ausência do Farmacêutico, existem outros profissionais que atuam para o uso racional de medicamentos;*
4. *Existe respeito mútuo entre a equipe o Farmacêutico;*
5. *Nos programas da ESF, como visita domiciliar, descarte de medicamentos e outros, o Farmacêutico realiza tarefas diferentes, que outros profissionais não o fazem;*
6. *Os profissionais da unidade procuram o Farmacêutico para tirar dúvidas relacionadas à sua atuação;*
7. *O Farmacêutico tem espaço para propor mudanças na unidade que atua;*
8. *Caso a atuação do Farmacêutico não ocorra em tempo integral, as iniciativas geradas pela área permanecem prejudicadas;*
9. *O Farmacêutico é responsável por criar iniciativas educativas em saúde, junto à comunidade, em espaços diversos à unidade de saúde;*
10. *Em lugares diversos SUS, não existe a atuação de Farmacêuticos nos exames diagnósticos realizados, relacionados aos testes rápidos;*
11. *A preocupação da garantia do tratamento medicamentoso para todos com economicidade, por outros profissionais de saúde;*
12. *Muitos pacientes veem os Farmacêuticos como mais acessíveis para alcançar outras ações de saúde, relacionadas à equidade;*
13. *O Farmacêutico se entende como peça-chave na formação dos profissionais na equipe;*
14. *Junto à equipe o Farmacêutico realiza o monitoramento de cada tratamento, tornando-se o articulador desse cuidado para facilitar a comunicação dos profissionais envolvidos nessa situação;*

15. Os *profissionais entendem o papel do Farmacêutico quando o assunto relacionado são as diretrizes terapêuticas estipuladas pela ANVISA e CONITEC.*

No 2º grupo focal foi realizada uma atividade reflexiva (Apêndice F), como a seguir:

“1ª Atividade: “REDE DE COMPETÊNCIA”

Descreveram-se algumas afirmativas como temas disparadores para os participantes, colocados na rede de competência. No mesmo momento, você incluirá a pontuação relativa ao seu ponto de vista com relação ao quão potente é a atuação do Farmacêutico nesta qualidade.

Os temas disparadores utilizados no segundo grupo focal:

- *O meu trabalho individual é menos visado do que aquele que eu conquisto coletivamente;*
- *O Farmacêutico precisa mudar de postura;*
- *O ambiente do Farmacêutico em Tempo Integral na Saúde da Família é ambiente propício para essa mudança de postura;*
- *Desenvolvemos na Saúde da Família práticas Farmacêuticas muito diferentes dos demais ambientes de atuação do profissional;*
- *A Saúde da Família me leva às práticas de saúde muito progressistas.*
- *Dou suporte à equipe quando requisitado;*
- *Tenho a capacidade de transformar o cenário de saúde quando atuo em Tempo Integral;*
- *Vejo que sou capaz de contribuir com meus colegas da unidade;*
- *As minhas atuações na Saúde da Família, leva a práticas de saúde não imaginadas até então;*
- *Solucionamos muitos problemas dos pacientes;*
- *Exerço liderança na equipe com assuntos que domino;*
- *Ainda na rede de competência, escolha mais 4 qualidades que o Farmacêutico é capaz de demonstrar na Saúde da Família;*

Formando grupos:

- Formaram-se grupos com os membros da sala criando uma rede de competência única pela média pontuada pela equipe.
- Selecione as qualidades que mais se assemelham com o grupo e pontue de acordo com a média do grupo.

2ª Atividade: “NARRATIVA COLETIVA”

Coletar Palavras e Construir uma História de 1 min e 30 segundos a 2 min, introduzindo:

- *Apresentação do Farmacêutico;*
- *Dizer que local correspondente que atua (saúde da família);*
- *Utilizar as palavras soltas para criar uma história;*
- *Cada integrante vai gravar um áudio, falando um trecho dessa história (grave no celular, com clareza, menor ruído possível);*

4.6 Procedimento de produção dos dados

A coleta de dados contou com a participação dos Farmacêuticos a responderem à Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) (Apêndice E) e se estendeu para uma próxima etapa. Isto porque após o processo de qualificação desta pesquisa, a pedido da banca examinadora, seria necessário ampliar as respostas a toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família. Assim, a Escala AITCS II-BR foi divulgada aos profissionais desta estratégia, inclusive o Núcleo Ampliado de Saúde da Família, que assim se disponibilizaram em participar deste momento. O intuito desta empreitada foi de levar a AITCS II-BR a todos os profissionais, pois a respectiva escala conforma-se para ser empregada de maneira generalizada, ou seja, aos trabalhadores de saúde que atuam em um mesmo ambiente.

Assim, cabe consignar que esse outro momento da etapa da pesquisa aconteceu em período turbulento. Os casos de covid-19 elevaram, trazendo uma segunda onda da pandemia no município. A Organização Social de Saúde, que realizava a gestão das unidades de saúde, passou por uma intervenção municipal, os salários de muitos participantes estavam atrasados e também mais duas epidemias despontavam no município, a de dengue e de chikungunya.

Em princípio, suscitou-se a realização dessa coleta por meio digital, pela ferramenta “Google Formulários”.

Portanto, para tal, a pesquisadora visitou todas as 15 unidades, reunindo-se pessoalmente com os agentes comunitários de saúde e as gerentes, estimulando-os a apoiarem o desenvolvimento da pesquisa na equipe inteira.

Contudo, devido à baixa adesão nas respostas eletrônicas, resolveu-se assim, criar um formulário impresso (Apêndice B).

A mudança da estratégia de modificar a coleta de dados do meio eletrônico para o modelo impresso perdurou por 3 meses.

Os respectivos impressos foram distribuídos entre os gerentes das unidades, que conheciam sobre o desenvolvimento da pesquisa e devolvidos preenchidos a esta pesquisadora por meio de malote.

Cada impresso assim foi registrado por esta pesquisadora na ferramenta eletrônica “Google Formulário”, o que melhor consolida e organiza os dados obtidos.

Reitera-se que as assertivas apresentadas no impresso foram distribuídas aleatoriamente, ou seja, desordenadas de como a escala verdadeiramente se configura, assim as enumerações das assertivas A1 a A23 são diferentes das apresentadas na ordem do instrumento. Desta maneira, o investigado não se respondeu sequencialmente por cada dimensão, Parceria, Cooperação e Coordenação. Portanto, o questionário evitou que os participantes fossem influenciados quando responderam às questões envolvidas por essas dimensões.

Com esses levantamentos foi possível analisar a pesquisa a partir das hipóteses, já apresentadas, sendo peça para o desenvolvimento de teoria a partir do que se é pesquisado, se existe a interprofissionalidade na prática profissional da equipe.

Nos dois grupos focais, onde apenas os Farmacêuticos participaram, a coleta de dados contou com o uso de tecnologia audiovisual onde o registro visual aconteceu por meio de câmera e o áudio, resgatado tanto por intermédio de filmagem quanto por meio de gravador. Ainda, os observadores ativos secretariaram os encontros, registrando todos os eventos por meio da escrita.

As temáticas desenvolvidas no grupo focal levaram aos participantes a possibilidade de expressarem sobre seus entendimentos acerca do trabalho em equipe e da interprofissionalidade e as responderam eletronicamente, por meio do Formulário do Google (Apêndice D).

Ao final do grupo focal uma narrativa coletiva foi idealizada, como forma de construção coletiva sobre a conclusão dos encontros ocorridos, gerando a

elaboração de um vídeo animado, por meio do site “Powtoon”, que reuniu as vozes dos participantes, representados por meio de desenhos animados, com características físicas semelhantes aos participantes, esses áudios editados de acordo com os cenários que apresentavam cada atuação de um profissional da ESF (Apêndice G).

4.6.1 Convite para pesquisa

Para os profissionais da saúde da família, o convite aconteceu pessoalmente aos Agentes Comunitários de Saúde e gerentes das unidades, que disseminariam o link para o Google Formulário para resposta. Como essa estratégia não atraiu todos os participantes, o convite aconteceu por meio de um formulário impresso (Apêndice B).

Para os profissionais Farmacêuticos, o convite para que respondessem à AITCS II-BR também aconteceu por meio do Formulário do Google, que continha a caixa de seleção para aceite da pesquisa, nomeado como: “O Farmacêutico em tempo integral: investigação de práticas em saúde na equipe da estratégia da saúde da família” (Apêndice A).

O convite para participação da pesquisa (Apêndice C), a que envolveu somente os Farmacêuticos, deu-se por meio de um texto enviado por aplicativo de mensagem instantânea a cada participante Farmacêutico, na primeira etapa da pesquisa, que explicava a intenção da mesma.

4.7 Análise dos Dados

4.7.1 Análise Atitudinal da Escala AITCS II - BR

Da AITCS II-BR foi realizada a análise atitudinal por média de cada assertiva, e os dados atribuídos a cada assertiva a partir de cálculo das médias para emissão

dos dados relacionados ao estudo, cujas respostas foram classificadas em zona de conforto, zona de alerta e zona de perigo.

As respostas, assim que definidas e pontuadas, foram desmembradas: zona de Perigo (vermelho) com médias entre 1,00 e 2,33 pontos que denota a premente transformação sob o cenário analisado; zona de alerta (amarelo), com médias entre 2,34 e 3,67 pontos, atribuindo-se problemas que se deve atentar para uma modificação do cenário pesquisado, sem o caráter de urgência; zona de Conforto (verde), cujas médias balizam nas casas entre 3,68 e 5,00, que demonstram boa percepção, assim auferindo àquela situação que a pesquisa realmente demonstrou positividade do que fora estudado (PEREGO e BATISTA, 2016).

As zonas estão detalhadas no quadro 3.

Zona de Perigo – médias entre 1,00 e 2,33
Zona de Alerta – médias entre 2,34 e 3,67
Zona de Conforto – médias entre 3,68 e 5,00

Quadro 3 - Classificação das médias alcançadas por zonas.

4.7.2 O grupo focal

No grupo focal os participantes foram conduzidos às etapas de reflexão, onde a equipe de Farmacêuticos da gestão, ali colocados como observadores ativos, junto à pesquisadora, elaboraram frases escritas em papel e devidamente inseridas em bexigas que foram cheias e passadas pelo contato em todas as mãos. As bexigas representavam que a trajetória profissional é repleta de caminhos e que as atuações aparecem nas vidas da equipe diante da necessidade, as frases representavam essas necessidades. Após o passeio desses balões por todos os indivíduos, cada representante permaneceu com um deles. Algum balão deixado de lado representava atitudes nossas da vida que repercutiam também desta maneira.

Os Farmacêuticos da gestão são dois funcionários de carreira, servidores do município pelo mesmo período desta pesquisadora. Uma delas, que já atuou na saúde da família, percorreu o município atuando também na saúde mental, tem um

olhar muito voltado ao cuidado. O outro Farmacêutico da gestão atua no almoxarifado da saúde desde sua entrada na prefeitura, tem um perfil de conselheiro e possui uma oratória pacífica e impecável. Ambos os colegas participaram como observadores ativos, expondo em registros escritos seus olhares, suas visões a respeito do encontro.

As atividades propostas tiveram como norte a ementa disponível no Apêndice F.

4.7.3 Análise de conteúdo do grupo focal

Nesta pesquisa utilizaram-se os códigos linguísticos coletados por grupo focal, cujos resultados dessa coletânea submeteram-se à análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin.

A análise de dados deve levar em consideração a vigilância crítica, indicada por Bardin (2011). Ela cita que a sociologia ingênua, muito comumente utilizada a partir de pressupostos subjetivos, deve ser renunciada e admitir-se, assim, a racionalidade do uso dos instrumentos metodológicos. Daí se verifica como importante a análise de conteúdo.

Então, a análise de conteúdo é capaz de decodificar qualquer comunicação gerada assim do emissor para o receptor. Verifica-se a importância de organizar as comunicações conforme dois requisitos: a quantidade das pessoas participantes da investigação e o que a mensagem expressa significa, assim como os códigos de comunicação assim são escritos, orais, icônicos ou de outras classes semióticas (música, olfato, objeto, etc.); no contexto desta pesquisa, em grande maioria, as comunicações analisadas serão de origens linguísticas orais e escritas (BARDIN, 2011). É possível, nesta feita, em primeira etapa, realizar descrição analítica do teor das mensagens, uma espécie de tratamento dos elementos extraídos, ratificando, neste trabalho, as tendências a que o sujeito é submetido.

Então, expõe-se determinado ordenamento para que a análise seja válida, quando se coloca a questão da divisão dos conteúdos: homogeneidade na divisão,

exaustão das informações coletadas, classificação dos elementos de forma exclusiva e objetiva e, por fim, condizentes com o objetivo. As unidades de codificação, ainda de acordo com Bardin (2011), ou as de registro serão utilizadas nos cortes precisos do conteúdo linguístico identificado no decorrer da pesquisa. As unidades de contexto delimitam quaisquer dúvidas encontradas nas mensagens analisadas, sendo levadas em consideração o sentido do que não se pôde inicialmente classificar – alocando-o onde o contexto assim direcionar. Assim se faz a análise categorial, a separação do estudo em categorias, estipulando-se ordens ao que está desordenado. Enfim, se realiza a classificação a partir do reconhecimento do que se precisa abordar. É possível realizar regras de associação ou de exclusão, atinentes à análise estrutural.

4.8 Aspectos Éticos

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá (ANEXO II), em 10/12/2018, e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, por meio da Plataforma Brasil e aprovada sob nº de parecer 3.317.969, CAAE 09851319.8.0000.5505 (ANEXO I). Somente após aprovação do Comitê de Ética, a pesquisa foi iniciada.

Os profissionais participantes da pesquisa concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), tanto por meio eletrônico, quanto por meio impresso (Apêndice B).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados serão apresentados em etapas, sendo a primeira a caracterização dos locais onde a pesquisa foi realizada, nas Unidades de Saúde da Família e os NASFs do município de Guarujá, a seguir será apresentada a caracterização dos participantes Farmacêuticos. Na sequência será demonstrada a análise da Escala AITCS II-BR, finalizando-se com a análise qualitativa do grupo focal.

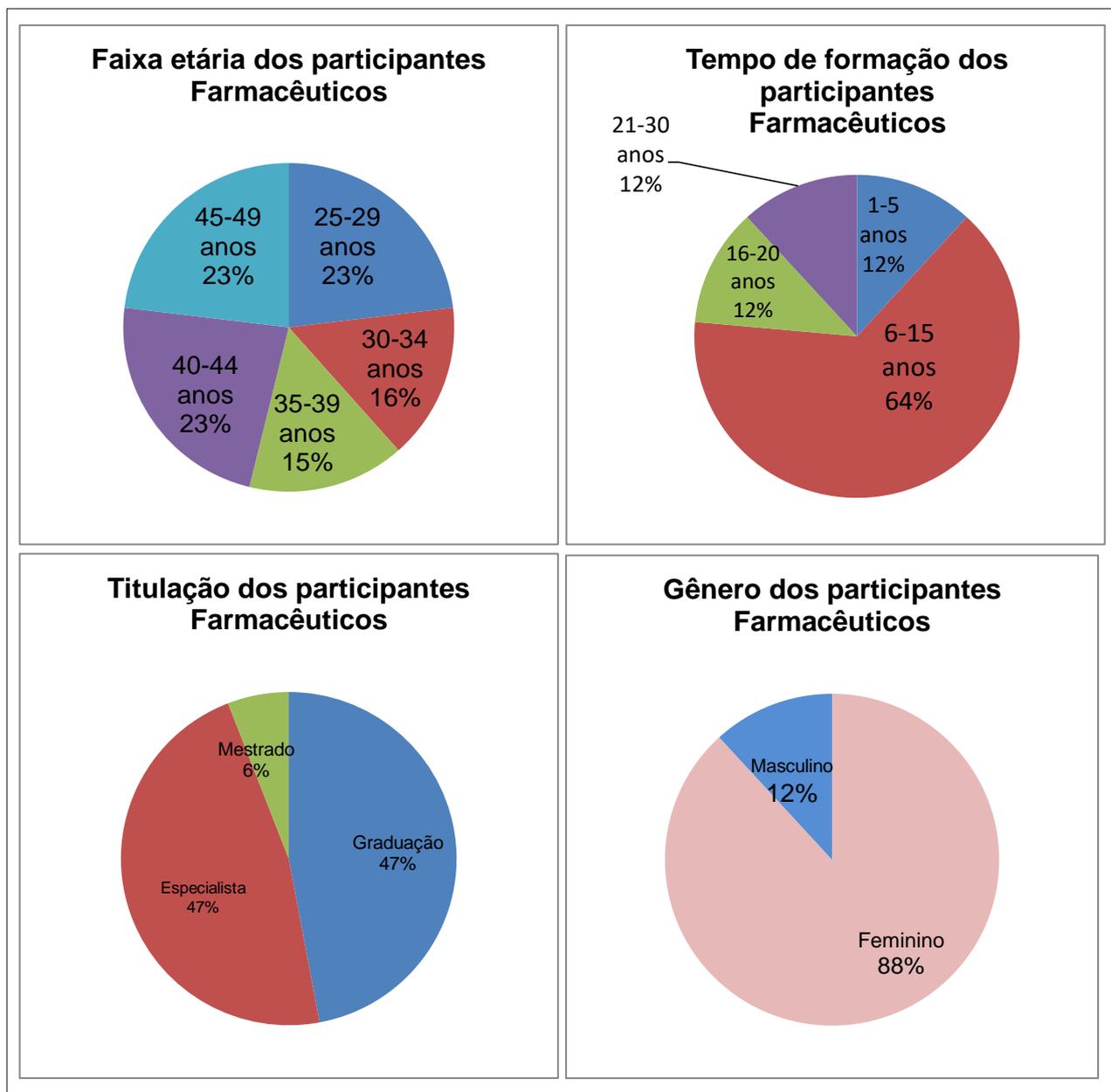
5.1 Caracterização dos Participantes

Pretende-se apresentar informações sobre os participantes da pesquisa, em primeira análise os que participaram dos dois grupos focais, quanto à faixa etária e ao tempo de formados na graduação de farmácia. Foi atribuído aos participantes nomes fictícios, relativo às praias da cidade de Guarujá, conforme Quadro 4 e Quadro 5:

Nome fictício do participante	Gênero	Faixa Etária	Tempo de Formação na graduação	Grau de especialização
Astúrias	Feminino	45-49 anos	21-30 anos	Especialista
Éden	Feminino	25-29 anos	6-15 anos	Graduação
Enseada	Feminino	25-29 anos	6-15 anos	Especialista
Góes	Feminino	30-34 anos	6-15 anos	Graduação
Guaiuba	Feminino	35-39 anos	6-15 anos	Graduação
Iporanga	Feminino	35-39 anos	6-15 anos	Graduação
Mar casado	Masculino	30-34 anos	1-5 anos	Graduação
Moisés	Feminino	30-34 anos	6-15 anos	Especialista
Monduba	Feminino	35-39 anos	16-20 anos	Graduação
Perequê	Feminino	40-44 anos	16-20 anos	Graduação
Pitangueiras	Feminino	45-49 anos	21-30 anos	Especialista
Praia Branca	Feminino	25-29 anos	6-15 anos	Mestrado
Prainha	Feminino	35-39 anos	6-15 anos	Especialista
Sangava	Feminino	25-29 anos	6-15 anos	Graduação

São Pedro	Masculino	30-34 anos	6-15 anos	Especialista
Tijucopava	Feminino	25-29 anos	1-5 anos	Especialista
Tortuga	Feminino	25-29 anos	6-15 anos	Especialista

Quadro 4 – Perfis dos Farmacêuticos participantes dos grupos focais. Guarujá, 2020.



Quadro 5 - Gráficos apresentando a caracterização dos participantes Farmacêuticos: faixa etária, tempo de formado, titulação e gênero. Guarujá, 2020.

Quanto à faixa etária, o quadro 4 e gráfico do quadro 5 expõem que 6 Farmacêuticos estão na faixa etária entre 25-29 anos, correspondendo a 35,3% dos participantes; entre a faixa etária de 30 e 34 anos são 4 profissionais (23,5%); quatro participantes na faixa etária entre 35 e 39 anos (23,5%) um participante estava na

faixa etária de 40 a 44 anos, ou seja, 5,9% do conjunto e 2 Farmacêuticos na faixa etária entre 45 e 49 anos, correspondendo a 11,8%.

Dessa análise, também é possível distinguir o tempo de formação de cada profissional pesquisado, 2 participantes mencionaram que teriam entre 1 e 5 anos de formação na área (11,8%); 11 Farmacêuticos, entre 6 e 15 anos de formação em farmácia (64,7%); 2 profissionais entre 16 e 20 anos de formados (11,8%) e 2 com formação entre 21 e 30 anos (11,8%).

A partir da titulação dos participantes, foi possível identificar que 47,1% possui apenas a graduação (n=8), 47,1% possui especialização (n=8) e 5,9% possui título de mestrado (n=1).

Os resultados mostram que a maioria dos Farmacêuticos, n=15, é do gênero feminino, 88,2% e os 11,8%, do gênero masculino (n=2).

Daquele modo, em uma primeira análise, é notório constatar que a maioria dos participantes é do sexo feminino, com tempo de formação entre 6 e 15 anos, com ou sem especialização e poucos se enquadram nas faixas etárias entre 40 e 49 anos, ademais, todos os participantes relataram que realizaram a graduação em instituições particulares.

5.2 Caracterização dos profissionais respondentes da Escala AITCS II-BR

Participaram desta pesquisa 289 profissionais, dos quais responderam a Escala de Avaliação AITCS II - BR, estes atuam na ESF (281) e NASF (9), como apresentado no Gráfico 1, que apresenta as áreas profissionais por local de trabalho.

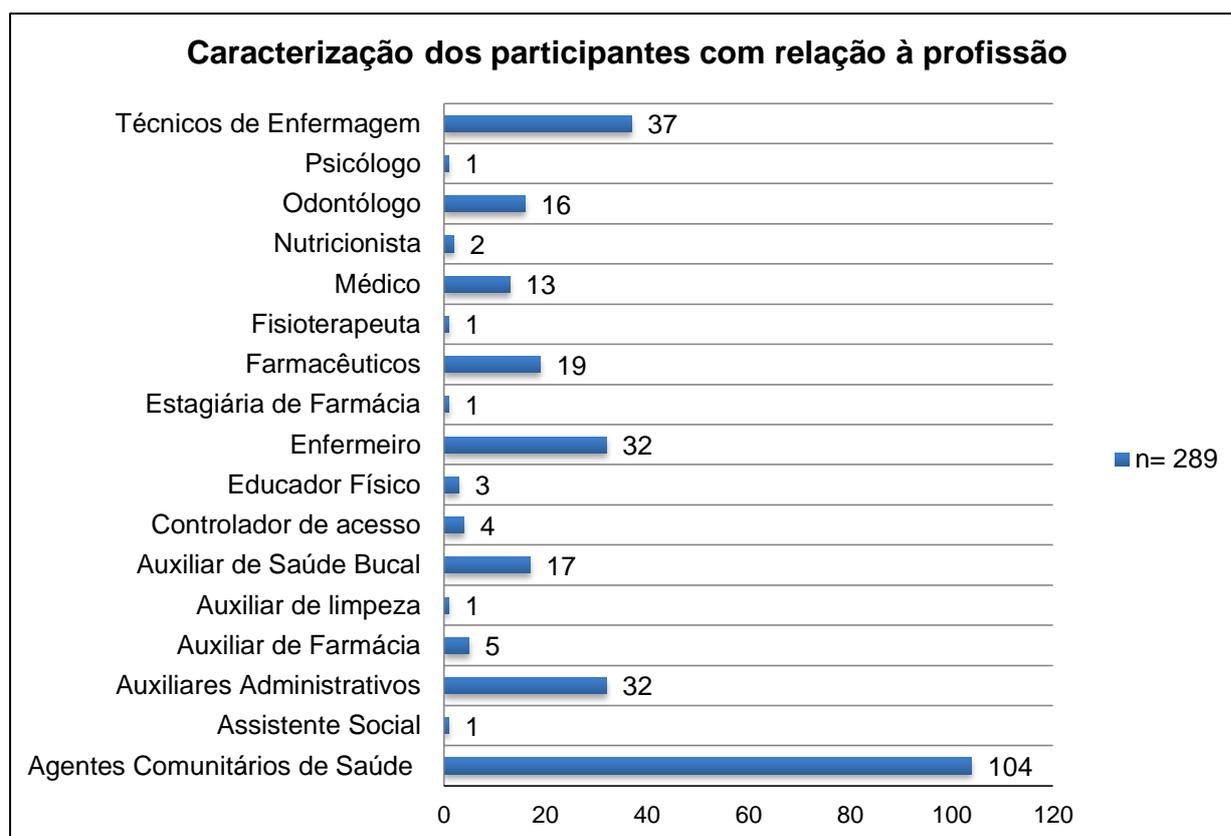


Gráfico 1 - Caracterização dos participantes com relação à profissão

É possível identificar a grande contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde. A adesão foi maior em comparação aos demais profissionais, pois os mesmos foram convidados pessoalmente, um a um, no momento da segunda etapa da pesquisa, diferente dos demais profissionais, que receberam as orientações dadas pelas gerentes das unidades.

