

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA O  
ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**A INSERÇÃO DA FARMÁCIA NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO  
GHC E A INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES NA  
FORMAÇÃO DO RESIDENTE FARMACÊUTICO**

**Maria Elisa Gassen Toffoli  
Orientador: Luciane Kopittke**

**Porto Alegre, junho de 2010**

# **A INSERÇÃO DA FARMÁCIA NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC E A INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES NA FORMAÇÃO DO RESIDENTE FARMACÊUTICO**

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para o Ensino Superior em Saúde

Autor: Farmacêutica Maria Elisa Gassen Toffoli

Orientador: Farmacêutica Luciane Kopittke

Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

Correspondência: Maria Elisa Gassen Toffoli

Endereço: Rua da Alegria, 202 Bairro Estância Velha, Canoas, RS, CEP 92031-010

Telefone: (51) 33572019

Celular: (51) 92756580

Fax: (51) 33572363

Endereço eletrônico: [mariaelisa@ghc.com.br](mailto:mariaelisa@ghc.com.br)

Declaração de conflito de interesses:

Declaro não haver conflito de interesses na elaboração deste trabalho e responsabilizo-me pelas informações nele contidas.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora e amiga, Luciane Kopittke, que me apoiou em meus devaneios, me deu autonomia e liberdade de criação e, mantendo meus pés firmemente apoiados no chão, me permitiu voar.

À primeira turma de residentes da Ênfase Hematologia e Oncologia da RIS-GHC, Paula Mousquer, Renata Dall Agnol, Malviluce Pereira, Patrícia Riegel, Kyriê Rosa e Paula Stoll, por terem despertado em mim o desejo da interdisciplinaridade.

De uma forma especial à minha primeira farmacêutica residente, Paula Stoll, por ter sido a grande inspiração para a realização deste trabalho, por haver me mostrado diferentes caminhos de atuação profissional, por ter sido minha parceira na descoberta da beleza da atuação em equipe.

Aos amados Marcio, Marilisa e Clarice, pelo suporte sempre presente.

À Marina. Tudo é por ti, querida.

## RESUMO

O surgimento das disciplinas científicas ordenou o conhecimento de forma organizada, metódica, facilitando a compreensão dos assuntos, mas também obstruindo a visão ampla e global de como estes se integram. Assentado sobre esta estrutura disciplinar, o ensino médico estabelecido em 1910 pelo relatório Flexner, com ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista, desconsiderando aspectos sociais e coletivos. As demais profissões da área da saúde igualmente seguiram este modelo de ensino. Movimentos intensificados a partir dos anos 1960 em todo o mundo, evidenciaram a falta de compromisso do ensino médico com a realidade e as necessidades da população, e nos anos 1980 foram desencadeados processos de reforma do setor saúde em vários países. No Brasil, ocorreu a criação do Sistema Único de Saúde, desenhado com a Constituição Brasileira de 1988, sendo seus princípios e linhas gerais de funcionamento estabelecidos no ano de 1990. Com isto, modificou-se o perfil necessário ao médico egresso da universidade, devendo ser a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, nos diferentes níveis de atenção, voltada para ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Paralelamente a estas mudanças, houve um crescente envolvimento de outras profissões na atenção ao paciente, uma vez que uma única disciplina é incapaz de atender a todas as necessidades do usuário, que deve ser visto de forma integral, levando-se em conta suas dimensões sociais, econômicas e culturais. A Residência Integrada em Saúde do GHC foi constituída em 2004 com a proposta de integrar diversos núcleos profissionais, seus distintos conhecimentos, as diferentes áreas de ênfase e as teorias e práticas desenvolvidas em cada campo de atuação. Com a RIS, busca-se deslocar o eixo da formação centrada na assistência individual, intra-hospitalar, para um processo de formação mais contextualizado. A RIS busca provocar a experiência de abertura recíproca e comunicação entre núcleos profissionais, constituindo um plano interdisciplinar que se impõe pela troca de saberes e pela construção coletiva de novos conhecimentos. As Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Farmácia, de 2002, estabelecem uma formação capaz de integrar o farmacêutico na equipe interdisciplinar de saúde e o desenvolvimento de habilidades e competências para atuação junto ao usuário do sistema de saúde. Estas diretrizes estão em implantação em todo o território nacional, havendo, ainda, grandes desigualdades no ensino farmacêutico. A RIS-GHC proporciona um espaço privilegiado de formação em serviço em equipes interdisciplinares, que possibilitam trocas de experiências, definições conjuntas de planos terapêuticos, abordagens com olhares variados e uma interpenetração de saberes distintos, compondo um novo saber, mais homogêneo, colaborativo e pautado na integralidade da atenção. A inserção do farmacêutico na RIS-GHC propicia inúmeras ações deste profissional na equipe interdisciplinar, tais como educação sanitária, redimensionamento das práticas farmacêuticas, atuação em grupos,

elaboração de material informativo, entre outras. Neste contexto, a RIS-GHC complementa a formação farmacêutica, desenvolvendo competências e habilidades fundamentais para a atuação deste profissional no SUS.

**Palavras-chave:** Interdisciplinaridade. Residência. Ensino farmacêutico. Sistema Único de Saúde

Toffoli MEG, Kopittke L. A Inserção da Farmácia na Residência Integrada em Saúde do GHC e a Influência das Práticas Interdisciplinares na Formação do Residente Farmacêutico. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2010 jun 02.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
1.1 A interdisciplinaridade	13
1.2 A formação do farmacêutico e sua atuação em equipes interdisciplinares	16
1.3 Justificativa	19
2. OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3. METODOLOGIA	22
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos, o ensino e a aprendizagem nem sempre foram conduzidos de maneira sistemática. Inicialmente, não havia a educação formal para as crianças, em escolas ou colégios, e elas aprendiam com os mais velhos, através da imitação e da transmissão oral dos saberes do seu povo. A explicação do mundo e da vida era pautada na observação da natureza e o que não pudesse ser explicado desta maneira, era atribuído a fatores espirituais e místicos. A educação era uma atividade informal e, de certa forma, familiar. Uma das justificativas para a criação das escolas foi a necessidade de socializar a criança, tirá-la da condição dita “selvagem” para uma condição de limites e condicionamentos. A escola tinha, primordialmente, um papel civilizador. Era necessário preparar as pessoas para a transição do sistema feudal para o capitalismo e esta preparação ocorria na escola, que vinha então se estruturando. Se levarmos em conta que o trabalho infantil por longas jornadas diárias era uma realidade, o surgimento da escola pode ser considerado um avanço significativo no desenho dos papéis infantis (Caldeira, 2010).

