



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

RENATA PIMENTEL DA SILVA

A RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE DOS FARMACÊUTICOS QUE
ATUAM EM FARMÁCIAS E DROGARIAS DE CAMPINA
GRANDE/PARAÍBA

JOÃO PESSOA, 2014

RENATA PIMENTEL DA SILVA

**A RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE DOS FARMACÊUTICOS QUE ATUAM EM
FARMÁCIAS E DROGARIAS DE CAMPINA GRANDE/PARAÍBA**

Dissertação apresentada por Renata Pimentel da Silva ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo

João Pessoa, 26 de Fevereiro de 2014

S586r Silva, Renata Pimentel da.

A relação trabalho e saúde dos farmacêuticos que atuam em farmácias e drogarias de Campina Grande-Paraíba / Renata Pimentel da Silva.-- João Pessoa, 2014.

228f. : il.

Orientador: Anísio José da Silva Araújo

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL

1. Psicologia social. 2. Farmacêuticos - relação - trabalho e saúde.

**A RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE DOS FARMACÊUTICOS QUE ATUAM EM
FARMÁCIAS E DROGARIAS DE CAMPINA GRANDE/PARAÍBA**

Renata Pimentel da Silva

Banca avaliadora:



Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo (UEPB – *Orientador*)



Prof. Dr. Paulo César Zambroni de Souza (UEPB – *Membro interno*)

Prof. Dr. Francinaldo do Monte Pinto (UEPB e UNIPÊ – *Membro externo*)

26 de Fevereiro de 2014

“Hoje, neste tempo que é seu, o futuro está sendo plantado. As escolhas que você procura, os amigos que você cultiva, as leituras que você faz, os valores que você abraça, os amores que você ama, tudo será determinante para a colheita futura”.

Padre Fábio de Melo

Dedicatória

A minha amada mãe. Por dedicar toda sua vida por minha vida. Por estar sempre ao meu lado, por não me deixar cair. Por me ensinar que ser mulher é vencer as batalhas da vida com um lindo sorriso no rosto, é não deixar-se abater. É abrir mão de si, para olhar por aqueles que amamos. A você, mainha, dedico esta vitória... E torço para que esta pesquisa, de alguma forma, traga melhorias no seu dia a dia de trabalho e de todos aqueles que compartilham contigo essa profissão.

Agradecimentos

*À **Deus**, por seu amor e proteção incontestável. Obrigada Senhor por sempre estar presente, e por me permitir sentir todas as tuas providências em minha vida:*

“Tudo é do pai, toda honra e toda glória. É Dele a vitória, alcançada em minha vida”

*Aos **meus pais**, Manoel e Vanina, pelo amor incondicional. Pelo exemplo de dedicação, de renúncia, de aceitação. Obrigada pela confiança em mim depositada, por me apoiar em tudo. Obrigada por serem esses pais maravilhosos. Eu amo vocês incondicionalmente também, e me orgulho de vocês!*

*A **Priscila**, minha irmã, por me incentivar sempre. Por acreditar em mim, mesmo quando as dúvidas insistiam em submergir. Por enxugar minhas lágrimas e acalmar minha angústia. Por ser esse grande exemplo de determinação, e, principalmente, por me ‘aturar’ nesses dois anos.*

*Aos **meus avôs** que tão carinhosamente torcem por mim e me apoiam, e que são meus exemplos de pessoas. Agradeço por serem parte de minha vida, e por entenderem as minhas frequentes ausências!*

*À **Ítalo**, meu amor, por sua eterna paciência e por seu amor. Por estar sempre ao meu lado nesses 9 anos comemorando cada nova vitória. Por ser aquele com quem posso dividir todos os meus medos, minhas angústias, minhas tristezas. Obrigada por enfrentar mais esta jornada ao meu lado.*

Ao Prof. Anísio. Por todo o conhecimento compartilhado, por tantos ensinamentos passados. Por toda sua paciência com minhas dificuldades, e compreensão com minhas idas e vindas. Pela dedicação, pelos conselhos, e por me aceitar tão prontamente como orientanda. Obrigada por ser esse exemplo de pessoa e de professor. Ao senhor, toda minha gratidão e respeito.

Ao Prof. Paulo Zambroni, por sua constante presença, pelo conhecimento transmitido em sala de aula e no grupo de estudos. E principalmente por aceitar estar presente nesse momento tão ímpar.

Ao Prof. Francinaldo pela solicitude em avaliar minha dissertação. É sempre prazeroso o reencontro com aqueles que fizeram parte da nossa formação.

Ao Prof. Edil, que mesmo na pouca convivência pôde contribuir infinitamente na minha formação através das ricas discussões no grupo de estudos, o qual sempre era enriquecido com sua presença.

Aos meus tios Nadja e Aristarco, por me acolherem em sua casa, e me fazer sentir em casa. E as minhas primas Deborah e Nieta com quem partilhei tantas conversas, chateações e sorrisos nas longas madrugadas na capital.

À minha amiga Monalisa. Hoje, parte indispensável na minha vida. Obrigada Mona, por me ajudar no desconhecido mundo da UFPB. E principalmente, obrigada por sua eterna amizade, carinho e cuidado. Estou aqui para você sempre!

Às minhas amigas de todo sempre, Amanda e Danielle. Que sempre se fizeram presentes, me permitindo partilhar das dificuldades dessa jornada. Obrigada pela amizade, e por me permitir contar sempre com vocês!

*À meu cunhado, **Bruno**, por sempre se fazer presente nos momentos importantes, e por todos os momentos de descontração compartilhados.*

*À minha amiga **Simone**! Companheira de tantos momentos durante essa jornada. Obrigada por compartilhar tantas alegrias, aperseios e frustrações. Por me ajudar sempre nas minhas dificuldades. Esse mestrado, absolutamente, não seria o mesmo sem você, sem nossos papos, nossos lanches, nossos planejamentos, nossos medos... Enfim, você é parte disto!*

*A minha tia **Keila** e seu esposo **Paulo**, pela companhia e pelas sempre tão agradáveis conversas nas idas e vindas à capital.*

*Agradeço aos **meus tios e primos** que convivem comigo, e que em suas formas particulares colaboraram com essa minha vitória e sempre torceram para que eu alcançasse meus objetivos. Infelizmente não caberia aqui citar cada um, mas saibam que serei sempre grata.*

*As professoras **Raílda Fernandes, Silvânia Barbosa e Maria do Carmo Eulálio** que, ainda na graduação, me despertaram para a área da pesquisa. E mais que isso, por serem responsáveis por uma boa parte da minha formação acadêmica e pessoal.*

*A **Adriana e Vânia** por todo incentivo, apoio e torcida. Obrigada por me ajudarem a dar o primeiro passo desta jornada, e estarem lá para me ajudar nas minhas dúvidas e medos iniciais.*

*Ao **Conselho Regional de Farmácia** – Paraíba, que apoiou a realização deste estudo, em especial a diretora-tesoureira, **Patrícia Avelar Navarro**, por estar sempre tão disponível, pelo seu substancial apoio.*

*À **CAPES**, pelo apoio financeiro que possibilitou a realização desta pesquisa.*

*Aos **professores** do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social pela competência com
que sempre conduziram seus ensinamentos;*

*A **todos os farmacêuticos** que aceitaram participar dessa pesquisa. Obrigada pela confiança,
por despende de seu tão valioso tempo. E principalmente por compartilhar comigo suas
experiências, seus sofrimentos e suas realizações.*

RESUMO

Esta pesquisa busca analisar a relação entre trabalho e saúde dos farmacêuticos atuantes em farmácias e drogarias em Campina Grande – Paraíba. Para tal, buscou-se conhecer as condições e as formas de organização do seu trabalho; identificar o conteúdo do trabalho e dimensionar a diferença entre o trabalho prescrito e real desses profissionais; identificar as fontes de sofrimento e prazer e verificar a existência de manifestações do processo de adoecimento da categoria. Tais objetivos foram estabelecidos frente à realidade de trabalho dos farmacêuticos, onde os mesmos estão imersos na conjuntura das grandes redes de farmácia, sujeitos a incontáveis normas e regulamentos, e a uma sobrecarga de trabalho. As abordagens teóricas que nortearam esse estudo foram a Psicodinâmica do Trabalho, a Ergonomia da Atividade e a Clínica da Atividade. Para tanto, nos apoiando em numa perspectiva metodológica que buscasse conhecer o conteúdo do trabalho, optou-se pelo uso do Inquérito em Saúde e Trabalho em Serviços – INSATS e uma entrevista individual semiestruturada. Participaram da pesquisa 48 farmacêuticos de redes de farmácias situadas na cidade de Campina Grande – Paraíba. Os dados obtidos no INSATS foram armazenados no programa *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS, versão 20.0)*, onde se utilizou estatísticas descritivas e inferências. Os dados oriundos das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática. Na análise dos resultados comprovamos a complexidade da Atividade do farmacêutico no âmbito da farmácia comercial. Os participantes apontaram que estão submetidos às condições de trabalho desgastantes e à uma organização de trabalho geradora de sofrimento. Em contrapartida, também foi apontado que o cotidiano de trabalho do farmacêutico é capaz de propiciar ao profissional o sentimento de satisfação, reconhecimento e realização profissional, demonstrando que, mesmo diante de circunstâncias deletérias à saúde, o trabalhador é capaz de transformar o sofrimento em prazer. Identificamos que o contato direto com o público é um fator característico do trabalho do farmacêutico, sendo responsável tanto por vivências de prazer como de sofrimento, como é característicos das relações de serviços. Evidenciou-se que a saúde dos farmacêuticos está sendo afetada por seu trabalho, tendo os mesmos afirmado ter problemas de saúde físicos e psíquicos que estão intimamente relacionados com o cotidiano de trabalho. Foi percebido que a profissão farmacêutica está em processo de mudança, e que aos poucos, os profissionais estão conquistando melhorias no que se refere às condições e organização de trabalho, embora ainda haja muito a ser melhorado. Desta forma, esperamos que o presente estudo possa dar um direcionamento quanto às necessidades e dificuldades sentidas pelos profissionais.

Palavras-chaves: Trabalho; Saúde; Farmacêuticos.