Os agentes comunitários de saúde exercem papéis fundamentais para a Atenção Primária à Saúde. Por desenvolverem grande parte de suas atividades nas visitas domiciliares, apoiam o desenvolvimento da educação em saúde, por meio da disseminação de informações seguras e também de informações relacionadas à prevenção em saúde. Na pandemia, onde a comunicação tem trazido mensagens contraditórias e falsas, esse papel permaneceu ainda mais relevante, a partir de suas relações de confiança conquistadas junto à equipe de saúde e a comunidade (EPSJV/Fiocruz, 2020).

O gráfico 2 apresenta a distribuição dos participantes por gênero.

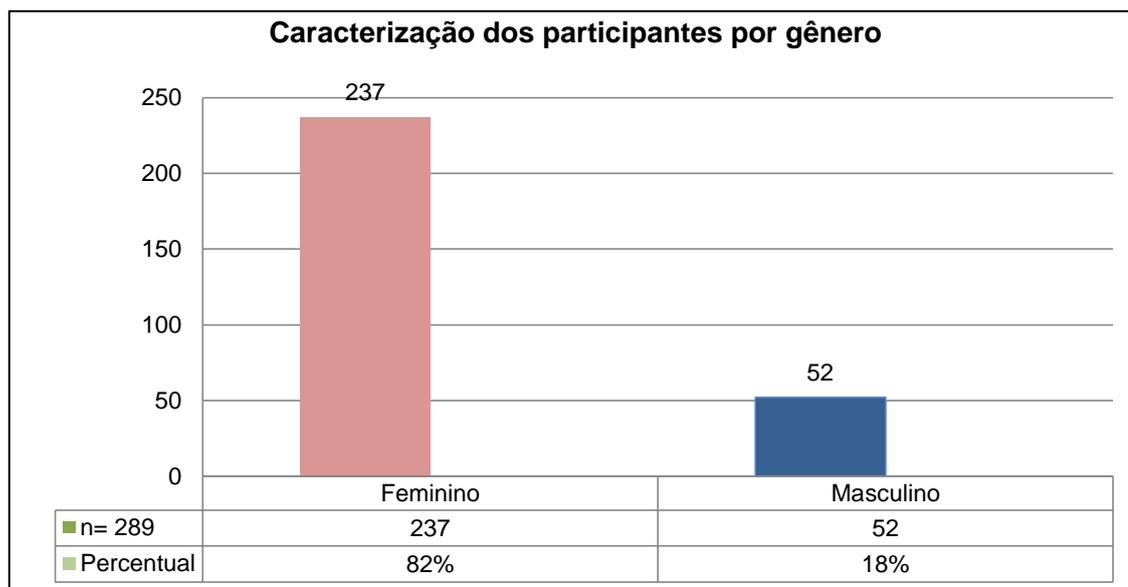


Gráfico 2 – Caracterização dos participantes com relação ao gênero

No gráfico 2 é possível identificar que a maioria massiva de participantes é do gênero feminino, correspondente a 82% (n=237) e 18% do gênero masculino (n=52), tendência essa muito bem correspondida à área da saúde.

“As mulheres são a principal força de trabalho da saúde, representando 65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor público e privado, tanto nas atividades diretas de assistência em hospitais, quanto na Atenção Básica. [...] Em outras [profissões], como Enfermagem e Psicologia, estão com percentuais acima de 80%.” (CONASEMS, 2020, s/n).

Houve um prejuízo relacionado às questões de gênero, pois não se apresentou a possibilidade do participante identificar-se de outra maneira que não o masculino e feminino, silenciando, nesta pesquisa, as possibilidades da escolha do gênero transgênero, ou da possibilidade do participante preferir não especificar seu gênero.

O Gráfico 3 apresenta a faixa etária do grupo participante que respondeu à Escala AITCS II-BR.

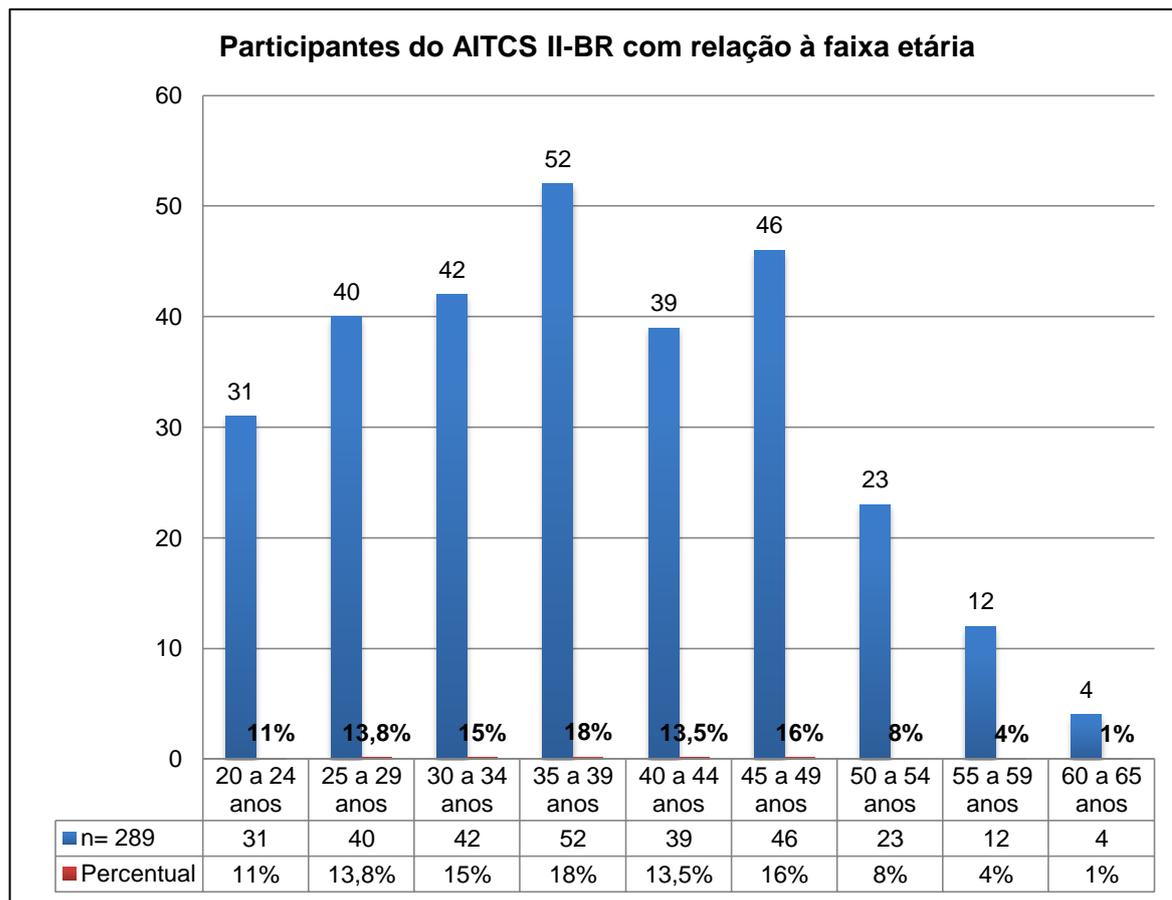


Gráfico 3 - Caracterização dos participantes com relação à faixa etária

Pelo gráfico 3, se verifica que 11% dos participantes possuem entre 20 e 24 anos (n=31); 13,8% possuem entre 25 e 29 anos (n=40); 15% entre 30 e 34 anos (n=42); 18%, entre 35 e 39 anos (n=52); 13,5% dos 40 a 44 anos; 16%, dos 45 a 49 anos (n=46); 8% entre 50 e 54 anos (n=23), 4% entre 55 e 59 anos (n=12) e 1% entre 60 e 65 anos (n=4).

É possível identificar que as idades mais incidentes nesses locais de trabalho são entre 35 e 39 anos. Vale ressaltar que como a pesquisa contou com maior adesão do grupo de Agentes Comunitários de Saúde, os quais são profissionais concursados, pode haver um viés relacionado à maior abrangência de idade, com relação aos demais profissionais, atuantes por contrato de gestão.

Um estudo que analisou a faixa etária de funcionários em regime de emprego, junto à Organização Social de Saúde, demonstrou que do total, 31,1% correspondiam a trabalhadores entre 25 e 34 anos de idade e 35 e 44 anos correspondiam a 23,5% de profissionais de saúde dessa faixa etária (JUNQUEIRA *et al.*, 2014). Destarte, um relatório de despesa de pessoal de um contrato de

gestão, da prefeitura do Rio de Janeiro, demonstrou que de 242 trabalhadores de saúde de um contrato de gestão, 113 correspondiam às idades entre 31 e 40 anos (RIO DE JANEIRO, 2019), evidenciando que a situação aqui apresentada é equivalente ao que tem se encontrado de dados no país.

O gráfico 4 apresenta o nível de escolaridade dos participantes, relacionado ao grau de exigência para o exercício do cargo.

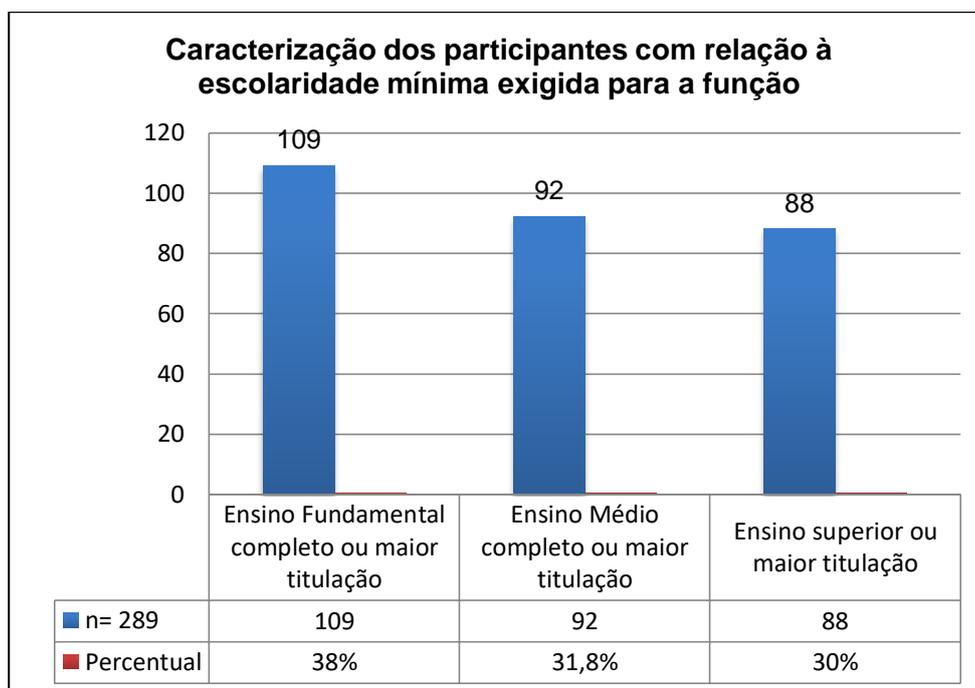


Gráfico 4 - Caracterização do nível de escolaridade mínima dos participantes da pesquisa.

Para a exigência mínima de escolaridade “nível fundamental completo” os pesquisados corresponderam a 38% dos participantes (n=109); na exigência mínima de “nível médio completo” correspondem a 31,8% dos participantes aqui pesquisados (n=92). O percentual de participantes atuantes que apresentaram na pesquisa o requisito mínimo “nível superior completo” é de 30%, correspondendo a 88 profissionais.

Ficou manifestado que maior número de participantes concluiu, no mínimo, o Ensino Fundamental. Esta repercussão logicamente corresponde à maior adesão de participantes Agentes Comunitários de Saúde e, em seguida, no nível médio, Técnicos de Enfermagem.

Apesar da exigência mínima para a função Agente Comunitário de Saúde, determinar o nível ensino fundamental completo, Mota e David (2010),

demonstraram que além desses profissionais se solidificarem em níveis educacionais maiores, correspondendo no estudo a 69,8% dos agentes com níveis médios completos, a ampliação do nível escolar após seus processos de contratação representa 9,3% do nível fundamental completo, para 2,7% enquanto já agentes comunitários.

“Além disso, ao se tornar parte integrante da equipe de Saúde da Família, o ACS passa a ter acesso a um saber técnico-científico, através de treinamentos e da convivência com outros profissionais da equipe.” (MOTA e DAVI, 2010, p. 242).

5.3 Análise Atitudinal da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (Escala AITCS II-BR)

O gráfico 5 apresenta as respostas dos participantes da AITCS II-BR.

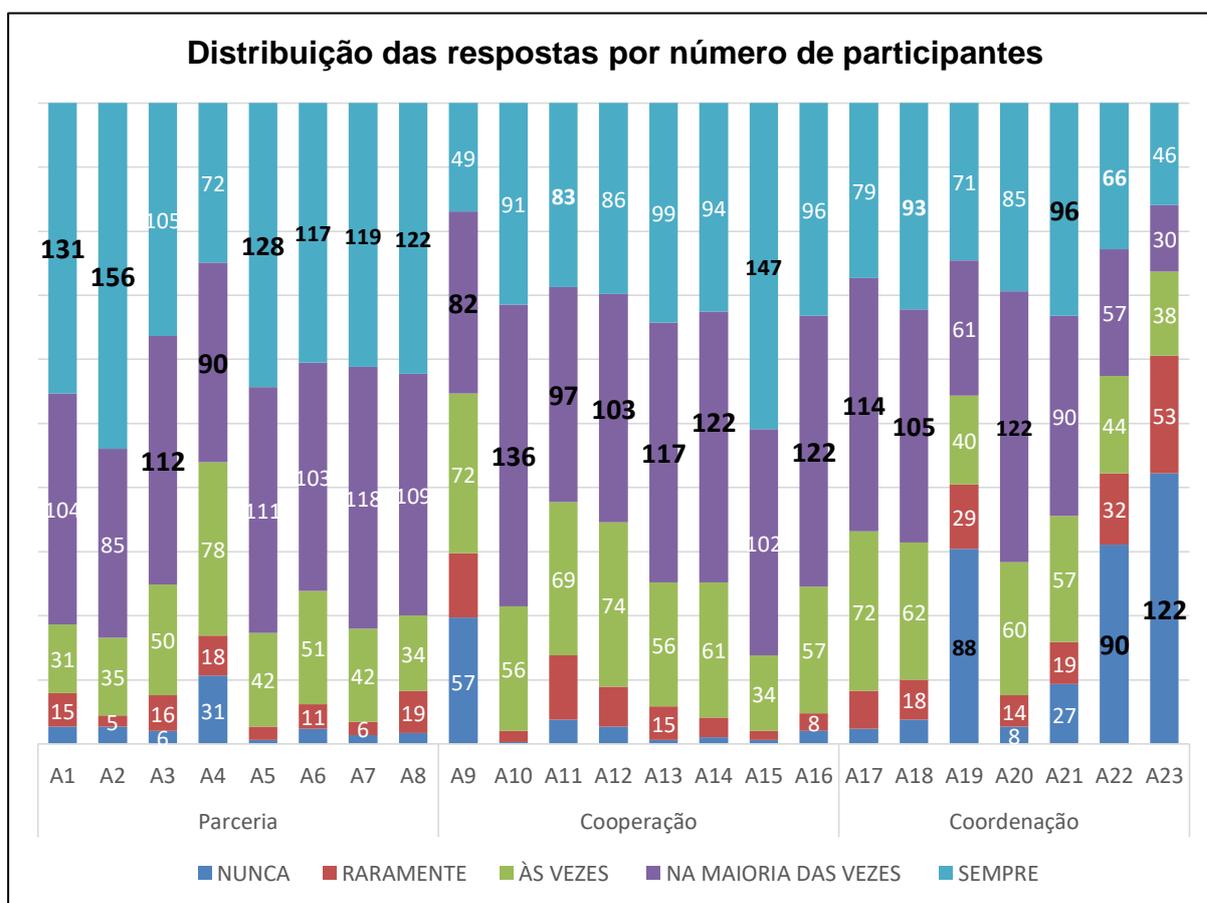


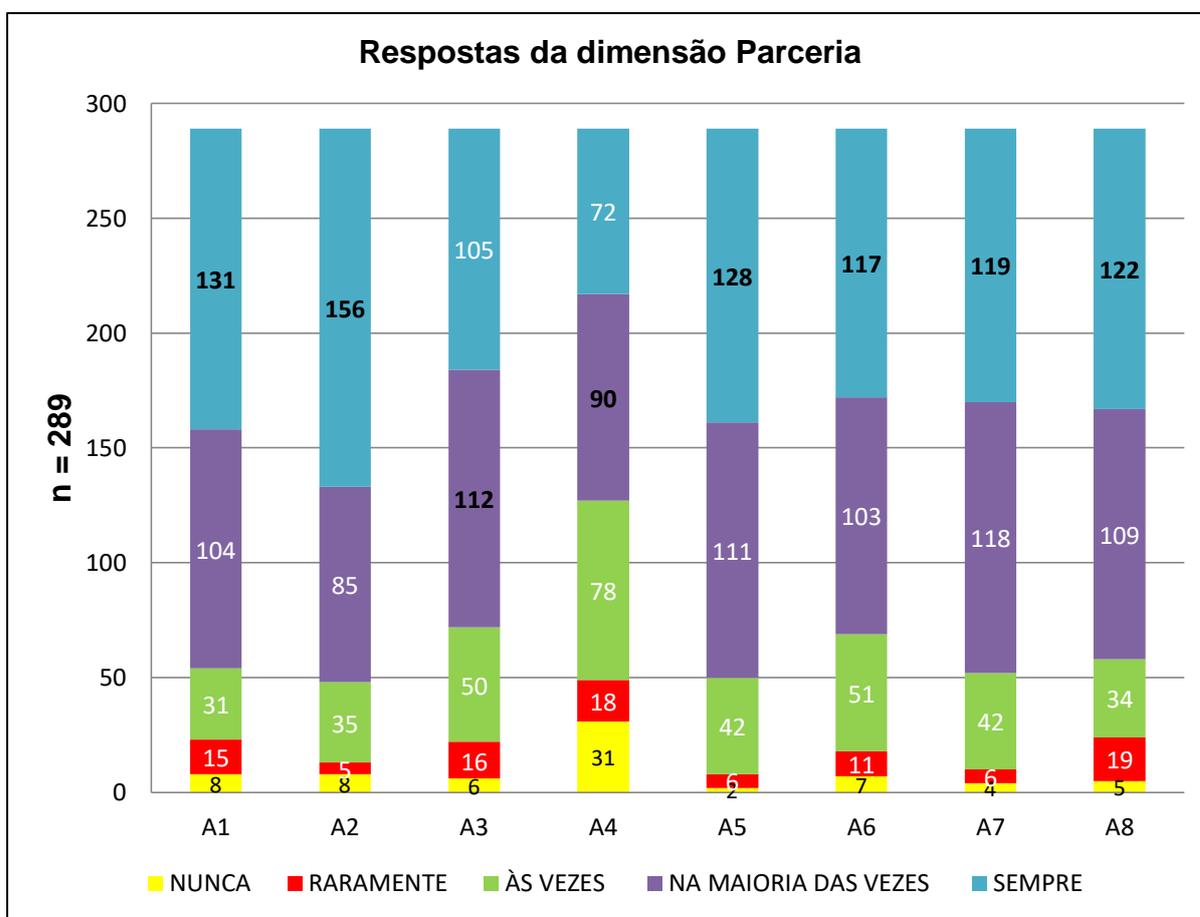
Gráfico 5 - Distribuição das respostas por número de participantes

As assertivas aqui apresentadas no gráfico 5, já se encontram organizadas e enumeradas conforme as dimensões.

Os numerais evidenciados na cor preta representam o maior número de respostas da Escala Likert, por assertiva, serão discutidas a seguir.

5.3.1 Dimensão Parceria

A Dimensão Parceria é composta por 8 assertivas, identificadas no gráfico 6 de A1 a A8.



O gráfico 6 demonstra que a maioria dos participantes respondeu “sempre”, às assertivas dessa vertente. A frase principal, disparadora para definição das

assertivas, é a seguinte: “Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe...”

Nas assertivas:

A1: “[...] incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão”, 8 participantes responderam “*nunca*” (3%), 15 responderam “*raramente*” (5%), 31 responderam “*às vezes*” (11%), 104 responderam “*na maioria das vezes*” (36%) e 131 responderam “*sempre*” (45%).

Desta maneira é possível observar respostas positivas nessa assertiva.

A2: “[...] ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe”, 8 participantes responderam “*nunca*” (3%), 5 responderam “*raramente*” (2%), 35 responderam “*às vezes*” (12%), 85 responderam “*na maioria das vezes*” (29%) e 156 responderam “*sempre*” (54%).

Essas respostas demonstram que, mesmo que haja resposta negativa e neutra, as escolhas positivas ainda prevalecem.

A3: “[...] encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente”, 6 participantes responderam “*nunca*” (2%), 16 responderam “*raramente*” (6%), 50 responderam “*às vezes*” (17%), 112 responderam “*na maioria das vezes*” (39%) e 105 responderam “*sempre*” (36%).

As respostas assim, ainda demonstram que o trabalho em equipe é positivo, por isso boa parte das respostas envergam-se neste sentido.

A4: “[...] coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado”, 31 participantes responderam “*nunca*” (11%), 18 respondeu “*raramente*” (6%), 78 responderam “*às vezes*” (27%), 90 responderam “*na maioria das vezes*” (31%) e 72 responderam “*sempre*” (25%).

É possível compreender que existem também pontos positivos no trabalho em equipe sobre este quesito.

A5: “[...] utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente”, 2 participantes responderam “*nunca*” (1%), 6 responderam “*raramente*” (2%), 42

responderam “às vezes” (15%), 111 responderam “na maioria das vezes” (38%) e 128 responderam “sempre” (44%).

Neste sentido, é identifica-se que os participantes possuem grandes perfis na comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado com o paciente.

A6: “[...] estão envolvidos na definição de metas para cada paciente”, 7 participantes responderam “nunca” (2%), 11 responderam “raramente” (4%), 51 responderam “às vezes” (18%), 103 responderam “na maioria das vezes” (36%) e 117 responderam “sempre” (40%).

Este tipo de assertiva gerou alguma dúvida a respeito do profissional participar na definição de metas, contudo ainda prevalecem as respostas positivas.

A7: “[...] incentivam uns aos outros, os pacientes e seus familiares para utilizar os conhecimentos e as habilidades que cada um pode trazer para desenvolver planos de cuidado”, 4 participantes responderam “nunca” (1%), 6 responderam “raramente” (2%), 42 responderam “às vezes” (15%), 118 responderam “na maioria das vezes” (41%) e 119 responderam “sempre” (41%).

Demonstra-se, por meio desses resultados, que a assertiva sobre a equipe incentivar eles próprios, pacientes e familiares é positiva, indicando um norte para a interprofissionalidade.

A8: “[...] trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado”, 5 participantes responderam “nunca” (2%), 19 responderam “raramente” (7%), 34 responderam “às vezes” (12%), 109 responderam “na maioria das vezes” (38%) e 122 responderam “sempre” (42%).

Nesta assertiva também permaneceu evidente que a maioria do grupo apresentou resultados positivos sobre o trabalho com o paciente.

Assim, foi possível obter as médias das respostas, representadas pelo Gráfico

7.

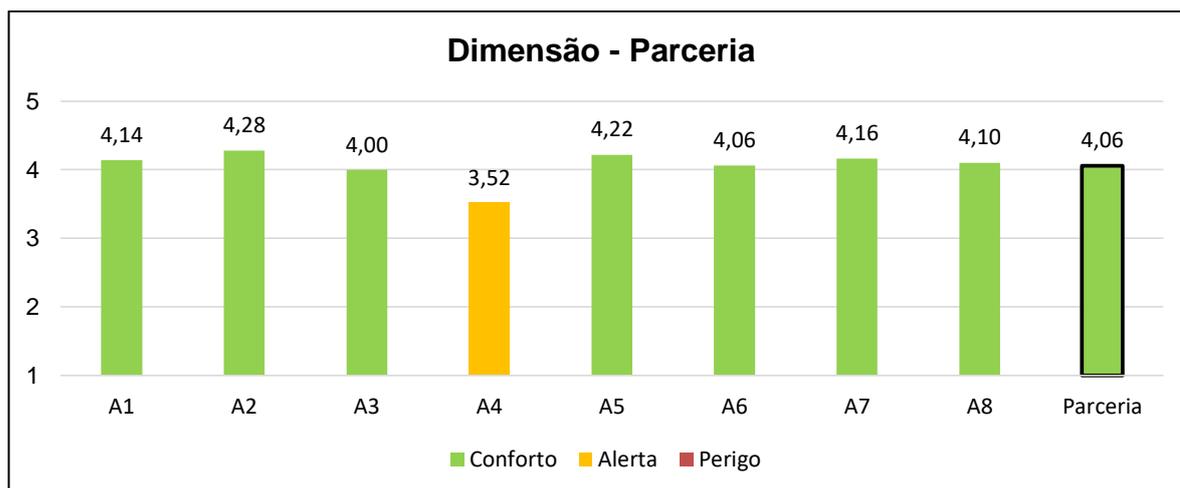


Gráfico 7 – Médias dos níveis de concordância da Dimensão Parceria (4,06)

Para a dimensão parceria, a média geral foi de 4,06 (gráfico 7), assim, os resultados apresentados por meio do tratamento matemático por média, indicou que quase todas as assertivas evidenciaram resultados na zona de conforto. A zona de conforto apresenta que a análise do que se pretende pesquisar é positiva e tem sido satisfatória acerca do assunto relacionado à interprofissionalidade. Apenas a média da assertiva A4 apresentou zona de alerta (3,52), podendo-se assim atribuir à dificuldade da equipe em coordenar os serviços de saúde e sociais com base nas necessidades do cuidado, requerendo melhores articulações dos trabalhadores pesquisados com os serviços à parte da saúde, mas que interferem nesta questão. Pode-se considerar aí uma fragmentação a respeito do papel da Integralidade e o entendimento sobre a clínica ampliada.

