



# Perfil dos farmacêuticos atuantes nas unidades de atenção básica tradicionais e secundárias de saúde na cidade do Rio de Janeiro

Profile of pharmacists working in the units of traditional primary and secondary health care in Rio de Janeiro

Recebido em 07/06/2010

Aceito em 20/05/2011

Tatiana de Jesus Nascimento Ferreira<sup>1</sup> & Carlos Gonçalves Serra<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estácio de Sá (UNESA), Campus Rebouças, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>2</sup>Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

## RESUMO

A Atenção Básica ou Primária é a principal porta de entrada dos serviços de saúde à população, sendo seu primeiro contato com o sistema. Suas atribuições envolvem a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a redução de danos e prevenção de agravos. Como parte da Política Nacional de Saúde e também da Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica propõe um profissional com perfil mais voltado para a prática farmacêutica de cuidado e educação. Nesse sentido, este trabalho objetivou identificar o perfil dos profissionais farmacêuticos lotados nas unidades de Atenção Básicas Tradicionais e Secundárias de Saúde do Município do Rio de Janeiro; analisar as ações desenvolvidas e os fatores que dificultam ou impedem o exercício pleno de suas atribuições neste nível de atenção. A abordagem metodológica utilizada foi à pesquisa de caráter qualitativo, recorrendo-se para a coleta de dados às técnicas de entrevistas com roteiro semi-estruturado. Os resultados mostraram um alto percentual de farmacêuticos concursados com Pós-Graduação Lato Sensu e um baixo percentual entre estes profissionais que orientam ou fazem dispensação orientada. Todos os entrevistados referiram-se aos serviços burocráticos administrativos como sendo o principal alçoz para exercício da prática farmacêutica.

**Palavras-chave:** Medicamentos, saúde, assistência farmacêutica

## ABSTRACT

The Primary Care is the main gateway for health services to the population, and its first contact with the health system. Its responsibilities involve health promotion, prevention and treatment of diseases and harm reduction. As part of the Brazilian National Health Policy as well as the National Drug Policy, the National Pharmaceutical Assistance offers a more professional profile on practice pharmaceutical care and education. In this context this work aimed to identify the profile of pharmacists in the crowded primary care setting and Traditional Sources of Health in the city of Rio de Janeiro as well as analyze the actions taken and the factors that impede the full exercise of their duties at this level of attention. For this purpose a qualitative study of exploratory purpose was done, using as a tool for collecting primary data interviews with application of semi-structured questionnaires within the pharmacists in crowded units of traditional primary and secondary hospitals in Rio de Janeiro. The study identified a high percentage of pharmacists with graduation skill, but a low percentage of pharmacists that dispensing medicines oriented. All respondents referred to the bureaucratic administrative services as the main perpetrator for the exercise of pharmaceutical practice.

**Keywords:** Medicines, health, pharmaceutical care

## INTRODUÇÃO

De acordo com Starfield (2002) pode-se considerar a Atenção Básica (AB) ou Primária como o primeiro nível de assistência dentro o sistema de saúde, que se caracteriza como sendo a porta de entrada para todas as necessidades e

problemas de saúde mais comuns da comunidade e que oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação, possibilitando a ampliação das condições de saúde e bem-estar da população.

\* **Contato:** Tatiana de Jesus Nascimento Ferreira, Universidade Estácio de Sá, UNESA, Campus Rebouças, CEP 21231-180, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, e-mail: tatijena@ig.com.br

Além disso, segundo esta autora, a AB tem a missão de organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, voltados para a promoção, controle e melhora das condições de saúde. Baseado nesse entendimento, em 2006, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 648/GM de 28 de março, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde e se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica tem como seu primeiro fundamento: “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da Equidade” (BRASIL, 2006).

Atualmente, o Município do Rio de Janeiro convive com dois modelos assistenciais de AB: o modelo Saúde da Família, que se consolidou como estratégia para a reorganização da AB no Brasil (BRASIL, 2006), e o modelo conhecido como tradicional, praticado, principalmente, nas Policlínicas, Centros e Postos de Saúde.

De acordo com a publicação de 1999 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRIO) existem algumas diferenças entre essas unidades: as Policlínicas são unidades mistas, com oferta de consultas e exames especializados de referência para as unidades da rede básica municipal de saúde, consideradas, portanto, como AB secundárias, que podem ou não oferecer internação para pacientes com ou sem risco de vida e que prestam assistência a doentes cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato, ou seja, também dispõem de serviço de pronto atendimento (SPA).