ABSTRACT

This research aims to analyze the relationship between work and health of active pharmacists in pharmacies in Campina Grande – Paraiba. To this end, we sought to know the conditions and forms of organization of work, identifying job content and size the difference between the prescribed and actual work of these professionals, to identify the sources of suffering and pleasure and check for manifestations of disease process category. Such objectives facing the reality of working pharmacists were established, where they are immersed in the context of large drugstore chains, subject to countless rules and regulations, and an overload of work. The theoretical approaches that guided this study were the psychodynamics of work, Ergonomics of Activity and Clinical Activity. To do so, supporting us in a methodological perspective that sought to know the content of the work, we opted for the use of Inquiry into Health and Labor Services - INSATS and a semi-structured individual interviews . Participated in the survey of 48 pharmaceutical pharmacy chains located in the city of Campina Grande - Paraiba. The data were stored in INSATS the Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS, version 20.0), where we used descriptive statistics and inferences. Data from the interviews were subjected to thematic content analysis. In reviewing the results proved the complexity of the pharmaceutical activity in commercial pharmacy. Participants noted that they are subjected to stressful conditions of work and work organization generates suffering. However, it was also pointed out that the daily work of the pharmacist is able to provide the professional feeling of satisfaction, recognition and professional achievement, demonstrating that, even in the face of deleterious health circumstances, the worker is able to transform suffering into pleasure. We found that direct contact with the public is a factor characteristic of the work of the pharmacist being responsible for both experiences of pleasure and suffering, as is characteristic of relations services. Health, we realize that the health of pharmacists is being affected by their work, and they claimed to have physical and mental health problems that are closely related to the daily work. It was noticed that the pharmacy profession is in flux, and that gradually professionals are gaining improvements with regard to the conditions and organization of work, although there is still much to be improved. Therefore, we hope that this study can give a direction as the needs and difficulties experienced by professionals.

Keywords: Work, Health, Pharmaceutical.

LISTAS DE ABREVIATURAS

AF – Farmacêutico Assistente

AGEVISA – Agência Estadual de Vigilância Sanitária

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CESTEH – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CRF – Conselho Regional de Farmácia

DORT – Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

EVREST – *Évolutions et Relations em Santé ao Travail*

GESTRA – Grupo de Estudos em Saúde do Trabalhador

GEVISA – Gerência de Vigilância Sanitária

INSAT – Inquérito em Saúde e Trabalho

INSATS – Inquérito em Saúde e Trabalho em Serviços

LER – Lesão por Esforço Repetitivo

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PDT – Psicodinâmica do Trabalho

PPGPS – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

PPT – Psicopatologia do Trabalho

PSOTS – Núcleo de Pesquisa em Psicologia Social, Trabalho e Subjetividade

PTO – Psicologia do Trabalho e das Organizações

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RT – Responsável Técnico

SIAP – Sistema Informatizado de Apoio as Portarias

SIT – Saúde, Idade e Trabalho

SNGPC – Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUMER – *Surveillance Médicale des Risques Professionnels*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Piso salarial estabelecido pela convenção coletiva.....	91
Figura 2: Carga horária de trabalho semanal.....	92
Figura 3: Relação entre aprendizado e necessidades no trabalho.....	97
Figura 4: Principais atividades realizadas pelo farmacêutico na farmácia comunitária....	105
Figura 5: Dificuldades para efetivar a prática da Atenção Farmacêutica.....	110
Figura 6: Fluxo de processo de venda, controle e escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial.....	114
Figura 7: Condições físicas do trabalho dos farmacêuticos.....	132
Figura 8: Exigências físicas do trabalho sentidas pelos farmacêuticos.....	137
Figura 9: Instalações disponíveis aos farmacêuticos no ambiente de trabalho.....	139
Figura 10: Exposição do trabalho dos farmacêuticos ao ritmo de trabalho.....	143
Figura 11: Relações no trabalho dos farmacêuticos.....	148
Figura 12: Orientação para a prescrição, comércio e dispensação de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.....	168

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra quanto ao sexo, idade e estado civil	88
Tabela 2: Caracterização da amostra quanto à escolaridade e área de pós-graduação.....	89
Tabela 3: Caracterização dos participantes quanto ao cargo exercido.....	90
Tabela 4: Renda pessoal.....	91
Tabela 5: Autonomia e iniciativa no trabalho do farmacêutico.....	147
Tabela 6: Exigências sentidas na relação com o público.....	153
Tabela 7: Características das exigências e/ou necessidades do público.....	155
Tabela 8: Reconhecimento sentido pelos farmacêuticos	156
Tabela 9: Situações incômodas no dia a dia do trabalho dos farmacêuticos	161
Tabela 10: Problemas de saúde apresentados pelos farmacêuticos	175

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
O FARMACÊUTICO: HISTÓRIA, PROFISSÃO E PROFISSIONAL	25
1.1 A História da Farmácia.....	26
1.2 Novas Propostas de Atuação para a Profissão Farmacêutica	30
1.2.1 A Assistência Farmacêutica e a Atenção Farmacêutica	32
1.3 A Realidade da Profissão Farmacêutica.....	37
1.4 As Demandas no Trabalho dos Farmacêuticos	40
ALICERCE TEÓRICO	46
2.1 O Que é Trabalho?	47
2.1.1 Trabalho na obra de Dejours.....	49
2.2 Conceituando a Saúde	50
2.3 Trabalho e Saúde: Qual a Relação?	53
2.3.1 O Percurso Teórico da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho	54
2.3.2 Ergonomia	56
2.4 Conceitos.....	59
2.4.1 Trabalho Prescrito.....	59
2.4.2 Trabalho Real e Atividade.....	61
2.4.3 Sofrimento e Prazer no trabalho.....	63
2.4.3.1 O sofrimento na perspectiva da Clínica da atividade.....	66
2.4.4 Reconhecimento e Julgamento	67
2.4.5 Inteligência Prática.....	68
2.4.6 Trabalho Coletivo.....	70
MÉTODO.....	74
3.1. Participantes.....	76

3.2. Instrumentos.....	76
3.2.1. Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviços – INSATS	77
3.2.2. Entrevista Individual Semiestruturada.....	79
3.3. Aspectos éticos	82
3.4. Procedimentos de levantamento dos dados	82
3.5. Procedimento de análise dos dados	84
ANÁLISE DOS RESULTADOS	86
4.1 Caracterização da amostra	87
4.2 O processo de formação profissional.....	93
4.2.1 A Escolha Profissional.....	93
4.2.2 A Formação Profissional Na Universidade E Na Prática	95
4.3 A prática profissional.....	99
4.3.1 A Inserção no Mercado de Trabalho	99
4.3.2 Aprendendo A Ser Farmacêutico	101
4.3.3 Farmácia Comercial e Farmacêutico: Responsabilidade e Atribuições	104
4.3.4 Os Imprevistos	126
4.4 Condições e Características do Trabalho	129
4.4.1 Salário Direto e Indireto.....	129
4.4.2 Condições Físicas.....	131
4.4.3 Exigências Físicas	136
4.4.4 Instalações Físicas.....	139
4.5 Fatores Organizacionais e Relacionais.....	142
4.5.1 Autonomia e Iniciativa	146
4.5.2 Relações no Trabalho.....	148
4.6 Reconhecimento e Realização no trabalho	155

4.7 Trabalho, Prazer e Sofrimento.....	159
4.8 Trabalho e Saúde.....	173
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	183
REFERÊNCIAS	191
ANEXOS	209
ANEXO I	210
ANEXO II.....	211
ANEXO III	223
APÊNDICES	226
Apêndice A	227

INTRODUÇÃO

O papel dos farmacêuticos vem sofrendo significativas mudanças causadas por uma reconfiguração do segmento de farmácias e drogarias¹. Tais estabelecimentos vivem um embate quanto à sua natureza, sendo considerados ora estabelecimentos de saúde ora de cunho comercial. Este aspecto norteia uma das problemáticas vivenciadas pelos farmacêuticos: embora sejam profissionais da área de saúde, transitam do seu papel como promotor de saúde para um caráter comercial, associado pela busca direta do medicamento pelo consumidor, onde se prescinde a intervenção deste profissional (Bastos, 2007; Pinto, 2011; Farina & Romano-Lieber, 2009). Diante de tais circunstâncias, vem à tona a discussão acerca do papel do farmacêutico em tais estabelecimentos. Se durante muito tempo na farmácia prevaleceu seu caráter comercial, atualmente existe uma demanda no sentido do retorno da farmácia enquanto estabelecimento de saúde (Romano-Lieber, Cunha & Ribeiro, 2008).

Tem-se percebido uma crescente discussão acerca da proposta de Assistência e Atenção Farmacêutica², cuja implantação requer mudanças na estrutura organizacional, nos relacionamentos com os demais profissionais e, em especial, na prática profissional, que terá seu foco modificado do medicamento para o paciente (Bastos, 2007). Essas mudanças trarão diversos desafios para os farmacêuticos, uma vez que na prática atual há uma efetiva priorização dos aspectos econômicos e das atividades administrativas em detrimento daquelas relacionadas à saúde (Galato, Alano, Trauthman & Vieira, 2008).

As situações de trabalho desses profissionais, embora ofereçam indícios de serem prejudiciais à saúde do trabalhador, ainda são pouco estudadas, assim como os demais aspectos referentes ao trabalho em si. Bastos e Caetano (2010) corroboram tal escassez de literatura, e apontam que tais profissionais estão submetidos a pressões constantes, com

¹ Segundo a Vigilância Sanitária estes são estabelecimentos de saúde cuja diferença fundamental entre eles está no fato das Drogarias poderem comercializar apenas medicamentos industriais, enquanto as farmácias comercializam medicamentos industriais e manipulados (ANVISA, 2010).