“a baixa articulação da rede assistencial se configura como um entrave estrutural para efetivação do modelo de apoio, bem como para a construção da integralidade. A dificuldade de compartilhar os casos entre os serviços (coordenação da atenção) e manter a longitudinalidade do cuidado na ESF seriam alguns dos efeitos mais visíveis dessa limitação imposta pelo baixo grau de articulação e de compromissos pactuados entre os serviços.” (MATUDA et al., 2015, p. 2518).

“A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade [...]. Um hipertenso, por exemplo, pode e será cuidado de forma diferente de outro hipertenso, já que

cada caso é um caso. Se o usuário estiver deprimido, isolado, desempregado, tudo isso interferirá no desenvolvimento da sua doença e precisa ser ouvido pelo profissional de saúde” (BVS, 2010, s/n).

Percebe-se nesse sentido, que para o alcance da integralidade, a articulação municipal entre os entes que desenvolvem as variadas políticas públicas (nos campos sociais, da moradia, da condição de subsistência, da religião) é um dos nortes para melhoria da qualidade de vida de seus usuários e como a fragilidade dessa assertiva assim, aponta para que essa vertente seja mais bem explorada e desenvolvida, trazendo uma percepção do quanto se mostram notórias as questões “extramuros” nos itinerários do usuário além do SUS, pela busca de melhor compreensão de sua trajetória de vida, refletindo diretamente na qualidade do cuidado, nesse complexo deslocamento que o indivíduo percorre e o quanto o entendimento sobre esse processo ainda é um desafio para a equipe.

Desta maneira, já no campo da saúde, é necessário envolver os profissionais para o desenvolvimento da clínica ampliada sendo relevante prosperar a formação para tais aspectos, assim se alcançando a interprofissionalidade. Um projeto da Universidade de Pelotas (UFPEL) demonstra que seus pares reafirmam o papel da universidade enquanto difusora do conhecimento e credita a temas como esse, a formação da equipe.

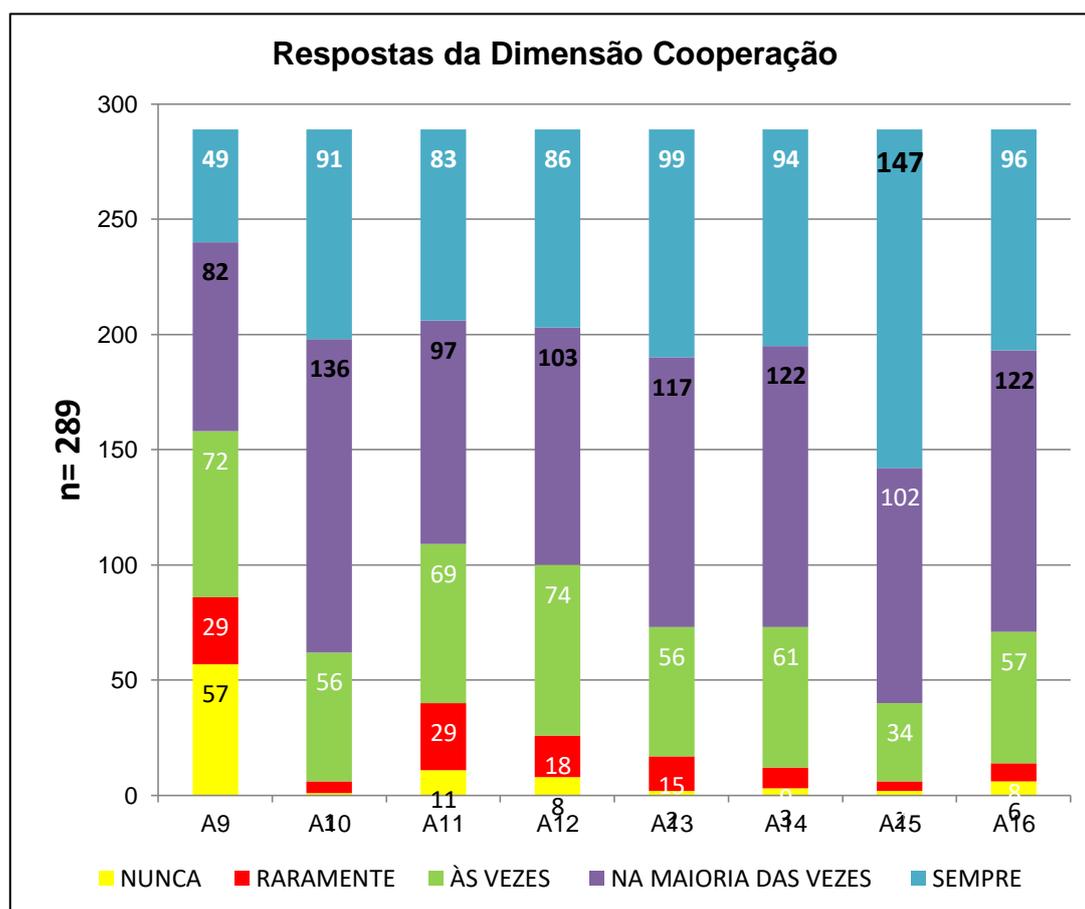
“Dentre as competências necessárias para formação do profissional de saúde várias delas são comuns a todo campo da saúde. Destacam-se abordagem integral, clínica ampliada, formação e manutenção de vínculo, interprofissionalidade, habilidades de comunicação, abordagem familiar e comunitária, domínios de conhecimentos sobre Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Atenção Primária à Saúde (APS).” (Vitória, 2020, s/n).

Assim, se verifica como atividade da educação permanente a provocação da equipe sobre esses temas, aperfeiçoando, ao fim, perfis de competências interprofissionais no processo do trabalho. Acredita-se que analisando de forma regional, necessariamente para o município, a estabilização dos trabalhadores em

seus serviços é uma das maneiras de concretizar tal estratégia. Atualmente, como o projeto de gestão se configura para a terceirização da estratégia de saúde da família, os ambientes em que circulam de tempos em tempos os profissionais, se tornam vulneráveis para esses apoios e prejudicam os vínculos e compreensões sobre a cadeia de serviços em que o usuário do SUS se insere. Então, com a futura municipalização total da Atenção Primária à Saúde, já prevista para acontecer a partir de setembro de 2021, esse tema se aproximará melhor do trabalhador do SUS. Assim, será possível em um futuro próximo consolidar as visões em que as complexas conformações da integralidade estabelecem, se debruçam, gerando o benefício social onde pousa o SUS.

5.3.2 Dimensão Cooperação

A Dimensão Cooperação é composta por 8 assertivas, identificadas no gráfico 8 de A9 a A16.



O gráfico 8 mostra na dimensão cooperação que a maioria dos participantes respondeu “na maioria das vezes”.

Nas assertivas:

A9: “[...] compartilham poder uns com os outros”, 57 dos participantes responderam “*nunca*” (20%), 29 responderam “*raramente*” (10%), 72 responderam “*às vezes*” (25%), 82 responderam “*na maioria das vezes*” (28%) e 49 responderam “*sempre*” (17%).

Desta maneira é possível observar que apesar do número aumentado das respostas “*nunca*” ainda prevalecem as respostas positivas nessa assertiva.

A10: “[...] respeitam-se e confiam uns nos outros”, 1 participante respondeu “*nunca*” (0,3%), 5 responderam “*raramente*” (2%), 56 responderam “*às vezes*” (19%), 136 responderam “*na maioria das vezes*” (47%) e 91 responderam “*sempre*” (31%).

Essas respostas demonstram uma grande envergadura para as escolhas positivas.

A11: “[...] são abertos e honestos uns com os outros”, 11 participantes responderam “*nunca*” (4%), 29 responderam “*raramente*” (10%), 69 responderam “*às vezes*” (24%), 97 responderam “*na maioria das vezes*” (34%) e 83, responderam “*sempre*” (29%).

As respostas assim, ainda demonstram que o trabalho em equipe é positivo, por boa parte das mesmas manterem-se neste sentido.

A12: “[...] refletem sobre sua prática e compartilham suas percepções”, 8 participantes responderam “*nunca*” (3%), 18 responderam “*raramente*” (6%), 74 responderam “*às vezes*” (26%), 103 responderam “*na maioria das vezes*” (36%) e 86 respondeu “*sempre*” (30%).

É possível compreender que existem também pontos positivos no trabalho em equipe sobre este quesito.

A13: “[...] esforçam-se para atingir soluções mutuamente satisfatórias para as diferenças de opinião”, 2 participantes responderam “*nunca*” (1%), 15 responderam “*raramente*” (5%), 56 responderam “*às vezes*” (19%), 117 responderam “*na maioria das vezes*” (40%) e 99 responderam “*sempre*” (34%).

Neste sentido, é possível identificar que os participantes possuem grandes perfis para atingir soluções mutuamente satisfatórias, mesmo nas diferenças de opinião, por meio das respostas positivas, indicando viés para interprofissionalidade neste quesito.

A14: “[...] entendem os limites do que cada um pode fazer.”, 3 participantes responderam “*nunca*” (1%), 9 responderam “*raramente*” (3%), 61 responderam “*às vezes*” (21%), 122 responderam “*na maioria das vezes*” (42%) e 94 responderam “*sempre*” (33%).

Este tipo de assertiva gerou respostas positivas sobre os limites do que cada um pode fazer.

A15: “[...] entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe.”, 2 participantes responderam “*nunca*” (1%), 4 responderam “*raramente*” (1%), 34 responderam “*às vezes*” (12%), 102 responderam “*na maioria das vezes*” (35%) e 147 responderam “*sempre*” (51%).

Demonstra-se, por meio desse resultado, que esta indagação sobre a equipe entender que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais da equipe dos participantes é favorável.

A16: “[...] estabelecem um sentimento de confiança entre os membros da equipe”, 6 participantes responderam “*nunca*” (2%), 8 responderam “*raramente*” (3%), 57 responderam “*às vezes*” (20%), 122 responderam “*na maioria das vezes*” (42%) e 96 responderam “*sempre*” (33%).

Nesta assertiva também é possível identificar que a maioria do grupo apresentou resultados positivos sobre o sentimento de confiança entre os membros da equipe. No Gráfico 9 estão inseridas as respostas por média da dimensão cooperação.

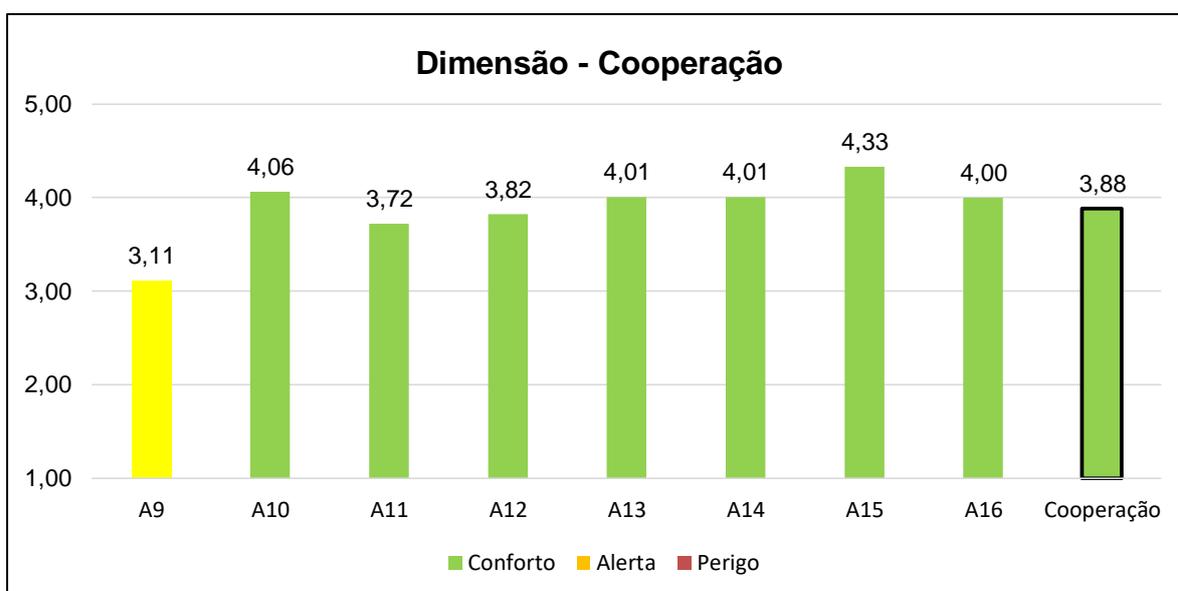


Gráfico 9 - Análise das médias das respostas por zona na dimensão cooperação (3,88)

O gráfico 9 demonstra as respostas das assertivas A9 a A16, que permite analisar visualmente grande concordância positiva na dimensão cooperação, pois a maior parte das respostas tendeu para esse rumo. Assim, os resultados apresentados por meio do tratamento matemático por média, indicam que sete assertivas demonstraram resultados na zona de conforto. A zona de conforto apresenta que a análise do que se pretende pesquisar é positiva e tem sido satisfatória do ponto de vista do assunto relacionado ao AITCS II-BR.

Assim, para a dimensão cooperação, o estudo revelou que a maioria das assertivas apresentou zona de conforto, a média da dimensão cooperação foi de 3,88.

A assertiva A9 “[...] *compartilham poder uns com os outros.*” Apresentou zona de alerta, com média 3,11. Pode-se atribuir esta dificuldade de relacionamento à fragmentação do processo de formação dos profissionais.

“As disposições do trabalhador para construir uma comunidade aprendente estão articuladas às atividades de equipe propostas pelo grupo de trabalho e o processo participativo efetivo na sua educação permanente, envolvendo problematizar relações de poder e transformar momentos de conflito e disputa em estratégias didático-pedagógicas de confronto de ideias e negociação. Subsidiando práticas de equipe, a interprofissionalidade favorece as trocas de informação e conhecimento, a cooperação solidária nos fazeres, a atenção corresponsável às necessidades em saúde para a construção de projetos terapêuticos e de promoção da saúde, o agir coletivo em território e a rede de laços afetivos que dá mais intensidade ao pertencimento a uma equipe.” (CECCIM, 2018, p. 1741).

Mais uma vez se aponta a necessidade do desenvolvimento dos perfis de competência para uma estratégia de saúde interprofissional. Os conflitos, herança trazida desde a formação do profissional de saúde, devem ser superados, transformando questões relacionadas à disputa de poder em compartilhamento de poder.

Diga-se assim, nesta pesquisa, que a fragmentação da formação dos profissionais de nível superior, no modelo de segregação e desarticulação dos demais atores, foi a motivação sobre a repercussão negativa para as iniciativas de trabalho nos demais participantes. Isto porque, se nesta pesquisa grande parte dos pesquisados são aqueles que minimamente concluíram o Ensino Médio, é por conta da ausência de habilidade dos que os coordenam, ou seja, os que desenvolveram o ensino superior na área da saúde, que reverberou para o alcance dessa assertiva à zona de alerta.

“Tanto os programas de ensino como professores e estudantes tendem a hipervalorizar o específico, que é, sem dúvida importante para a futura atuação responsável e a contribuição que cada profissional fará no cuidado às necessidades de saúde. O que

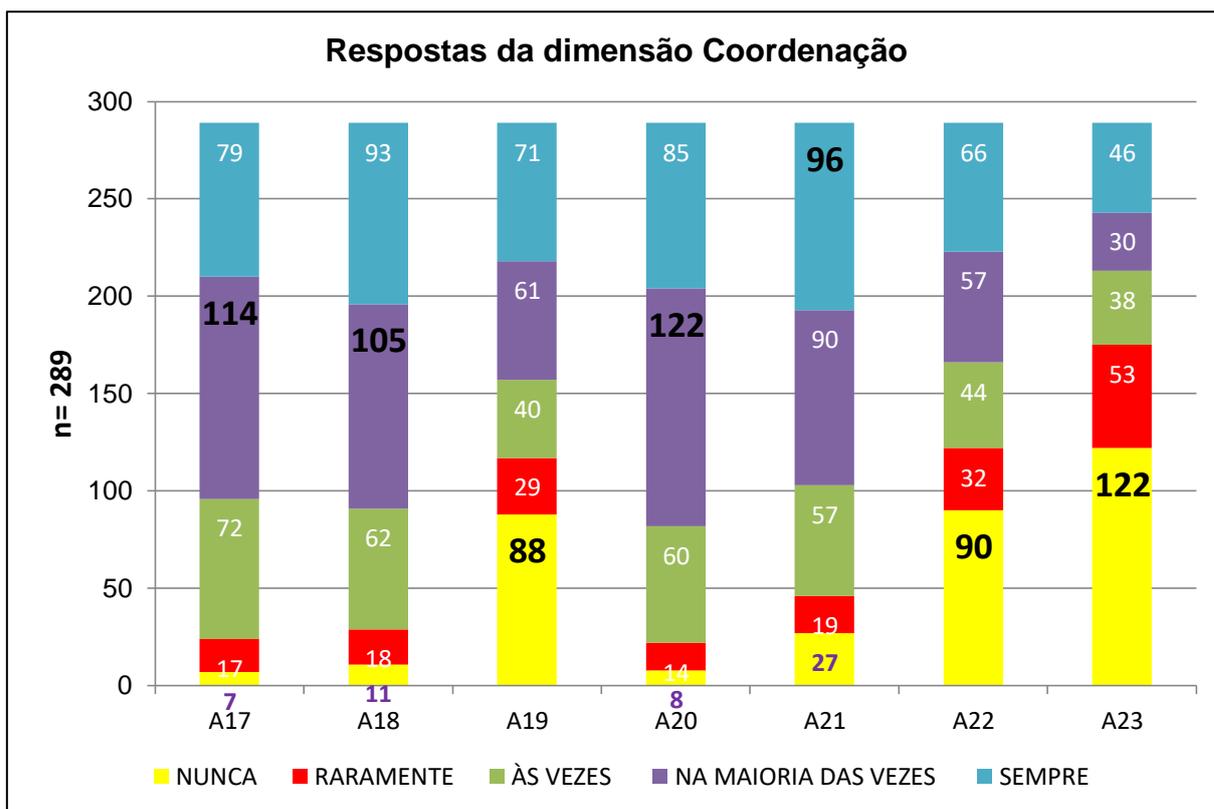
parece insuficiente é limitar a formação dos profissionais de saúde à sua área específica [...] A EIP visa promover que estudantes dos diferentes cursos de graduação em saúde e profissionais inseridos nos serviços “aprendam a trabalhar juntos de forma colaborativa”. Assim, se reconhece na proposta de EIP, a relação recíproca de mútua influência entre educação e atenção à saúde, sistema educacional e sistema de saúde.” (PEDUZZI, 2016, p. 199).

Uma formação desarticulada é capaz de causar desordens entre a equipe, levando esse tipo de cultura destrutiva aos demais membros do grupo. No movimento da interprofissionalidade, os saberes são desenvolvidos em conjunto, cada qual com seu conhecimento, compartilhando seu repertório de experiências colaborativas, contribuindo uns com os outros e respeitando-se entre eles, promovendo assim, o respectivo melhor entrosamento entre os atuantes, no compartilhamento de poder.

5.3.3 Dimensão Coordenação

A Dimensão Coordenação é composta por 7 assertivas, identificadas no gráfico 10 de A17 a A23.

O gráfico 10 mostra na dimensão coordenação que as assertivas apresentaram as respostas mais desfavoráveis da pesquisa, identificadas em negrito.



Nas assertivas:

A17: “[...] aplicam uma definição única de prática colaborativa interprofissional no cenário da prática”, 7 responderam “nunca” (2%), 17 responderam “raramente” (6%), 72 responderam “às vezes” (25%), 114 responderam “na maioria das vezes” (39%) e 79 responderam “sempre” (27%). Desta maneira é possível observar mais respostas positivas nessas assertivas.

A18: “[...] distribuem igualmente as metas acordadas entre os membros da equipe.”, 11 responderam “nunca” (4%), 18 responderam “raramente” (6%), 62 responderam “às vezes” (21%), 105 responderam “na maioria das vezes” (36%) e 93 responderam “sempre” (32%). Essas respostas demonstram uma grande tendência para as escolhas positivas, contudo apresentando poucos relatos de raramente e às vezes, podendo representar que a equipe não construa planejamento acerca de metas e suas distribuições.

A19: “[...] incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.”, 88 responderam “*nunca*” (30%), 29 responderam “*raramente*” (10%), 40 responderam “às vezes” (14%), 61 responderam “*na maioria das vezes*” (21%) e 71 responderam “*sempre*” (25%). As respostas assim demonstram grande dificuldade nesse quesito, os colaboradores encontraram dificuldade para compreender que o paciente e seus familiares devem participar das discussões sobre sua saúde e nos processos de seu cuidado, o que dificulta o papel a visualização da interprofissionalidade neste quesito.

A20: “[...] utilizam um processo de acordo para resolver conflitos.”, 8 responderam “*nunca*” (3%), 14 responderam “*raramente*” (5%), 60 responderam “às vezes” (21%), 122 responderam “*na maioria das vezes*” (42%) e 85 responderam “*sempre*” (29%). É possível compreender que existem pontos positivos no trabalho em equipe sobre utilizar acordos para resolver conflitos, o que demonstra articulação com a equipe.

A21: “[...] defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes.”, 27 responderam “*nunca*” (9%), 19 responderam “*raramente*” (7%), 57 responderam “às vezes” (20%), 90 responderam “*na maioria das vezes*” (31%) e 96 respondeu “*sempre*” (33%). Neste sentido, é possível identificar que alguns participantes, possuem dificuldades significativas para definir liderança compartilhada mutuamente, atingir a interprofissionalidade, contudo boa parte das respostas foi positiva.

A22: “[...] escolhem juntos o líder para a equipe.”, 90 responderam “*nunca*” (31%), 32 responderam “*raramente*” (11%), 44 responderam “às vezes” (15%), 57 responderam “*na maioria das vezes*” (20%) e 66 responderam “*sempre*” (23%). Esta assertiva demonstrou grande fragilidade do processo de interprofissionalidade relacionada a apoiar a decisão de escolher um líder para a equipe.

A23: “[...] apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.”, 122 responderam “*nunca*” (42%), 53 responderam “*raramente*” (18%), 38 responderam “às vezes” (13%), 30 responderam “*na maioria das vezes*” (10%) e 46 responderam “*sempre*” (16%). Esta assertiva demonstrou que a equipe tem grande dificuldade em discutir e apoiar abertamente a inclusão dos pacientes em suas reuniões.

O gráfico 11 apresenta as respostas das assertivas relacionadas à dimensão Coordenação por média.