Com o passar do tempo e com o acúmulo de conhecimento científico, tecnológico, literário, artístico e histórico, foi tornando-se impossível manter a antiga estrutura escolar, na qual os processos de condicionamento e civilização se destacavam. Era imperioso organizar os conhecimentos que surgiam, para que as

peças pudessem compreender o mundo em que viviam, não mais com base na fé religiosa e na observação da natureza, mas sustentado, agora, por esta infinidade de novos conhecimentos. O surgimento das disciplinas, ou disciplinaridade, no meio escolar, tinha por objetivo suprir esta nova necessidade, constituindo-se em uma forma para impor um tipo de ordenamento ao mundo. As disciplinas encarregaram-se de repartir o conhecimento de forma científica, organizada, metódica, facilitando a compreensão dos assuntos assim compartimentados, mas com um lamentável efeito colateral, a obstrução da visão ampla e global de como cada assunto integra-se aos demais (Mendes, 2008; Gomes, 1994).

Na área da saúde, amplamente assentado sobre a estrutura disciplinar da educação, o ensino moderno da Medicina foi essencialmente estabelecido por Abraham Flexner, a partir de seu relatório publicado nos Estados Unidos, em 1910. O Relatório Flexner exerceu profunda influência no mundo todo, inclusive no Brasil, e seu impacto ainda se faz sentir nos dias atuais. A ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. A implantação da medicina científica deu-se através da associação entre o grande capital, a corporação médica e as universidades. Abraham Flexner, que era educador, afirmava que o estudo da Medicina deveria centrar-se na doença, considerada um processo natural, uniausal e biológico. Os aspectos sociais, coletivos e a comunidade não eram considerados neste processo. O hospital passa a ser o local oficial do ensino médico. Da mesma forma, as demais profissões da área da saúde passam a seguir este modelo de ensino (Pagliosa, 2008).

Críticas recorrentes ao setor da saúde, intensificadas a partir da década de 1960 em todo o mundo, no que se denominou a “crise da Medicina”, evidenciaram o descompromisso do ensino médico proposto por Flexner com a realidade e as necessidades da população. Estas constatações provocaram intensa movimentação nos meios acadêmicos, instituições internacionais de saúde (Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e outras), governos, fundações internacionais, instituições representativas de classe e na

sociedade em geral. De forma heterogênea, segundo as diferentes realidades socioeconômicas e políticas de cada país, a partir dos anos 1980 foram desencadeados processos de reforma do setor da saúde em vários países. Estas reformas ocorreram por meio de diferentes modelos e estratégias, desde medidas administrativas até mudanças constitucionais. As reformas mais profundas foram construídas, como no caso do Brasil, por intermédio de debates e iniciativas da sociedade civil organizada (Pagliosa, 2008).

O cenário para estas mudanças se apresenta no contexto de um movimento mundial, nascido nos Estados Unidos da América, que questiona os postulados solidificados no período anterior à II Grande Guerra até a Guerra do Vietnã, baseados no cientificismo, e que propõe uma retomada do então chamado Naturismo, ou retorno ao natural. Concomitante, levantam-se os movimentos de “esquerda”, que angariam junto à juventude muitos adeptos, enquanto vivenciam-se as ditaduras de “direita” na América Latina. Assim, os movimentos de resistência eclodem. Este cenário destaca muitos pensadores e forma, nos meios universitário e político, uma massa crítica que se contrapõe ao domínio do capital e à capitalização da saúde. No Brasil levantam-se os defensores de um Sistema Único de Saúde, propondo que esta deve ser um dever do Estado e um direito de todo o cidadão e não um mero serviço a ser prestado. Este Sistema é desenhado a partir da Constituição Brasileira de 1988, sendo em 1990 estabelecidos seus princípios e linhas gerais de funcionamento (Pagliosa, 2008; Casa Civil, 1988; Casa Civil, 1990).

No rastro destas mudanças, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina definiram o perfil do médico egresso da universidade, que deve ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com capacidade para atuar com princípios éticos no processo de saúde e doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da assistência, com senso de responsabilidade (Conselho Nacional de Educação, 2001).

Paralelamente às mudanças na educação médica, houve um crescente movimento no sentido de envolver outras profissões ou disciplinas da área da

saúde na atenção ao paciente, uma vez que uma única disciplina seria incapaz de dar conta de todas as necessidades deste ser humano que começava a ser visto de forma mais integral. O surgimento das residências multiprofissionais em saúde ou em área da saúde tinha como objetivo a intervenção no processo formativo, com deslocamento do eixo da formação centrada na assistência individual prestada em unidades hospitalares para um processo de formação mais contextualizado, que levasse em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do processo saúde/doença da população. Isto implica estimular uma formação interdisciplinar, multiprofissional, que respeite os princípios do controle social e do SUS e que atue com responsabilidade integral sobre a população de determinado território, adotando metodologias de ensino-aprendizagem centradas no educando, como sujeito da aprendizagem, e no educador, como facilitador da construção do conhecimento. Isto deve ainda aliar-se ao planejamento do processo ensino-aprendizagem centrado em problemas sanitários prevalentes (Campos, 2001).

A Constituição Federal prevê, no Artigo 200, Inciso 111, o "ordenamento na formação de recursos humanos na área da saúde" como competência do Sistema Único de Saúde (SUS). Isto é justificável em função da força de trabalho que o SUS absorve e as necessidades determinadas pelos princípios que norteiam e regem este Sistema de Saúde. O profissional que irá atuar no SUS deverá ter uma formação orientada para a atuação interdisciplinar e multiprofissional, através de um modelo pedagógico que equilibre excelência técnica e relevância social, em sintonia com o paradigma da integralidade (Casa Civil, 1988; Campos, 2001).

Segundo Ceccim (2004), a formação de profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se impermeável ao controle social e perpetuando modelos conservadores. A formação deve desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das comunidades, da gestão e do controle social em saúde, promovendo a autonomia dos usuários até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. O SUS, em suas

várias instâncias, deve cumprir o papel de indutor das mudanças necessárias, tanto nas práticas de saúde como no campo da formação profissional, direcionando esta formação às suas necessidades e aos seus princípios, atendendo aos interesses públicos, expressando produção de conhecimento e promoção de avanços nos campos científico, tecnológico e cultural, e disseminando saberes produzidos nos serviços, nos movimentos sociais e nas práticas populares.

O SUS tem um papel ativo como orientador das estratégias de cuidado, tratamento e acompanhamento da saúde individual e coletiva e deve ter este mesmo papel norteador nas práticas formativas, na metodologia de ensino e na determinação do perfil do profissional que irá compô-lo. No setor do ensino em saúde revela-se necessária e urgente uma reforma educacional que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional. Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, implica em trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as instituições formadoras, colocando em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde (Ceccim, 2004).