² Propostas práticas nas quais se recupera o papel do farmacêutico frente à prevenção de doença, promoção e recuperação de saúde, integrado à equipe de saúde.

condições de trabalho insuficientes, e sentimento de insatisfação profissional. Este último aspecto pode repercutir negativamente na atividade dos farmacêuticos, podendo-se inferir que isto se dá como consequência da baixa remuneração, do acúmulo de mais de um vínculo empregatício, de uma exacerbada carga de trabalho, e por consequência de uma alta carga física e emocional. Tais situações são percebidas no convívio desta pesquisadora com profissionais farmacêuticos que atuam em farmácias comerciais. Deste convívio decorre o interesse em estudar a referida categoria profissional e compreender como o cenário acima descrito pode estar afetando a saúde destes profissionais.

Este interesse pela relação trabalho e saúde, emergiu ainda na graduação em Psicologia na Universidade Estadual da Paraíba, inicialmente por meio de participação no Grupo de Estudos em Saúde do Trabalhador (GESTRA), onde foram realizadas pesquisas acerca da saúde do trabalhador, condições de trabalho e outras temáticas afins. Tal interesse foi reforçado pela escolha da área de formação em Psicologia do Trabalho e das Organizações (PTO) e posteriormente pela atuação na área de Gestão de Pessoas. Foi no intuito de aprofundar o conhecimento das implicações do trabalho para os indivíduos, que se recorreu ao Mestrado em Psicologia Social, mais especificamente, no Núcleo Psicologia Social, Subjetividade e Trabalho.

Diante de tais elementos, a presente pesquisa tem como **objetivo geral** analisar a relação entre trabalho e saúde dos farmacêuticos atuantes em farmácias e drogarias de Campina Grande – Paraíba. Enquanto objetivos específicos, estabelecemos os seguintes:

- Conhecer as condições e as formas de organização do trabalho dos farmacêuticos;
- Identificar o conteúdo do trabalho dos farmacêuticos;
- Dimensionar a diferença entre o trabalho prescrito e real dos farmacêuticos;
- Identificar as fontes de sofrimento e prazer destes profissionais, e

- Verificar a existência de manifestações do processo de adoecimento da categoria.

A presente dissertação encontra-se estruturada de maneira a permitir que o leitor acompanhe o entendimento das relações estabelecidas entre os constructos estudados e a realidade encontrada na profissão farmacêutica.

Assim, no *Capítulo I*, apresentamos uma revisão teórica acerca da profissão farmacêutica. Inicialmente recorreu-se à história das farmácias e drogarias, para compreender as transformações ocorridas e a consolidação e reconhecimento da profissão. Na sequência, discutimos as noções sobre os conceitos de Assistência e Atenção Farmacêutica e suas implicações para a atuação dos farmacêuticos. O capítulo finaliza com uma análise da realidade atual da profissão e das normas e legislações que regem o exercício farmacêutico.

No *Capítulo II* apresentaremos as bases teóricas que embasaram a discussão dos dados empíricos. Inicialmente realizamos uma explanação acerca do nosso entendimento sobre Trabalho (Clot, 2007; Dejours, 1994a, 2012a; Lhuillier, 2002) e Saúde (Canguilhem, 2006; Caponi, 1997), bem como sobre a relação existente entre tais constructos. Recorrendo à Psicodinâmica do Trabalho (Athayde, 1996; Bendassolli, 2012; Dejours, 1994a; 2012a; Ferreira & Barros, 2003; Molinier, 2013) discutimos os conceitos de prazer e sofrimento, estratégias de defesa, reconhecimento, inteligência prática e trabalho coletivo. A Ergonomia da Atividade (Falzon, 2007; Montmollin & Darses, 2011) alicerça a discussão sobre o trabalho prescrito e o trabalho real e a variabilidade. Por fim, a Clínica da Atividade (Clot, 2001, 2006) é evocada para as discussões sobre as Regras de ofício e os gêneros profissionais.

No *Capítulo III* delineamos o método sob o qual foi estruturado e desenvolvido o estudo empírico. Descrevemos também o campo de estudo, os participantes envolvidos e

os procedimentos adotados para a formação do grupo base e para levantamento dos dados, ou seja, o Inquérito em Saúde e Trabalho em Serviços – INSATS e uma entrevista individual semiestruturada. Por fim, relatamos o uso da Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo (2012).

A análise dos dados, objeto do *Capítulo IV*, será apresentada através das categorias temáticas, permitindo aprofundar o conhecimento acerca do trabalho dos farmacêuticos. Os dados serão discutidos a partir das categorias: Processo de Formação Profissional, A Prática Profissional; Condições e Características do Trabalho, Fatores Organizacionais e Relacionais; Reconhecimento e Realização Profissional; Trabalho, Prazer e Sofrimento; e Trabalho e Saúde.

CAPÍTULO I

O FARMACÊUTICO: HISTÓRIA, PROFISSÃO E PROFISSIONAL

Tendo como objetivo conhecer a profissão farmacêutica e sua atual condição, este capítulo propõe-se a analisar, inicialmente, como tal profissão se desenvolveu no cenário brasileiro, acompanhando as transformações sofridas ao longo do tempo. Propõe-se, também, a analisar em que situação a profissão se encontra nos dias atuais, destacando seu papel e suas limitações, assim como as novas propostas que se colocam para a atuação desses profissionais.

1.1 A História da Farmácia

No período colonial, os medicamentos eram enviados de Portugal já preparados, e só chegavam à nova colônia quando expedições portuguesas, espanholas ou francesas eram realizadas. Nestas expedições sempre havia um barbeiro ou algum tripulante que portava uma botica³ portátil com drogas e medicamentos. Essas expedições ocorriam com pouca frequência, devido às dificuldades de navegação, como, por exemplo, a pirataria (Panzeti, 2006).

Apenas com a fundação do Governo Geral, é que foi enviado ao Brasil Diogo de Castro, o primeiro boticário a chegar à colônia. Na mesma armada, foram trazidos ao Brasil os jesuítas, figuras responsáveis pela fundação de colégios na Colônia. Nesses colégios foram estabelecidas as primeiras enfermarias e boticas, onde ocorriam o processo de fabricação e venda de medicamentos. Desse modo, os jesuítas se tornam os primeiros boticários da nova terra, abastecendo a população com drogas e medicamentos vindos da metrópole ou preparados pelos mesmos com plantas medicinais nativas, cujas receitas eram ensinadas pelos pajés das tribos indígenas (Rocha, 2006; Sousa, 2009). Com o passar do tempo, as boticas adquiriram grande importância social nas cidades brasileiras

³Espécie de "estojo de pronto socorro" da época, contendo frascos, instrumentos, medicamentos e livreto de instruções sobre a fórmula e o preparo dos remédios e suas indicações terapêuticas (Museu Histórico Nacional).

(Angonesi & Sevalho, 2010), tornando-se o local de trabalho, pesquisa e experiências, cujos conhecimentos sofriam a influência da alquimia e da filosofia aristotélica (Lima, Eulálio & Targino, 2004).

No século XVII, após a autorização das boticas como comércio, houve uma multiplicação destes estabelecimentos, cujos responsáveis eram muitas vezes pessoas que possuíam apenas conhecimento de medicamentos corriqueiros, muitas delas inclusive analfabetas (Sousa, 2009). Segundo Angonesi e Sevalho (2010) tal contexto fez parte do desenvolvimento da profissão farmacêutica, no qual a disputa com outros profissionais não diplomados, como os curandeiros, benzedores e raizeiros e com os práticos licenciados que atuavam nas boticas, sempre esteve presente.

Após este período de expansão, percebeu-se a necessidade de fiscalizar a prática destes profissionais, de tal maneira que em 1744 foi instituído o primeiro regimento que disciplinava a prática dos boticários. Conhecido como “Regimento 1744”, este documento legalizava o profissional responsável e proibia o comércio ilegal de drogas e medicamentos, além de determinar as circunstâncias de armazenamento e produção das drogas, bem como diretrizes sobre os utensílios de laboratórios (Santos, Lima e Vieira, 2005; Sousa, 2009).

Com o aumento do rigor no comércio de medicamentos, a formação para atuar na área ganhou incentivo e *status*. Os estudos referentes à área de Farmácia ocorriam apenas em Portugal. Apenas no século XIX, é que foi implantado no Brasil, na Faculdade de Medicina, o curso de formação de farmacêuticos. A partir de então outras faculdades foram sendo criadas, como as Escolas de Farmácia de Ouro Preto, de São João Del’Rei (1839), de Porto Alegre (1896) e de São Paulo (1898) (Rocha, 2006). Neste contexto localiza-se o início da diferenciação entre os boticários e os farmacêuticos, sendo necessário para ser reconhecido como este último o diploma obtido em uma faculdade. Tal distinção não

ocorreu de forma imediata, porém, aos poucos o boticário deu espaço ao farmacêutico (Santos, 2009).

Esta modificação ocorreu, sobretudo com o advento das indústrias e o gradual desaparecimento das farmácias de manipulação (CRF, 2009), o que garantiu a prevalência do farmacêutico sobre o boticário. Neste âmbito, surge um novo campo de atuação profissional, onde o farmacêutico se desloca para a indústria. Neves (1994, citada por Lima, Eulálio e Targino, 2004) afirma que o sucesso de algumas fórmulas forçou um aumento na produção, em escala cada vez maior, originando assim, as indústrias farmacêuticas. O crescimento do processo industrial também se deve a outros fatores. Segundo Angonesi e Sevalho (2010), a falta de garantia quanto à efetividade do valor terapêutico da produção artesanal, assim como as descobertas terapêuticas relacionadas aos antimicrobianos, impulsionaram o uso de novas metodologias através da industrialização, o que garantiria uma maior confiabilidade do medicamento produzido.

Neste cenário, segundo Santos, Lima e Vieira (2005), nas décadas de 1940 e 1950, houve uma expansão industrial, acompanhada da inserção de novos fármacos, da modernização do sistema produtivo e de descobertas científicas. Tais eventos suscitaram profundas mudanças, tanto na prática quanto na formação do farmacêutico, dando à profissão um novo rumo.

Observando a conjuntura social, as características da sociedade moderna permitiram o início do processo de medicalização da sociedade, onde as indústrias estimulavam o consumo de medicamentos. Presenciava-se no mesmo movimento o estímulo ao consumo de mercadorias, e o medicamento passou a ser encarado como tal, um bem de consumo mais do que um instrumento terapêutico (Angonesi & Sevalho, 2010). Tais autores também alegam que a produção industrial em larga escala acarretou uma modificação no papel da farmácia e do farmacêutico, conferindo a essa relação um caráter

exclusivamente comercial. Uma vez que a manipulação de fórmulas perdeu espaço, o farmacêutico não tinha mais um papel definido na farmácia, e tinha dificuldades em inserir-se na indústria.