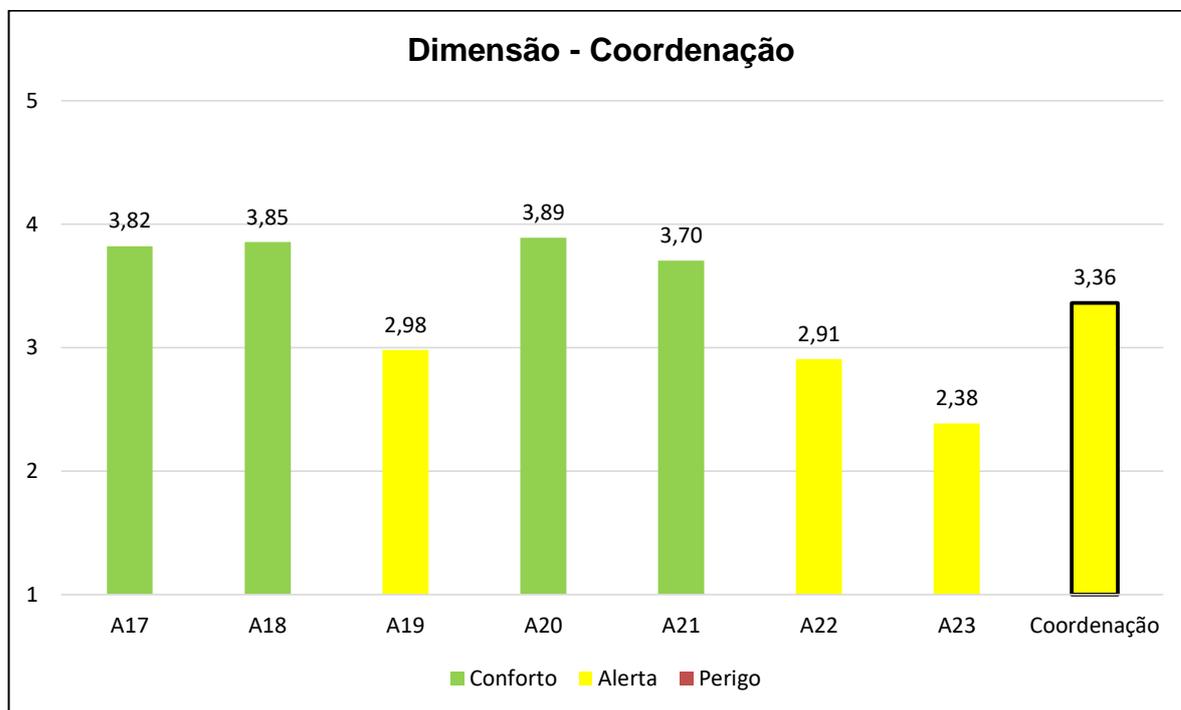


Gráfico 11 - Médias dos níveis de concordância da Dimensão Coordenação do AITCS II-BR (3,36)

Assim, o gráfico 11 evidenciou que houve menor desempenho dos participantes na dimensão coordenação. As dificuldades foram encontradas principalmente nos níveis de concordância relacionados à definição da liderança compartilhada e na necessidade da equipe compreender que os usuários devem participar das reuniões entre a equipe, como inserir as famílias nesse contexto.

Foi a dimensão que apresentou menor média, de 3,36. Destarte, as assertivas que apresentaram zona de alerta foram A19, A22 e A23.

O que fica percebido é que a dimensão coordenação apresentou maior fragilidade.

Com relação a A19, com média na zona de alerta de 2,98 cuja assertiva é “[...] *incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.*”; e com relação a A23, que apresentou média 2,38, o que posiciona o quesito na menor média de todas as respostas. “*Quando*

estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe: apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.”

Em ambas as assertivas e nos demais sobre a dimensão coordenação, permanece perceptível de que as ações relacionadas a essa dimensão deve ser aprimorada, no campo da educação permanente, para que todos reflitam a respeito das fragilidades descobertas.

Tais aspectos negativos podem estar atribuídos à carência de utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a ausência de prática e a falha de sistemática para a sua contemplação, prejudicando assim, a interprofissionalidade.

“Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) apresenta-se como importante ferramenta de formalização, uma vez que tenciona para a CIP [colaboração interprofissional], ao mesmo tempo em que propõe a clara divisão de tarefas, bem como a sistematização das ações e dos prazos. O PTS é uma metodologia de condução dos casos incluída na clínica ampliada, preconizada para a ESF... ..o PTS é uma estratégia inovadora do SUS que subsidia a prática interprofissional, tomando como pressuposto a integralidade da atenção.” (ARRUDA et al., 2018, p. 1.319).

Desconhecer ferramentas que amparam a equipe, é gerar silenciamento. Assim, mais uma vez se cita que o aprendizado sobre instrumentos que conduziram para um cenário interprofissional, cria possibilidades de melhoria do processo do cuidado dos indivíduos que frequentam os espaços de saúde. De alguma maneira, não é possível atribuir somente ao profissional o despertar para o aperfeiçoamento de sua atuação no SUS. Prover meios dentro do próprio SUS para que ele explore o universo de possibilidades em busca da melhor interlocução junto à equipe, certamente contribuirá com o desempenho de cada trabalhador da saúde no desenvolvimento dos temas que desencadeiam a interprofissionalidade e o processo sistematizado de cuidado no serviço de saúde. Entende-se assim, que a equipe exerça seu papel, preparada por aprendizagens motivadoras, que desencadeiem bons resultados em curtos e médios prazos, para que se alcance a inclusão dos próprios pacientes e seus familiares às reuniões e discussões junto à equipe.

Com relação a A22, cuja média 2,91 alcança a zona de alerta: “[...] escolhem juntos o líder para a equipe.” é possível perceber que alguns papéis não muito

conhecidos para esses participantes devem ser trabalhados. Um deles é o da liderança compartilhada.

ONG *et al.* (2019) frisam que a liderança compartilhada não tem só demonstrado benefícios na área da saúde, mas também em outros ambientes profissionais. Contudo, a aplicação desses princípios é particularmente eficiente na vivência interprofissional. Este achado pode remeter ao fato de que outras pesquisas já demonstraram que a liderança compartilhada funciona muito bem em determinadas equipes. Na saúde, a liderança compartilhada está bem alinhada ao grupo que já exerce a atividade interprofissional.

Uma característica bem evidenciada como liderança compartilhada por esses pesquisadores é o ganho que se tem com a heterogeneidade. Quanto mais diversificados os profissionais atuantes na equipe de saúde, mais os mesmos desenvolvem a liderança compartilhada, engrandecendo o sentimento de empoderamento sobre a atuação daquela equipe (ONG *et al.*, 2019).

Então, vale salientar que os desenvolvimentos do Projeto Terapêutico Singular, e da liderança compartilhada são situações que devem ser levadas em consideração, a partir de processos formativos no campo do trabalho no SUS para o alcance da interprofissionalidade nos ambientes de saúde da família pesquisados.

As análises dos resultados da AITICS II-BR por meio desta pesquisa então desencadearam determinadas reflexões sobre a interprofissionalidade.

Considerando que a Estratégia em Saúde da Família, nela englobados os Núcleos Ampliados em Saúde da Família, é a porta principal preferencial e ponto principal de cobertura universal da saúde, permitindo que naturalmente as equipes interajam por atuarem no mesmo ambiente, é possível elucidar que os resultados que indicaram zona de conforto na grande parte das assertivas, 18 das 23, demonstram que os profissionais desses locais tendem a naturalmente estabelecer vínculos interprofissionais. Sendo assim, é possível compreender que a equipe possui alguns papéis que os desenvolve para a interprofissionalidade.

“O SUS e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são reconhecidos no contexto nacional e internacional como importante contribuição para reforma de sistemas de saúde que respondam de forma pertinente, tanto na dimensão tecnológica como ética, às necessidades de saúde das populações [...]

Estudo do impacto da ESF mostra o sucesso da abordagem integral que articula ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde,

o que requer atuação integrada e colaborativa de um amplo elenco de profissionais de saúde para além do médico [...] dá o caráter eminentemente interprofissional da atenção à saúde e da formação dos profissionais.” (PEDUZZI, 2016, p. 201).

Assim, o espaço do SUS admite, mesmo que por intuição, a articulação da equipe, bem apresentada nos resultados aqui mostrados.

Em contrapartida, o processo de formação dos profissionais de nível superior não é desenvolvido dentro da Educação Interprofissional. Esse viés corrobora com a atuação uniprofissional ainda existente, dificultando o compartilhamento do poder e o alcance da integralidade.

Atualmente, a Educação Permanente no local pesquisado ainda não conta com corpo técnico adequado e tem se esforçado, apesar da vontade de ampliar, apenas nas questões relacionadas à Residência Médica. É preciso expandir a educação permanente para abranger a equipe da Estratégia em Saúde da Família e NASF. Vê-se então esta como uma iniciativa fundamental para que os aprendizados relacionados aos instrumentos capazes de transformar perfis de competência interprofissionais, seja eficiente, como a realização do Projeto Terapêutico Singular, da Clínica Ampliada, da Atenção Centrada no Paciente, da liderança compartilhada e do trabalho em colaboração.

5.4 Análise qualitativa

5.4.1 Grupo focal e a categorização das reflexões dos encontros

Como bem conduzido por meio do grupo focal, os temas provocaram a intencionalidade dos Farmacêuticos expressarem suas atuações em seus ambientes de saúde, os assuntos disparadores levantaram questões muito comuns no desempenho do profissional na ESF, junto à equipe e a partir das práticas em saúde desenvolvidas em seus espaços de trabalho. O quadro 6 assim demonstra as categorizações identificadas no processo de análise. As subcategorias (à direita do quadro 6) demonstram resultados que complementam os itens elencados nos temas principais (à esquerda do quadro 6).

Dos relatos coletados e transcritos dos dois grupos focais as semelhanças nas falas, repetições e então, a junção dos trechos que se assemelhavam entre si, perfizeram nesse propósito, 3 categorias principais e 5 subcategorias emergiram no contexto do grupo focal como assim se apresentam no Quadro 6.

Nesse sentido, com textos disparadores, as categorizações assim emergiram melhor organizadas a partir das seguintes temáticas: 1) a inserção do Farmacêutico na equipe mínima da ESF; 2) atuações dos Farmacêuticos quando preservadas as suas presenças em tempo integral na ESF e, 3) As vivências interprofissionais entre o Farmacêutico e a equipe.

<p>1. A inserção do Farmacêutico na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família</p>	<p>1.1 O processo de reconhecimento da equipe sobre o papel do Farmacêutico no SUS.</p>
<p>2. Atuações dos Farmacêuticos quando preservadas as suas presenças em tempo integral na ESF.</p>	<p>2.1. Suporte aos usuários atendidos diretamente na farmácia, com vistas ao alcance da integralidade. 2.2. Ações relacionadas aos programas de saúde que poderiam não acontecer na ausência do Farmacêutico.</p>
<p>3. Sobre as vivências interprofissionais entre o Farmacêutico e a equipe.</p>	<p>3.1. O Farmacêutico nos grupos de saúde com a equipe. 3.2. As intervenções junto aos pacientes e a equipe de saúde.</p>

Quadro 6 - Categorização das falas expressas, Guarujá, 2020.

Segundo Bardin (2011), os objetivos da análise de conteúdo são: julgamento da mensagem com a convicção de existir a generalização de algumas leituras, emanadas pelos emissores do conteúdo, que é observada subjetivamente pelo pesquisador; melhoria da qualidade da investigação, pois se é frutífera a observação “rasa” da pesquisa, estabelecer sua análise, enriquece os meandros não intuídos pelo investigador. Este tipo de abordagem, portanto, além de consubstanciar a hipótese dada pelo investigador, com a descoberta de perspectivas identificadas no processo, arremessa o trabalho no quesito de coleta de provas dessa hipótese, a partir dessa constatação.

Ainda, de acordo com Bardin (2011), quando se depara com tal sistematização, percebe-se que a análise de conteúdo trata de método profundamente empírico, pois estabelece dependência “à fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo”.

5.4.1.1 A inserção do Farmacêutico na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família.

Neste capítulo serão apresentados os cenários que demonstram as atuações da equipe frente à inserção do Farmacêutico na equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família.

5.4.1.2 O processo de reconhecimento da equipe sobre o papel do Farmacêutico no SUS

A maior causa de intoxicações no Brasil é reproduzida pelo uso indevido de medicamentos. É o país que registra um dos maiores índices nos consumos de medicamentos psicotrópicos, dentre eles, zolpidem, clonazepam, midazolam, nitrazepam, diazepam, alprazolam (BRASIL, 2018).

Na Baixada Santista, não é diferente. Uma pesquisa que analisou amostras de água do mar da zona costeira de Santos, e que recebe mais de sete mil metros cúbicos de esgotos do emissário submarino encontrou inúmeros fármacos e seus metabólitos, como anti-inflamatórios, anti-hipertensivos e até mesmo cocaína despejados na baía (PEREIRA *et al.*, 2016).

“Verifica-se que o princípio é o mesmo para todas essas populações: o medicamento é visto como meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens. O controle dos corpos e a cultura da medicalização em uma sociedade que funciona de uma forma mais prática, pode fazer com que muitas vezes as pessoas sintam que precisam se automedicar.” (BRASIL, 2018, p. 15).

[sobre os alunos de medicina]

“[...] Então a gente está conseguindo fazer essa visão mudar de algumas formas, esse projeto eu acho maravilhoso, deles virem passar conosco na assistência básica, e passarem um tempo com todos os profissionais, então eles não ficam focados só na parte médica, eles veem que isso é um conjunto e quanto isso é importante. Isso é maravilhoso.” (Participante Enseada).

“[...] Agora, na saúde da família sim, a gente pode orientar, que é o que a gente faz, né, a gente tem o acesso fácil ali, né. Pelo menos onde eu trabalho é bem menor, é muito fácil o acesso da família, né, e os médicos, então, eu acredito que ali um pouquinho, o trabalho que a gente faz, já dá um retorno grande para a população, viu?!” (Participante Astúrias)

[sobre pacientes procurarem orientação farmacêutica]

“[...] lá eles queixam muito que os médicos mal olham para a cara deles, então eles entram no consultório e falam o que eles têm, o médico, alguns nem examinam, fazem a prescrição e acabou. Aí eles realmente vão perguntar.” (Participante Tortuga).

Nesta discussão ficam notadas as contribuições dos Farmacêuticos para a promoção da saúde. Mesmo que a lei 5991/73 tenha reduzido o papel social do profissional, conferindo ao medicamento uma função mais mercantilizada, atualmente o SUS municipal atua nesse resgate. *“O uso irracional de medicamentos é um importante problema de saúde pública; portanto, é preciso considerar o potencial de contribuição do farmacêutico e efetivamente incorporá-lo às equipes de saúde”* (VIEIRA, 2007, p. 219).

Se a fala a respeito da medicalização do cuidado e sua conseqüente medicamentação aprofundam as dificuldades de se estabelecer uma estratégia de saúde que rompa com este pensamento, é possível verificar que o Farmacêutico junto à equipe tem contribuído para essa mudança, tanto com os demais profissionais quanto com a população assistida.

5.4.2 Atuações do Farmacêutico quando preservada a sua presença em tempo integral na ESF

As falas expressadas levam a crer que muitos silenciamentos são abolidos quando garantida a iniciativa do Farmacêutico em tempo integral, serão indicadas a seguir:

5.4.2.1 Suporte aos usuários atendidos diretamente na farmácia, com vistas ao alcance da integralidade.

As afirmações constatadas foram precedidas das seguintes indagações: **“Quem o usuário procura na unidade para receber orientação sobre medicamentos”, ou “Os profissionais da unidade procuram o Farmacêutico para tirar dúvidas relacionadas à sua atuação”; “Muitos pacientes veem os Farmacêuticos como mais acessíveis para alcançar outras ações de saúde, relacionadas à equidade.”; “A preocupação da garantia do tratamento medicamentoso para todos com economicidade”;**

Aqui serão evidenciados os resultados que revelam a atuação do profissional Farmacêutico junto aos usuários e a equipe para o alcance do princípio integralidade.

“[...] Agora, na saúde da família, sim, a gente pode orientar, que é o que a gente faz né, a gente tem o acesso fácil ali, né. Pelo menos onde eu trabalho é bem menor, é muito fácil o acesso da família, né, e os médicos, então, eu acredito que ali um pouquinho, o trabalho que a gente faz, já dá um retorno grande para a população, viu?!” (Astúrias)

[sobre a dificuldade da paciente em solucionar um problema ortopédico]

“[...] Foi identificado o problema, repassado para a enfermeira, A gente teve essa troca, com a enfermeira, que ficou ciente do braço. Teve o encaminhamento, mas para ela não ficar sem nada nesse período, a gente acessou o NASF para ela.” (Enseada)

“[...] eu tenho bastante inclusão, em todos os projetos, em toda a parte terapêutica os médicos da minha unidade assim, também são bem acessíveis e eles perguntam de medicamento mesmo sem vergonha, sempre, tipo, ah, eu que prescrevo” (Guaiuba)

[no tratamento de tuberculose]

“[...] encaminho o paciente para as técnicas, mas eu que solicito também, eu que tenho que procurar passar pela consulta, né?! Eu já marco a consulta pra eles [...] Assim, eles não deixam de ir no médico, eles não deixam de ir no enfermeiro, se você puder agilizar o processo, sabendo que a demanda é grande, eu acho válido.” (Astúrias).

“[...] Vem gente até perguntando, querem saber onde tem clínica de pessoas alcoólatras, querem tirar dúvida e a gente fala onde tem. A gente é mais acessível pra tirar dúvidas de várias coisas” (Monduba)

“A ‘integralidade’ como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade” (Pinheiro, 2009, p.258).

Assim, entende-se que essas novas atitudes, advindas do âmbito Farmacêutico do SUS, devem ser concebidas à ótica da integralidade, pois remodela o sistema de saúde hoje predominante e compõe junto à equipe atividades diferenciadas que levam a resultados de saúde por meio de processos de intervenções especificamente no nicho da Farmácia. Assim, a integralidade, na objetividade de perfazer o processo do cuidado cumprindo em si a universalidade e equidade, leva a imagem-objetivos que situa nesta pesquisa, o Farmacêutico como um articulador chave de um novo processo e uma nova visão no modo de fazer a saúde. O alcance da integralidade, necessariamente nesse caso, se conquista a partir do enquadramento do profissional em questão no cenário de colaborador do campo uso racional de medicamentos e de um resolutivo articulador das questões encontradas no serviço de saúde.

5.4.2.2 Ações relacionadas aos programas de saúde que poderiam não acontecer na ausência do Farmacêutico.

As indagações que provocaram reflexões relacionadas às ações de saúde que poderiam não acontecer na ausência do Farmacêutico foram: **“Na ausência do Farmacêutico, existem outros profissionais que atuam para o uso racional de medicamentos”**; **“Nos programas da ESF, como visita domiciliar, descarte de medicamentos e outros, o Farmacêutico realiza tarefas diferentes, que outros profissionais não o fazem.”**; **“Caso a atuação do Farmacêutico não ocorra em tempo integral, as iniciativas geradas pela área permanecem prejudicadas.”**;

“Em lugares diversos SUS, não existe a atuação de Farmacêuticos nos exames diagnósticos realizados, relacionados aos testes rápidos”; O Farmacêutico é responsável por criar iniciativas educativas em saúde, junto à comunidade, em espaços diversos à unidade de saúde;

Nesta subcategoria foram incluídas as falas que demonstram atividades relatadas pelos Farmacêuticos que seriam prejudicadas, caso estes não mantivessem as suas atuações em tempo integral.

“[...] no uso racional de medicamentos, respeitar posologias, evitar automedicação, são atitudes de acordo com nossa área de atuação.” (São Pedro)

“[...] na visita é que eu pego isso, com uma forma bem mais clara, é bem mais evidente que o acesso a algumas partes dos medicamentos e orientações ao paciente, normalmente outro profissional não verificaria [...] mas eu cheguei lá e eu peguei coisa errada, em relação aos medicamentos.” (Enseada)

“[...] eu também concordo com o que a Enseada falou, que eu acho fundamental nas visitas domiciliares, a nossa presença e eu pego muito idoso, que eles não sabem que remédio eles têm que tomar de manhã, que remédio eles têm que tomar à tarde, que remédio eles têm que tomar à noite” (Tortuga)

“[...] Sem contar das administrações dos medicamentos de tuberculose, lá a gente faz teste de gravidez, o TIG, então tem várias outras atividades que a farmácia faz, que se não tivesse o Farmacêutico, ficaria prejudicado.” (Iporanga)

“[...] É uma coisa que não conseguiria ser realizado se não tivesse o farmacêutico naquele momento [...] Porque não teria o profissional com a visão pra poder enxergar qual seria a intervenção necessária naquele caso” (Enseada)

A busca pelo uso racional de medicamentos (URM) não deve somente levar em consideração diversos fatores extrínsecos, dentre eles, o ato da prescrição, mas sim o desenvolvimento de tecnologias produtivas e sociais que conversem com a imagem-objetivo, seja sobre os benefícios dos medicamentos, ou à interrupção do

processo da doença. Implica assim, o cuidado em saúde considerando o fator social no contexto em que o usuário está inserido. Não se trata, portanto de um processo simplório de convencimento e educação em saúde (Manzini *et al.*, 2015)

*“o que é “racional” está relacionado com as formas de entendimento, pelo uso da “razão”, e isso se diferencia conforme acredita ser o certo, a verdade. Cada pessoa ou cada grupo social baseia-se em suas experiências da realidade concreta e em suas crenças para definir o que é ou não a verdade – impactando, diretamente, sobre o que é considerado racional quando o tema é uso de medicamentos” (MANZINI *et al.*, 2015).*

Assim, o fenômeno social da prática no cuidado é fator preponderante dos profissionais de saúde, e necessariamente o Farmacêutico deve procurar as melhores estratégias do cuidado para o alcance, então, do URM (MANZINI *et al.*, 2015).

Retomando a fala sobre conceito integralidade do SUS, observa-se mais uma vez que os resultados coletados demonstram alcances de subjetividades de usuários por meio do atendimento Farmacêutico, abrindo a este profissional um leque de opções que mesclam necessidades e suas atuações no SUS. Pode-se assegurar assim, que para firmar a conquista do uso racional de medicamentos nos espaços de saúde do âmbito do SUS, a atividade do profissional Farmacêutico devem se estabelecer e consagrar-se, trazendo suas funções à normalização frente ao olhar da equipe, que já entende esse papel e naturalmente busca apoio dos assuntos correlatos ao âmbito do profissional Farmacêutico.

“[...] Não diferente, eu faço tarefas que têm a ver com a minha área de atuação. No descarte de medicamentos, quem tem que falar sou eu” (São Pedro).

“[...] na ausência do farmacêutico, não aconteceria.” (São Pedro).

“[...] o pessoal da unidade tem essa visão, eles ajudariam ela de outra forma, mas essa questão medicamentosa, eles não conseguiriam fazer essa abordagem de fato.” (Enseada).

“[...] Próximo aos outros municípios até às outras funções, né, do Farmacêutico, que são inúmeras, eu acho que nós somos sim, inovadores.” (Tijucopava).

“[...] eu me sinto fundamental, tanto na parte de tirar dúvidas dos profissionais, dos dentistas, dos médicos, das enfermeiras, quanto em ajudar no grupo do Tabagismo, fazer testes rápidos nos pacientes. Eu acredito que a gente preencha um espaço que muitas vezes outros profissionais não têm tempo pra fazer” (Sangava).

“[...] no planejamento familiar, quando fala muito de anticoncepcional, de várias coisas, elas não sabem dar informação [as enfermeiras]. Daí elas me chamam e eu passo para os pacientes e elas, ah, eu não sabia disso, elas acabam aprendendo assim” (Guaiuba).

É possível criar uma conexão dessas falas, de que os silenciamentos são evitados, mais uma vez levando à evidência de que o profissional Farmacêutico apoia o eixo integralidade pelo fato da equipe internalizar o processo de trabalho do Farmacêutico e este, por sua vez, corresponder aos anseios a ele creditados. Neste sentido sabe-se que tal prerrogativa, de certa maneira rompe os vieses e favorece à completa trajetória que o usuário percorre dentro da Atenção Primária à Saúde, não mais moldada à antiga proposta da medicalização do cuidado, mas como também do apoio que necessita para o alcance de qualidade de vida.

Exemplificando no que a ideia integralidade apoia, Mattos e Pinheiro (2009) evidenciam que a integralidade é alicerçada em três acepções: traço da boa medicina, organização das práticas, meios em que o governo resolve problemas específicos de saúde.

O traço da boa medicina preverá o cuidado do paciente com a interação com o usuário, sem que se pense no indivíduo como um aparelho biológico ou intrinsecamente na doença que o acomete. Enxergar o usuário desta maneira cria silenciamentos. Portanto, o profissional deve atribuir no acolhimento, a fala qualificada e a prevenção em saúde com uso de tecnologias leves de saúde (MATTOS e PINHEIRO, 2009).

A forma de organizar as práticas, neste entendimento, poderia relacionar a teoria com o desenho das redes de atenção à saúde e linhas de cuidado, pois nelas

devem permear atividades que articulem os serviços, de maneira horizontalizada, identificando as situações de risco dos pacientes, reduzindo a fragmentação do percurso do usuário no serviço entre demanda espontânea e programada (MATTOS e PINHEIRO, 2009).

Já as iniciativas governamentais, ainda definidas pelo autor, atendem o conceito integralidade quando o serviço cria mecanismo para atender determinados grupos populacionais (MATTOS e PINHEIRO, 2009).

Logo, a perspectiva do cuidado que o uso racional de medicamentos deve estabelecer, a partir da expectativa do acolhimento do usuário, esses resultados localizam as rupturas que o silenciamento causa com a presença do profissional no ambiente da Atenção Primária à Saúde, concatenadas essas atuações com o que o eixo integralidade do SUS conduz.

5.4.3 Sobre as vivências interprofissionais colaborativas.

Nesta categoria serão esmiuçados resultados que revelem algumas atitudes que levam a crer que o Farmacêutico, em determinadas atividades agem em colaboração junto à equipe. Foram divididas em 3 subcategorias, mencionadas a seguir.