Em meados de 2003, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior, promoveu a constituição e financiamento de Residências Multiprofissionais no Brasil. A diretoria do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) iniciou negociações para a implantação de um programa de residência multiprofissional na Instituição. A partir de então, a Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC (GEP-GHC) passou a mapear internamente os serviços com possibilidade de assumir a responsabilidade de instituir novos espaços de desenvolvimento de profissionais, de acordo com os pressupostos do SUS. A definição de áreas de ênfase para a implantação da

Residência ocorreu a partir da avaliação das necessidades de desenvolvimento de profissionais para áreas estratégicas do SUS, em nível locorregional e nacional, e da capacidade das equipes para oferecerem espaços qualificados para receber os residentes. A Residência Integrada em Saúde do GHC foi constituída em 2004 e sua denominação “Integrada” deve-se à concepção de que, por meio deste modelo de desenvolvimento de profissionais de saúde, estariam sendo integrados diversos núcleos profissionais e seus vários conhecimentos, as diferentes áreas de ênfase e as teorias e práticas desenvolvidas em cada campo de atuação (Baldisseroto, 2006).

O GHC é uma organização diretamente vinculada ao Ministério da Saúde, que desenvolve ações nos diferentes âmbitos da atenção à saúde, oferecendo um atendimento integral aos usuários. Constitui-se em uma instituição de ensino na qual há uma clara preocupação em promover uma formação diferenciada, com o objetivo de qualificar os profissionais para uma escuta e um olhar ampliados quanto ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, bem como em relação à orientação terapêutica, ao uso das tecnologias (disponíveis ou em desenvolvimento) para o cuidado da vida, além do desenvolvimento de pesquisa em atenção integral à saúde, em conformidade com as necessidades do Sistema Único de Saúde. Neste pólo formador de profissionais para o SUS, a preocupação com a formação e qualificação de profissionais é uma constante. Os programas de Residência Médica (RM) e de Residência Integrada em Saúde (RIS) caracterizam-se por períodos de aperfeiçoamento em serviço, em geral por dois ou mais anos, e recebem egressos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social, distribuídos em quatro áreas de ênfase: Atenção ao Paciente Crítico, Hematologia e Oncologia, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental.

Se até poucos anos o GHC contava apenas com a RM, a incorporação de novos profissionais ocorreu por absoluta necessidade da rede pública de serviços de saúde atender a demandas não supridas simplesmente pela atuação dos médicos. Com a RIS, busca-se primeiramente deslocar o eixo da formação centrada na assistência individual, intra-hospitalar, para um processo de formação

mais contextualizado, que considere também os aspectos sociais, econômicos e culturais da população. A RIS busca provocar a experiência de abertura recíproca e de comunicação entre núcleos de conhecimentos de modo a constituir um plano interdisciplinar que se impõe pela troca sistemática e contínua de saberes, assim como pela construção coletiva de novos conhecimentos (Baldisseroto, 2006).

### **1.1 A interdisciplinaridade**

A ciência moderna, com a disciplinarização, fragmentou a percepção do humano, distanciando-se dele e reduzindo-o a um estatuto de objetividade. Assim, ao recortar o mundo das vivências em inúmeros objetos, sob administração e organização das diversas disciplinas, acabou produzindo um conhecimento compartimentado, desintegrado, dissociado e esquizofrênico (Gomes, 1994).

Contra este caráter "doentio" do conhecimento, fragmentado e sem a face humana, insurge-se a interdisciplinaridade como a busca da totalidade do conhecimento, como uma crítica veemente à sua compartimentalização; à institucionalização e aprisionamento do saber nas academias e à crescente valorização "*per se*" do saber técnico (Gomes, 1994).

Etimologicamente, o termo "saúde", do latim *salus*, significa "são", "inteiro"; em grego, o significado é "inteiro", "real", "integridade". Desse modo, saúde como integridade e integralidade não permite a sua fragmentação como saúde física, mental e social e, portanto, parte-se de uma visão que supõe entendê-la na interface da grande diversidade de disciplinas (Mendes, 2008). Entretanto, o campo da Saúde Pública foi demarcado historicamente por um modelo positivista, onde a doença, encarada como desvio e ameaça à ordem e estrutura social, era tratada basicamente através de uma ótica biocêntrica (Gomes, 1994). Não são incomuns relatos dos trabalhadores sobre a irracionalidade decorrente do excesso de racionalização e fragmentação das práticas profissionais em saúde (Furtado, 2009).

A interdisciplinaridade assume grande importância na medida em que identifica e nomeia uma mediação possível entre saberes e competências e

garante a convivência criativa com as diferenças. Além da função de mediador, o conceito de interdisciplinaridade vem apontar a insuficiência dos diversos campos disciplinares, abrindo caminhos e legitimando o tráfego de sujeitos concretos e de conceitos e métodos entre as diferentes áreas do conhecimento. Assim, a interdisciplinaridade é uma ferramenta fundamental na grande oficina de produção em que se constitui a ciência, não devendo ser tomada como um fim em si mesmo ou uma nova ciência a ser constituída, mas uma ferramenta conceitual, cuja função como tal só se realizará à medida que sua inserção epistemológica criar pontes com as práticas concretas. Há relativo consenso em torno da necessidade de mais integração entre disciplinas, saberes e práticas, sendo que o desafio do desenvolvimento interdisciplinar há muito alcançou o terreno operacional, tornando-se tema recorrente no discurso dos profissionais e suas equipes. Porém, a organização dos serviços ainda mantém-se, via de regra, assentada no paradigma uni, multi ou pluridisciplinar (Furtado, 2009).

Entre as diferentes categorias predomina a tendência em satisfazer aspirações profissionais e manter sua autonomia, em detrimento da colaboração profissional. Tal postura unidisciplinar espelha a própria constituição das profissões, que possuem em comum os interesses pragmáticos de garantia de mercado de trabalho, uma vez que o profissionalismo constitui-se numa estratégia de retenção do conhecimento, buscando torná-lo o mais específico e misterioso possível, permanecendo acessível a poucos e assim garantindo reserva de mercado (Furtado, 2009).

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que se aprofundam as especialidades, desenvolve-se a interdisciplinaridade, que marca a descoberta ou estabelecimento de conexões e correspondência entre disciplinas científicas, isto é, entre as diferentes formas de descrição da realidade. Sem dúvida, a interdisciplinaridade vai além de uma justaposição ou adição de diferentes ângulos sobre determinados objetos de análise. As disciplinas se comunicam umas com as outras, confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte. A sua complexidade consiste justamente na sua própria construção, que é impregnada por trocas e articulações mais profundas entre os

diferentes elementos participantes, e assentada sobre uma lógica de colaboração (Mendes, 2008). Esta lógica baseia-se em valores humanistas, buscando recolocar profissionais em torno da pessoa e não ao redor de territórios de especialização. A proposta de trabalho em colaboração interprofissional surge como resposta a diversos impasses – dentre eles a complexidade dos problemas clínicos – à necessidade de reagrupamento de conhecimentos espalhados, como forma de diminuir a alienação do trabalhador e para evitar a duplicação de cuidados. À medida que aumenta o grau de colaboração profissional, decresce a autonomia individual, e a condução de planos terapêuticos passa a ser negociada entre os seus integrantes, o que pode ser particularmente difícil para alguns sujeitos. Por outro lado, esse aumento de colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados, permitindo o aumento da autonomia da equipe como um todo frente aos problemas por ela enfrentados. Assim, o desafio de promover a colaboração não deve ser levado à frente negando uma especificidade duramente alcançada, mas tentando estabelecer pontes entre posições inicialmente antagônicas (Furtado, 2009).