Em relação aos Centros Municipais de Saúde (CMS) a SMSRIO os define como unidades de atendimento ambulatorial especializada de assistência a doentes que dependem de acompanhamento ambulatorial em uma especialidade e/ou de controle de programas de saúde específicos, cujas consultas são agendadas previamente; e, por fim, os Postos de Saúde (PS), que são unidades ambulatoriais de assistência à saúde com oferta de ações e serviços programada para uma população determinada, oferecendo, pelo menos, quatro especialidades básicas: Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia (RIO DE JANEIRO, 1999).

Desde 1998 o Governo Brasileiro, através do Ministério da Saúde, tem assumido compromissos oficiais, a fim de garantir o acesso e a racionalidade do uso dos medicamentos essenciais para assegurar os cuidados primários à saúde de seu povo. Nesse sentido, editou a Portaria GM nº 3.916 em 1998, instituindo a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Resolução nº 338 em 2004, criando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

Estas duas políticas nacionais trouxeram uma abordagem mais ampla para a assistência farmacêutica, cuja

implantação envolve tanto o setor público como o privado de atenção à saúde, tendo nas suas bases os mesmos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Dessa maneira, sinalizam para um novo modelo de profissional, muito mais voltado para a prática farmacêutica de cuidado e educação, principalmente, no que diz respeito aos riscos da automedicação, da interrupção e da troca de medicamentos, do que um profissional simplesmente logístico, sendo essa etapa também importante, porém, não se eximindo da coresponsabilidade na prevenção de doenças, agravos, promoção e recuperação da saúde.

A partir daí, busca-se um farmacêutico mais atualizado em conhecimentos, atitudes e habilidades, capaz de integrar-se mais à equipe de saúde e interagir com o paciente e a comunidade, contribuindo para a promoção da saúde (BRASIL, 2004). Nesse sentido, este trabalho objetivou identificar o perfil dos profissionais farmacêuticos lotados nas unidades de Atenção Básicas Tradicionais e Secundárias de Saúde do Município do Rio de Janeiro; analisar as ações desenvolvidas e os fatores que dificultam ou impedem o exercício pleno de suas atribuições neste nível de atenção.

## METODOLOGIA

Utilizou-se neste estudo uma abordagem metodológica de cunho qualitativo – estudo de caso com a finalidade exploratória.

Com base em Tobar & Yalour (2002), entre suas inúmeras utilizações na área da saúde, a análise qualitativa é apropriada para explorar problemas ou temas pouco ou ainda desconhecidos; identificar percepções locais e prioridades de desenvolvimento, além de identificar problemas em intervenções atuais e sugerir soluções apropriadas a esses problemas. Estes autores também assinalam que os instrumentos qualitativos de coleta de dados são empregados quando o objeto de estudo não é familiar; em estudos com finalidade exploratória quando “conceitos relevantes e variáveis são desconhecidos ou suas definições não são claras” ou “quando a flexibilidade do enfoque é necessária para permitir descobertas inesperadas e em pesquisas profundas sobre tópicos particulares” (Tobar & Yalour, 2002). Ainda, os autores consideram que como os estudos de caso se aplicam a poucas unidades de análise, a riqueza está na profundidade desse tipo de pesquisa e não em sua extensão. Isto implica, no entanto, numa seleção significativa de variáveis, capazes de descrever as unidades de análise e traçar seus perfis específicos com profundidade e certo grau de detalhamento.

Por estãõ razão, nos estudos de caso, os resultados obtidos não devem e nem podem ser generalizados, contudo, estes estudos têm como mérito possibilitar a abertura de caminho para outros estudos.

Para este estudo foram selecionadas três unidades de saúde, por área programática de saúde (AP) da cidade do Rio de Janeiro, que contemplassem os seguintes critérios de escolha: 1.Oferta de serviços diferenciados, isto é, 01 (uma) Policlínica, 01 (um) CMS e 01 (um) PS; 2.Localização em bairros cuja projeção estimada da população para 2008 fosse igual ou superior a 60.000

habitantes (equivalente a 5% da população residente do Município do Rio de Janeiro, de acordo com os dados do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos - IPP) e com distanciamento significativo entre elas, visando encontrar possíveis diferenças de perfis de usuários e necessidades de saúde.