5.4.3.1 O Farmacêutico e a equipe demonstrando atividades interprofissionais.

As indagações lançadas como disparadoras deste tema foram: **“Existe respeito mútuo entre a equipe o Farmacêutico.”**; **“Os profissionais da unidade procuram o Farmacêutico para tirar dúvidas relacionadas à sua atuação.”**; **O Farmacêutico se entende como peça-chave na formação dos profissionais na equipe”**.

Foram encontradas falas que convergem para os temas, que são:

[a enfermeira sempre quando em equipe]

“[...] sempre que chamavam no pré-natal, pra fazer o teste rápido junto com elas né, eu acompanhava, ajudava na equipe ali no pré-natal, fazia o teste rápido delas” (Astúrias).

“[...] a gente trabalha em grupo, com a educadora física, com a psicóloga, com assistente social, a rotina já são juntas” (Praia do Góes).

“[...] Pra envolver todos da equipe. Faltou? A gente manda fazer busca ativa. Uma vez ao mês, eu vou lá e agendo uma consulta de enfermagem. O enfermeiro vai atender, vai solicitar exames. Se for necessário passar por médico, vai passar, pra todos estarem envolvidos. (São Pedro).

“[...] Já dou a orientação compartilho com a equipe o que é realizado e como tem que ser realizado. E o porquê” (Enseada).

“[...] Eu acredito que a gente preencha um espaço que muitas vezes outros profissionais não têm tempo pra fazer, ou porque a gente acaba completando, eu acredito que a gente completa a equipe” (Sangava).

Nas falas relacionadas é possível compreender que os Farmacêuticos se reconhecem como parte integrante da equipe, quais atividades importantes que desenvolvem e o respeito que conquistaram com o passar do tempo, participando das atividades em parceria e colaboração.

Levando em consideração os resultados da AITCS II-BR nesse momento em que são reveladas as percepções dos Farmacêuticos para a interprofissionalidade, é perceptível compreender que a tendência é de que eles desenvolvem-se para tal articulação. É fato que os exercícios de parceria, colaboração, respeito mútuo e reconhecimento enquanto interprofissionais deve ser baseado na educação interprofissional, ou seja, a equipe deve intencionalmente ser provocada para o tema. Mesmo assim, é compreensível avaliar que o SUS, no campo da ESF é terreno fértil para a atividade proposta. Ainda assim, os aspectos relacionados às técnicas de melhoria do acolhimento aos usuários, devem ser explorados, para que os profissionais atuem plenamente na perspectiva interprofissional.

D'amour *et al.* (2005), enfatizam que a base da colaboração interprofissional é fator preponderante para melhoria da eficácia dos serviços de saúde ofertados para

o público. Citam o papel da parceria no contexto da colaboração, que é o envolvimento de duas ou mais ações em conjunto, inter-relacionando as aberturas entre os participantes, confiança mútua, respeito, no sentido de conhecer e valorizar a decisão do outro. A cooperação, assim, permanece favorecida por estratégias que levam a objetivos comuns e específicos, reconhecendo-se nesta elucidação, a interdependência dos atores envolvidos, que soma as ações dos profissionais e multiplica-se em melhores resolutividades das necessidades dos usuários.

A pesquisa da autora também conceitua o quesito “poder” na colaboração, ligado ao empoderamento dos atores na equipe para a construção do conjunto. Cita que processo permanece como conceito adicional, encarado como dinâmico, caracterizado como competências comuns, específicas e colaborativas (D’AMOUR, *et al.* 2005).

Uma das falas observadas como negativa foi sobre a necessidade do profissional desenvolver melhor engajamento com os colegas de trabalho, identificada a seguir:

“[...] na Atenção Básica a gente tem uma postura mais ativa, mas infelizmente em Drogaria o Farmacêutico acaba se acomodando no ato de dispensar [...] Então, alguns pacientes nos enxerga como dispensadores por conta disso” (São Pedro).

Parte dessa estagnação se deve ao fato da ausência do dinamismo do Farmacêutico e a equipe de saúde, a bagagem carregada do âmbito da Drogaria, propicia esse comodismo, onde os Farmacêuticos mais ocupam espaço. De acordo com o relatório técnico sobre o perfil do Farmacêutico no Brasil, do Conselho Federal de Farmácia (CFF) (2015), 52,2% dos Farmacêuticos no país trabalham em drogarias, enquanto 10,9% fazem parte da saúde pública.

O processo de formação do profissional, que o configura voltado para o perfil de administrador, deprecia as novas formas de atuar, prejudicando o engajamento desse ator social quando assim inserido na Saúde Pública.

“Nas últimas décadas, o farmacêutico reorientou sua formação principalmente para o medicamento, esquecendo-se de seu objetivo principal que é o paciente. [...] Devido a isso, a profissão farmacêutica tem passado por transformações no perfil desse profissional, centrando sua formação acadêmica no cuidado aos pacientes, através da implantação do currículo generalista, que

permite ao farmacêutico integrar-se profissionalmente ao sistema de saúde, assumindo um papel importante na informação sobre a utilização correta dos medicamentos e desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica (Araújo et al., 2008, p. 616).

5.4.3.2 As intervenções junto aos pacientes e a equipe de saúde.

Esta subcategoria envolve a relação dos pacientes junto aos Farmacêuticos e à equipe. Nelas estão descritas as reflexões provocadas pelos seguintes temas: **“Junto à equipe o Farmacêutico realiza o monitoramento de cada tratamento, tornando-se o articulador desse cuidado para facilitar a comunicação dos profissionais envolvidos nessa situação”**; **“O Farmacêutico no projeto terapêutico singular (PTS) é incluído para o desenvolvimento do cuidado daquele usuário.”**; **“Junto à equipe o Farmacêutico realiza o monitoramento de cada tratamento, tornando-se o articulador desse cuidado para facilitar a comunicação dos profissionais envolvidos nessa situação.”**; **“Os profissionais entendem o papel do Farmacêutico quando o assunto é relacionado às diretrizes terapêuticas estipuladas pela ANVISA e CONITEC”**.

“[...] lá nos grupos de Hipertensão eu oriento o paciente pra quando vai a dois serviços diferentes, levar a receita pro médico saber o que ele já está tomando ou não [...] deixo na farmácia, pego o prontuário, converso com a médica [...] se ela vai querer pedir exames, é feito esse serviço lá na unidade em que trabalho.” (São Pedro).

“[...] Então a gente foi conversar com o médico que não ia ter necessidade dessa insulina, que ia prescrever um medicamento via oral.” (Astúrias).

“[...] Dona Maria, a senhora está tomando errado, vamos de novo, eu explico pra ela, aí, [...] chamei um médico e uma enfermeira, pra gente poder sentar, pra ver o que vai fazer com ela, pelo menos ter uma receita só...” (Praia do Góes).

“[...] ela tava com dose excessiva de haloperidol injetável, e isso foi tema de diversas reuniões que eu participei, no CREAS, vários lugares eu fui, me chamaram, participei, dei as minhas opiniões sobre ela, fui diminuindo a dose dela, a gente ajustou, teve um ajuste de dose e hoje ela está ok.” (Enseada).

“[...] a gente tem essa abertura muito bacana pra poder participar, em várias unidades, tem a APAE, que a gente sempre vai também, fazer as ações lá e nas escolas.” (Enseada).

“o filho tava reprovando, então, o Conselho Tutelar veio na minha unidade, pra ver o que estava acontecendo, na realidade assim, o pé dela [da mãe] tava inchando por causa do medicamento da TB, e ela não conseguia levar o pequeno, mas os outros dois estavam indo, então, assim, às vezes cria-se um tumulto que a gente está dia a dia [acompanhando].” (Pitangueiras).

Khalili *et al.* (2019) produziram um documento que fomenta a “*Orientação sobre pesquisa global em educação interprofissional*” e explicam que a educação interprofissional e a prática colaborativa possuem potencial para atender aos anseios de quatro objetivos importantes para melhoria da qualidade de vida dos usuários: melhorar a qualidade do cuidado, melhorar a saúde das comunidades, reduzir os custos da prestação dos serviços e melhorar a experiência dos profissionais em saúde.

Assim, o que se percebe é que além das atuações do Farmacêutico revelar-se muito concatenadas com os anseios dos usuários, em um ambiente de Farmácia, incluído na unidade de saúde, é possível resgatar pacientes que aparentemente já haviam percorrido toda a rede para que fossem atendidos, contudo a visão além do ato de entrega do medicamento, confirmam o papel do Farmacêutico como profissional consagradamente atuante na equipe e no cuidado em saúde.

5.4.4 As impressões registradas pelo Farmacêutico sobre suas concepções acerca do trabalho em equipe.

Neste capítulo serão demonstrados os resultados sobre as percepções dos Farmacêuticos a partir de seus registros escritos, baseados nos seguintes temas: **“Para você o que é trabalho em equipe?”; “O que você compreende por Prática Interprofissional Colaborativa?”; Para você qual a relação entre Trabalho em Equipe e a Prática Interprofissional Colaborativa?”; “Por favor, sobre o**

trabalho em equipe do qual você está inserido (a) na estratégia da Saúde da Família, deixe aqui suas contribuições com relação às potencialidades, fragilidades e sugestões.

*“[...] Trabalho onde existe cooperação de várias pessoas para o mesmo objetivo.”
(Góes).*

“[...] É quando cada profissional de áreas diferentes que para um objetivo precisa se unir para obter um resultado positivo.” (Éden).

*“[...] Onde em um grupo cada um faz a sua parte para atingir um objetivo comum.”
(Guaiuba).*

“[...] É integrar experiências e aprendizados, somando conhecimentos para um bem comum.” (Praia Branca).

“[...] Entendo que é a prática em equipe em que cada profissional colabora com seu conhecimento na sua área.” (Moisés).

*“[...] É uma atividade exercida por vários profissionais da saúde na qual colaboram com seu conhecimento profissional para resolver um problema de saúde.”
(Monduba).*

“[...] A ajuda mútua entre profissionais de diversas áreas visando um resultado único.” (Pitangueiras).

“[...] Quando os membros de uma equipe compreendem o papel de cada indivíduo, empregando suas funções paralelamente, porém, engrenados” (Praia Branca).

“[...] Ambos envolvem a colaboração entre os membros da equipe. Mas no trabalho em equipe cada um faz a sua parte, já no interprofissional há uma junção de conhecimentos.” (Enseada).

“[...] Nessa equipe o que sinto um pouco de fragilidade, é que o contato com o

médico é bem difícil, diferente de outras equipes que trabalhei.” (Góes).

“[...] Eu senti uma enorme responsabilidade e importância principalmente no grupo de Tabagismo. Todo o grupo de tabagismo deveria ter o farmacêutico atuante pois faz total diferença.” (Sangava).

Com as alegações é possível perceber que a maior parte dos entrevistados compreende de certa maneira o significado do trabalho em equipe e da Prática Interprofissional Colaborativa.

O fato de manterem o sentimento de pertencimento a respeito do assunto, mesmo que empiricamente, se deve aos colaboradores atuarem na saúde da família por um período considerável. As equipes bem consolidadas levam aos seus atores se respeitarem mutuamente e agirem rumo à Prática Interprofissional Colaborativa.

Machado (2020), por meio da metodologia “revisão de escopo” buscou publicações que envolviam a interprofissionalidade com a participação de estudantes do curso de farmácia, das 147 pesquisas mantidas, após etapa de exclusão, somente uma é brasileira. Foram encontrados artigos publicados entre os anos de 2014 e 2018, cuja maioria das publicações é dos Estados Unidos. Um dos achados foi a percepção de que, apesar da pesquisa focar na formação do profissional Farmacêutico, e isto entendido como viés da pesquisa, ficou percebido que sua atuação na interprofissionalidade foi expressiva.

Nesses questionamentos, foi importante perceber o quanto o profissional pesquisado entendia sobre a repercussão do trabalho em equipe e a Prática Interprofissional Colaborativa. É possível identificar que os participantes definem de uma forma muito próxima as relações entre trabalho em equipe e Prática Interprofissional Colaborativa. Contudo alguns pesquisados demonstram compreender acerca do assunto, com alguma dificuldade de distingui-los. Provavelmente o processo da Educação Interprofissional da Graduação, pode de certa maneira contribuir para aclarar o que trabalho em equipe e Prática Interprofissional Colaborativa significam.

Segundo a cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Educação à Distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (SEDIS-UFRN, 2018), que enfatiza a importância de se construir caminhos

para a Educação Interprofissional no Brasil, o processo de educação “uniprofissional” e disciplinar gera limitações e necessita ser revisto. Isto ficou evidente com o advento do SUS, quando os profissionais agiam em conjunto, porém restou nítido que o processo de formação de cada um desses atores de maneira desarticulada, levava ao âmbito profissional também a separação das funções entre si, gerando verdadeiras incongruências no cuidado, trabalho desarticulado, muitas vezes duplicados, dificuldades de comunicação, o que traz gastos desnecessários e repetição dos processos de saúde.

Assim, segundo Khalili *et al.* (2019), a interprofissionalidade rumo à prática colaborativa não só relaciona essa estruturação, mas coexiste a partir de determinadas repercussões entre a equipe. Ainda contextualizam que educação interprofissional contempla tanto o estudante quanto os profissionais de saúde, que aprendem uns com os outros para melhorar a colaboração e a qualidade da atenção e dos serviços.

Alguns pontos positivos evidenciados foram aqueles relacionados à capacidade de liderança compartilhada de determinados profissionais nas equipes, destarte, muitas falas relacionaram a sobrecarga de serviço dificultando determinados avanços, como o monitoramento correto na tuberculose, encontradas algumas dificuldades nesse aspecto:

[sobre o manejo no tratamento de tuberculose]

“[...] eu faço isso também, mas eu tento incluir a equipe, porque eu acho errado ficar responsável por absolutamente tudo” (Enseada).

“[...] Mas não é só ele, os agentes de saúde também eu cobro a participação deles, porque eu falo pra eles, ó, o paciente é seu também, é da equipe, não é meu paciente. É da equipe.” (Enseada)

“[...] Eu sigo a linha de raciocínio da Enseada, Quando eu entrei lá tentaram implantar para que segurasse a tuberculose por inteiro, aí quiseram implantar, de deixar as guias assinadas pra eu solicitar exames, daí eu falei: aí eu vou perder o foco não vou ter mais pernas pra fazer isso” (São Pedro)

ONG *et al.* (2019) estudaram como funcionava o desempenho entre a equipe tradicional e aquela onde existe a colaboração, revelando a liderança compartilhada nos ambientes de saúde. Assim, enfatizam que a respectiva liderança refere a uma propriedade da equipe que compreende responsabilidade compartilhada e influência mútua entre seus membros, por meio do qual eles se lideram em direção à qualidade e segurança do atendimento.

Outro aspecto igualmente importante notado por Ong *et al.* (2019) foi que a depender da equipe, determinada classe profissional sente-se mais empoderada a agir com perfil de liderança compartilhada do que os demais envolvidos daquele conjunto, exemplificando o quanto a enfermagem se assume mais empoderada em uma equipe de psiquiatria ou o quanto o residente de medicina assim também se sente em equipes de menor desempenho. Nesta vertente pode-se atribuir que o Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família detém esse comportamento, onde, neste contexto, ele colabora para a liderança compartilhada.

6. PRODUTO TÉCNICO

6.1 Justificativa

Este produto técnico foi desenvolvido a partir da pesquisa intitulada como “O FARMACÊUTICO NA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A INTERFACE COM A INTERPROFISSIONALIDADE”, apresentada no Programa de Ensino em Ciências da Saúde do Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), desenvolvida no município de Guarujá-SP, com o intuito de identificar se o trabalho em equipe se configura para a interprofissionalidade e se o desenvolvimento do trabalho farmacêutico em tempo integral na Estratégia de Saúde da Família (ESF) apoia o princípio integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Intitulada como proposta de intervenção: *experiências exitosas interprofissionais na Estratégia de Saúde da Família*, esta produção foi inspirada dos resultados colhidos na pesquisa que evidenciou potencialidades e desafios para que o trabalho em saúde alcance cada vez mais perfis interprofissionais. A equipe, então, participou da investigação de caráter exploratório descritivo, de cunho qualitativo, cujos instrumentos utilizados foram a Escala de Avaliação Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR), criado por uma pesquisadora no Canadá, Carole Orchard (2015) e validado no Brasil a partir de uma adaptação transcultural por Rossit e Bispo (2019) e, o grupo focal, este realizado apenas aos profissionais Farmacêuticos desses estabelecimentos de saúde.

Da AITCS II-BR, obtiveram-se as médias em cada uma das 23 assertivas, como também as médias das dimensões parceria, colaboração e coordenação, estas sendo constituintes do instrumento. As respostas, assim que definidas e pontuadas, foram desmembradas: zona de perigo (vermelho), com médias entre 1,00 e 2,33 pontos que denotam a premente intervenção sob o cenário analisado; zona de alerta (amarelo), com médias entre 2,34 e 3,67 pontos, atribuindo-se problemas que se devem atentar para uma modificação do cenário pesquisado, sem o caráter de urgência; zona de Conforto (verde), cujas médias balizam nas casas entre 3,68 e 5,00, que demonstram boa percepção, assim auferindo àquela situação que a

pesquisa realmente demonstrou positividade do que fora estudado (PEREGO e BATISTA, 2016).

Assim, os resultados da presente pesquisa demonstraram que as dimensões parceria e cooperação se estabeleceram nas zonas de conforto. Já a dimensão coordenação, apresentou nível de concordância na zona de alerta, como evidencia o gráfico 1.

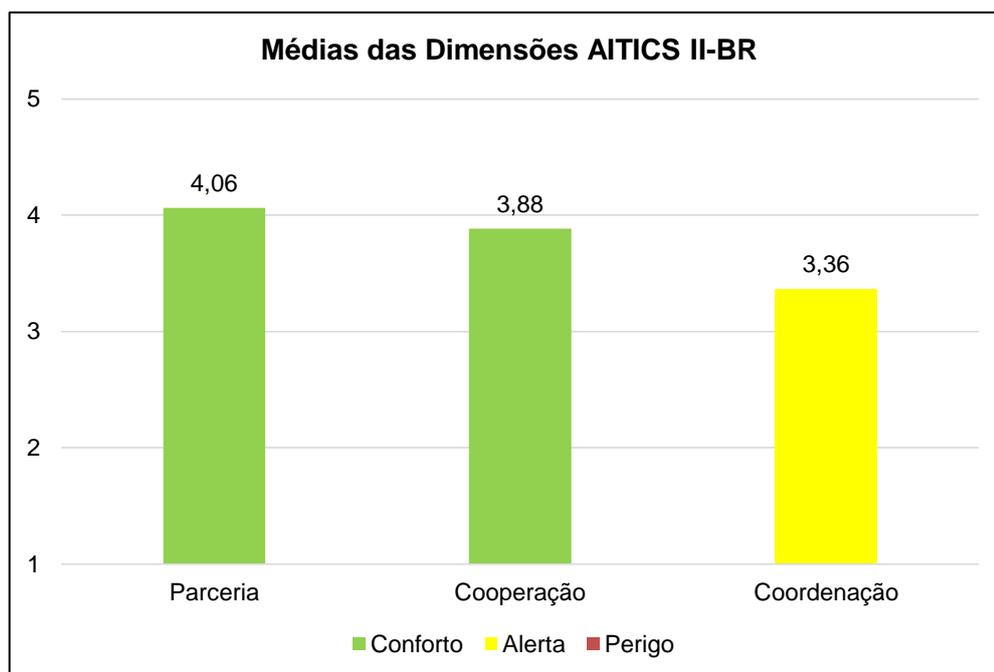


Gráfico 12 - Níveis de concordância atitudinais da AITCS II-BR

Pode-se assim compreender que a dimensão em zona de alerta requer esforços para que o panorama hoje existente seja modificado.

As dificuldades foram encontradas principalmente nos níveis de concordância relacionados à definição da liderança compartilhada e na necessidade da equipe compreender que os usuários devem participar das reuniões de equipe, como inserir as famílias nesse contexto.

Foi, então, a dimensão que apresentou menor média, de 3,36. Tais aspectos negativos podem estar atribuídos à carência de utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a ausência de prática e a falha de sistemática para a sua contemplação, prejudicando assim, a interprofissionalidade.

“Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) apresenta-se como importante ferramenta de formalização, uma vez que tenciona para a CIP [colaboração interprofissional], ao mesmo tempo em que propõe a clara divisão de tarefas, bem como a sistematização das ações e dos prazos. O PTS é uma metodologia de condução dos casos incluída na clínica ampliada, preconizada para a ESF... [...] o PTS é uma estratégia inovadora do SUS, que subsidia a prática interprofissional tomando como pressuposto a integralidade da atenção.” (ARRUDA et. al, 2018, p. 1.319).

Desconhecer ferramentas que amparam a equipe, é gerar silenciamento. Assim, mais uma vez se cita que o aprendizado sobre instrumentos que conduziram para um cenário interprofissional, cria possibilidades de melhoria do processo do cuidado dos indivíduos que frequentam os espaços de saúde. De alguma maneira, não é possível atribuir somente ao profissional o despertar para o aperfeiçoamento de sua atuação no SUS. Prover meios dentro do próprio SUS para que ele reconheça o universo de possibilidades em busca da melhor interlocução junto à equipe, certamente contribuirá com o desempenho de cada trabalhador da saúde no incremento dos temas que desencadeiam a interprofissionalidade e o processo sistematizado de cuidado no serviço de saúde. Entende-se assim, que a equipe exerça seu papel quando assim preparada por meio de formas de aprendizagens motivadoras, que desencadeiem bons resultados em curtos e médios prazos, para que se alcance a inclusão dos próprios pacientes e seus familiares às reuniões e discussões junto à equipe.

Essas evidências foram coletadas, pois, das 23 assertivas da AITCS II-BR, a enumerada como A22, apresentou média 2,91, a única posicionada na zona de alerta: “[...] escolhem juntos o líder para a equipe.”. Portanto, é possível perceber que alguns papéis não muito conhecidos para esses participantes e devem ser trabalhados. Um deles é o da liderança compartilhada.

ONG et al. (2019) frisam que a liderança compartilhada não tem só demonstrado benefícios na área da saúde, mas também em outros ambientes profissionais. Contudo, a aplicação desses princípios é particularmente eficiente na vivência interprofissional. Este achado pode remeter ao fato de que outras pesquisas já demonstraram que a liderança compartilhada funciona muito bem em determinadas equipes. Na saúde, a liderança compartilhada está bem alinhada ao grupo que já exerce a atividade interprofissional.

Uma característica bem evidenciada como liderança compartilhada por esses pesquisadores é o ganho que se tem com a heterogeneidade. Quanto mais diversificados os profissionais atuantes na equipe de saúde, mais os mesmos desenvolvem a liderança compartilhada, engrandecendo o sentimento de empoderamento sobre a atuação daquela equipe (ONG *et al.*, 2019).

Então, vale salientar que os desenvolvimentos do Projeto Terapêutico Singular, e da liderança compartilhada são situações que devem ser levadas em consideração, a partir de processos formativos no campo do trabalho no SUS para o alcance da interprofissionalidade nos ambientes de saúde da família pesquisados.

As análises dos resultados da AITICS II-BR por meio desta pesquisa então desencadearam determinadas reflexões sobre a interprofissionalidade.

Considerando que a Estratégia em Saúde da Família, nela englobados os Núcleos Ampliados em Saúde da Família, é a porta principal preferencial do SUS, permitindo que naturalmente as equipes interajam por atuarem no mesmo ambiente, é possível elucidar que os resultados que indicaram zona de conforto das dimensões parceria e cooperação, demonstram que os profissionais desses locais tendem a naturalmente estabelecer vínculos interprofissionais. Sendo assim, é possível compreender que a equipe possui muitos papéis que os desenvolve para a interprofissionalidade.

“O SUS e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são reconhecidos no contexto nacional e internacional como importante contribuição para reforma de sistemas de saúde que respondam de forma pertinente, tanto na dimensão tecnológica como ética, às necessidades de saúde das populações.

[...] Estudo do impacto da ESF mostra o sucesso da abordagem integral que articula ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, o que requer atuação integrada e colaborativa de um amplo elenco de profissionais de saúde para além do médico [...] daí o caráter eminentemente interprofissional da atenção à saúde e da formação dos profissionais.” (PEDUZZI, 2016, p. 201).

Assim, o espaço do SUS admite mesmo que por intuição, a articulação da equipe, bem apresentada nesses resultados.

Em contrapartida, o processo de formação dos profissionais de nível superior não é desenvolvido dentro da Educação Interprofissional. Esse viés corrobora com a

atuação uniprofissional ainda existente, dificultando o compartilhamento do poder e o alcance da integralidade.