A fim de preservar o uso adequado do conceito de interdisciplinaridade, faz-se necessário manter certa vigilância, considerando-se a banalização e a forma indiscriminada no uso da expressão. No campo da saúde, com frequência as reuniões para discussão são vistas como espaços de interdisciplinaridade. Todavia, não raro os diferentes profissionais mantêm a discussão presos à sua especialização e, equivocadamente, pensam que o simples evento de estarem lado a lado seja uma prática interdisciplinar. Isto está relacionado com a incapacidade de ultrapassar princípios discursivos, perspectivas teóricas e modos de funcionamento em que cada profissional foi treinado, formado e educado (Mendes, 2008).

Estas práticas estão mais aproximadas da multidisciplinaridade ou da pluridisciplinaridade, que evocam uma simples justaposição, num trabalho determinado pelos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente num trabalho de equipe coordenado. Quando nos situamos no nível do multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de

empréstimo a duas ou mais especialidades, ou setores do conhecimento. As disciplinas, no entanto, permanecem inalteradas, não interagem, não se enriquecem nem são enriquecidas pelo outro saber. Tanto no multidisciplinar como no pluridisciplinar realizam-se apenas agrupamentos, intencionais ou não, sem relação entre as disciplinas; no pluridisciplinar, porém, há objetivos distintos, mas com possibilidade de que ocorra certa cooperação. Importa ressaltar que o princípio que distingue multi, pluri e interdisciplinaridade é caracterizado pela intensidade de troca entre diferentes profissionais e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de uma equipe (Mendes, 2008). O desafio interdisciplinar deve basear-se numa perspectiva de diálogo e interação das disciplinas, para além das tentativas multi ou pluridisciplinares (ainda que possam ser vistas como uma etapa para a interdisciplinaridade) que apenas produzem conhecimentos justapostos em torno de um mesmo problema, cada qual a partir de seu próprio e inviolável ponto de vista. Este diálogo, do qual as disciplinas saem enriquecidas em método e perspectiva, trata-se, enfim, de uma proposta de religar o conhecimento científico e a complexidade do mundo vivido (Gomes, 1994).

## **1.2 A formação do farmacêutico e sua atuação em equipes interdisciplinares**

Mundialmente, a atuação do farmacêutico, no início do século XX, dava-se em pequenas farmácias, nas quais eram preparadas formulações magistrais. A farmácia era, então, um estabelecimento relevante não apenas para a saúde, mas também do ponto de vista social, constituindo-se em ponto de encontro. O farmacêutico, também chamado boticário, era geralmente o proprietário da farmácia e acumulava funções de administrador, técnico, ouvinte e conselheiro, orientando sobre o uso dos medicamentos que ele mesmo, na maior parte das vezes, preparava. Com a industrialização, este cenário foi profundamente transformado. A disponibilidade de medicamentos *prêt-à-porter*, com a qualidade assegurada pela indústria, com suposta maior segurança quanto à composição e dose, e com seu uso devidamente estimulado pela crescente propaganda, acabou

por praticamente extinguir a prática da farmácia magistral. Os farmacêuticos migraram maciçamente para a área de análises clínicas, também em franca expansão em meados dos anos 1950 (Pöttsch, 1996). Todo o conhecimento farmacêutico passou a centrar-se apenas no medicamento como um produto e o ser humano tornou-se um depositário do amontoado de reações químico-farmacológicas necessárias para que o fármaco fizesse seu efeito (Cipolle, 1998).

No Brasil, este cenário perdurou até os anos 1980, quando, diante do altíssimo custo dos medicamentos, as farmácias magistrais, também chamadas de farmácias de manipulação, surgiram como uma alternativa mais econômica para a aquisição de medicamentos. Também neste período ocorre um movimento crescente de inserção do farmacêutico nas farmácias hospitalares. Durante muitos anos, a grande maioria dos hospitais não contavam com um farmacêutico dedicado à dispensação de medicamentos. O que normalmente se dispunha era de um responsável técnico que, usualmente, era um dos farmacêuticos analistas clínicos do laboratório. A morte do ex-presidente Tancredo Neves, que levou à mídia o triste quadro das infecções hospitalares, projetou o farmacêutico como profissional chave no controle dos antimicrobianos de uso hospitalar, consolidando sua presença na farmácia hospitalar. Foi o primeiro passo para que este profissional buscasse algum nível de integração com a equipe de saúde, através da prática da farmácia clínica (Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, 1994).

Finalmente, em 1990, Hepler e Strand criam o conceito de Atenção Farmacêutica, definida como “a provisão responsável da terapia medicamentosa com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida de um paciente”. É a partir da publicação do artigo *Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care* que esta metodologia de trabalho passa a ser vista como uma possibilidade concreta de inserção do farmacêutico em uma equipe multidisciplinar ou interdisciplinar (Hepler, 1990).

No Brasil, a Atenção Farmacêutica é definida como:

“modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos,

comportamentos, habilidades, compromissos e co-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 especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (Ivama, 2002).

Com a prática da Atenção Farmacêutica, este profissional deixa de ter uma função meramente distributiva de medicamentos, encarados como simples mercadorias, e assume um papel social e uma função sanitária, ao dispensar não apenas produtos, mas também conhecimentos. A Atenção Farmacêutica tira o foco da distribuição do medicamento e o coloca na sua utilização. O farmacêutico deve, com isto, envolver-se com o tratamento do usuário, acompanhando e avaliando os resultados obtidos, detectando efeitos adversos e interações medicamentosas e verificando se os objetivos terapêuticos estão sendo atingidos. Para que este acompanhamento seja viabilizado, é fundamental que relações multiprofissionais sejam estabelecidas. Especialmente ao considerar-se a atuação na equipe de atenção primária, ou nas equipes intra-hospitalares, onde torna-se vital obter um rendimento ótimo de recursos limitados. A Atenção Farmacêutica tem por princípio não substituir ou suprimir outros profissionais de saúde, mas sim oferecer complementação, ao estar entre eles e junto ao paciente. Não apregoa a ingerência em outras profissões, mas reafirma a necessidade de uma equipe multiprofissional, com ênfase na saúde e não na doença (Cordeiro, 2008).

Mesmo com esta importantíssima mudança de paradigma, observa-se, ainda, uma grande procura pelos cursos de graduação em Farmácia com o objetivo específico de atuação em análises clínicas, farmácia magistral, indústria de medicamentos ou de alimentos. O amplo espectro de atuação do profissional farmacêutico propicia um grande leque de opções no mercado, entre as quais algumas jamais passarão sequer próximas de uma equipe interdisciplinar. Trata-se de uma característica inerente a esta profissão: o tecnicismo e a prática de laboratório. Não causa estranheza a pouca familiaridade dos farmacêuticos com

as equipes de saúde ou ainda com os pacientes aos quais atendem. A formação deste profissional, em praticamente todas as universidades e, contraditoriamente, de forma mais acentuada nas universidades públicas, é solidamente assentada sobre a técnica e a ciência pela ciência.