Outro fator que trouxe prejuízos à profissão foi a promulgação do Decreto 20.627/31, que admitia a atuação de leigos nas farmácias, desde que no mínimo 30% do capital social pertencesse a um farmacêutico. Este decreto retificava alguns dispositivos do Decreto 19.606/31, promulgado apenas 10 meses antes, e que garantia o exercício da farmácia exclusivamente para farmacêuticos ou sociedades mercantis, cujos sócios fossem todos farmacêuticos (Lima, Eulálio & Targino, 2004). Tal decisão foi justificada pela falta de profissionais suficientes para atender às necessidades do crescente mercado, porém representaram uma grande crise na profissão (Angonesi & Sevalho, 2010).

Se anteriormente o farmacêutico era respeitado por sua função de elaboração de medicamentos, capazes de acelerar o processo de cura; se era considerado mestre na arte de desenvolver e manipular medicamentos e possuíam uma relação de intimidade e confiança com a população (Angonesi & Sevalho, 2010; CRF, 2009; Rocha, 2006), após o processo de industrialização, a farmácia passou a ser um estabelecimento de comércio de medicamentos. Este processo foi chamado por Santos (1993) citado por Coelho, Zanatto & Matias (2007) de “despersonalização”, onde não eram mais necessárias qualidades específicas, como o monopólio do conhecimento, a confiança pública e autonomia no trabalho.

A partir de então, o farmacêutico afastou-se da farmácia, buscando novas áreas de atuação, como as Análises Clínicas, Análises bromatológicas, Cosméticas, entre outras (Lima, Eulálio & Targino, 2004; Rocha, 2006). O profissional perdeu seu espaço e seu reconhecimento à medida que as farmácias tornavam-se meros estabelecimentos comerciais. Eles se viam sem uma prescrição de função, e especialmente focados no

medicamento. Isto representou uma perda de identidade, reduzindo a visibilidade e a confiança social depositadas nestes profissionais.

Esta realidade profissional não foi vivenciada exclusivamente no Brasil, podendo-se percebê-la na história da profissão farmacêutica em quase todo mundo, porém o modo de enfrentamento de tais circunstâncias foi distinto em diferentes países. Enquanto no Brasil, a resposta dos profissionais farmacêuticos frente à industrialização e à perda de espaço na farmácia, foi seu afastamento para outras áreas de atuação; em outros países, os farmacêuticos foram em busca de uma estabilização enquanto profissionais de saúde.

1.2 Novas Propostas de Atuação para a Profissão Farmacêutica

No Brasil, mudanças que implicaram em novo arcabouço legal foram instituídas no intuito de fortalecer a profissão e redirecionar a prática profissional. A criação dos Conselhos Federal e Regionais de Farmácias na década de 1960 demonstra um redirecionamento na realidade da profissão. Estes teriam um papel de fiscalização da ética e da disciplina dos que exerciam a prática farmacêutica (Lei 3.820/60). Outro fato importante foi a promulgação da Lei 5.991/73 que, no seu artigo 15, determinou a obrigatoriedade do funcionamento de farmácias e drogarias sob a responsabilidade técnica de um profissional farmacêutico, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, e durante todo o seu horário de funcionamento.

Nos Estados Unidos o direcionamento encontrado foi a busca, no âmbito hospitalar, de um resgate da profissão na equipe de saúde, através da Farmácia Clínica. Enquanto na farmácia presenciava-se cada vez mais a perda de poder de atuação, no hospital o farmacêutico conseguia resistir à influência da indústria e dos médicos, e mantinha um papel ativo na decisão da terapêutica (Angonesi & Sevalho, 2010). Embora a Farmácia

Clínica tenha sido importante para o resgate da profissionalização das farmácias, suas definições situavam o medicamento em primeiro plano. Segundo Hepler e Strand (1990) citados por Angonesi e Sevalho (2010) era necessário que, para além da Farmácia Clínica, o farmacêutico assumisse a responsabilidade sanitária e adotasse um enfoque centrado no paciente, desenvolvendo assim, uma relação terapêutica junto ao mesmo.

Tais acontecimentos direcionam para uma nova perspectiva de atuação do farmacêutico, que começa a ser vislumbrada de maneira mais efetiva nas décadas de 1980 e 1990. Na década de 1980 ocorreu no Brasil o Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamento, onde foi discutido a reforma no ensino de Farmácia no Brasil, perpassada pelo movimento da Reforma Sanitária e pela construção do conceito de Assistência Farmacêutica (que será discutido posteriormente), o qual viria a fundamentar a formulação de políticas setoriais de saúde (Araújo, Ueta & Freitas, 2005; Pereira & Freitas, 2008; Silva, 2009).

Na década de 1990, no contexto norte-americano, este direcionamento é refletido na publicação de um texto de autoria de Charles Hepler e Linda Strand, que influenciaria a profissão farmacêutica nos anos seguintes, especialmente porque introduziram o termo *Pharmaceutical Care*, traduzido para português como Atenção Farmacêutica, e que se constituía em nova prática profissional. Tal proposta reorienta a atuação do farmacêutico como profissional de saúde, com enfoque centrado no paciente, e o qual estabelece uma relação terapêutica para resolver problemas relacionados com medicamentos (Angonesi & Sevalho, 2010).

1.2.1 A Assistência Farmacêutica e a Atenção Farmacêutica

Ao apresentar um breve percurso histórico da profissão farmacêutica no Brasil e no mundo, percebe-se que, nas últimas décadas, essa profissão tem experimentando profundas transformações (Angonesi & Rennó, 2011; Pereira & Freitas, 2008; Zancanaro, L., Locantelli, Santos & Zancanaro, V., 2012), as quais em sua maioria procuram resgatar a relação farmacêutico-paciente, restituindo à profissão seu pertencimento à equipe de saúde. Tal modificação demonstra a substituição do paradigma dominante, de caráter tecnicista, centrado no medicamento, por um paradigma humanístico e social, centrado no paciente e nas relações terapêuticas (Balisa-Rocha, Silva, Júnior Lyra, Brito & Aguiar, 2010).

Tal realidade deve ser encarada como resultado do surgimento das práticas de Assistência e Atenção farmacêutica, as quais permitem ao farmacêutico recuperar seu compromisso com a prevenção de doença, promoção e recuperação de saúde, agindo de maneira integrada à equipe de saúde (Bastos & Caetano, 2010). Embora tais práticas compartilhem o compromisso com a garantia da qualidade de vida para os pacientes, devem ser considerados como conceitos distintos, onde a Atenção é parte integrante da Assistência Farmacêutica, sendo esta uma atividade multiprofissional e concebida no contexto da Integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002).

O conceito inicial de Assistência Farmacêutica reorienta a prática do profissional, visando garantir a eficácia, a segurança e a qualidade do medicamento, promovendo o uso racional e o acesso da população aos medicamentos, sendo responsabilidade do farmacêutico garantir tal acesso (Angonesi & Sevalho, 2010; Brasil, 1998). Reformulando tal conceito, o CFF, através da Resolução 357/01 propõe que a Assistência Farmacêutica seja encarada como um conjunto de ações, cujo escopo primordial seja assegurar a assistência integral, promovendo, protegendo e auxiliando na recuperação da saúde nos

estabelecimentos, sejam eles públicos ou privados, desde que sejam desempenhados pelo farmacêutico ou sob sua supervisão.

Mesmo sendo percebida uma evolução conceitual da Assistência Farmacêutica, o caráter multiprofissional e a amplitude dos procedimentos que a prática envolve não mudaram (Araújo, Ueta & Freitas, 2005). O caráter multiprofissional, presente desde o primeiro documento, continua sendo um predicado de atuação, devido ao caráter de integralidade das ações de saúde. A amplitude dos procedimentos refere-se ao fato da prática envolver todo o processo de assistência ao usuário, iniciando pela prática da pesquisa indo até a prática da farmacovigilância. Tal característica é reforçada pelo conceito apresentado na Proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, cujo documento resultou de um evento no qual a Organização Pan-Americana de Saúde reuniu diversos profissionais para discutir e uniformizar os termos e conceitos visando a promoção da Atenção Farmacêutica no Brasil. Nesta conjuntura, a Assistência Farmacêutica foi conceituada como:

Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (OPAS, 2002, p. 15).

Tal conceito representa claramente a amplitude de ações no âmbito da Assistência Farmacêutica, permitindo considerá-la como um conjunto amplo de atividades relacionadas aos medicamentos e que envolve o farmacêutico e outros profissionais de saúde, dentre os quais a Atenção Farmacêutica.

A Atenção Farmacêutica é a prática do profissional farmacêutico que envolve a interação efetiva do profissional com o usuário, no intuito de identificar e atender as demandas referentes aos medicamentos e melhorar a qualidade do processo de utilização dos mesmos, devendo assim assumir a responsabilidade por tais práticas (Bastos & Caetano, 2010; Farina & Romano-Lieber, 2009). Segundo os autores proponentes de tal prática, na Atenção Farmacêutica, o farmacêutico procura identificar problemas na farmacoterapia para que, com a cooperação do paciente e dos demais profissionais de saúde, e através da educação, aconselhamento e acompanhamento, atinjam uma melhoria na qualidade de vida dos usuários (Hepler & Strand, 1990 citados por Bastos, 2007).

O conceito de Atenção Farmacêutica, aceito em todo o mundo, foi proposto na década de 1990, definindo-se como uma “provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente” (p. 3606). Como resultados são esperados a cura da doença, a redução ou eliminação dos sintomas, a interrupção ou retardamento do processo patológico e a prevenção de uma doença ou dos sintomas (Hepler & Strand, 1990, citados por Angonesi & Sevalho, 2010).