Para a coleta dos dados primários o instrumento utilizado foi à aplicação de roteiros de entrevistas semi-estruturadas (questões abertas e fechadas) com profissionais farmacêuticos das unidades previamente selecionadas. Foi entrevistado apenas 01 (um) farmacêutico de cada unidade selecionada, mediante consentimento expresso individual e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro em 13/10/2008 nº 199/08. Como critérios de inclusão só foram entrevistados os farmacêuticos lotados nas farmácias das unidades selecionadas de atenção básica tradicional e secundária do Município do Rio de Janeiro, excluindo-se, desta forma, os farmacêuticos lotados nos hospitais e áreas programáticas administrativas (AP). As Unidades PSF no Município, embora façam parte da Atenção Básica à Saúde, não foram incluídas no trabalho pelo fato de não terem profissionais farmacêuticos inseridos nas equipes da Estratégia Saúde da Família, na época do estudo.

Os dados secundários foram obtidos através de levantamentos bibliográficos e de documentos relacionados ao tema, incluindo, entre outros, a legislação vigente relacionada ao profissional farmacêutico, teses, dissertações, livros e artigos. Para análise dos dados foi desenvolvido um banco de dados, utilizando o aplicativo Epi Info, que permitiu a análise estatística simples (percentuais) das informações.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Município do Rio de Janeiro, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ocupa uma área de 1.182 km<sup>2</sup>, com uma população estimada que ultrapassa 6.000.000 de habitantes, e apresenta um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,754 (BRASIL, 2008). No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) encontram-se registrados 2.078 estabelecimentos de saúde, incluindo tantos os públicos quanto os privados (BRASIL, 2008). Das 30 unidades visitadas, foram entrevistados apenas 25 farmacêuticos, entre 21 de outubro e 17 de novembro de 2008, uma vez que: 01 farmacêutico não aceitou responder ao questionário, alegando estar muito ocupado; 03 unidades não contavam com este profissional e em outra unidade a direção não permitiu o acesso do entrevistador.

Foram visitadas 30 unidades distribuídas pelas Áreas Programáticas (AP), localizadas em bairros com diferentes condições socioeconômicas. Todas bem limpas, com placas de informações, banheiros disponíveis para os usuários, rampa de acesso e/ou elevador para os andares superiores. Algumas tinham estruturas de um semi-hospital, outras lembravam escolas (modelos Centro Integrado de Educação Pública - CIEP). Porém a localização das farmácias foi o grande diferencial entre elas, em algumas unidades, a farmácia situava-se em lugares ventilados e/ou arborizados, com bancos ou cadeiras para que os pacientes possam aguardar. Em

outras, a farmácia localiza-se em lugares espremidos, fechados, quentes (embora possuam em suas instalações aparelhos de ar condicionados e/ou ventiladores) e com acesso dificultoso para o paciente, ou até mesmo fora do prédio principal.

Dos 25 entrevistados, 21 (84%) são do sexo feminino e 04 (16%) do sexo masculino. Conforme é ilustrado na Figura 1, o maior predomínio de mulheres ocorre na faixa etária de 30-39 anos seguido de 40-49 anos. Tal fato pode ser explicado pela evolução histórica do envolvimento da mulher com o trabalho extradomiciliar, que ocorreu a partir da década de 70, e algumas características femininas presentes na profissão (Nagassaki *et al.*, 2002).

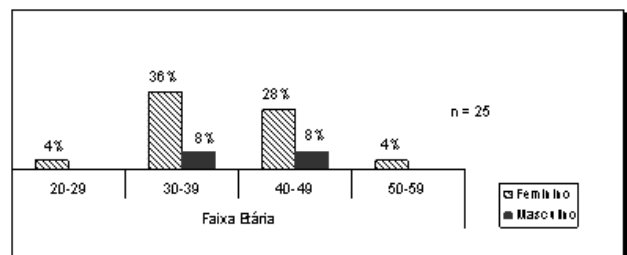


Figura 1. Distribuição dos farmacêuticos das unidades de AB por sexo e faixa etária

Dos entrevistados, 24 (96%) graduaram-se em universidade pública, sendo 14 (58%) na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e 10 (42%) na Universidade Federal Fluminense (UFF). Somente 01 farmacêutico (4%) obteve sua formação em universidade privada, Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). No entanto, como é mostrado na Figura 2, esse percentual se justifica pelo tempo de graduação, pois na região do Município do Rio e Grande Rio, até a década 80, o curso somente era oferecido nas universidades públicas. A partir desta década a primeira universidade privada a oferecer o curso foi a UNIGRANRIO, então Associação Fluminense de Educação – AFE (RIO DE JANEIRO, 2008).