Atualmente, a Educação Permanente no local pesquisado ainda não conta com corpo técnico adequado e tem se esforçado, apesar da vontade de ampliar, apenas nas questões relacionadas à Residência Médica. É preciso expandir a educação permanente para abranger a equipe da Estratégia em Saúde da Família e NASF. Vê-se então como iniciativa fundamental, a construção de aprendizados sobre os instrumentos capazes de criar perfis de competência interprofissionais, incluindo nas discussões os temas: Projeto Terapêutico Singular, clínica ampliada, Atenção Centrada no Paciente, liderança compartilhada para a educação interprofissional já nos ambientes de trabalho.

O princípio integralidade no SUS é delineado por meio de uma bandeira de luta, desenvolvido com o intuito de modificar cenários hoje existentes com atitudes que compreendem uma série de iniciativas que levem à imagem-objetivo. Deve se alicerçar no propósito de se conquistar ações de saúde inimagináveis, e que de alguma forma rompa silenciamento para a conquista dos usuários pelo direito integral à saúde.

Assim, por meio da pesquisa foi possível identificar que o Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família, quando preservada a sua atuação em tempo integral em cada um desses ambientes de saúde, é suficientemente capaz de desenvolver atividades que convergem para as inquietações estabelecidas no campo da Assistência Farmacêutica.

Ficou percebido, juntamente com a equipe, que a presença desse profissional, configurado como participante da equipe mínima obrigatória da ESF gera atitudes que apoiam o eixo integralidade, que ele ocupa espaço cativo nas visitas domiciliares, nos programas de aleitamento, de tuberculose, de tabagismo, alcançando o uso racional de medicamentos. Permaneceu entendido, também, que sem este ator social, o engajamento em atitudes de orientação farmacêutica é abstraído, gerando prejuízo às iniciativas preconizadas pela Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Desse modo, a Justificativa deste produto técnico é do município organizar um evento interprofissional, estimulando que as equipes das unidades da ESF e demais espaços de saúde apresentem experiências exitosas conquistadas pelo trabalho

desenvolvido, que afeiçoem a compreensão sobre o tema, como é possível transformar sua atuação para um espaço de saúde a cada dia mais colaborativo.

6.2 Público-alvo

A proposta deste produto técnico será destinada a todos os profissionais que atuam em equipe, aqueles incluídos na Atenção Primária em Saúde, abrangidas a Atenção Básica, a Estratégia em Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Consultório de Rua.

6.3 Objetivos

Aproximar as equipes de saúde do município para o desenvolvimento do tema interprofissionalidade; estimular experiências que revelam espaços de colaboração; demonstrar a toda equipe as experiências exitosas das unidades; criar novos protocolos de trabalho em equipe nesses espaços de saúde.

6.4 Delineamento da proposta de intervenção

A proposta de intervenção: *“experiências exitosas interprofissionais na estratégia de saúde da família”* será viabilizada conforme a seguir.

6.5 Das regras gerais

- (a) A Conferência Interprofissional de Saúde do município de Guarujá acontecerá anualmente;
- (b) Será criada uma comissão organizadora para realização da Conferência Interprofissional no município de Guarujá;
- (c) A Educação Permanente municipal participará da organização do evento;

- (d) O Departamento Regional de Saúde IV (DRS IV), por meio do Núcleo de Educação Permanente (NEPS Regional), será convidado a participar do evento;
- (e) O Grupo de Pesquisas em Educação Interprofissional da Unifesp (GPEIS), *campus* Baixada Santista colaborará com as atividades da Conferência.
- (f) Os participantes da Conferência Interprofissional serão compostos por profissionais de saúde e/ou do serviço social, incluídos os Agentes Comunitários de Saúde, atuantes na Atenção Primária em Saúde;
- (g) A exposição do trabalho poderá acontecer de duas maneiras: por banner ou por meio de apresentação por web conferência em qualquer aplicativo de apresentação de slides;
- (h) Os banners devem ser apresentados no dia da conferência, conforme modelo anexo (Apêndice 1);
- (i) Os três melhores trabalhos apresentados serão classificados em primeiro, segundo e terceiro lugar, sendo o primeiro eleito como o melhor trabalho e assim sucessivamente;
- (j) As experiências consideradas de significativa relevância e abrangência serão incluídas nos planos municipais de saúde para que sejam replicadas em todas as unidades de Atenção Primária em Saúde;
- (k) Todo profissional e equipe que apresentar seu trabalho receberá um certificado de participante e de expositor da Conferência;
- (l) O trabalho classificado como eleito em primeiro lugar será incluído no congresso do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP) ou a um congresso de âmbito interprofissional;
- (m) Os banners com melhores trabalhos serão expostos na Secretaria de Saúde pelo período de 3 (três) meses;

6.6 Das inscrições para a Conferência Interprofissional Municipal

- (n) O município de Guarujá abrirá inscrições para a Conferência Interprofissional de Saúde.
- (o) A conferência interprofissional acontecerá por meio de encontro presencial ou por web conferência
- (p) Os dias de Conferência iniciarão em uma sexta-feira, das 18h às 20h para a cerimônia de abertura, apresentação de um tema da área, com a participação de autoridade municipal e um membro da universidade; prosseguindo no sábado, a partir das 9h com as exposições dos trabalhos;
- (q) Cada apresentação terá 15 minutos de duração;
- (r) O prazo para envio das inscrições será de 1 (um) mês anterior à apresentação;
- (s) As inscrições serão abertas aos interessados, permanecendo a obrigatoriedade de cada serviço de saúde apresentar ao menos um trabalho.
- (t) Poderá inscrever uma pessoa do serviço de saúde ou a equipe de saúde interessada.
- (u) Será disponibilizado um formulário eletrônico para a devida inscrição;

APÊNDICE 1 DO PRODUTO TÉCNICO

MODELO DE PAINEL DE APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA



PREFEITURA DE GUARUJÁ
Secretaria Municipal de Saúde
1ª Conferência Municipal Interprofissional de Saúde



TÍTULO EM LETRAS MAIÚSCULAS

Autores: separados por ponto e vírgula

INTRODUÇÃO:

OBJETIVOS:

RESULTADOS:

TABELAS

GRÁFICOS

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

DISCUSSÃO:

REFERÊNCIAS:

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) foi possível compreender que os espaços de saúde da família pesquisados desenvolvem naturalmente atividades interprofissionais. Não se pode atribuir à questão da naturalidade desse acontecimento, à percepção ingênua de que a interprofissionalidade coexiste pelo fenômeno de geração espontânea. Acredita-se que se estabelecem pelos moldes que os ambientes de saúde pública possuem, com a diversidade de profissionais e programas de saúde, todos delineados para as atividades do trabalho em equipe. O Resultado da AITCS II-BR também revela que as articulações entre a equipe são facilmente desenvolvidas quando as ferramentas existentes para o desenvolvimento do cuidado em saúde ocorrem. No caso em questão, a AITCS II-BR demonstrou algumas fragilidades, ocasionadas muito provavelmente pela ausência de emprego dessas ferramentas em processos de formação dos profissionais.

Embora as dimensões parcerias e cooperação tenham se mantido na zona de conforto, a etapa da coordenação ainda demonstra repercussão desfavorável para a interprofissionalidade.

Assim, as zonas de alerta apresentadas, como a questão de incluir e apoiar os pacientes e seus familiares na reunião de equipe, e também, escolher um líder para a equipe, estão muito relacionadas aos aspectos que mereciam melhor formação de todos os profissionais, cuja graduação norteia o estudante ainda a pensamentos segregados. O usuário do SUS pode também colaborar para o seu processo de saúde e isto é possível se ele compreender sobre a sua realidade. A família pode se tornar grande aliada, e não está incluída em qualquer ambiente de discussão. Portanto os aspectos que fragilizam o desenvolvimento da Prática Interprofissional Colaborativa são as ausências de incrementos de perfis de competência para interprofissionalidade, alcançados no desenvolvimento do trabalho em equipe, na liderança compartilhada, na Atenção Centrada no Paciente, ou seja, no fortalecimento da Educação Permanente em Saúde. São limitadores bem evidenciados que distanciam o indivíduo que procura a saúde, nas discussões da equipe.

Outro aspecto que se manteve em zona de alerta foi da deficiência do serviço de saúde estabelecer conexão dos usuários em políticas públicas à parte da saúde, a intersetorialidade é deficiente, causando incoerências no cuidado pelas baixas adesões e compreensões acerca da Clínica Ampliada, lógica lançada pela Política Nacional de Humanização.

Foi possível também identificar a dificuldade da equipe em compartilhar poder uns com os outros. Como bem conduzido por Ceccim, o poder para a equipe de saúde não deve significar relações conflituosas, ou gerar um ambiente de disputa, deve-se promover exercícios para que o foco das relações interpessoais garanta o movimento de colaboração dos atores sociais envolvidos na saúde.

Em busca de uma solução, para a uniformização do cuidado, a educação interprofissional (EIP) foi desenvolvida. Ao invés de a equipe agir por demandas colaborativas, essa mesma equipe é intencionalmente preparada. Nos espaços da prática, a EIP deve construir um ambiente de aprendizagem, estabelecendo dinâmicas que levem o colaborador ao sentimento de pertencimento sobre a temática. O empoderamento sobre a matéria fortalecerá assim a interprofissionalidade, levando a transformações lúcidas sobre a importância do papel de cada ator social de saúde.

A partir do estudo sobre o trabalho do Farmacêutico, atuando em tempo integral junto à equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família, foi possível da mesma maneira identificar atitudes interprofissionais. Padronizar essas atuações beneficiará os locais pesquisados a cada vez mais se afastarem de desempenhos pouco articulados, hoje ainda presentes.

A integralidade do SUS, aqui muito mencionada, deve ser mais disseminada, pois não é um eixo que leva a uma única definição. Muito pelo contrário, é tema complexo, ele por si só perfaz a universalidade e a equidade. É um princípio muito delineado para o trabalho prático e requer domínio da equipe na compreensão sobre como alcançar melhores processos de trabalho. Deve-se assim, identificar a necessidade da população assistida e desenvolver ações para aquela comunidade. Pode ser até mesmo que estas ações emergjam de acordo com a especificidade da comunidade assistida. Daí a integralidade acontece, em busca de uma imagem-objetivo a partir de uma problemática identificada. As reuniões de equipe devem procurar explorar as atribuições individuais de cada participante. Contudo esta atividade deve estar aliada ao enriquecimento do trabalho do conjunto. Entender o

papel de cada um é agir melhor articulado, é desenvolver o máximo do que cada profissional pode contribuir para o cuidado em saúde.

É possível entender assim que a interprofissionalidade deve ser uma das estratégias para o alcance da integralidade e o Farmacêutico atuante junto aos demais profissionais, desenvolve atividades em prol do uso racional de medicamentos.

A pesquisa evidenciou como potencialidade, as inúmeras atividades exercidas de maneira privativa e no âmbito da equipe sobre o desenvolvimento desse profissional. O evento que demonstrou grandes repercussões do cuidado farmacêutico, foi a visita domiciliar. Contudo, nos desenvolvimentos de atividades comuns entre os pares, como tabagismo, aleitamento materno, pré-natal, saúde na escola, acolhimento, o Farmacêutico tem mostrado grandes participações e atuações inovadoras nesses espaços de saúde, como realização de teste rápido de sífilis e HIV e eventos de conscientização de descarte de medicamentos. É perceptível que se torna uma ação que compõe o eixo integralidade do SUS.

Algumas fragilidades do âmbito profissional ainda são percebidos. A formação tecnicista do Farmacêutico faz com que ele se torne um profissional administrador e tímido para se envolver nas atividades enquanto profissional de saúde.

Se a cada dia este ator social demonstrar-se mais envolvido, mais ele será reconhecido como um articulador do cuidado, distanciando-se da visão técnico-gerencial, se aproximando das percepções técnicas-assistenciais, contribuindo assim para o desenvolvimento de programas da Atenção Primária à Saúde, se tornando, enfim, cada vez mais reconhecido enquanto articulador importante para a Prática Interprofissional Colaborativa.

Desta pesquisa permanece o aprendizado sobre a importância do trabalho em equipe, o que modificou toda a visão de enxergar apenas a relevância do trabalho Farmacêutico. Nitidamente esta perspectiva conserva-se, mas as transformações levantadas pelo contato com estudos sobre a interprofissionalidade construíram saberes que modificaram por completo a percepção do que é conceber a saúde na APS. Embora o trabalho de um profissional seja específico, com suas singelas sabedorias, o oceano de possibilidades que uma equipe pode trazer, é capaz de alcançar as profundezas mais sensíveis e inabitadas quando revelada a essencialidade de cuidar de alguém. O usuário sente-se acolhido e acompanhado, com os problemas até mesmo da vida cotidiana superados. Vai além de diagnóstico,

exames e medicamentos, alcança a alma dos determinantes sociais de saúde. Não se ignora, nessa tendência, a razão pela busca ao milagre da cura, muitas vezes não pousadas no encontro com o médico, mas sim, na ida à unidade de saúde, na visita domiciliar, na atenção, na escuta e na imersão da abordagem realizada. Ao invés de mesmas ações duplicadas, triplicadas, a coordenação dos processos em prol de um amparo mais afável e integral é o que se deve galgar.

Conclui-se assim, que os desafios para mudança do cenário que hoje se estabelece, não pode ser atribuído apenas ao profissional na busca incessante pelo conhecimento. A Residência Multiprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde devem ser vislumbrados e consolidados no município, atualmente inexistentes. Deve-se criar uma cultura de aprendizado de alcance considerável e que sensibilize os trabalhadores de saúde, para que ao final, esses profissionais reconheçam o valor do Farmacêutico nesse espaço de saúde e que detenham de técnica para alcançarem a Prática Interprofissional Colaborativa no espaço mais importante do SUS que é a Estratégia de Saúde da Família.

8. REFERÊNCIAS

ABREU, R.D. da S.; MIRANDA, K. da S.; SIMÕES, A.A.; VIEIRA, G. D.V.; SOUSA, O.V.de. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde: um foco no serviço farmacêutico. **Brazilian Journal Of Health Review** Juiz de Fora, v.3, n.4, p.9797-9911, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/14460/12011>. Acesso em 18 mai. 2021.

AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, n. 59, p. 905-916, 13 maio 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDryCXC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 out. 2020.

ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. de; Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.13, apr. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a10v13s0.pdf>. Acesso em 28 out. 2020.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Unesp, capítulo VII, 2003.

ARRUDA, G.M.M.S.; BARRETO, I.C. de H.C.; RIBEIRO, K.G.; FROTA, A.C. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.22, n.1, p.1309-1323, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>. Acesso em 26 maio 2021.

AYRES, J.R. de C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v.18, n.2, p.11-23, jun. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003. Acesso em 28 abr. 2021.

BARBERATO, L.C.; SCHERER, M.D.A.; LACOURT, R.M.C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.24, n.10, p.3717-3716, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n10/1413-8123-csc-24-10-3717.pdf>. Acesso em 23 out. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**: a visão de Laurence Bardin. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**. London, p.181-187. abr. 1998.

BARR, H.; LOW H. **Introdução à Educação Interprofissional**. Fareham: CAIPE /Reino Unido, 2013. 36p. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intr_o_eip_po.pdf. Acesso em 03 abr. 2021.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). Atenção Primária à Saúde. **Processo de trabalho na APS. Núcleo de Telessaúde de Sergipe**: 28 de julho de 2015. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>. Acesso em 06 out. 2020.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada**, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html. Acesso em 29 maio 2021.

BISPO, E.P. de F.; ROSSIT, R.A.S. **Tradução, adaptação transcultural e validação do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale - AITCS II para o contexto brasileiro**. 2019. 163 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Saúde, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/59103>. Acesso em 05 jan. 2021.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente - Comissão Assessora de Farmácia Hospitalar. **A Profissão Farmacêutica**, 2.ed. 44 p., 2019.

BRASIL. Decreto Federal nº 20377, de 08 de setembro de 1931. **Aprova A Regulamentação do Exercício da Profissão Farmacêutica no Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d20377.htm. Acesso em: 09 ago. 2021.

BRASIL. Decreto Federal nº 7508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta A Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Decreto Federal nº 85878, de 07 de abril de 1981. **Estabelece Normas Para Execução da Lei Nº 3.820, de 11 de Novembro de 1960, Sobre O Exercício da Profissão de Farmacêutico, e Dá Outras Providências**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d85878.htm. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. Lei Federal nº 13021, de 08 de agosto de 2014. **Dispõe Sobre O Exercício e A Fiscalização das Atividades Farmacêuticas..** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. Lei Federal nº 5991, de 17 de dezembro de 1973. **Dispõe Sobre O Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e Dá Outras Providências..** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. Lei Federal nº 8080, 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..** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 12401, de 28 de abril de 2011. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 1214, de 13 de junho de 2012. **Institui O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 1555, de 30 de julho de 2013. **Dispõe Sobre As Normas de Financiamento e de Execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova A Política Nacional de Atenção Básica, Estabelecendo A Revisão de Diretrizes e Normas Para A Organização da Atenção Básica, Para A Estratégia Saúde da Família (ESF) e O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 3364, de 08 de dezembro de 2017. **Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento do eixo estrutura do programa nacional de qualificação da assistência farmacêutica - QUALIFAR-SUS, para o ano de 2017.** Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/09/Portaria-3.364-de-2017-retificada.pdf>. Acesso em: 04 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. **Política Nacional de Medicamentos.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 23 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE. Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020. **Inclui, Altera e Exclui Procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-526-de-24-de-junho-de-2020-264666631>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias.** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil**, 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos do Governo Federal**, Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em 03 nov. 2020.

BRASIL. MINISTRO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 3193, de 9 de dezembro de 2019. **Altera a portaria de consolidação Nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito do sistema único de saúde (SUS).** Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3.193-de-9-de-dezembro-de-2019-232399751>. Acesso em: 06 nov. 2020.

CAMINHA, P.V de. *A Carta de Pero Vaz de Caminha* - Edição Histórica e Comemorativa dos 500 Anos do Brasil em São José dos Pinhais. S. J. dos Pinhais, PR. 2000. Pg. 61.

CECCIM, R.B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.22, n.2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNnRHcqsRXLZ7RMxCks/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 18 maio 2021.

COELHO, F.R. **Caracterização Físico-Química, Microbiológica e Ecotoxicológica das Águas dos Canais de Drenagem Urbana de Santos (São Paulo, Brasil)**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ecologia, Universidade Santa Cecília. Santos, 2013.

CONILL, E.M.; DAMASCENO, M.A. O papel do farmacêutico em sistemas públicos e universais de saúde: um panorama comparado do Brasil, Canadá e Portugal. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília-DF. v.13, n.2, p.53-76, 2019. Acesso em: 02 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório**. Brasília: CFF, 2015. 44 p. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmac%C3%AAutico%20no%20Brasil%20_web.pdf. Acesso em: 27 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. **Regulamenta as atribuições clínicas do Farmacêutico e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O Ministério da Saúde amplia o rol de farmacêuticos remunerados no SUS**. Notícias do CFF de 06 fev. 2018. Conselho Federal de Farmácia, p.1. Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=4804>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 21 out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **SAÚDE: DIREITO DE TODOS, DEVER DO ESTADO A SAÚDE QUE TEMOS, O SUS QUE QUEREMOS**. Brasília, 2003. 90 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Protagonismo feminino na saúde**: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 24 maio 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COREN-SP/ COFEN). **Ementa**: Dispensação de medicamentos. Função privativa de Farmacêutico. Parecer COREN-SP 10/2012 CT. [S.L.n.d.], 2012. p.01-06.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COREN-SP/COFEN). **Ementa**: Dispensação de medicamentos – atividade não privativa de farmacêuticos – possibilidade de realização por enfermeiros. Parecer de Conselheira Relatora 145/2018 CT. [S.L.: s.n.], 2018. 01-06 p. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheira-relatora-n-145-2018_63578.html. Acesso em: 22 nov. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRF-SP) (São Paulo) (Org.). **A Profissão Farmacêutica**. 2. ed. São Paulo, 2019. 44 p. Disponível em: http://www.crfsp.org.br/documentos/materiaistecnicos/profissao_farmacutica_final.pdf. Acesso em: 25 abr. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO PARANÁ (CRF-PR). COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SERVIÇO PÚBLICO. **A Evolução da Assistência Farmacêutica no SUS, no Paraná**. Curitiba: CRF-PR, 2012. 48 slides, color. Disponível em: <https://www.slideserve.com/star/a-evolu-o-da-assist-ncia-farmac-utica-no-sus-paran>. Acesso em: 18 maio 2021.

CORREIA JÚNIOR, J.F. O Farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde e a Interprofissionalidade. **Infarma**, Rio de Janeiro – RJ. v.6, n. 1/2, 1997. 10-12 p. Disponível em: <http://www.revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=1019&path%5B%5D=788>. Acesso em: 10 ago. 2021.

CORTEZ, D.X.; LEITE, R.M. D. Assistência Farmacêutica no SUS. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte-CE, v.2, n.5, ano 2.

nov., 2014. Disponível em: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/86/86>. Acesso em: 28 out. 2020.

COSTA, G.S. Grupos focais: um novo olhar sobre o processo de análise das interações verbais. **Revista intercâmbio**, São Paulo: LAEL/PUCSP. v.XXV: p153-172, 2012.

D'AMOUR, D.; FERRADA-VIDELA, M.; RODRIGUEZ, L.S.M; BEAULIEU, M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal Of Interprofessional Care**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 116-131, maio 2005. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500082529>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500082529>. Acesso em: 15 jun. 2018.

DIRETÓRIO ON LINE DE ADVOGADOS (JUSBRASIL). Tecnologia da informação. **Busca de julgados de Tribunais Regionais Federais**: Busca no campo pesquisa dos descritores "dispensário de medicamentos". Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/home>. Acesso em: 30 abr. 2018.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO/ FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (EPSJV/FIOCRUZ). **Pesquisadora fala do papel dos agentes comunitários de saúde em momentos de emergência**. 2020. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pesquisadora-fala-do-papel-dos-agentes-comunitarios-de-saude-em-momentos-de-emergencia>. Acesso em: 27 jun. 2021

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE FARMACÊUTICOS/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (FIP/OMS). **RAZÕES PARA A CRIAÇÃO DE UM PLANO DE EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA 28/01/2008**: Grupo de Trabalho em Educação Farmacêutica, Plano de Ação 2008-2010. Holanda: Fip/Who, 2008. 9p. Disponível em: https://www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/Action%20Plan_portuguese.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.

FEGADOLLI, C.; NEDER, C.de T.C.; MARQUES, D.C.; SPEDO, S.M.; PINTO, N.R.da S.; HERNANDEZ, I.R. Farmacêuticos integrando equipes de cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS): uma reflexão coletiva na cidade de São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.20, n.59, p. 1093-1098, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-20-59-1093.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005, p.9.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 20-29, jun. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2020.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos, 2003. **Paidéia**, Ribeirão Preto. v.12, n.24, p.149-161. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04>. Acesso em: 23 ago. 2018.

GOPPINGER Q.K. **O profissional farmacêutico no âmbito do SUS: um enfoque à assistência farmacêutica**. 2013. 27 f. Monografia (Especialização) - Curso de Gestão de Organização Pública da Saúde, Centro de Educação Superior Norte do Rs, Universidade Federal de Santa Maria (Ufsm), Palmeira das Missões, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/68/artigo2_Goppinger_Querlin_Kuster.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 08 set. 2021.

GUIRGUIS, L.; SIDHU, K. An Exploration of Pharmacist Preceptors' and Pharmacy Students' Experiences at an Interprofessional Student-Run Clinic. **Canadian Pharmacists Journal/ Revue Des Pharmaciens Du Canada**, Edmonton. v.144, n.4, p.179-185, jul.2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258129674_An_Exploration_of_Pharmacist_Preceptors'_and_Pharmacy_Students'_Experiences_at_an_Interprofessional_Student-Run_Clinic. Acesso em: 18 maio 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama demográfico do Estado de São Paulo**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/guaruja/panorama>. Acesso em: 06 set. 2021.

Interprofessional Education Collaborative (IPEC). **Core Competences for Interprofessional Collaborative Practice**: 2016 Update. 2016. Disponível em: <https://hsc.unm.edu/ipe/resources/ipec-2016-core-competencies.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021

JUNIOR, D.P.L; NEVES, A.S; CERQUEIRA, K.S.; MARCELLINI, P.S; MARQUES, T.C.; BARROS, J.A.C. Influência da propaganda na utilização de medicamentos em um grupo de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde em Aracaju (SE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.15, Supl.3, p.3497-3505, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a24.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

JUNQUEIRA, L.A.P.; ÁLVARES, F.A.C.; CORÁ, M.A.J. Saúde Pública e Parcerias Intersetoriais: Avaliação de Percepção da Prestação de Serviços Públicos de Saúde pelos Profissionais da Saúde. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social: RIGS**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 241-256, dez. 2014. Quadrimestral. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/download/11257/11634>. Acesso em: 27 jun. 2021.