Diversas propostas de conceitos para a Atenção Farmacêutica foram estabelecidas, sendo aquela proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma das mais aceitas. Segundo a OMS a Atenção Farmacêutica deve ser encarada como:

Um conceito de prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A Atenção Farmacêutica é o compêndio das atitudes, dos comportamentos, dos compromissos, das inquietudes, dos valores éticos, das funções, dos conhecimentos, das responsabilidades e das destrezas do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente (OPAS/OMS, 1995, p.3).

Tal conceito reforça o foco no paciente e na comunidade, destacando a atuação através de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Para a efetividade de tal prática, Angonesi e Sevalho (2010) destacam que a mesma deve ser encarada como um processo de solução de problemas lógico, sistemático e global.

Nesta perspectiva, a Atenção Farmacêutica abrange todas as atividades relacionadas ao paciente, como a indicação de medicamentos que não necessitam de prescrição médica, a dispensação e a orientação farmacêutica, bem como o acompanhamento farmacoterapêutico (Angonesi & Rennó, 2011). Na Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica foram definidos macrocomponentes da Atenção Farmacêutica que, por sua vez, delimitam as práticas farmacêuticas. Estes são:

- * Educação em saúde;
- * Orientação farmacêutica;
- * Dispensação;
- * Atendimento farmacêutico;
- * Acompanhamento/ seguimento farmacoterápico;
- * Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

Segundo Silva (2002), com a proposta da Atenção Farmacêutica, as responsabilidades e funções do farmacêutico se ampliam, indo além da prática de dispensação. Incluem a participação efetiva no processo decisório quanto ao uso do medicamento, incluindo a determinação da posologia a ser utilizada, a preparação do próprio medicamento, fornecimento do medicamento e orientação ao paciente quanto ao modo de utilização do mesmo, além do monitoramento do paciente no intuito de identificar possíveis reações adversas e interações medicamentosas.

Apesar de aparentemente básicas, tais práticas são complexas e enfrentam diversos obstáculos para a sua efetivação, o que justifica em parte que, mesmo após mais de 20 anos de discussão da proposta, a Atenção Farmacêutica ainda seja uma atividade incipiente. A dificuldade de concretizar tal proposta pode ser entendida por vários ângulos, os quais refletem a realidade da profissão nos dias atuais. Assim, pode-se citar como aspectos impeditivos a falta de abertura dos estabelecimentos farmacêuticos, cujos proprietários desestimulam tal prática, fato que é agravado pela necessidade de subsistência que obriga o profissional a submeter-se às exigências comerciais, em detrimento da atenção à saúde. Sobressaem as atividades burocráticas e de gerenciamento, perpassadas pela insegurança e desmotivação vividas pelos profissionais devido ao excesso de trabalho e falta de tempo para se dedicar ao atendimento (Bastos & Caetano, 2010; Oliveira, Oyakawa, Miguel, Zanin & Montrucchio, 2005; Zancanaro, *et al.*, 2012).

Tais indicações demonstram a necessidade de um entendimento quanto à realidade na qual a profissão farmacêutica está submetida, e o estabelecimento de diretrizes que permitam o contínuo resgate da dignidade profissional.

1.3 A Realidade da Profissão Farmacêutica

Embora a profissão farmacêutica tenha vivido uma evolução histórica inegável, garantindo a possibilidade de uma retomada do papel do farmacêutico frente ao cuidado com a saúde dos usuários e uma melhor definição do seu papel dentro do estabelecimento farmacêutico, a situação vivenciada pelos profissionais não pode ser considerada ideal ou satisfatória. O farmacêutico se vê, por um lado, sendo cobrado para assumir as práticas de atenção à saúde, propostas pelo novo enfoque da profissão, e por outro, absorvido por situações que descaracterizam seu trabalho.

O atual contexto evidencia a formação de grandes redes de farmácias (Machline & Amaral Júnior, 1998), constituindo um mercado de crescente competitividade. Para lidar com tal situação, os estabelecimentos farmacêuticos, buscando um incremento de vendas, estimulam o consumo de medicamentos, oferecendo o pagamento de comissões aos funcionários, e, em contrapartida, os laboratórios farmacêuticos concedem premiações aos funcionários que atingem um maior volume de vendas. Tais estratégias de vendas caracterizam a prática da *empurroterapia*, que reforçam o caráter comercial do estabelecimento farmacêutico (Bastos & Caetano, 2010; Oliveira, et al., 2005; Silva, 2002).

A OPAS (2002) aponta aspectos do contexto da prática farmacêutica no Brasil que retratam claramente a realidade da profissão. Inicialmente é apresentada a crise de identidade profissional do farmacêutico, aliada à sua pouca inserção na equipe multiprofissional de saúde, e consequente falta de reconhecimento social. Nesta conjuntura, tem-se a dissociação entre os interesses econômicos e de saúde coletiva, com predomínio dos primeiros, o que implica na caracterização da farmácia como

estabelecimento comercial, onde o medicamento é encarado como um bem de consumo, desvinculado do processo de restauração da saúde.

A proposta da OPAS (2002) destaca ainda que a prática profissional está desconectada das políticas de saúde e de medicamentos, priorizando as atividades de cunho administrativo em detrimento das atividades de educação em saúde e de orientação sobre o uso de medicamentos. Esta situação torna evidente o fato de que, embora haja uma busca constante da superação do conceito da farmácia como estabelecimento comercial e a supremacia do caráter de assistência à saúde, a realidade ainda aponta para uma farmácia aprisionada à ordem econômica, cujo profissional farmacêutico acaba impedido de atuar segundo os parâmetros da Assistência e Atenção Farmacêutica.

Esta dificuldade de atuação frente à prática da Assistência à saúde também é um aspecto apontado pela OPAS (2002), a qual destaca que, embora existam definições legais referentes à Assistência Farmacêutica e à política de medicamentos, a sua efetiva implantação ainda enfrenta problemas quanto à definição de mecanismos e instrumentos para sua organização, avaliação e possíveis redirecionamentos. A inequidade no acesso aos medicamentos e a falta de integração e unidade entre as entidades representativas da categoria farmacêutica também constituem características que dificultam a prática destes profissionais, assim como a formação profissional recebida pelos farmacêuticos nas instituições de ensino.

A formação universitária dos farmacêuticos constitui uma realidade preocupante. O que se percebe é uma formação excessivamente tecnicista, com uma formação clínica ainda elementar, além de um distanciamento entre a teoria estudada e as exigências práticas demandadas pelas farmácias e pelos serviços de atenção à saúde (Bastos, 2007; OPAS, 2002). Corroborando tal apontamento, Leite, Nascimento, Costa e Barbano (2008) alegam que a educação farmacêutica é desenvolvida de forma desarticulada da realidade

social, não estando comprometida com a resolução dos problemas de saúde, mas sim com a produção de medicamentos, técnicas e exames, além de possibilitar pouca interação academia-serviços, onde se percebe escassez de atividades multidisciplinares.

Em pesquisa realizada com farmacêuticos, responsáveis técnicos de farmácias comunitárias do Rio de Janeiro, Bastos (2007) identificou uma realidade profissional preocupante. A autora detectou níveis de insatisfação profissional que dão indícios de que a profissão farmacêutica vivencia uma realidade de frustração e acomodação, falta de autoridade e de reconhecimento profissional, aliado a um número insuficiente de funcionários, e uma relação conflituosa entre a autoridade administrativa e profissional. Também foi identificada a impossibilidade de uma formação continuada, o choque entre a teoria e a prática farmacêutica, além da insatisfação com os dissídios salariais.

Bastos (2007) também identificou dificuldades referentes às condições de trabalho às quais os farmacêuticos estão submetidos, dentre os quais se destacam a ausência de um local adequado para a realização das suas atividades, tais como a escrituração de receitas e notas fiscais. Também foi apontado o elevado índice de ruídos e calor intenso no interior das farmácias, sendo ambas as situações incompatíveis com as atividades exercidas nestes estabelecimentos. No que se refere aos vínculos sociais no trabalho, os farmacêuticos encontram dificuldades no relacionamento com os gerentes, onde se percebe uma relação conflituosa; e com os balconistas, que muitas vezes são intransigentes quanto às orientações técnicas do farmacêutico. Segundo a autora, essas dificuldades se acentuam com a proximidade do farmacêutico nas atividades de cunho administrativo, e na dificuldade por parte da gerência e da própria empresa, de compreender o papel do farmacêutico na farmácia.

Borges (2002, citada por Franceschet, 2003) em pesquisa sobre a satisfação dos farmacêuticos atuantes em Florianópolis, corrobora tal conjuntura encontrada por Bastos

(2007), destacando que a amostra estudada está submetida às relações onde o farmacêutico vivencia baixa autonomia e desvios de funções, além de exercer atividades não características da profissão farmacêutica. Some-se a isso a falta de reconhecimento, confirmado pela remuneração inadequada e o excesso de trabalho.

1.4 As Demandas no Trabalho dos Farmacêuticos

Ao explicitar as dificuldades vividas pelos profissionais farmacêuticos surge a necessidade de compreensão do seu papel no âmbito da farmácia. Embora já tenha se discutido a prerrogativa da saúde do usuário nas novas propostas de atuação, seja na Assistência ou na Atenção Farmacêutica, as atividades às quais o trabalhador deve se pautar para alcançar tal objetivo devem ser largamente discutidas.

A atuação do farmacêutico na farmácia comercial é respaldada por um conjunto de leis, portarias e resoluções que definem as práticas desses profissionais, e que são regulamentadas pelos órgãos fiscalizadores responsáveis; a saber, Conselhos Federal e Regionais de Farmácia (CFF e CRF), além da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Estadual de Vigilância Sanitária (AGEVISA). Embora a profissão seja bastante regulamentada, não há um documento único que direcione as práticas desses profissionais. As disposições são estabelecidas em documentos distintos, o que exige uma consulta às leis, decretos e portarias instituídas de maneira a melhor compreender as diretrizes da profissão.

A Lei 5.991/73, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, em seu Art. 15, determina às farmácias e drogarias a obrigatoriedade da assistência de técnico responsável, inscrito no CRF, e em seu parágrafo 1º, determina que durante todo o horário de funcionamento do

estabelecimento, será obrigatória a presença do técnico responsável. Tais determinações são reforçadas pela Resolução 357/01, sancionadas pelo CFF.