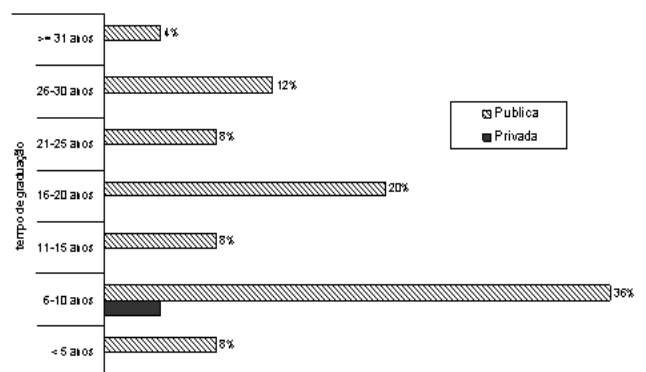


Figura 2. Distribuição dos farmacêuticos graduados em Universidades Públicas ou Privadas por tempo de formação

Ainda, sobre a formação dos farmacêuticos, no que diz respeito à Pós-Graduação, 04 (16%) dos entrevistados declararam não possuir nenhum tipo de especialização. Os

demais (84%) informaram suas especialidades, destes: 02 (8%) com Mestrado Stricto Sensu, 01 (4%) em Ciências

Farmacêuticas e outro (4%) em Química Orgânica.

A Figura 3 mostra os percentuais entre os diferentes cursos Lato Sensu. Verifica-se um alto índice em Farmacologia, indicando provável interesse do profissional em estar mais bem preparado para os desafios do cotidiano, seguidos dos cursos Lato Sensu em Indústria e Bioquímica/Análises Clínicas, fato atribuído às universidades de Graduação, que oferecem esses títulos aos seus graduados.

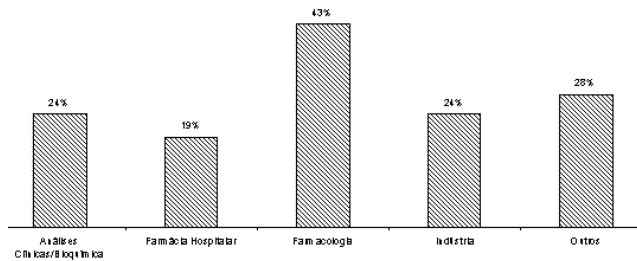


Figura 3. Distribuição dos cursos de especialização entre os entrevistados

Em relação ao desenvolvimento de suas atividades no nível de atenção primária, 06 (29%) consideravam não ser importante, argumentando sua falta de aplicação na prática; porém 15 (71%) responderam que suas especializações contribuem eficientemente para o desenvolvimento de suas ações.

Quanto ao vínculo profissional, 24 (96%) declararam ser concursados, enquanto 01 (4%) declarou-se cooperativado e lotado numa unidade da Zona Oeste do Rio de Janeiro. Talvez o maior número de concursados (08, 32%), a partir desta década, se deve ao fato de que houve 02 concursos públicos (2002 e 2008), justificando a maior frequência a partir de seis anos de tempo de serviço prestados a SMSRIO, conforme ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1. Relação de tempo de serviço na SMSRIO por unidade e função.

Tempo de serviço	SMSRIO	Unidade	Função
= 5 anos	5	8	8
6 - 10 anos	8	8	9
11 - 15 anos	7	4	4
16 - 20 anos	2	1	1
21 - 30 anos	2	2	1

Dos 25 entrevistados, 21 (84%) assumiram possuir outros empregos, e 04 (16%) informaram ter somente vínculo empregatício com a SMSRIO. Como o âmbito profissional é bastante vasto, o farmacêutico pode, de acordo com legislação profissional vigente, ocupar duas responsabilidades técnicas, permitindo, assim, vínculo com dois empregadores (BRASIL, 1973). Outro fator que explica o acúmulo de atividades é a carga horária de 20 horas semanais imposta pelo concurso municipal, que permite, dessa forma, outros compromissos.