Uma proposta que se insurge contra esta metodologia de ensino são as novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Farmácia, de 2002. Nestas diretrizes, está explícita a necessidade de uma formação capaz de integrar o farmacêutico na equipe interdisciplinar de saúde e de que esta formação propicie o desenvolvimento de habilidades e competências para atuação junto ao usuário do sistema de saúde (Conselho Nacional de Educação, 2002).

As Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Farmácia estão ainda em implantação por todo o território nacional. Nem todos os cursos de Farmácia as implementaram plenamente, gerando grandes desigualdades na formação, especificamente nos aspectos relacionados à interdisciplinaridade. Dentre os residentes farmacêuticos que realizaram sua formação em serviço na RIS-GHC, é provável que poucos tenham cursado o novo currículo farmacêutico, batizado de “generalista”, pelo aspecto pouco especializado da formação proporcionada, voltada às necessidades mais prementes da população, em especial daquela assistida pelo Sistema Único de Saúde (Conselho Nacional de Educação, 2002).

### **1.3 Justificativa**

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição proporciona um espaço privilegiado de interdisciplinaridade, através da formação em serviço em equipes multiprofissionais de saúde. Os espaços de reflexão teórica, integrados ou de campo, possibilitam trocas de experiências e vivências, definições conjuntas de planos terapêuticos e intervenções, abordagens com olhares variados e uma interpenetração de saberes distintos, compondo um novo saber, mais homogêneo, mais colaborativo e pautado na integralidade da atenção.

Este cenário interdisciplinar pode ser altamente benéfico e produtivo para a formação do residente farmacêutico, cuja graduação usualmente é pouco perpassada por este conceito e esta prática. Neste contexto, a RIS-GHC pode complementar a formação farmacêutica, proporcionando o desenvolvimento de competências e habilidades fundamentais para a atuação deste profissional no Sistema Único de Saúde.

Este trabalho justifica-se pela necessidade de se revisar a formação farmacêutica, em especial quando o objetivo é a atuação no SUS, e discutir a atuação multiprofissional do farmacêutico e o impacto da interdisciplinaridade sobre sua prática profissional.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Discutir, com base na literatura, a influência das práticas interdisciplinares sobre a formação em serviço dos residentes farmacêuticos.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Apresentar um breve histórico da educação em saúde.
- Abordar a interdisciplinaridade, com base em referenciais teóricos.
- Discutir a história da formação do profissional farmacêutico e contextualizar a situação atual do ensino desta profissão.
- Apresentar relato histórico da inserção do farmacêutico na RIS-GHC.
- Discutir a formação em serviço do ponto de vista da interdisciplinaridade, avaliando a influência das práticas interdisciplinares na formação do farmacêutico em espaços privilegiados de atuação em equipe multiprofissional.
- Pontuar as ações de atenção à saúde promovidas ou integradas por residentes farmacêuticos na RIS-GHC, correlacionando-as com práticas interdisciplinares.

### **3. METODOLOGIA**

O presente trabalho é um estudo qualitativo baseado em uma análise textual e uma breve revisão bibliográfica sobre os tópicos ensino em saúde, ensino médico, interdisciplinaridade, ensino farmacêutico, histórico da Residência Integrada em Saúde do GHC e histórico da inserção e atuação do farmacêutico na RIS.

Os conteúdos identificados e descritos foram posteriormente discutidos e correlacionados com a influência das práticas interdisciplinares na formação em serviço do residente farmacêutico.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A utilização de medicamentos é um processo complexo com múltiplos determinantes e envolve diferentes atores. As diretrizes farmacoterapêuticas adequadas para a condição clínica do indivíduo são elementos essenciais para a determinação do emprego dos medicamentos. Entretanto, a prescrição e o uso de medicamentos são também influenciados por fatores de natureza cultural, social, econômica e política. Maus hábitos prescritivos levam a tratamentos ineficazes e pouco seguros, a exacerbações e ao prolongamento de doenças, causam incômodo e dano aos pacientes e têm custo elevado. Também tornam o prescritor suscetível a influências tais como pressão do paciente, mau exemplo de colegas e atuação de propagandistas agressivos, influências estas que podem resultar em prescrições irracionais. Tratamentos racionais implicam em enfoques lógicos e de bom senso, no momento de selecionar os medicamentos a serem prescritos e adequar sua utilização ao usuário em questão (OMS, 1998).

Além dos problemas nas prescrições (sobreprescrição, prescrição incorreta, prescrição múltipla, subprescrição, etc.) há vários outros obstáculos para a promoção do uso racional de medicamentos no Brasil, tais como o número excessivo de produtos farmacêuticos, a prática da automedicação, a falta de informações aos usuários, informações e propaganda das indústrias farmacêuticas, entre outros. Todas essas práticas de uso inadequado de

medicamentos podem trazer consequências graves para a saúde da população, como por exemplo, eventos adversos que podem vir a ser letais, eficácia limitada, resistência a antibióticos, fármaco-dependência, riscos de infecção, entre outros (CONASS, 2007).

A assistência farmacêutica centrada no usuário busca melhorar a qualidade do processo de utilização de medicamentos, visando alcançar resultados concretos e de forma coerente com as necessidades do usuário e as condições do Sistema de Saúde. A Portaria nº 2084/GM de 2005 estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos, corroborando a ideia de que o tratamento medicamentoso deve ser submetido a uma visão estratégica e pautado na racionalidade de sua utilização, e evidenciando a necessidade da atuação do farmacêutico no SUS como peça chave para o uso racional de medicamentos (Ministério da Saúde, 2005).

Por outro lado, a Portaria nº 3916/GM de 1998 do Ministério da Saúde define a Assistência Farmacêutica como o conjunto de atividades relacionadas com o medicamento, envolvendo desde o abastecimento de medicamentos em todas as suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre medicamentos e a educação dos profissionais de saúde, do usuário e da comunidade, com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos. Estas ações são inerentes ao profissional farmacêutico que, conjuntamente com a equipe de saúde, deve implementá-las (Ministério da Saúde, 1998; Ministério da Saúde, 2006).

A inserção do profissional farmacêutico na RIS-GHC ênfase em Saúde da Família e Comunidade se deu em função da Atenção Primária ser a porta de entrada do usuário e sua condução no SUS, gerando a maioria das prescrições e distribuição de medicamentos e apresentando maior potencial de problemas com os mesmos. A proximidade deste usuário com a equipe interdisciplinar e a presença do farmacêutico a orientá-lo sobre a farmacoterapia possibilitam o

seguimento contínuo do indivíduo dentro de seu ambiente, não com o foco na doença, mas sim no ser humano. Além disso, simultaneamente à inserção da Farmácia nesta ênfase, em dezembro de 2005, uma farmacêutica passou a integrar a equipe do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), com o objetivo de contribuir na gestão da Assistência Farmacêutica e prestar apoio matricial às doze Unidades de Saúde que compõem o SSC. A partir de então, várias ações passaram a ser desenvolvidas para a organização da Assistência Farmacêutica neste Serviço, buscando romper a rotina gerencial consumida na lógica imediatista, de atendimento à demanda espontânea. Foram instituídas atividades com planejamento e metas definidas, acompanhamento e avaliação sistemática das ações desenvolvidas e com responsabilidades sobre os resultados atingidos (Kopittke, 2005; Kopittke, 2007).