Na Resolução 357/01, no Art. 19, são definidas as principais atribuições do farmacêutico responsável técnico:

- I. Assumir a responsabilidade pela execução de todos os atos farmacêuticos praticados na farmácia, cumprindo-lhe respeitar e fazer respeitar as normas referentes ao exercício da profissão farmacêutica
- II. Fazer com que sejam prestados ao público esclarecimentos quanto ao modo de utilização dos medicamentos, nomeadamente medicamentos que tenham efeitos colaterais indesejáveis ou alterem as funções nervosas superiores;
- III. Manter os medicamentos e substâncias medicamentosas em bom estado de conservação, de modo a serem fornecidos nas devidas condições de pureza e eficiência;
- IV. Garantir que na farmácia sejam mantidas boas condições de higiene e segurança;
- V. Manter e fazer cumprir o sigilo profissional;
- VII. Garantir a seleção de produtos farmacêuticos na intercambialidade⁴, no caso de prescrição pelo nome genérico do medicamento;
- VIII. Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais de todos envolvidos, visando prioritariamente à qualidade, eficácia e segurança do produto;
- IX. Favorecer e incentivar programas de educação continuada para todos os envolvidos nas atividades realizadas na farmácia;
- X. Gerenciar aspectos técnico-administrativos de todas as atividades;

⁴ Produto farmacêutico intercambiável: Equivalente terapêutica de um medicamento de referência, sendo comprovados, essencialmente, os mesmos resultados de eficácia e segurança.

XI. Assegurar a atualização dos conhecimentos técnico-científicos e sua aplicação;

XII. Garantir a qualidade dos procedimentos de manipulação.

XIII. Prestar a sua colaboração ao Conselho Federal e Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição e autoridades sanitárias;

XII. Informar as autoridades sanitárias e o CRF sobre as irregularidades detectadas em medicamentos no estabelecimento sob sua direção técnica;

XIII. Manter os medicamentos e demais produtos sob sua guarda com controle de estoque que garanta no mínimo o reconhecimento do lote e do distribuidor;

XIV. Realizar treinamento aos auxiliares onde constem por escrito suas atividades, direitos e deveres compatíveis com a hierarquia técnica.

O Art. 20 da mesma resolução trata da prática de dispensação de medicamentos prescritos, como atividade restrita ao farmacêutico, não podendo a mesma ser realizada sem a sua presença e atuação. A dispensação é “o ato farmacêutico de orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não” (Resolução 357/01, p. 864), e que preconiza uma avaliação farmacêutica do receituário, que define a dispensação ou não do medicamento. A norma citada determina que só será dispensada apenas a receita em português, com letra clara e legível, que contenha nome e endereço do paciente, com as indicações de forma farmacêutica, posologia, apresentação, método de administração e duração do tratamento prescrito. O não cumprimento desta norma acarretará em sanções para o profissional.

Ainda no que se refere à prática da dispensação, a Resolução 357/01 afirma ser obrigação do farmacêutico notificar aos órgãos responsáveis a ocorrência de reações adversas, de interações medicamentosas e qualquer desvio de qualidade e/ou irregularidade

a medicamentos e produtos dispensados no estabelecimento. Tal determinação está inserida na orientação de realização da atividade de Farmacovigilância, onde se identifica e avalia os efeitos do risco dos tratamentos a base de substâncias farmacológicas. Segundo Polacow, Kishi, Menegasso (2010) tal necessidade ocorre porque, embora os medicamentos sejam elaborados no intuito de prevenir, aliviar ou curar enfermidades, alguns produtos podem produzir efeitos indesejáveis ou mesmo danosos, de tal maneira que é imprescindível que as agências reguladoras tomem conhecimento de tais reações.

Ainda com base na Resolução 357/01, art. 34, e referindo-se aos medicamentos genéricos, define como dever dos farmacêuticos:

- I. Esclarecer ao usuário sobre a existência do medicamento genérico, substituindo, se for o caso, o medicamento prescrito exclusivamente pelo medicamento genérico correspondente, salvo restrições expressas de próprio punho consignadas no documento pelo profissional prescritor.
- II. Indicar, no verso da prescrição a substituição realizada, citando o nome genérico do medicamento e a indústria produtora, apondo o carimbo que conste seu nome e número de inscrição no CRF, local e data, assinando a declaração; (p.871)

No Art. 37, que trata dos Medicamentos Sujeitos a Controle Especial⁵, a resolução estabelece que a dispensação de tais medicamentos deverá ser feita exclusivamente por farmacêutico, não podendo tal atividade ser delegada a outros funcionários. A venda, o controle e a escrituração de tais medicamentos é regulada também pela Portaria nº 344/98, da ANVISA. A RDC 27/07, instituída também pela ANVISA, em seu Art. 1º instituiu o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGP – para controle da

⁵ Medicamentos de Controle Especial: medicamentos entorpecentes ou psicotrópicos e outros relacionados pela ANVISA capazes de causar dependência física ou psíquica.

movimentação e do estoque dos medicamentos de controle especial, tornando-se de caráter obrigatório seu uso para escrituração dos medicamentos sujeitos a controle especial. A mesma RDC, no Art. 10, determina que o procedimento de escrituração do estoque e da movimentação de substâncias junto ao referido sistema, é de responsabilidade do farmacêutico responsável técnico. A RDC nº 542/11, do CFF, determina como atividade privativa do farmacêutico a dispensação e o controle dos medicamentos antimicrobianos, bem como determina que o procedimento de escrituração deverá ser regido segundo a Resolução 27/07, acima citada.

Ao considerar os medicamentos isentos de prescrição, a Resolução 357/01, responsabiliza o farmacêutico pela promoção de ações de informação e educação sanitária dirigidas ao consumidor ou doente de modo que garanta o uso consciente dos medicamentos, bem como pelo desenvolvimento de ações que auxiliem na seleção e dispensação de medicamentos não prescritos. Tais práticas estão dentro da prática de automedicação responsável, que se constitui como atribuição fundamental do farmacêutico atuante em farmácias e drogarias.

O CFF através da Resolução 415/04, atribui ao farmacêutico a responsabilidade pela consultoria para elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, pela elaboração, implantação, execução, treinamento e gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde, desde a geração até a disposição final, de forma a atender aos requisitos ambientais e de saúde coletiva, sem prejuízo da responsabilidade civil solidária, penal e administrativa de outros sujeitos envolvidos.

A ANVISA, dispondo sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas Farmacêuticas em Farmácias e Drogarias, lançou a consulta pública nº 69/07 na qual constam as atribuições do farmacêutico, das quais podemos citar:

- * Organizar e operacionalizar as áreas e atividades técnicas da farmácia ou drogaria;
- * Conhecer, interpretar e estabelecer condições para o cumprimento da legislação pertinente;
- * Estabelecer critérios e supervisionar o processo de aquisição de medicamentos e demais produtos;
- * Elaborar, atualizar, arquivar e divulgar os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) das atividades do estabelecimento;
- * Prestar orientação farmacêutica ao usuário;
- * Prestar ou supervisionar a prestação de serviços farmacêuticos aos usuários;
- * Realizar ações de promoção e proteção da saúde, incluindo a promoção de hábitos de vida saudáveis e o uso racional de medicamentos;
- * Supervisionar e promover autoinspeções periódicas;

Percebem-se dois direcionamentos quanto às práticas farmacêuticas em farmácias e drogarias. Por um lado, há atividades direcionadas para o cuidado com a saúde, envolvendo a automedicação, a precaução de reações adversas, a orientação quanto ao uso correto de medicamento; assim como há atividade mais técnicas, como a dispensação de medicamentos, especialmente os de controle especial, a utilização do SNGPC, o desenvolvimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde e a prática da intercambialidade, entre outros. Esta realidade determina que o farmacêutico é um profissional de saúde, e por isso, é de sua responsabilidade todas as atividades realizadas dentro da farmácia, considerando que a mesma se constitui como um estabelecimento de saúde.

CAPÍTULO II

ALICERCE TEÓRICO

Neste capítulo apresentamos o nosso entendimento dos constructos trabalho e saúde e da relação que se estabelece entre eles a partir de duas abordagens que alicerçam o presente estudo: a Psicodinâmica do Trabalho e a Ergonomia da Atividade. Além disso, procuramos apresentar alguns elementos teóricos dessas abordagens que se mostraram importantes à inteligibilidade dos dados produzidos em nosso estudo.

2.1 O Que é Trabalho?

Para compreender o significado do trabalho, recorreremos a alguns autores das Clínicas do trabalho (Clot, 2001, 2007; Lhuillier, 2002; Schwartz, 2011), especialmente Christophe Dejours, autor que nos serve de referência nessa dissertação (1994a, 2009, 2011a, 2012a). Para Dejours (2012a), a categoria trabalho ultrapassa a relação salarial ou empregatícia e envolve um engajamento da personalidade, um envolvimento de si, para enfrentar uma tarefa definida por constrangimentos, sejam eles materiais ou sociais. Segundo esse autor, de uma perspectiva clínica, o trabalho é aquilo que implica gestos, saber-fazer, é o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às diferentes situações.

Para o clínico, segundo Dejours (2012a), o trabalho define-se como aquilo:

Que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder alcançar os objetivos para os quais foi designado; ou ainda, o que o trabalhador deve acrescentar de si para fazer frente ao que não dá certo quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições (p. 25).

A Clínica da atividade (Clot, 2007) defende que o trabalho é imprescindível para a construção da identidade e da saúde. Daí, atividade e subjetividade ocuparem o centro da análise. O trabalho não é visto apenas em um nível psíquico, mas como uma atividade concreta e irreduzível (Clot, 2001). Segundo o autor, o trabalho não pode ser encarado como uma atividade como outra qualquer, pois exerce uma função específica, uma função psicológica (Clot, 2007).