A Figura 4 mostra o número de farmacêuticos que fornecem, rotineiramente, orientações específicas quanto ao uso racional de medicamentos (URM) dispensados: 17

(68%) responderam que sim, embora reconheçam que poderiam orientar mais e melhor; 08 (32%) responderam não, justificando a existência de vários motivos como excesso de serviços burocráticos (planilhas, estatísticas, cadastros, entre outros), falta de recursos humanos, de estrutura física (computadores, salas mais adequadas, guichê de maior contato etc.), e, por fim, de tempo. Verificou-se que, dos 25 entrevistados, 23 (92%) consideram-se envolvidos por serviços burocráticos.

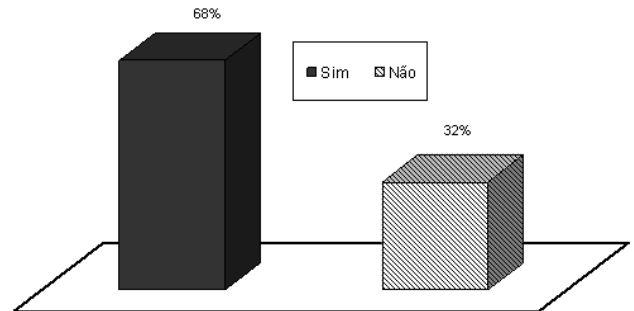


Figura 4. Distribuição dos farmacêuticos envolvidos na orientação aos usuários sobre o URM.

Estas questões também foram analisadas por tipo de unidade, ainda que, na teoria existam diferenças entre os perfis assistenciais, essas não foram expressas na prática. Constatou-se que, embora grande parte dos farmacêuticos oriente quanto ao URM, há um percentual elevando, em relação ao universo estudado, que não utiliza esta prática com os usuários, alegando o excesso de serviços burocráticos que lhe são imputados. De fato, existe um envolvimento demasiado dos farmacêuticos nas atividades administrativas, distanciando-os das atividades assistenciais, como descritos anteriormente, em outros estudos nacionais, como o de Borges (2002) e Franceschet (2003).

As diferenças percebidas entre as unidades, quanto ao envolvimento burocrático do farmacêutico, talvez, se justifiquem em função do número, perfis e qualificação de funcionários que trabalham nas farmácias, como, também, pelos atendimentos ofertados nestas unidades. Identificou-se que 10 entrevistados (46%) declararam não realizar treinamentos para os funcionários quanto às atividades desenvolvidas nas farmácias, embora desejassem, mas relataram não disponibilizar de tempo suficiente para essa atividade; 15 (54%) informaram treinar somente no dia a dia, ou seja, treinamentos em serviço, declarando a impossibilidade de realizar um treinamento planejado, relataram contar com profissionais de diferentes perfis e ocupações, que expressa também, a média de funcionários por tipo de UBS, conforme mostrado na Tabela 2.

Todos os entrevistados declararam que a orientação do tratamento medicamentoso, quando feita por um farmacêutico ou por outro profissional de saúde, é direcionada para um grupo específico de pacientes, como: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) (32%), Hipertensão e Diabetes (24%) e outros, como Tabagismo e Planejamento Familiar (20%). Informaram, ainda, que nestas unidades existem outros profissionais de saúde, que também orientam através de estratégias como grupos educativos. A Figura 5 identifica o profissional de

enfermagem, como sendo o mais próximo do paciente, o que mais orienta. Sendo, talvez, o principal elo entre paciente-médico-farmacêutico, este profissional pode ser um forte aliado no contexto de orientação quanto ao URM.

Tabela 2. Relação dos cargos ocupados pelos funcionários nas farmácias por tipo de unidade.

Cargo dos Funcionários	CMS	Policlínicas	PS
Agente de administração	21	11	14
Auxiliar de portaria	2	3	0
Auxiliar de serviços gerais	0	1	0
Datilógrafo	0	3	1
Servente	2	2	4
Oficial de farmácia	0	5	4
Técnico de enfermagem	0	0	5
Técnico de laboratório	1	0	0
<b>Média de funcionários</b>	<b>3,1</b>	<b>4,6</b>	<b>2,8</b>

Quanto à iniciativa de orientação, somente 07 entrevistados (30%) declararam ser por solicitação dos usuários e 14 (61%) informaram que esta se dá por iniciativa de todos os profissionais envolvidos, o que sugere uma integração maior dos profissionais farmacêuticos junto à equipe de saúde, atuando como mais um colaborador ao sucesso farmacoterapêutico, talvez até agregando-se como um educador da equipe multiprofissional sobre o URM.