Nas equipes mínimas da Estratégia de Saúde da Família não está contemplado o profissional farmacêutico, porém, desde janeiro de 2008, com a Portaria nº 154, que institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), este é um dos profissionais que podem compor esta equipe. Além disto, todos os Municípios devem seguir a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e, para tanto, é necessário capacitar o profissional farmacêutico no gerenciamento da Assistência Farmacêutica centrada no usuário, além qualificar este profissional para desenvolver as atribuições que lhe são conferidas ao integrar as equipes que compõem os NASF's (Ministério da Saúde, 2008).

Por outro lado, na farmacoterapia em Hematologia e Oncologia utilizam-se medicamentos quimioterápicos antineoplásicos, cujo preparo deve ser realizado por um farmacêutico. Devido a sua elevada toxicidade, sua utilização deve ter um acompanhamento farmacoterapêutico, para minimizar os graves efeitos adversos que podem ocorrer. Além disso, em sua maioria, são medicamentos de alto custo, sendo, portanto, necessário otimizar recursos financeiros de forma a garantir o acesso dos usuários ao seu tratamento. O usuário deve receber o medicamento certo, na dose certa e na hora certa, preparado de forma adequada para que não contamine o usuário, os profissionais e o meio ambiente, a um custo compatível com a gestão do Sistema de Saúde. Além disto, faz-se necessário trabalhar com a

equipe e com os pacientes de forma a garantir a adesão ao tratamento. A participação do farmacêutico como componente da equipe multiprofissional de Hematologia e Oncologia é obrigatória e legalmente exigida, bem como sua atuação na estruturação física e logística para a preparação dos medicamentos quimioterápicos (ANVISA, 2004; CONASS, 2005).

Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia enfatizem a necessidade de serem formados farmacêuticos com habilidades e competências para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual quanto coletivo, atuar de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, comunicar-se adequadamente com usuários e outros profissionais de saúde e atuar em equipes multiprofissionais, os profissionais farmacêuticos necessitam uma qualificação que complemente sua formação acadêmica, na qual estes aspectos ainda não são abordados em profundidade. Além disso, os jovens profissionais carecem da vivência da formação em serviço e da interdisciplinaridade, fundamental ao compor uma equipe de saúde (Conselho Nacional de Educação, 2002).

Como experiência pioneira no Estado do Rio Grande do Sul, o profissional Farmacêutico foi inserido na RIS-GHC, na ênfase Saúde da Família e Comunidade, iniciando a primeira turma com três residentes, alocados em três das doze Unidades de Saúde que compõem o Serviço de Saúde Comunitária (Kopittke, 2005). Em 2009 foi implantada a ênfase da RIS em Hematologia e Oncologia, inicialmente com uma residente farmacêutica (RIS-GHC, 2008).

O objetivo primordial da inserção do farmacêutico na RIS-GHC é qualificar para o Sistema Único de Saúde, farmacêuticos capazes de atuar em equipe de forma interdisciplinar e resolutiva, baseados nos princípios da equidade, universalidade e integralidade, através de ações individuais e coletivas, desenvolvendo capacidade de analisar e propor ações de incentivo ao uso racional de medicamentos junto aos profissionais de saúde, usuários e comunidade em geral, com base na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A formação em serviço e a atuação em equipe têm

possibilitado aos farmacêuticos uma visão nova e ampliada do SUS, da integralidade, da interdisciplinaridade e das suas próprias práticas como profissional de saúde, em especial no estímulo e promoção do uso racional de medicamentos.

Outros objetivos da inclusão do farmacêutico nas ênfases Saúde da Família e Comunidade e Hematologia e Oncologia são:

- Possibilitar a aprendizagem a partir da vivência, no contexto da formação em serviço.
- Desenvolver ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.
- Utilizar os conhecimentos técnicos inerentes da profissão para estimular e promover o uso racional de medicamentos.
- Utilizar aspectos epidemiológicos e sócio-econômicos nas tomadas de decisão.
- Acompanhar, através da atenção farmacêutica, os pacientes assistidos pelo GHC.
- Conhecer as políticas de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos.
- Desenvolver atividades sustentadas no atendimento integral ao paciente.
- Relacionar-se de forma humanizada com a equipe, os pacientes e os cuidadores, com vistas a uma atenção integral.
- Prestar assistência ao paciente a partir de uma abordagem interdisciplinar.
- Buscar a integralidade na formação de recursos humanos para o SUS através de treinamento em serviço, para o desempenho de atividades baseadas no modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família (especificamente na ênfase Saúde da Família e Comunidade).
- Compreender os fundamentos da farmacoterapia antineoplásica, conhecendo as classes terapêuticas disponíveis e as técnicas de preparo dos medicamentos quimioterápicos e radiofarmácios (especificamente na ênfase Hematologia e Oncologia).

Atualmente a Farmácia possui uma vaga para residente de primeiro ano (R1) e uma para residente de segundo ano (R2) na ênfase Hematologia e

Oncologia e quatro vagas para R1 e quatro para R2 na ênfase Saúde da Família e Comunidade. A ampliação das vagas na Saúde da Família e Comunidade ao longo dos anos ocorreu a partir da manifestação das equipes das Unidades de Saúde Comunitária, solicitando a presença de mais profissionais. Cabe salientar que não há residentes farmacêuticos em todas as equipes apenas em virtude da falta de vagas, sendo uma reivindicação de todas as Unidades, após haverem conhecido o trabalho desenvolvido pelos residentes farmacêuticos nas equipes onde estão inseridos. Isto surge como um referencial para corroborar a ideia de que o farmacêutico, quando inserido em uma equipe multiprofissional, pode desenvolver ações positivas, beneficiando a todos os envolvidos, sejam profissionais ou usuários.

Todos os residentes, em ambas as ênfases, atuam na assistência ao paciente e no gerenciamento do ciclo da Assistência Farmacêutica centrado no usuário. As atividades desenvolvidas são teóricas e práticas, voltadas para a formação em serviço, para que possam conhecer e aprofundar-se no território/serviço onde atuam e nos seus problemas de saúde. Participam de atividades de educação sanitária, da detecção dos fatores determinantes do insucesso dos tratamentos farmacoterapêuticos e dos mecanismos e dificuldades de acesso aos medicamentos, de ações de farmacovigilância e da promoção do uso racional de medicamentos com usuários, comunidade e demais profissionais de saúde, através de educação permanente. As aulas de campo são realizadas nas suas áreas de ênfase, porém, as aulas de núcleo, onde são abordados assuntos referentes à prática específica do profissional farmacêutico, são conjuntas para as duas ênfases, para que o profissional tenha uma visão integral do usuário nos diferentes níveis de atenção.