Schwartz (2011), ao discutir o conceito de trabalho, afirma que se trata, em parte, de uma provocação para que se faça *uso de si por si mesmo*, para pensar mesmo quando não se é solicitado. Segundo Lhuillier (2002) essa expressão remete ao encontro de uma história singular, própria do sujeito, com um contexto social, onde o sujeito desenvolve a capacidade de pôr em questão essa ordem, não se colocando em uma condição de exclusiva adaptação. A atividade de trabalho é, assim, uma reapreciação de julgamento sobre os procedimentos, os quadros e os objetos de trabalho (Schwartz, 2011, p. 33).

Lhuillier (2002) também se debruça sobre o conceito de trabalho e assinala que se trata de uma atividade fundamentalmente social, realizada com os outros e para os outros, estando subordinada a um fim coletivo. A autora também compartilha a ideia do trabalho como confrontação ao real, situando-o como uma relação do sujeito consigo próprio, com o outro e com o real.

O ato de trabalhar ultrapassa o intuito exclusivo de uma remuneração financeira e almeja uma remuneração social, ou seja, contribua para a integração ao grupo social. Indo além, e assumindo sua função psíquica, o trabalho constitui um dos alicerces do sujeito e de sua rede de significados. Por fim, as dinâmicas ocorridas no âmbito do trabalho, como o reconhecimento, a mobilização da inteligência e a gratificação estão ligados à constituição da identidade e da realidade (Lancman, 2011).

2.1.1 Trabalho na obra de Dejours

Dejours, Dessors e Desriaux (1993) afirmam que o trabalho, para além de um modo de ganhar a própria vida, é um status social, onde o indivíduo se integra a um determinado grupo e que, embora possa ser fonte de desgaste, também se constitui como fator essencial ao equilíbrio e desenvolvimento humanos. Dejours (2011a) define trabalho como “atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita” (p.43).

O trabalho é um formador da identidade do sujeito e não implica apenas em produzir, mas em transformar-se através do trabalho, possibilitando assim a ampliação da subjetividade e a realização de si mesmo e de sua autonomia (Dejours, 2012a). Dejours (2011a) amplia tal concepção ao afirmar que o trabalho constitui um mediador entre o desenvolvimento e a complementação da identidade, permitindo um confronto do mundo externo com o mundo interno.

O trabalho, para além de uma relação de si consigo, pressupõe uma vivência coletiva, uma relação social, mesmo perpassada por relações de dominação e de poder. O trabalho envolve desse modo o engajamento da subjetividade (Dejours, 2012a).

Dejours (2009) defende a ideia da centralidade do trabalho, que pode ser desdobrada em quatro domínios: no domínio *individual*, contribui para a formação da identidade e para a saúde mental; no domínio das *relações entre homens e mulheres*, propicia a suplantação da desigualdade nas relações de “gênero”; no domínio *político*, repercute na evolução política de uma sociedade; e no domínio da *teoria do conhecimento*, abre a possibilidade de produzir novos conhecimentos (Dejours, 2009).

Para Dejours (1994a) o trabalho vem sendo considerado um entre tantos outros objetos de pesquisa. Não obstante, o autor levanta a possibilidade de uma reviravolta teórica, onde se atribua ao trabalho um estatuto teórico original, isto é, onde o trabalho passe a ser encarado como conceito irreduzível da teoria social.

2.2 Conceituando a Saúde

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural (Scliar, 2007) de cada período histórico e, embora tenha sofrido diversas modificações ao longo dos anos, continua sendo um conceito amplo, ambíguo, difícil de conceituar e de operacionalizar, visto que é carregado de valores sociais (Canguilhem, 2006) e está em contínua evolução (Doppler, 2007).

Realizando um resgate histórico dos modelos explicativos de saúde e doença, percebe-se que foram inúmeras as abordagens de análise deste processo que, por sua vez, espelhavam a realidade social vigente, o estado da arte do conhecimento científico, e os significados atribuídos pelos sujeitos (Batistella, 2007). Dentre esses modelos pode-se destacar: o pensamento mágico-religioso dos povos da antiguidade; a medicina hipocrática, com uma visão racional acerca de tal processo; e a doença encarada enquanto castigo de Deus, expiação do pecado ou possessão do demônio, características da Idade Média (Batistella, 2007; Sabroza, 2001; Scliar, 2007).

Ao tomar como objeto o conceito de saúde, deve-se destacar que há uma diversidade desses conceitos coexistindo (Backes *et al*, 2009; Sabroza, 2001). Cruz (2011) aborda os vários modelos conceituais de saúde: modelo holístico, modelo empírico-racional, modelo biomédico, modelo sistêmico, modelo processual; cada um deles tendo

subjacente uma concepção de saúde. Aqui serão discutidos os conceitos de saúde mais importantes, bem como aquele adotado pela presente pesquisa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 operou uma verdadeira reviravolta na concepção de saúde que passou a ser definida como o “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”. Tal conceito permitiu que a saúde fosse vista de uma perspectiva positiva e de maneira menos reducionista (Batistella, 2007; Scliar, 2007). Embora este conceito seja amplamente aceito, não deixa de ser alvo de pesadas críticas, a exemplo daquela que aponta que esse estado de completo bem-estar é difícil de definir por ser vago e impreciso. Nesse sentido, é um estado inexistente, um estado ideal e, por conseguinte, inalcançável (Batistella, 2007; Caponi, 1997; Dejours, 1986; Lunardi, 1999).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, surge o conceito ampliado de saúde, baseado no conceito da OMS. A saúde passa a ser encarada como resultante de diversas condições socioeconômicas, tais como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (Backes *et al*, 2009; Lunardi, 1999). Este conceito traz como principal aporte a articulação entre saúde e sociedade. No entanto, acaba situando a saúde e a doença como resultantes exclusivamente da base socioeconômica, eliminando qualquer especificidade física ou psíquica da doença (Caponi, 1997; Lunardi, 1999).

Existe ainda a concepção que entende saúde como a ausência de doença. O modelo Biomédico ou Mecanicista enfatiza o biológico, o individual e a fragmentação do corpo (Batistella, 2007). Nesse modelo prevalece a definição bioestatística enunciada por Christopher Boorse, onde para se definir a saúde e a doença consideram-se os valores padrão para as funções normais; os valores que se situam à margem desses padrões

indicam subnormalidade ou patologia (Caponi, 1997, 2010). As críticas direcionadas a esta concepção enfatizam o seu caráter fragmentário e reducionista (Caponi, 1997; Cruz, 2011).

Saúde é mais que ausência de doença. O ser humano é complexo em sua forma de ser e de se relacionar; é constituído de dimensões biológica, psicossocial e histórica, onde tais dimensões se cruzam e se interinfluenciam. A saúde requer do sujeito uma mobilização na situação de adoecimento, buscando revertê-la e recuperá-la. A ausência desta mobilização, deste enfrentamento, já deve ser encarada como adoecimento (Brito, Athayde & Neves, 2003).

Nesta perspectiva, a saúde não pode ser encarada como exterior ao sujeito, mas intrinsecamente ligada ao mesmo (Brito, Athayde & Neves, 2003; Dejours, 1986). Canguilhem (2006), apoiando-se na ideia preconizada por Descartes – de que há uma parte do corpo humano que é inacessível ao outro - defende um conceito de saúde vulgar, isto é, acessível a todos e que não se enquadre como um saber objetivo. Desta forma, só o sujeito pode dar voz ao sintoma e identificar o momento de início de uma patologia.

Para Dejours (1986) a saúde está o tempo todo se modificando, jamais podendo ser comparada a um estado estável ou confortável, mas sim um objetivo a ser alcançado. Brito, Athayde e Neves (2003) entendem que saúde constitui um caminho a ser traçado e cuja importância está, justamente, em ser um ideal. Canguilhem (2006) aponta que a saúde não equivale a um estado de equilíbrio ou de adaptação mas sim a capacidade do sujeito de renormatizar as situações adversas, ou seja, de transgredir a norma habitual, de enfrentar as situações antagônicas e tolerar as variações e infidelidades do meio através da criação de novas normas, isto é, sendo normativo (Brito, Athayde & Neves, 2003; Lunardi, 1999).

2.3 Trabalho e Saúde: Qual a Relação?

Uma vez discutidos os conceitos de saúde e trabalho, é preciso compreender que tipo de relação se estabelece entre os dois constructos. No século XIX, Karl Marx já apontava o trabalho como fonte de infelicidade, de esgotamento e mortificação, resultante de jornadas de trabalho extenuantes e condições de trabalho insalubres e cruéis (Borsoi, 2007).

Dejours e Deranty (2010) por seu turno preconizam que o trabalho pode ser prejudicial à saúde, o que se pode constatar pelo aumento recente das patologias do trabalho e pelo aparecimento do suicídio vinculado ao trabalho. Os autores esclarecem, no entanto, que trabalhar não significa apenas sofrimento, mas também pode constituir fonte de prazer e auxiliar na construção de saúde e da auto realização. Essa perspectiva é amplamente compartilhada por outros autores, tais como Doppler (2007), Lhuillier (2002) e Molinier (2013).

A relação trabalho e saúde vem sendo estudada por diferentes disciplinas. Doppler (2007) apresenta quatro principais disciplinas que se debruçam sobre essa relação. Inicialmente discorre sobre a Toxicologia, que fundada no modelo de causalidade única, relaciona o distúrbio a uma causa ou a um leque de causas, às quais convém extinguir. A segunda disciplina é a Medicina do Trabalho, a qual se dedica primordialmente ao estudo das causas, embora também considere a prática preventiva. A Ergonomia, terceira disciplina apontada, se orienta para a análise da atividade nas situações de trabalho, buscando uma melhor compreensão do trabalho real. Por fim, a Psicodinâmica do trabalho, que prima pelo alcance da autonomia do indivíduo que sofre e prioriza a escuta do trabalhador para compreender a realidade de trabalho.

2.3.1 O Percurso Teórico da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho

A Psicopatologia do Trabalho (PPT) se inscreve nas abordagens que se preocupam com a relação entre o trabalho e a saúde e se constrói, por sua vez, tendo como base a Psiquiatria e a Psicopatologia Social (Athayde, 1996). Inicialmente, objetivava analisar o sofrimento psíquico causado pelo confronto do homem - portador de uma história singular, com a organização do trabalho, cujas características são fixas e independem da vontade do sujeito (Dejours, 1993a; Dejours & Abdoucheli, 2012). Como organização do trabalho entende-se a divisão técnica do trabalho, alusiva ao modo operatório prescrito e a divisão social e hierárquica do trabalho, referente aos modos de comando e cooperação (Dejours & Abdoucheli, 2012; Molinier, 2013).