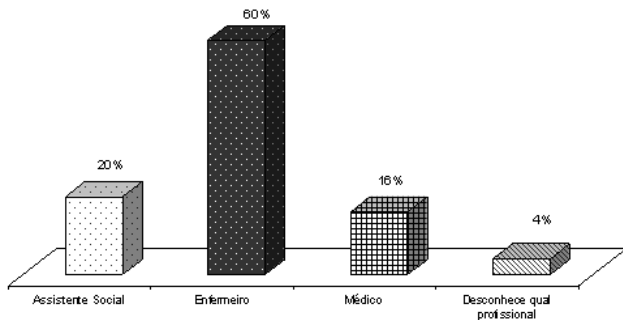


Figura 5. Distribuição entre os profissionais envolvidos na orientação aos usuários sobre o URM.

Quando perguntados sobre intervenção farmacêutica em alguma prescrição médica, 19 (76%) confirmaram que já o fizeram, sendo que em 15 (79%) o esquema terapêutico foi alterado. As intervenções mais citadas foram: o erro de posologia (dose acima da preconizada), seguidos de prescrições ilegíveis e sinergismo entre os fármacos. Os profissionais entrevistados relataram que essas intervenções são mais frequentes em prescrições que não seguem protocolos estabelecidos quer seja da SMSRIO e do Ministério da Saúde, ou nas prescrições dos médicos cooperativados, que na maioria, desconhecem os protocolos. Para os 04 (16%) casos em que não houve mudança, as prescrições foram justificadas e mantidas pelos médicos.

Os entrevistados foram indagados sobre sua avaliação em relação ao reconhecimento e valorização como profissional de saúde feito por outros profissionais de saúde da equipe e pelos usuários de sua unidade. Nesse sentido, é importante notar na Figura 6 que 21 (84%) dos

entrevistados julgaram ser reconhecidos pelos pacientes como um profissional de saúde; entretanto, 11 (44%) assumiram não serem valorizados pelos outros profissionais. Alguns autores, como Cipolle e Strand (2006), apontam esse fato como reflexo da profissão que, por muito tempo, isolou-se consciente ou inconscientemente, do resto do sistema de cuidado de saúde, causando certa dificuldade de compreensão dos outros profissionais em entender o que é a farmácia, como funciona e a importância do farmacêutico neste contexto, indo muito além do que um mero "controlador" de estoques ou "guardião de medicamentos". Mais um motivo para se desenvolverem esforços no sentido de buscar a reintegração junto à equipe multiprofissional.

Quando solicitados que avaliassem suas próprias atividades confrontando-as com o que dispõe a Portaria 338/2004, nenhum farmacêutico declarou que suas atividades contemplavam integralmente a Portaria. Dos entrevistados, 04 (16%) declararam que suas atividades estão restritas à logística, pontuando as várias estatísticas, como um dos fatores principais à limitação de suas ações e 21 farmacêuticos (84%) avaliaram que suas atividades contemplavam parcialmente a Portaria, embora destacassem múltiplos fatores limitantes para uma atividade plena, como a falta de espaço físico adequado, recursos humanos capacitados e em número suficiente, dentre outros.

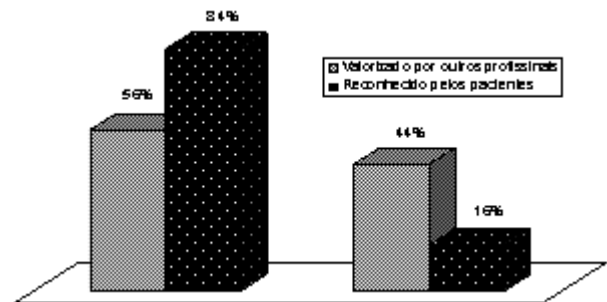


Figura 6. Avaliação dos farmacêuticos entrevistados quanto ao reconhecimento e valorização feitos pelos pacientes e outros profissionais de saúde da unidade