Além das aulas e práticas em serviço, os residentes realizam um trabalho de conclusão de residência, no qual devem abordar assuntos relacionados à necessidade dos serviços onde estão inseridos, com o objetivo de propor melhorias no território/serviço ou benefícios aos usuários do mesmo.

Os assuntos abordados até o momento nos trabalhos de conclusão referem-se a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos, prevalência de

efeitos adversos a medicamentos em pacientes idosos, avaliação da assistência farmacêutica na ótica dos profissionais de saúde que compõem as equipes, revisão bibliográfica da atuação do farmacêutico na atenção primária a pacientes hipertensos, avaliação das prescrições de unidade de saúde, avaliação da interação de medicamentos em pacientes internados na unidade de onco/hematologia, elaboração de material educativo sobre plantas medicinais, adesão ao tratamento em pacientes com tuberculose e relação dos portadores do vírus HIV com profissionais da atenção básica.

A participação dos residentes farmacêuticos nas equipes tem proporcionado maior qualidade nos aspectos relacionados aos medicamentos, tanto no seu gerenciamento e logística, quanto no acompanhamento da sua utilização junto aos usuários. As equipes sentem-se amparadas pelo profissional que detém o conhecimento sobre a farmacoterapia e são desincumbidas de uma série de atividades relacionadas aos medicamentos, que não deveriam ser de sua responsabilidade. Observa-se um crescente reconhecimento da importância do profissional na equipe e sua participação é cada vez mais requisitada.

As ações promovidas pelos residentes farmacêuticos aumentam a adesão ao tratamento, esclarecem os usuários quanto a farmacoterapia, proporcionam melhores hábitos de vida, repercutindo diretamente nos resultados terapêuticos.

Algumas ações específicas e pontuais podem ser destacadas:

- Implementação da avaliação das prescrições médicas de quimioterapia, com ênfase na detecção de potenciais interações medicamentosas (entre os quimioterápicos e com os demais medicamentos utilizados pelo paciente) e reações adversas, de forma integrada com a equipe médica.
- Suporte de informações sobre medicamentos à equipe multiprofissional de Hematologia e Oncologia.
- Participação do residente farmacêutico nos Grupos de Familiares de pacientes da Hematologia e Oncologia. O objetivo destes encontros é oferecer um espaço de escuta, troca de experiências entre os familiares e de esclarecimento de dúvidas e orientações feitas pela equipe multiprofissional. Neste espaço, é estimulada a participação e livre

manifestação dos familiares e a ação do farmacêutico residente, além de esclarecer as dúvidas a respeito da terapia medicamentosa e orientar sobre a utilização de medicamentos no domicílio, é, juntamente com a equipe interdisciplinar, exercitar a escuta e identificar outras situações e preocupações dos usuários, que não apenas relacionadas aos medicamentos (RIS-GHC, 2010).

- Atuação no Grupo de Lazer dos pacientes da Hematologia e Oncologia, atividade recreativa da equipe interdisciplinar cujo objetivo primordial é melhorar a qualidade de vida e a resposta terapêutica dos pacientes hospitalizados, mas que, em paralelo, possibilita uma aproximação informal dos profissionais com estes e auxilia na queda de eventuais barreiras comunicativas. O Grupo de Lazer tem oportunizado ao residente farmacêutico o conhecimento de aspectos de humanização e integralidade, ao introduzi-lo em um contexto em que o usuário mostra-se mais descontraído, menos ansioso e no qual expressa-se mais livremente, viabilizando o estabelecimento ou o fortalecimento de vínculos fundamentais para o sucesso da atenção farmacêutica (RIS-GHC, 2010).
- Participação nos *rounds* clínicos da equipe médica da Hematologia, discutindo a farmacoterapia proposta a cada paciente deste serviço.
- Participação nas reuniões ordinárias e nas plenárias da Comissão de Padronização de Medicamentos (COMEDI) do GHC, auxiliando na tomada de decisões da mesma, através de levantamentos bibliográficos e discussões com a equipe médica.
- Interconsultas e discussões de caso em equipe interdisciplinar, tanto no Serviço de Saúde Comunitária como na Hematologia e Oncologia, com a participação ativa dos residentes farmacêuticos.
- Redimensionamento das práticas farmacêuticas na Atenção Primária à Saúde, com atuação não apenas nos aspectos gerenciais, mas em contato direto com os usuários.
- Elaboração de materiais informativos e realização de seminários e oficinas, destinados aos usuários e a outros profissionais do Serviço de Saúde

Comunitária, abordando boas práticas de armazenagem de medicamentos, cuidados com os medicamentos no domicílio, plantas medicinais, e outros.

- Ações educativas em saúde, através de atividades em grupos, oficinas com a comunidade e as salas de espera.
- Identificação das fragilidades no processo de dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde e busca de soluções para as mesmas.
- Desenvolvimento de metodologia para promover a adesão ao tratamento, em especial para usuários analfabetos.
- Concretização de espaços de troca e construção de conhecimentos entre farmacêuticos e demais profissionais da equipe, trabalhando assuntos relativos ao uso racional de medicamentos, a partir das demandas da equipe interdisciplinar.
- Elaboração de manual de consulta rápida para ser utilizado na farmácia no momento da dispensação de tuberculostáticos, visando promover a adesão ao tratamento da tuberculose.
- Acompanhamento dos usuários das Unidades de Saúde através do Ambulatório de Atenção Farmacêutica e das visitas domiciliares.

Embora cada profissional da equipe de saúde tenha seu núcleo de competência, seus conhecimentos específicos, importantíssimos para o cuidado à saúde, para a efetiva integralidade da atenção o trabalho interdisciplinar mostra-se fundamental. Segundo Camargo Jr (2003), indivíduos isolados ou mesmo categorias profissionais inteiras são limitados para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas. Portanto, para que o atendimento possa ser de fato integral, além da competência técnica específica de cada disciplina, é imprescindível que os profissionais sejam capazes de trabalhar em grupo, aliando os conhecimentos em práticas interdisciplinares.

A interdisciplinaridade na área da Saúde Coletiva, além de desejável, mostra-se uma exigência, já que “a saúde e doença no seu âmbito social envolve concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-

históricas e culturais dos indivíduos e grupos”. Espera-se que os profissionais trabalhem numa relação de complementaridade e interdependência e, ao mesmo tempo, de autonomia relativa com um saber próprio (Almeida, 2001).