KHALILI, H., THISTLETHWAITE, J., EL-AWAISI, A., PFEIFL e, A., GILBERT, J., LISING, D., MACMILLAN, K., MAXWELL, B., GRYMONTRE, R., RODRIGUES F.,

SNYMAN, S., XYRICHIS, A. (Org). **Orientação para a educação interprofissional global e pesquisa sobre a prática colaborativa**: Documento de trabalho. Publicação conjunta do Interprofessional Research.Global e da Interprofessional Global, 2019. Disponível em https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/10/Orienta%C3%A7%C3%A3o-sobre-pesquisa-global-em-educa%C3%A7%C3%A3o-interprofissional-e-pr%C3%A1tica-colaborativa-Documento-de-trabalho_FINAL-WEB.pdf. Acesso em: 09 out. 2020.

LAM, A.Y.; PLEIN, J.B.; HUDGINS, G.; STRATTON, M.A. Silos to Systems: three models for developing geriatric interprofessional education. **The Consultant Pharmacist**, Seattle. v.28, n.2, p.122-133, fev. 2013. American Society of Consultant Pharmacists. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23395812/>. Acesso em: 18 maio 2021.

LOPES, B.E.M. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. **Revista Educação e Políticas em Debate**, Brasília, v.3, n.2, ago./dez. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeducaopoliticas/article/viewFile/30290/16545>. Acesso em: 23 ago. 2018.

LYRA JÚNIOR, D. P. de; AMARAL, R.T do; VEIGA, E.V.; CÁRNIO, E.C.; NOGUEIRA, M.S.; PELÁ, I.R.. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 435-441, jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XYJLkypzWktXyh5RNcw6JQx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.

MACHADO, A.C. **Experiências de educação interprofissional envolvendo farmacêuticos e estudantes de farmácia: uma revisão de escopo**. 2020. 79 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/216733>. Acesso em: 19 maio 2021.

MANZINI, F.; LEITE, S.N. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015, 298p. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MATTOS, R.A.; PINHEIRO R. (Org.). **Os sentidos da integralidade no cuidado em saúde**. 8.ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. 184p. Disponível em <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2018.

MATUDA, C. G.; PINTO, N.R da S.; MARTINS, C.L.; FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do

cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>. Acesso em: 16 jul. 2021.

MEINERS, M. Atenção Farmacêutica: em busca de um consenso para o Brasil. **Pharmacia Brasileira**, [s. l.], n. 29, p. 16-17, dez. 2001. Bimestral. Disponível em: <https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/83/6.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MENDONÇA, S. de A.M.; MELO, A.C.; PEREIRA, G. C. C.; SANTOS, D. M. de S. S. dos; GROSSI, E.B.; SOUSA, M. do C.V.B.; OLIVEIRA, D.R. de; SOARES, A.C. Clinical outcomes of medication therapy management services in primary health care. **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences**, [S.L.], v. 52, n. 3, p. 365-373, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjps/a/dCL8WRXsGGPcVfQtztYCDmm/?lang=en>. Acesso em: 30 abr. 2018.

MENEZES, A.P.do R.; MORETTI, B.; REIS, A.A.C.dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v.43, n.5, p.58-70, 2019. Mensal. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/#>. Acesso em: 25 abr. 2021.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832000000100009>. Acesso em 15 jun. 2018.

MEROLA, Y.L.; EL-KHATIB, S.; GRANJEIRO, P.A. Atenção farmacêutica como instrumento de ensino. **Revista Infarma**, Brasília/DF. v.17, n.7/9, p.70-72, 2005. Disponível em: <http://cebrim.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/19/inf006.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

MERRIMAN C.; CHALMERS L.; EWENS A.; FULFORD B.K.W.F; GRAY R.; LIZ WESTCOTT, A.H. Values-based interprofessional education: how interprofessional education and values-based practice interrelate and are vehicles for the benefit of patients and health and social care professionals, **Journal of Interprofessional Care**, Londres, 2020.

MINAYO, M.C.S. (org.). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf. Acesso em 06 out. 2018.

MINAYO, M.C.S. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 out. 2018.

MIRANDA, S.F.; PIRES, M.M.S.; NASSAR S.M.; SILVA C.A.J. Construção de uma Escala para Avaliar Atitudes de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Santa Catarina, v.33, 1 Supl. 1, p.104-110, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/YTVQqLnskHrqqxJZGyppJbb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 26 jun. 2021.

MOTA, R.R. de A.; DAVID, H.M.S.L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, out. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462010000200004>. Acesso em 25 jan. 2021.

ONG, Y.H.; KOH, M.Y.H., LIM W.S. Shared leadership in interprofessional teams: beyond team characteristics to team conditions, **Journal of Interprofessional Care**, Londres. v.34, n.4, p.444-452, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde**: Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13 a 16 de dezembro de 1988 e o papel do farmacêutico: assistência farmacêutica de qualidade: Benefícios para os governos e a população: Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão: 31 de agosto a 3 de setembro de 1993. Boas práticas em farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: Conselho Federal de Farmácia, 2004. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=748-o-papel-do-farmacêutico-no-sistema-atencao-a-saude-8&category_slug=medicamentos-tecnologia-e-pesquisa-075&Itemid=965. Acesso em 30 out. 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE FARMACÊUTICOS (OMS/FIP). **DIRECTRICES CONJUNTAS OMS/FIP SOBRE BUENAS PRÁCTICAS EN FARMACIA**: Estándares para la Calidad de los Servicios Farmacéuticos. Washington: 2012. Disponível em: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/farmacaiinternacional/fip/declaracionguia-s/Documents/Buenas%20practicass%20FIP%20OMS.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (Org). **Marco para Ação em Educação Interprofissional**. Genebra, 2010. 64 p. Disponível em: http://www.anamt.org.br/site/arquivos/meus_arquivos/arquivos/meu_arquivo/m5086a98b7c2b9.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Panamericana de Saúde. **EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD:** buenas prácticas de farmacia: normas de calidad de servicios farmacéuticos. la declaración de tokió. Tokio, 1993. 35 p. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/el%20papel%20del%20farmaceutico.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Conceito uso racional de medicamentos**. OPAS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=354:uso-racional-de-medicamentos&Itemid=838. Acesso em: 22 out. 2020.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, n. 56, p. 199-201, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>. Acesso em: 09 jul. 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.L.F.; SILVA, J.A.M. da; SOUZA, H.S.de. TRABALHO EM EQUIPE: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-20, nov. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2021.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M.da; SOUZA, G.C.de. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v.47, n.4, p.977-983, ago., 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

PEREGO, M.G.; BATISTA, N.A. Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde. **Tempus, Actas de Saúde Colet**, Brasília. v.10, n.4, p.39-51, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881114/20163.pdf>. Acesso em 16 out. 2020.

PEREIRA, C.D.S.; MARANHO, L.A.; CORTEZ, F.S.; PUSCEDDU, F.H.; SANTOS, A.R.; RIBEIRO, D.A.; CESAR, A.; GUIMARÃES, L.L. **Occurrence of pharmaceuticals and cocaine in a Brazilian coastal zone**. Science Of The Total Environment, Santos. v.548-549, p.148-154, abr., 2016.

PINHEIRO, R. **Integralidade em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, EPSJV, p.255-262, 2009. Disponível em

https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/integralidade_em_saude.pdf. Acesso em 23 abr. 2017.

PINTO L.F.; GIOVANELLA L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)**, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>. Acesso em 06 out. 2020.

REEVES S.; FLETCHER S.; BARR H.; BIRCH I.; BOET S.; DAVIES N.; MCFADYEN A.; RIVERA J.; KITTO S. **Uma revisão sistemática BEME dos efeitos da educação interprofissional: Guia BEME nº 39**, *Medical Teacher*, 38 : 7, 656-668, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/0142159X.2016.1173663>. Acesso em 16 jul. 2021.

RIO DE JANEIRO. LEONARDO SOUTO DE CASTILHO (Org.). **Relatório de Despesa de Pessoal Organizações Sociais**: competência: julho de 2019. Rio de Janeiro: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2019. 10 p. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/91205/ab81b9cd-a608-455a-84ae-5a8eea6c07d4>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SCHRAMM, G.E.; NARAYANAN, P.P.; CHUTKA, D.S.; NICHOLSON, W.T. Implementation of an interprofessional clinical pharmacology selective learning experience for pharmacy residents and medical students. **American Journal Of Health-System Pharmacy**, Oxford University Press (OUP). Rochester. v.74, n.6, p.397-401, 15 mar. 2017. Disponível em: <https://mayoclinic.pure.elsevier.com/en/publications/implementation-of-an-interprofessional-clinical-pharmacology-sele>. Acesso em 26 jun. 2021.

Secretaria de Educação à Distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (SEDIS-UFRN). Marcelo Viana da Costa (Org.). **Educação interprofissional em saúde**. Natal: Sedisufrn, 2018. 85 p. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>. Acesso em: 07 set. 2021.

Secretaria Municipal de Saúde Guarujá (SESAU GUARUJÁ). Plano Municipal de Saúde do Município de Guarujá, 2021. Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá. 104p. Disponível em <https://drive.google.com/file/d/1rzCuDvDYc12rEL98woyTctol1hgZG1aH/view?usp=sharing>. Acesso em 06 set. 2021.

SOUZA, G.C.; PEDUZZI, M.; SILVA, J.A.M; CARVALHO, B.G. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 50, n. 4, p. 642-649, ago. 2016.

FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000500015>. Acesso em: 23 abr. 2018.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312009000300013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 set. 2020.

TREVISOL, D.J.; FERREIRA, M.B.C; KARNOPP, Z.M.P. A propaganda de medicamentos em escolas de medicina do Sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v.15, supl.3, p.3487-3496, nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900023&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 out. 2020.

VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v.1, n.12, p.213-220, nov., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Wt3tKrdgfW7BcgRSJzBHK7c/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

VITÓRIA, Angela Moreira (Org.). **O TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2020. Disponível em: <https://institucional.ufpel.edu.br/projetos/id/u2981>. Acesso em: 02 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20. Acesso em: 10 out. 2019.

Anexo I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Farmacêutico em Tempo Integral na Estratégia da Saúde da Família: investigação de práticas inovadoras em saúde na equipe interprofissional

Pesquisador: JUCARA BARGA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09851319.8.0000.5505

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Educação e Sociedade

Patrocinador Principal: Universidade Federal de São Paulo

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.317.969

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0259/2019 (parecer final)

Trata-se de projeto de Mestrado de JUÇARA BARGA DO NASCIMENTO.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo.

Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1269041.pdf, postado em 18/03/2019)

APRESENTAÇÃO: O presente projeto apresenta o profissional Farmacêutico que, embora inserido em políticas que permeiam o SUS, tem sua tímida atuação na Atenção Básica. Na ótica da integralidade manifesta-se, a cada dia, a preocupação da garantia do acesso à saúde, sustentando a afirmação de que esse eixo norteador leve a práticas em saúde inimagináveis até então. Acredita-se, assim, que o Farmacêutico apoia esta vertente, incidindo sua atuação em técnicas peculiares na equipe interprofissional. O objetivo desta pesquisa é de investigar as práticas inovadoras desse profissional, quando assim

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.317.969

preservada sua atuação em tempo integral. Baseia-se na hipótese de estreitar os laços do cuidado entre a comunidade e equipe, sendo capaz de apresentar soluções arrojadas, utilizando tecnologias leves em saúde. Confia-se que a ausência deste profissional silencie seu papel na integralidade. Por meio de pesquisa qualitativa busca atuações não descritas até então, no trabalho em equipe da Estratégia de Saúde da Família.

HIPÓTESE: É perceptível que os princípios que norteiam o SUS, com valorização do trabalho em equipe, aliados às transformações naturalmente evidenciadas na atenção integral ao usuário, demonstram que o desenvolvimento da profissão Farmacêutica em tempo integral na Atenção Básica seja capaz de gerar práticas arrojadas do cuidado em saúde. Portanto, a hipótese é de que o resultado da pesquisa possibilitaria comprovar que manter a inexistência desse profissional no já dito tempo integral geraria um prejudicial silenciamento, impedindo que se alcance, no cenário escolhido, novas perspectivas que intimamente se conformam dentro do princípio integralidade do SUS e rumo à Prática Interprofissional Colaborativa.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Investigar práticas inovadoras dos Farmacêuticos em suas atuações em tempo integral na equipe interprofissional da Estratégia da Saúde da Família, com vistas ao alcance do eixo integralidade do SUS, no município de Guarujá – SP.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- Investigar atuações transformadoras e peculiares do profissional, que apoiam o eixo integralidade do SUS nas unidades de Estratégia de Saúde da Família.
- Investigar como se dá o exercício Interprofissional do Farmacêutico em Tempo Integral nas unidades de Estratégia de Saúde da Família.
- Identificar os silenciamentos que gerariam no ambiente, a ausência deste profissional não atuantes em tempo integral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

RISCOS: Durante a realização das entrevistas, poderá ocorrer algum constrangimento, isto pode

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Página 02 de 08



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.317.969

ser considerado risco.

BENEFÍCIOS: O resultado da pesquisa oferecerá mudança de paradigma sobre o entendimento do papel do Farmacêutico hoje estabelecido na Atenção Básica em todo o território nacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: qualitativo.

LOCAL: Unidades de Saúde da Família no município de Guarujá – SP.

PARTICIPANTES: 15 Farmacêuticos atuantes em período integral.

Crítérios Inclusão

- Farmacêuticos atuantes em, ao menos, um dos programas desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família;
- Farmacêuticos que desenvolvam a Assistência Farmacêutica no estabelecimento de saúde de sua responsabilidade técnica;
- Farmacêuticos que exerçam as atividades em seu setor em período integral.

Crítérios de Exclusão

- Profissionais que no decorrer da pesquisa sejam remanejados do setor em que prestavam assistência;
- Profissionais que forem desligados da empresa que atuam durante a pesquisa.

PROCEDIMENTOS:

A pesquisa consistirá na técnica de investigação qualitativa, utilizando-se, entrevista, diário de campo e o grupo focal com Farmacêuticos das Unidades de Saúde da Família.

A escolha dos participantes acontecerá conforme entrevista individualizada, já considerando-se na seleção os critérios de inclusão e exclusão, assim sendo admitidos os futuros integrantes da investigação. Um convite será elaborado, com data e horário preestabelecidos. Cada membro escolhido será entrevistado de acordo com determinados questionamentos que identifiquem os perfis dos participantes, como atuam em seus territórios, quais programas ativamente realizam, se direcionam as necessidades do serviço aos demais atuantes ou se atuam voltados ao isolamento. Será possível compreender quais as suas visões sobre o SUS, se identificam seus papéis junto ao princípio da Integralidade.

O procedimento para escolha do instrumento será regido de acordo com o que se deseja alcançar, bem concatenado aos anseios da investigação qualitativa. Serão utilizadas a entrevista individual, a análise do que o diário de campo angariar e, por fim, reunião por meio do grupo focal com todos os Farmacêuticos da Estratégia de Saúde da Família. A partir da situação criada neste terceiro

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Página 03 de 08



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.317.969

momento, será utilizado um novo evento para o grupo focal.

Na coleta de dados será adotado o uso de tecnologia audiovisual em que o registro visual acontecerá por meio de câmera durante a realização do grupo. O registro de áudio será realizado tanto por meio da filmagem quanto por meio de gravador. Ainda, haverá um responsável ainda para secretariar o encontro, registrando todos os eventos por meio da escrita.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.

2-TCLE a ser aplicado aos participantes: apresentado pelo pesquisador (Pasta: TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência - Submissão 1; Documento: tcle_jucara_barga_do_nascimento.pdf)

3-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)-Autorização da Secretaria Municipal de Saúde (Pasta: Declaração de Instituição e Infraestrutura-Submissão 1; Documento: instituicao.pdf).

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 3272159 de 18 de Abril de 2019. PROJETO APROVADO.

PENDÊNCIA 1: Deve ser enviada uma declaração, assinada pelo pesquisador, de garantia de sigilo e anonimização dos dados e de responsabilização por qualquer problema em relação a quebra de sigilo dos participantes.

Resposta 1.: Declaração anexada à plataforma Brasil: outros: declaração_responsabilizacao_jucara

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 2: Em relação ao TCLE:

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.317.969

2.1 - No TCLE consta "A pesquisa se dará por meio de grupo focal, metodologia que utiliza registros escritos e gravados em áudio, para a realização da pesquisa." No projeto consta "Na coleta de dados será adotado o uso de tecnologia audiovisual em que o registro visual acontecerá por meio de câmera durante a realização do grupo. O registro de áudio será realizando tanto por meio da filmagem quanto por meio de gravador." Por favor, esclarecer se haverá a obtenção de imagens dos participantes. Se sim, é necessário que isto conste no TCLE com a indicação de que forma serão utilizadas as imagens e a garantia da não identificação do participante. Deve constar também qual o destino do material após o término da pesquisa (geralmente é garantida a sua destruição para manter a privacidade).

Resposta 2.1: Correções devidamente realizadas, evidenciadas em caixa alta e cor de fonte vermelho:

A pesquisa se dará por meio de grupo focal, metodologia que utiliza registros escritos e gravados POR RECURSOS AUDIOVISUAIS, para a realização de coletas de dados de intenção da pesquisa. AS GRAVAÇÕES POR ÁUDIO E VÍDEO COLHIDAS COLABORARÃO NA ETAPA DA ANÁLISE DE DADOS, IMPRENSCINDÍVEL PARA ESTE TIPO DE PESQUISA. PERMANECEM GARANTIDOS OS SIGILOS NA IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE. OS RECURSOS REPRODUZÍVEIS SERÃO DESTRUÍDOS APÓS O TÉRMINO DA ETAPA DE PESQUISA.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2 - O endereço do CEP no TCLE está incorreto. O CEP/UNIFESP mudou de endereço. Favor corrigir no TCLE. Novo endereço: Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, cep 04020-050. O E-mail é: cep@unifesp.edu.br. Os telefones são 011-5571-1062 e 011-5539-7162; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 13:00hs.

Resposta 2.2: Correção incluída no TCLE:

Em caso de consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – RUA PROF. FRANCISCO DE CASTRO, Nº 55, CEP 04020-050, PELOS TELEFONES 011-5571-1062 E 011-5539-7162, CUJOS HORÁRIOS DE ATENDIMENTOS TELEFÔNICO E PRESENCIAL SÃO: SEGUNDAS, TERÇAS, QUINTAS E SEXTAS, DAS 09:00 ÀS 13:00HS E O ENDEREÇO ELETRÔNICO É CEP@UNIFESP.EDU.BR.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3 No TCLE todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), mesmo que seja uma só (1/1). Ressaltamos que as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br

Página 05 de 08



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.317.969

pesquisa no momento da aplicação do TCLE (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Resposta 2.3: Inserido o número de página no TCLE

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4 – No local da assinatura consta “Assinatura do sujeito de pesquisa”, favor trocar para “Assinatura do participante de pesquisa”, bem como na frase “Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa para a participação neste estudo.”, mudar a palavra “sujeito” para “participante”.

Resposta 2.4: Realizadas as correções conforme segue:

Assinatura DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste PARTICIPANTE para a realização deste estudo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIA 3: Na página 17 do projeto consta “Serão utilizadas a entrevista individual, a análise do que o diário de campo angariar e, por fim, reunião por meio do grupo focal com todos os Farmacêuticos da Estratégia de Saúde da Família.” Por favor, esclarecer se existe algum roteiro previamente elaborado para estas atividades (se sim, por favor, anexar na Plataforma Brasil) ou se isto se dará com o andamento do projeto, sendo construído junto ao grupo avaliado (neste caso, não há roteiro préestabelecido).

Resposta 3: Para a entrevista serão realizados dois questionamentos, conforme redação corrigida (em página 17) demonstram:

A entrevista norteará como transitar durante o envolvimento do grupo. Ela será primordial para descobrir as fragilidades e potências individuais, facilitando os meandros do processo. Se baseará em indagações, INICIANDO-SE COM DUAS QUESTÕES DISPARADORAS, SOBRE QUAIS SÃO AS ATIVIDADES INDIVIDUAIS E COLETIVAS REALIZADAS NO AMBIENTE DE TRABALHO, porém em ambiente propício à escuta, condizentes, assim com o que propõe a pesquisa qualitativa.

O diário de campo, por sua vez, será realizado no momento do acontecimento do grupo focal, onde evidências expostas pelo grupo – o senso comum - permanecerão registrados por escrito, para auxílio do processo da pesquisa, não existindo, neste sentido, roteiro preestabelecido.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Página 06 de 08



Continuação do Parecer: 3.317.969

PENDÊNCIA 4: O cronograma indicado que algumas etapas do estudo já foram iniciados. Sendo assim, solicita-se esclarecimento e adequação do cronograma com relação à data de início do estudo, dado que este ainda se encontra em análise no Sistema CEP/Unifesp até a presente data. Ressalta-se ainda a necessidade de adequação do cronograma com compromisso explícito do pesquisador de que o estudo será iniciado somente a partir da aprovação pelo Sistema CEP/Unifesp (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, Item 3.3.f).

Resposta 4: Segue cronograma corrigido. Ratifico que o estudo somente será iniciado a partir da aprovação do projeto pelo Sistema CEP/UNIFESP.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1275399.pdf	24/04/2019 11:23:25		Aceito
Outros	cep_projeto_unifesp_jucara.pdf	24/04/2019 11:22:40	JUCARA BARGA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	carta_resposta_cep_unifesp.docx	24/04/2019 11:17:56	JUCARA BARGA DO NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_corrigido_jucara.pdf	24/04/2019 11:17:12	JUCARA BARGA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	sigilo_pesquisa_jucara.pdf	22/04/2019 17:45:27	JUCARA BARGA DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_corrigido_jucara.pdf	22/04/2019 17:44:23	JUCARA BARGA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicao.pdf	18/03/2019 23:18:59	JUCARA BARGA DO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_jucara_barga_do_nascimento.pdf	01/03/2019 10:27:30	JUCARA BARGA DO NASCIMENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 3.317.969

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 10 de Maio de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1082 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Página 06 de 08

ANEXO II



MUNICÍPIO DE GUARUJÁ
Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro que esta Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá tomou conhecimento da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado como **O Farmacêutico em tempo integral na estratégia da saúde da família: investigação de práticas inovadoras em saúde na equipe interprofissional**, a ser realizada por Juçara Barga do Nascimento, que está matriculada no Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciências da Saúde na modalidade Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista – UNIFESP – BS, orientado pela pesquisadora Professora Doutora Lucia da Rocha Uchôa Figueiredo. A pesquisa proposta deverá ser realizada nas Unidades de Saúde da Família elegíveis para o projeto em questão, segundo foi informado.

Comunico que estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa, que só poderá ser iniciada após devidamente avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética dessa respeitável Instituição de Ensino.

Sendo assim, me manifesto favoravelmente, aguardando o envio de documentos formais do Comitê de Ética para posteriormente autorizar o início da pesquisa.

Guarujá, 10 de dezembro de 2018.


Dr. Sandro Luiz Ferreira de Abreu
Secretário Municipal de Saúde

Anexo III

AITCS BR-II

Por favor, assinale a opção que melhor reflita (neste momento) a sua percepção em relação ao trabalho/atuação de sua equipe e você como membro desta equipe que oferece cuidados aos pacientes do SUS.

Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe...

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
1. respeitam-se e confiam uns nos outros	<input type="radio"/>				
2. entendem os limites do que cada um pode fazer.	<input type="radio"/>				
3. incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão.	<input type="radio"/>				
4. coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado do paciente.	<input type="radio"/>				
5. utilizam um processo de acordo para resolver conflitos.	<input type="radio"/>				
6. defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes.	<input type="radio"/>				
7. escolhem juntos o líder para a equipe.	<input type="radio"/>				
8. refletem sobre sua prática e compartilham suas percepções.	<input type="radio"/>				
	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
9. distribuem igualmente as metas acordadas entre os membros da equipe.	<input type="radio"/>				
10. esforçam-se para atingir soluções mutuamente satisfatórias para as diferenças de opinião.	<input type="radio"/>				
11. incentivam uns aos outros, os pacientes e seus familiares para utilizar os conhecimentos e as habilidades que cada um pode trazer para desenvolver planos de cuidado.	<input type="radio"/>				
12. ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe	<input type="radio"/>				
13. incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.	<input type="radio"/>				
14. apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.	<input type="radio"/>				
15. compartilham poder uns com os outros.	<input type="radio"/>				
16. são abertos e honestos uns com os outros.	<input type="radio"/>				

17. utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente.	<input type="radio"/>				
18. entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe.	<input type="radio"/>				
19. estabelecem um sentimento de confiança entre os membros da equipe.	<input type="radio"/>				
20. estão envolvidos na definição de metas para cada paciente.	<input type="radio"/>				
21. trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado.	<input type="radio"/>				
22. encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente.	<input type="radio"/>				
23. aplicam uma definição única de prática colaborativa interprofissional no cenário da prática.	<input type="radio"/>				

Anexo IV

AITCS II-BR (Bispo e Rossit, 2019) Versão original (assertivas não randomizadas)

Assertivas relacionadas à dimensão Parceria “Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe...”
A1: “...incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão”
A2: “...ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe”
A3: “...encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente”
A4: “...coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado”
A5: “...utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente”
A6: “...estão envolvidos na definição de metas para cada paciente”
A7: “...incentivam uns aos outros, os pacientes e seus familiares para utilizar os conhecimentos e as habilidades que cada um pode trazer para desenvolver planos de cuidado”
A8: “...trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado”

Assertivas relacionadas à dimensão Cooperação “Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe...”
A9: “...compartilham poder uns com os outros.”
A10: “...respeitam-se e confiam uns nos outros”
A11: “...são abertos e honestos uns com os outros.”
A12: “...refletem sobre sua prática e compartilham suas percepções.”
A13: “...esforçam-se para atingir soluções mutuamente satisfatórias para as diferenças de opinião.”
A14: “...entendem os limites do que cada um pode fazer.”
A15: “... entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe.”
A16: “...estabelecem um sentimento de confiança entre os membros da equipe.”