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica estabelece dentre alguns princípios, além do conjunto de ações já amplamente conhecido, a integração direta do farmacêutico com os usuários, a fim de obter uma farmacoterapia racional e resultados definidos e mensuráveis, tendo como objetivo, a melhoria de qualidade vida dos pacientes. Os resultados mostrados na Figura 7 indicam um provável desconhecimento da Portaria na íntegra, pois quando indagados a respeito da orientação quanto ao uso racional de medicamentos, em pergunta anterior, 8 farmacêuticos, informaram não orientar, justificando as atribuições burocráticas excessivas delegadas a eles, como limitantes dessa ação. Diante disso, esperava-se encontrar, um percentual maior dos que declarassem que suas atividades estão restritas a logística e, conseqüentemente, um percentual menor dos que atendem parcialmente a Portaria.

## CONCLUSÃO

Este estudo teve como proposta identificar o perfil dos farmacêuticos atuantes nas Unidades tradicionais e

secundárias de Atenção Básica do Município do Rio de Janeiro. Embora a designação das unidades sinalize para diferenças de oferta, isto, na prática, não ocorre, podendo se constatar ofertas semelhantes para unidades diferentes, pois em todas as unidades os grandes programas de saúde (DST/AIDS, Hipertensão e Diabetes, Planejamento Familiar, Tabagismo) além de clínicas como ginecologia e obstetrícia, pediatria, psiquiatria, endocrinologia, oftalmologia, são igualmente oferecidos.

Este estudo sugere que o profissional farmacêutico conhece os usuários da unidade ou, pelo menos, a grande maioria, como também, a equipe de saúde e a Direção, o que pode contribuir para uma integração maior com os demais profissionais, favorecendo uma atenção de melhor qualidade aos pacientes, uma vez que, a Política Nacional de Atenção Básica preconiza que devem existir ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde, continuidade de tratamento dentre outras e em todas essas etapas o farmacêutico está envolvido.

Ainda, no presente estudo, observou-se que outros profissionais também orientam os pacientes quanto ao URM. Assim, todos os profissionais envolvidos, de acordo com que foi relatado, cumprem determinações de seus Códigos de Ética Profissional, no que diz respeito à informação dos pacientes quanto à sua saúde, tratamentos, riscos e benefícios. Era desejável esperar que o percentual de farmacêuticos que orientam ou fazem uma dispensação orientada, fosse maior ou até mesmo a totalidade, pois muitas são as normativas que dispõem sobre essa atribuição como sendo privativa do profissional farmacêutico, desde as resoluções do Conselho Federal de Farmácia, como por exemplo, Código de Ética - Resolução nº 417/2004 e Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias - Resolução 308/97, às Portarias Federais 3.916/1998 e 338/2004. No entanto, todos os entrevistados referem-se aos serviços burocráticos como sendo o principal alçó para exercício da prática farmacêutica.

É necessário, portanto, que existam mudanças, de forma a buscar melhores condições para que o profissional farmacêutico esteja mais integrado tanto na equipe, quanto no cuidado do paciente. Aumentar o número de funcionários na farmácia devidamente treinados para a função quer seja de atendente, estoquista ou administrativo. Assim o farmacêutico poderia estar mais disponível para um contato mais direto com o paciente, pois ele é o último profissional de contato do sistema de saúde e o paciente.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 308, de 2 de maio de 1997.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 417, de 29 de setembro de 2004. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Farmácia. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Brasil município por município – Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidades>>. Acesso em: 13 ago. 2008.

Cipolle RJ, Srand LM & Morley PC. O exercício do Cuidado Farmacêutico. Brasília: McGraw-Hill, 2006. 396p.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas S.A, 2002. 173p.

Nagasaki *et al.* Avaliação da formação acadêmica dos farmacêuticos de Londrina. *Infarma* (14): 54-55, 2002.

RIO DE JANEIRO. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. Estatísticas Municipais. Disponível em <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivo/697>>. Acesso em: 13 ago. 2008.

\_\_\_\_\_. Universidade do Grande Rio. Histórico. Disponível em <http://www.unigranrio.br/sobre/quemsomos.html>>. Acesso em: 20 de nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 25.452 de 19 de Setembro de 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Guia de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999. 127p.

Starfield B. Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco. 2002. 726p.

Tobar F & Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172p.