Para a promoção do uso racional de medicamentos é necessária a responsabilidade compartilhada pelos diversos profissionais de saúde, especialmente na seleção de medicamentos, escolha dos tratamentos (medicamentosos ou não) para os casos específicos de cada usuário, e nas intervenções junto a este. Desta forma, o farmacêutico deve compor a equipe de saúde como profissional especialista em medicamentos, capaz de contribuir para uma farmacoterapia racional. Deve exercer as atividades específicas da profissão, como a dispensação e orientação para o uso de medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, atividades administrativas relacionadas aos medicamentos, entre outras. Mas também deve desenvolver atividades de acolhimento, participação em grupos e outras atividades da unidade sanitária, deve prestar orientações gerais sobre questões relacionadas à saúde e todas as demais atividades para as quais houver demanda na unidade e na comunidade assistida (Veber, 2008).

A formação tradicional do farmacêutico é extremamente tecnicista, exclusivamente centrada no medicamento. Isto faz com que, por vezes, este profissional desconsidere que as horas empregadas na nova formulação de um medicamento têm como objetivo final o ser humano, o usuário do medicamento, e não a forma farmacêutica por si só, e que a garantia da qualidade de um produto resulta na garantia da integridade de quem for utilizá-lo. Esta formação tradicional ainda mantém o foco unicamente no material, no objetivo, no processo e no medicamento. Deixa de lado o usuário, suas angústias, suas percepções, suas vivências. Os farmacêuticos, de um modo geral, consideram-se inaptos para desenvolver funções que envolvem equipes multiprofissionais e atividades diretamente relacionadas com os usuários. E de fato, inúmeras vezes, o são, já que não foram formados com esta concepção humanista. A RIS, ao reunir pessoas com diferentes modelos de formação, coloca em convívio o farmacêutico e outros profissionais, inclusive aqueles com formação humanista e habituados à

escuta, à troca de experiências, com os quais compartilham habilidades de comunicação e de compreensão do ser humano como um todo, exercitando de fato a integralidade da atenção (Veber, 2008).

Através da formação em serviço em equipe multiprofissional e interdisciplinar, ocorre o aprimoramento dos conhecimentos, com a constante atualização e apropriação de conteúdos científicos e tecnológicos, mas também, e principalmente, o desenvolvimento de habilidades e atitudes que levem em consideração o estabelecimento do vínculo, através da ética e do respeito, com atenção aos valores, conflitos, limites, necessidades e verdades dos usuários. Ao valer-se da atuação em equipe para sua formação, o farmacêutico acrescenta aos seus conhecimentos técnicos sobre o medicamento toda uma bagagem de experiências multiprofissionais que irão contribuir de forma decisiva para que suas práticas sejam de fato voltadas à integralidade da atenção (Veber, 2008).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde, na modalidade de treinamento em serviço, contribui de forma decisiva para a consolidação das equipes multiprofissionais, repercutindo na integralidade da atenção. A RIS-GHC tem sido uma referência nesta formação, ao primar pela atuação interdisciplinar e integrada dos profissionais de saúde, o que resulta em uma visão ampliada do SUS e seus usuários, contribui para a humanização dos serviços e supre a necessidade do sistema de saúde de profissionais capazes de romper com antigos paradigmas e atuar nesta nova realidade. O usuário, não mais percebido como uma doença, fragmentado, passa a ser visto como uma pessoa, de forma integral e humanizada.

Neste espaço privilegiado de práticas interdisciplinares, concretiza-se de maneira ideal a formação dos farmacêuticos para o SUS, com esta nova visão, que complementa com aspectos humanistas a formação estritamente tecnicista deste profissional. Esta abordagem diferenciada, voltada para a integralidade da atenção, pode resultar em maior sucesso na farmacoterapia de uma parcela significativa da população, evitando problemas relacionados com medicamentos. Além disso, com a imersão do farmacêutico na equipe de saúde, este pode contribuir de forma efetiva nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caldeira LB. O Conceito de Infância no Decorrer da História. Dia a Dia Educação [on line] [capturado em 2010 abr 17] Disponível em: [http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos\\_teses/Pedagogia/o\\_conceito\\_de\\_infancia\\_no\\_decorrer\\_da\\_historia.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos_teses/Pedagogia/o_conceito_de_infancia_no_decorrer_da_historia.pdf)
2. Mendes JM, Lewgoy AM, Silveira EC. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. Rev Ciência & Saúde. 2008; jan/jun; 1(1): 24-32.
3. Gomes R, Deslandes SF. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. Rev. Latino-am. Enfermagem. 1994; jul; 2(2) 103-14.
4. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Médica. 2008; 32(4): 492-99.
5. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República; 1988.

6. Casa Civil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 1990.
7. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 4 - Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Câmara de Educação Superior; 2001 nov 07.
8. Campos FE, Feuerwerker L, et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2001; 25(2): 53-9.
9. Ceccim RB, Feuerwerker L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Rev. Saúde Coletiva. 2004; 14(1): 41-65.
10. Baldisseroto J, et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília; 2006.
11. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface – Comunic, Saúde, Educ. [capturado 2009 out 10] Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo4.pdf>
12. Pöttsch R, et al. A Farmácia: uma janela para a história. Basileia: Roche; 1996.
13. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice. New York: McGraw-Hill; 1998.

14. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Guia Básico para a Farmácia Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
15. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. Am j Hosp Pharm. 1990; 47: 533-43.
16. Ivama AM, et al. Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando caminhos. Relatório 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
17. Cordeiro BC, Reynaud F. Atenção Farmacêutica: evolução ou revolução? In: Cordeiro BC, Leite SN, orgs. O Farmacêutico na atenção à saúde. 2 ed. Itajaí: Univali; 2008.
18. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 2 - Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Farmácia. Brasília: Câmara de Educação Superior; 2002 fev 19.
19. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia para a Boa Prescrição Médica. Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais. Porto Alegre: Artmed; 1998.
20. CONASS. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
21. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.084 - Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Brasília: Gabinete do Ministro; 2005 out 28.
22. Ministério da Saúde. Portaria nº 3916 - Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União; 1998 out 30.

23. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
24. Kopittke L, Feltrim A, Gabe LH, Puga LS. Projeto de Inserção do Profissional Farmacêutico na Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Serviço de Farmácia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2005.
25. Kopittke L, et al. Pré-Projeto Para Assistência Farmacêutica no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2007.
26. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União; 2008 jan 24.
27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 220 – Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. Brasília: Diário Oficial da União; 2004 set 21.
28. CONASS. Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 nov 11.
29. Residência Integrada em Saúde (RIS-GHC). Ênfase Hematologia e Oncologia. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2008.
30. Residência Integrada em Saúde (RIS-GHC). Regimento interno da Ênfase Hematologia Oncologia. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2010.

31. Camargo KR, Jr. Um ensaio sobre a (In)definição da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003.
32. Almeida MC, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2001; ago; 9: 150-3. [capturado 2009 out 10] Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo4.pdf>>
33. Veber AP. A Atuação do Farmacêutico na Saúde da Família. In: Cordeiro BC, Leite SN, orgs. O Farmacêutico na atenção à saúde. 2.ed. Itajaí: Univali; 2008.