Assertivas relacionadas à dimensão Coordenação “Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe...”
A17: “...aplicam uma definição única de prática colaborativa interprofissional no cenário da prática”
A18: “...distribuem igualmente as metas acordadas entre os membros da equipe.”
A19: “...incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.”
A20: “...utilizam um processo de acordo para resolver conflitos.”
A21: “...defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes.”
A22: “...escolhem juntos o líder para a equipe.”
A23: “...apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.”

Apêndice A

Convite para a pesquisa e caracterização dos participantes Farmacêuticos
(via formulário do Google)

“O Farmacêutico em tempo integral e as práticas em saúde na Estratégia de Saúde da Família”

Essa pesquisa de mestrado envolverá os Farmacêuticos que atuam na Estratégia de Saúde da Família, com vistas a analisar quão potente é sua atuação junto à equipe. É uma investigação quanti-qualitativa, de campo exploratório descritivo, em que será utilizada a Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) e realizado grupo focal, que é uma estratégia de reunião em grupo onde todos estarão presentes em local e hora previamente agendados.

Neste momento você está sendo convidado para responder o instrumento AITCS II-BR, que foi validado para o Brasil e mensura a colaboração interprofissional dos membros da equipe em saúde. São apresentadas 23 assertivas sobre colaboração interprofissional, configurados em 3 elementos relacionados à prática colaborativa, sendo estas: Parceria; Cooperação e Coordenação

Essa avaliação será realizada à distância, por meio deste formulário e para tal preciso que você concorde com os Termos deste Formulário. Por favor continue lendo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que vem a seguir e depois se concordar assinale o aceite.

E-mail:

Concordo em participar da pesquisa respondendo ao instrumento proposto e participando do grupo focal.

- Sim*
- Não*

Caracterização dos participantes

Nesta seção será solicitado que o participante indique seu local de trabalho, carga horária, sexo, faixa etária, titulação, tempo de prática na profissão, tempo de prática com a equipe atual.

Local de Trabalho:

Carga Horária Semanal

- 30 horas*
- 40 horas*
- Outros:*

Sexo

- Masculino*
- Feminino*

Faixa etária

- 20 a 24 anos*
- 25 a 29 anos*
- 30 a 34 anos*
- 35 a 39 anos*
- 40 a 44 anos*
- 45 a 49 anos*

Titulação (maior)

- Graduação*
- Especialista*
- Mestrado*
- Doutorado*
- Outros:*

Quanto tempo de formado (a)?

- 1 a 5 anos*
- 6 a 15 anos*
- 16 a 20 anos*
- 21 a 30 anos*
- mais de 31 anos*

Estudou farmácia em instituição

- pública*
- particular*

Há Quanto tempo você tem de prática profissional na área da farmácia? (Desde a obtenção do registro profissional, resposta em anos)

Na sua prática profissional como farmacêutico (a) você já teve alguma outra experiência com trabalho em equipe?

- Sim*
- Não*

Tempo de trabalho com sua equipe atual:

Quais são os profissionais que compõem sua equipe atual?

Apêndice B

Convite para a pesquisa e caracterização dos participantes da Estratégia de Saúde da Família – Formulário Impresso

“O Farmacêutico em tempo integral e as práticas em saúde na Estratégia de Saúde da Família”

Essa pesquisa de mestrado envolverá os Farmacêuticos e demais profissionais que fazem parte da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família, com vistas a analisar quão potente é a atuação junto à equipe. É uma investigação quanti-qualitativa, de campo exploratório descritivo, em que será utilizada a Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR).

Você está sendo convidado para responder o instrumento AITCS II-BR, criado por Carole Orchard, uma pesquisadora canadense, validado no Brasil pela Professora Doutora Rosana Rossit e Dr^a e mensura a colaboração interprofissional dos membros da equipe em saúde. São apresentadas 23 assertivas sobre colaboração interprofissional, configurados em 3 elementos relacionados à prática colaborativa, sendo estas: Parceria; Cooperação e Coordenação.

Essa avaliação será realizada à distância, por meio deste formulário e para tal preciso que você concorde com os Termos deste Formulário. Por favor continue lendo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que vem a seguir e depois se concordar assinale o aceite.

Endereço de e-mail

Nome completo (sem abreviaturas)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa denominada como “O FARMACÊUTICO EM TEMPO INTEGRAL E AS PRÁTICAS EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, sob a responsabilidade da pesquisadora Juçara Barga do Nascimento e orientação da Prof^a Dr^a Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo.

Neste estudo se pretende investigar as práticas em saúde da equipe na estratégia de saúde da família, a partir da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR), criada por Dr^a Carole Orchard, pesquisadora canadense e validada para o português do Brasil na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), por meio das pesquisadoras Dr^a Emanuella Bispo e Prof^a Dr^a Rosana Rossit, destinada para mensurar a colaboração interprofissional dos membros da equipe em saúde.

Permanecem garantidos os sigilos na identificação do participante

Não são esperados riscos ou desconfortos diretos, contudo, caso sinta qualquer incômodo, fica garantida a liberdade da retirada de seu consentimento e participação em qualquer momento da pesquisa. Não haverá despesa ou remuneração. Os resultados serão analisados e publicados, mas sua identidade será mantida em sigilo.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Avenida Santos Dumont, 800, Paço Municipal Raphael Vitiello – Santo Antônio – Guarujá, pelos telefones (13) 33087749 ou (13) 997149127, ou pelo e-mail jubargas@gmail.com. Em caso de consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – Rua professor Francisco de Castro, nº 55, CEP: 04020-050, pelos telefones 011-5571-1062 e 011-5539-7162, cujos horários de atendimentos telefônico e presencial são: segundas, terças, quintas e sextas-feiras, das 9h às 13h e o endereço eletrônico é cep@unifesp.edu.br

Concordo em participar da pesquisa respondendo ao instrumento proposto.

- SIM NÃO

Caracterização dos participantes

Nesta seção será solicitada que o participante indique seu local de trabalho, carga horária, sexo, faixa etária, titulação, tempo de prática na profissão, tempo de prática com a equipe atual.

Local de Trabalho

- USAFA CIDADE ATLÂNTICA USAFA JARDIM BOA ESPERANÇA
 USAFA JARDIM BRASIL USAFA JARDIM CONCEIÇÃOZINHA
 USAFA JARDIM DOS PÁSSAROS USAFA JARDIM PROGRESSO
 USAFA JARDIM LAS PALMAS USAFA PEREQUÊ
 USAFA SANTA CRUZ US SANTA ROSA
 USAFA SÍTIO CONCEIÇÃOZINHA USAFA VILA ÁUREA
 USAFA VILA EDNA USAFA VILA RÃ
 USAFA VILA ZILDA

Sexo

- MASCULINO FEMININO

Faixa etária

- 20 a 24 anos 25 a 29 anos
 30 a 34 anos 35 a 39 anos

- 40 a 44 anos
- 50 a 54 anos
- 60 a 65 anos
- 70 a 74 anos
- 45 a 49 anos
- 55 a 59 anos
- 66 a 69 anos

Profissão na ESF

- Agente Comunitário de Saúde
- Auxiliar de Saúde Bucal
- Enfermeiro
- Médico
- Odontólogo
- Assistente Social
- Educador físico
- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- Técnico de enfermagem

Se outros, especificar abaixo:

Na sua prática profissional como você já teve alguma outra experiência com trabalho em equipe fora da Saúde Pública?

- SIM
- NÃO

Tempo de trabalho com a sua equipe atual

Atualmente, quem são os profissionais que compõem a equipe da unidade/NASF (se integrante do Nasf incluir as equipes volantes)?

Na sua unidade/equipe, você participa ou já participou de algum trabalho realizado colaborativamente em equipe?

- SIM
- ALGUMAS VEZES
- NUNCA

Se Sim, por favor deixe aqui registrado (escrito) alguma experiência realizada colaborativamente, em equipe.

AITCS BR-II

Por favor, assinale a opção que melhor reflita (neste momento) a sua percepção em relação ao trabalho/atuação de sua equipe e você como membro desta equipe que oferece cuidados aos pacientes do SUS.

Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe...

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
1. respeitam-se e confiam uns nos outros	<input type="radio"/>				
2. entendem os limites do que cada um pode fazer.	<input type="radio"/>				
3. incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão.	<input type="radio"/>				
4. coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado do paciente.	<input type="radio"/>				
5. utilizam um processo de acordo para resolver conflitos.	<input type="radio"/>				
6. defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes.	<input type="radio"/>				
7. escolhem juntos o líder para a equipe.	<input type="radio"/>				
8. refletem sobre sua prática e compartilham suas percepções.	<input type="radio"/>				

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE						
						20. estão envolvidos na definição de metas para cada paciente.	<input type="radio"/>				
						21. trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado.	<input type="radio"/>				
9. distribuem igualmente as metas acordadas entre os membros da equipe.	<input type="radio"/>	22. encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente.	<input type="radio"/>								
10. esforçam-se para atingir soluções mutuamente satisfatórias para as diferenças de opinião.	<input type="radio"/>	23. aplicam uma definição única de prática colaborativa interprofissional no cenário da prática.	<input type="radio"/>								
11. incentivam uns aos outros, os pacientes e seus familiares para utilizar os conhecimentos e as habilidades que cada um pode trazer para desenvolver planos de cuidado.	<input type="radio"/>	<i>©Orchad (2015), Validado por E Bispo e R Rossit (2018), UNIFESP 2018</i>									
12. ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe	<input type="radio"/>										
13. incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.	<input type="radio"/>										
14. apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.	<input type="radio"/>										
15. compartilham poder uns com os outros.	<input type="radio"/>										
16. são abertos e honestos uns com os outros.	<input type="radio"/>										
17. utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente.	<input type="radio"/>										
18. entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe.	<input type="radio"/>										
19. estabelecem um sentimento de confiança entre os membros da equipe.	<input type="radio"/>										

Apêndice C

Convite para participação da pesquisa por meio do aplicativo de mensagens instantâneas (*Whats app*)

“Será que você poderia participar da minha pesquisa?! Vou te mandar um termo de consentimento livre e esclarecido e juntamente um questionário a respeito de como você avalia o trabalho interprofissional na sua unidade. Em seguida será realizado um grupo focal, para coletarmos mais informações sobre a sua vivência enquanto Farmacêutica em Tempo Integral na Estratégia de Saúde da Família. Será na semana que vem, lá para quarta-feira! É como se fosse uma reunião, contudo farei gravações em áudio e vídeo que ajudará na análise das contribuições, das falas. As gravações serão destruídas ao término da pesquisa e os dados coletados serão sigilosos.”

“Essa pesquisa de mestrado envolverá os Farmacêuticos que atuam na Estratégia de Saúde da Família, com vistas a analisar quão potente é sua atuação junto à equipe. É uma investigação quanti-qualitativa, de campo exploratório descritivo, em que será utilizada a Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) e realizado grupo focal, que é uma estratégia de reunião em grupo onde todos estarão presentes em local e hora previamente agendados.

Neste momento você está sendo convidado para responder o instrumento AITCS II-BR, que foi validado para o Brasil e mensura a colaboração interprofissional dos membros da equipe em saúde. São apresentadas 23 assertivas sobre colaboração interprofissional, configurados em 3 elementos relacionados à prática colaborativa, sendo estas: Parceria; Cooperação e Coordenação.

Essa avaliação será realizada à distância, através deste formulário e, para tal, preciso que você concorde com os Termos deste Formulário. Por favor continue lendo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que vem a seguir e depois se concordar assinale o aceite.”

Apêndice D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa denominada como “O Farmacêutico em tempo integral: investigação de práticas em saúde na equipe da estratégia da saúde da família”, sob a responsabilidade da pesquisadora Juçara Barga do Nascimento e orientação da Profa Dra Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo.

Neste estudo se pretende investigar as práticas em saúde, de atuação do Farmacêutico em tempo integral na estratégia de saúde da família e também conhecer como é realizado o trabalho do farmacêutico junto à equipe. A pesquisa se dará em dois momentos, esse inicial e a distância onde será respondido o AITCS II BR e posteriormente o grupo focal.

A Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) foi validada para o português do Brasil e é destinado para mensurar a colaboração interprofissional dos membros da equipe em saúde. No final da escala tem quatro perguntas abertas que estão relacionadas com a temática.

O segundo momento será o grupo focal realizado presencialmente, e serão realizados registros escritos e gravados por recursos audiovisuais, para fins de coletas de dados para a pesquisa, que posteriormente serão analisados. Permanecem garantidos os sigilos na identificação do participante. Os recursos reproduzíveis serão destruídos após o término da etapa da pesquisa.

Não são esperados riscos ou desconfortos diretos, contudo, caso sinta qualquer incômodo, fica garantida a liberdade da retirada de seu consentimento e participação em qualquer momento da pesquisa. Não haverá despesa ou remuneração. Os resultados serão analisados e publicados, mas sua identidade será mantida em sigilo.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço Avenida Santos Dumont, 800, Paço Municipal Raphael Vitiello – Santo Antônio – Guarujá, pelos telefones (13) 33087749 ou (13) 997149127, ou pelo e-mail jubargas@gmail.com. Em caso de consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – Rua professor Francisco de Castro, nº 55, CEP: 04020-050, pelos telefones 011-5571-1062 e 011-5539-7162, cujos horários de atendimentos telefônico e presencial são: segundas, terças, quintas e sextas-feiras, das 9h às 13h e o endereço eletrônico é cep@unifesp.edu.br

Apêndice E

Questões abertas para os Farmacêuticos registrarem suas impressões acerca do tema da pesquisa (via formulário do Google)

- *Para você o que é trabalho em equipe?*
- *O que você compreende por Prática Interprofissional Colaborativa?*
- *Para você qual a relação entre Trabalho em Equipe e a Prática Interprofissional Colaborativa?*
- *Por favor, sobre o trabalho em equipe do qual você está inserido (a) na estratégia da Saúde da Família, deixe aqui suas contribuições com relação às potencialidades, fragilidades e sugestões.*

Apêndice F

Ementa dos grupos focais 1 e 2

1º Grupo Focal - 16/09/2019

Temas abordados no 1º Grupo Focal.

1ª Parte - Vídeo da Influência da Publicidade no Mercado Farmacêutico

<https://www.youtube.com/watch?v=Gp0kUKxBBVE&t=207s>

2ª Parte - questões colocadas em “bexigas”

1. Na sua unidade, quem o usuário procura para receber orientação sobre medicamentos?
2. “no projeto terapêutico singular (PTS), eu sou incluído no desenvolvimento do cuidado daquele usuário?”
3. Quando não estou no setor, existe alguma iniciativa que a equipe realize, para o alcance do uso racional de medicamentos?
4. existe respeito mútuo entre a equipe e a minha atuação?
5. nos programas da ESF, como visita domiciliar, descarte de medicamentos e outros, realizo tarefas diferentes, que outros profissionais não o fazem?!
6. Os profissionais da minha unidade me procuram pra tirar dúvidas relacionadas à atuação exclusiva do Farmacêutico?
7. tenho espaço para propor mudanças na unidade que atuo.
8. se a minha atuação não ocorrer em tempo integral, as iniciativas geradas pela minha área seriam prejudicadas?
9. sou responsável por criar iniciativas educativas em saúde, junto à comunidade, em espaços diversos à unidade de saúde?!
10. desconheço a atuação de Farmacêuticos nos exames diagnósticos realizados, nos testes rápidos?

11. eu percebo nos demais profissionais a preocupação da garantia do tratamento medicamentoso para todos com economicidade?! Esses mesmos profissionais me enxergam assim?!
12. sinto que muitos pacientes me veem mais acessíveis para alcançar outras ações de saúde, relacionadas à equidade.
13. me sinto como peça chave na formação dos profissionais na equipe?
14. junto à equipe realizo monitoramento de cada tratamento e me torno o articulador desse cuidado para facilitar a comunicação dos profissionais envolvidos nessa situação.
15. os profissionais entendo meu papel quando o assunto é relacionado às diretrizes terapêuticas estipuladas pela ANVISA e CONITEC.

2º GRUPO FOCAL - 14/07/2019

1ª ATIVIDADE: REDE DE COMPETÊNCIA

Descreveremos algumas assertivas, nessas assertivas você poderá comparar às qualidades colocadas na rede de competência. No mesmo momento, você incluirá a pontuação relativa ao seu ponto de vista com relação ao quão potente é a atuação do Farmacêutico nesta qualidade.

1. O meu trabalho individual é menos visado do que aquele que eu conquisto coletivamente.
2. O Farmacêutico precisa mudar de postura. O ambiente do Farmacêutico em Tempo Integral na Saúde da Família é ambiente propício para essa mudança de postura.
3. Desenvolvemos na Saúde da Família práticas Farmacêuticas muito diferentes dos demais ambientes de atuação do profissional.
4. A Saúde da Família me leva às práticas de saúde muito progressistas
5. Dou suporte à equipe quando requisitado
6. Tenho a capacidade de transformar o cenário de saúde quando atuo em Tempo Integral
7. Vejo que sou capaz de contribuir com meus colegas da unidade
8. As minhas atuações na Saúde da Família, leva a práticas de saúde não imaginadas até então.
9. Solucionamos muitos problemas dos pacientes.
10. Exerço liderança na equipe com assuntos que domino.

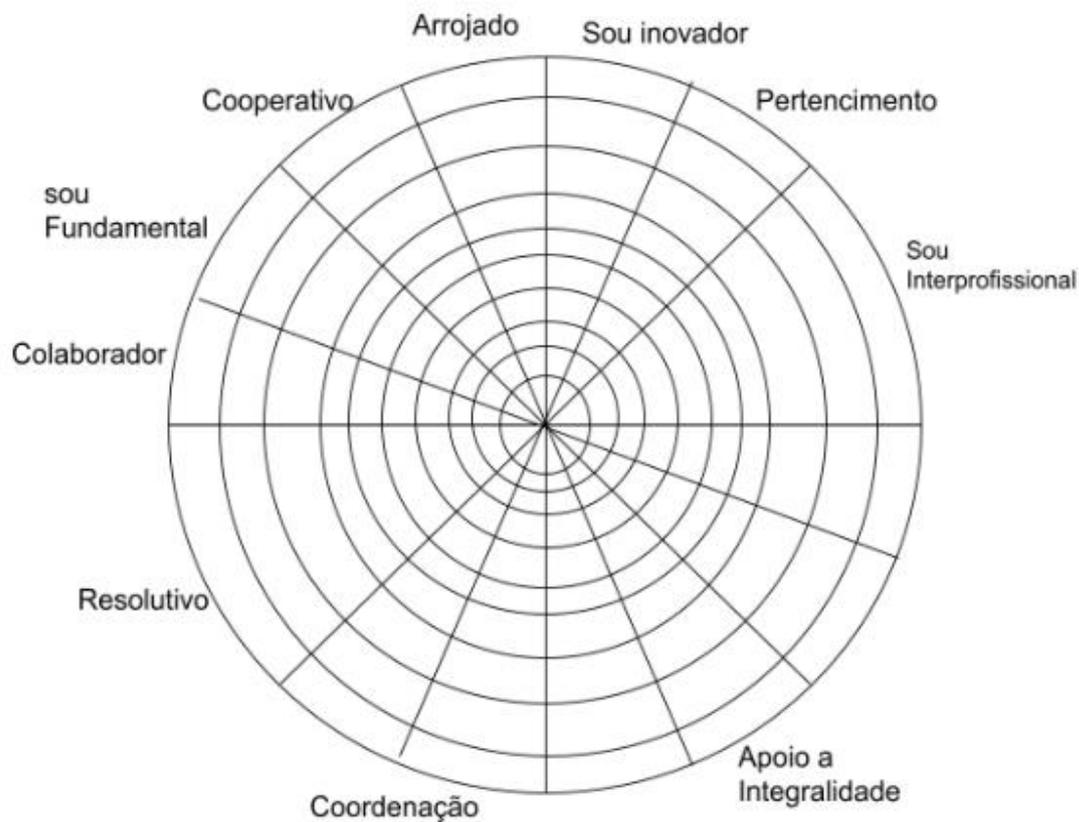
Ainda na rede de competência, escolha mais 4 qualidades que o Farmacêutico é capaz de demonstrar na Saúde da Família.

Formando grupos

Forme um grupo com os membros da sala e crie uma rede de competência único pela média pontuada pela equipe.

Selecione as qualidades que mais se assemelham com o grupo e pontue de acordo com a média do grupo.

FECHAMENTO DO GRUPO FOCAL - NARRATIVA COLETIVA

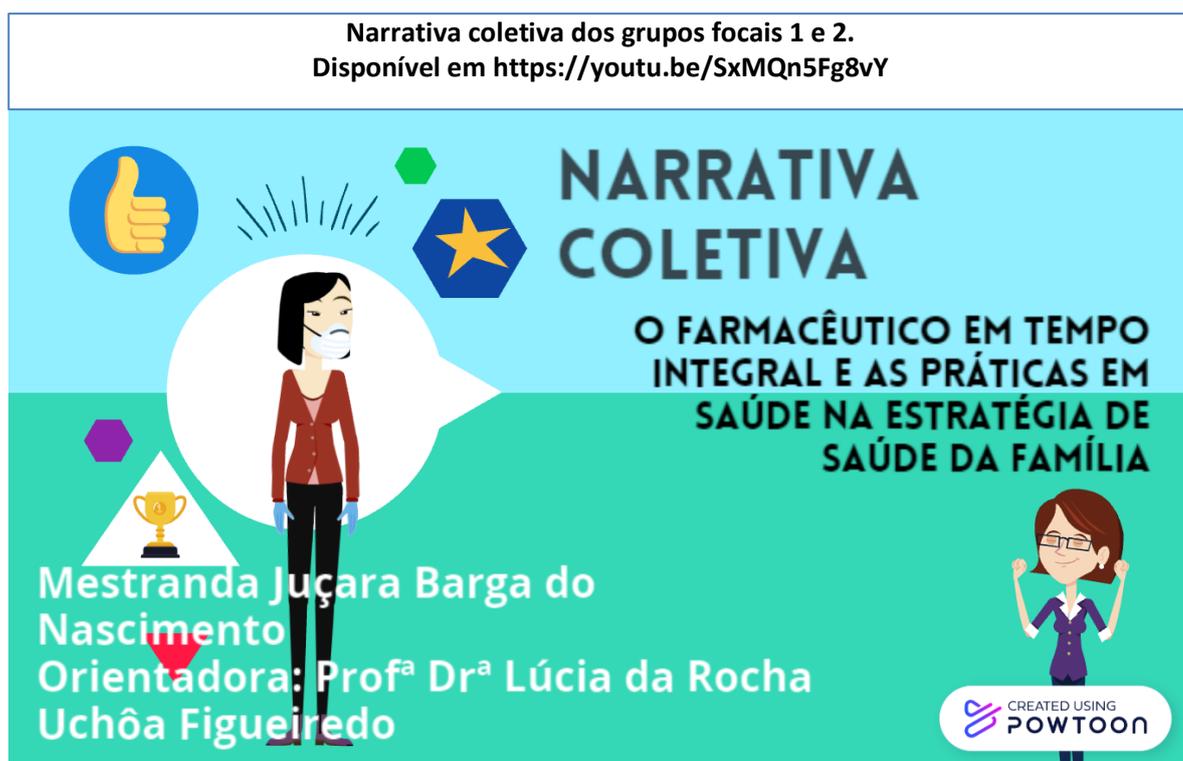


COLETAR PALAVRAS E CONSTRUIR UMA HISTÓRIA DE 1 min e 30 segundos a 2 min, introduzindo:

- Apresentação do Farmacêutico;
- Dizer que local correspondente que atua (saúde da família);
- Utilizar as palavras soltas para criar uma história;
- Cada integrante vai gravar um áudio, falando um trecho dessa história (grave no celular, com clareza, menor ruído possível)

Apêndice G

Narrativa coletiva dos grupos focais 1 e 2.
Disponível em <https://youtu.be/SxMQn5Fg8vY>



NARRATIVA COLETIVA

O FARMACÊUTICO EM TEMPO INTEGRAL E AS PRÁTICAS EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Mestranda Juçara Barga do Nascimento
Orientadora: Profª Drª Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

CREATED USING
POWTOON