Anteriormente ao surgimento da PPT, os estudos acerca da relação trabalho e saúde estavam debruçados nos danos físico-químico-biológicos causados pelo trabalho, situando-se na perspectiva da Medicina do Trabalho e da Toxicologia industrial (Athayde, 1996). A proposta da PPT voltava-se para possíveis afecções mentais causadas pelo trabalho, partindo do pressuposto que o trabalho é “um mal socialmente engendrado, e nocivo à saúde mental dos trabalhadores” (Dejours, 1993a, p. 49). Tal autor situa a perspectiva da PPT no interior do modelo causal, onde o trabalho poderia ser o responsável pelo surgimento de distúrbios psicopatológicos nos indivíduos, os quais eram considerados vítimas do processo de trabalho.

Um dos autores mais marcantes desta primeira fase da PPT (aproximadamente entre 1945 e 1965) foi Louis Le Guillant que, dentro de uma perspectiva sociogenética dos problemas mentais, buscava estabelecer o nexo causal entre o adoecimento e uma situação vivida em determinado ambiente. Le Guillant defendia inicialmente que toda manifestação psicopatológica seria reflexo de condicionamento social ou das próprias condições de

trabalho, não havendo espaço para o funcionamento do psiquismo (Sousa & Athayde, 2006).

Dentro do modelo causal, várias pesquisas foram desenvolvidas por nomes como L. Le Guillant, C. Veil, P. Sidavon, A. Fernandez-Zoila e J. Bégoïn, concentrando-se em descobrir como os modos do trabalho capitalista contribuía para o adoecimento psíquico (Ramminger, Athayde & Brito, 2013). A demanda existente foi direcionada através de pesquisas sobre patologia mental resultante do trabalho ou sobre doenças mentais específicas do trabalho. No entanto, os resultados encontrados não caracterizavam doenças mentais, mas sim comportamentos estranhos e não patológicos, e problemas psíquicos que levavam ao adoecimento do corpo (Athayde, 1996; Dejours & Abdoucheli 2012).

Dejours & Abdoucheli (2012) defendem que, afastando-se do modelo causal, e representando os avanços da disciplina, os homens não são seres passivos frente aos constrangimentos organizacionais, sendo capazes de desenvolver estratégias defensivas contra os efeitos deletérios da organização do trabalho, evitando assim cair no adoecimento. Esta perspectiva abriu caminho para um redirecionamento teórico, no qual o objeto de estudo deslocou-se da doença mental para o sofrimento e as defesas. Passou-se a questionar como faziam os trabalhadores para não adoecerem mesmo em situações de trabalho adversas, ou seja, o que se transformou em objeto de enigma era precisamente a normalidade alcançada em tal situação. Esses questionamentos levaram a definição de uma nova disciplina, a Psicodinâmica do Trabalho (PDT) (Dejours, 1993a).

A PDT amplia o campo de análise ao propor estudar o sofrimento e o prazer, o homem e o trabalho, e, para além da organização do trabalho, as situações de trabalho e os detalhes de sua dinâmica interna (Dejours, 1993a). Nesta nova perspectiva, incorporaram-se novos conceitos, notavelmente a possibilidade de se obter prazer no trabalho. Assim, segundo Sznelwar (2011), tal prerrogativa redefine o trabalho como um edificador das

identidades individuais e coletivas, abandonando o entendimento do trabalho como um mal socialmente determinado.

2.3.2 Ergonomia

A ergonomia é um campo de aplicação e de produção de conhecimentos acerca do trabalho relativamente recente, que busca a transformação do trabalho, de forma a adaptá-lo às características e aos limites dos humanos. Procura respostas aos problemas resultantes da inadequação das condições, organizações ou ambientes de trabalho (Abrahão, Sznclwar, Silvino, Sarment & Pinto, 2009).

Do surgimento à consolidação da Ergonomia

Embora as modificações e melhorias no ambiente de trabalho, visando uma melhor adaptação aos humanos não seja recente, a consideração de tal prática, de maneira formal, é reconhecida especialmente no século XX. Neste período, as pesquisas eram, em sua maioria, experimentos e estudos de caso sobre contração muscular, a energia despendida para exercer o trabalho, a fadiga e o desempenho humano nas realizações de suas atividades (Alves, Queiroz, Silva & Paschoarelli, 2010). A II Guerra Mundial tornou-se um espaço de desenvolvimento da disciplina, permitindo a realização de estudos voltados à adaptação dos artefatos tecnológicos às características e aos limites do funcionamento dos processos de percepção e cognição do homem (Abrahão *et al.*, 2009; Másculo & Vidal, 2011).

Foi ainda como consequência da II Guerra Mundial que surgiu a vertente francesa da Ergonomia, que se tornou conhecida como Ergonomia da atividade, e que, baseada no

estudo das condições de trabalho e da análise da atividade em situação real, contribuiu para a formalização de uma metodologia que veio a se chamar de Análise Ergonômica do Trabalho, ou simplesmente AET, e que teve como o seu principal mentor Alain Wisner (Másculo & Vidal, 2011).

A Ergonomia da Atividade surgiu com o desafio de conceber os novos postos de trabalho, partindo da análise de uma situação real do trabalho (Almeida, 2011). Essa ergonomia visa à intervenção sobre os próprios locais de produção e a melhoria das condições de trabalho de operadores que tinham sua situação de trabalho analisada detalhadamente. Numa perspectiva mais cognitiva e psicológica, ela privilegia o entendimento da tarefa, da resolução de problemas e da tomada de decisão. (Guimarães, 2011).

Outra vertente, a Ergonomia Anglo-saxônica ou Clássica, constitui a vertente mais antiga da Ergonomia. Focaliza os métodos e tecnologias, debruçando-se especialmente nos aspectos físicos da relação do homem com a máquina, onde busca aperfeiçoar seu dimensionamento, discriminação e controle (Almeida, 2011).

O surgimento e o crescimento da ergonomia se deram em meio às inquietações e divergências no tocante às discussões sobre o que era mais importante: a pesquisa ergonômica e a divulgação dos seus resultados ou o desenvolvimento e aplicação da ergonomia na indústria (Láuar, M. Lima, V. Lima, Silva & Paschoarelli, 2010). Tal dicotomia permitiu o desenvolvimento simultâneo da pesquisa e da aplicação ergonômica. Segundo Másculo e Vidal (2011), a atitude profissional na Ergonomia tem uma dimensão científica, que fundamenta as aplicações que realiza; e uma dimensão prática, que permite sua aplicação no mundo da produção. Uma definição acerca da Ergonomia foi apresentada pela *International Ergonomics Association – IEA*, para a qual:

A Ergonomia (ou Fatores Humanos) é uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, e à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos a projetos a fim de otimizar o bem estar humano e o desempenho global do sistema. Os ergonomistas contribuem para o planejamento, projeto e a avaliação de tarefas, postos de trabalho, produtos, ambientes e sistemas de modo a torná-los compatíveis com as necessidades, habilidades e limitações das pessoas (Falzon, 2007, p. 5).

Segundo Guimarães (2011) esta definição esclarece que a ergonomia diz respeito à adaptação dos sistemas e das máquinas ao homem e não o contrário. Deve-se entender que este processo de adaptação refere-se a todo e qualquer sistema, considerando o que é feito, o modo como a atividade é realizada, os meios utilizados e o ambiente em que se realiza, buscando o processo de transformação deste meio. Esta definição esclarece as finalidades da Ergonomia: modificar os sistemas de trabalho, os seus propósitos de maneira a adequar a atividade às pessoas, tendo como critérios a eficiência, o conforto e a segurança (Másculo e Vidal, 2011).

O objetivo primeiro da Ergonomia é “transformar o trabalho de forma a adaptá-lo às características e variabilidade do homem e do processo produtivo” (Abrahão et al, 2009, p. 19). Seu objetivo vai além do entendimento, da análise do trabalho; seu escopo é transformar, agir, adaptar o trabalho ao homem, permitindo benefícios a esse como também à organização. Clot (2010) salienta que o processo de transformação deve partir da implantação de uma metodologia que sirva de meio para a ação do próprio coletivo de trabalho, isto é, a efetivação do processo de transformação deve ser conduzida pelo coletivo para que esta se torne duradoura.

Segundo Abrahão *et al* (2009) a ação ergonômica exige a realização de uma observação sistemática das situações reais de trabalho, situando essa observação no

contexto da análise do trabalho, ou seja, do “conjunto dos procedimentos [...] que permitem dizer algo sobre o trabalho humano” (Montmollin & Darses, 2011, p. 52). Esta análise do trabalho parte do pressuposto que existe uma diferença entre Trabalho prescrito e Trabalho real, assim como entre Tarefa e Atividade. Tais conceitos, embora propostos pela Ergonomia, foram absorvidos por outras disciplinas e são considerados alicerce para o entendimento das relações no trabalho.

2.4 Conceitos

2.4.1 Trabalho Prescrito

O Trabalho prescrito (Tarefa) refere-se àquilo que é esperado, ou seja, os procedimentos a serem seguidos, as regras e normas a respeitar (sejam elas implícitas ou explícitas); os objetivos quantitativos e qualitativos, os prazos a serem cumpridos (Montmollin & Darses, 2011).

Brito (2008a), por sua vez, assinala que o Trabalho prescrito envolve: os objetivos a serem alcançados, os métodos e procedimentos previstos, as ordens dadas, os protocolos e as normas técnicas e de segurança a serem seguidos, os meios técnicos colocados à disposição, bem como as formas de divisão do trabalho, as condições temporais previstas e as condições socioeconômicas, como salário e qualificação. De maneira sintética, o trabalho prescrito se assemelha a um guia, cujo objetivo é nortear a realização da atividade.

Brito (2008a) afirma ainda que o trabalho prescrito é vinculado a regras e objetivos que são fixados pela organização do trabalho, bem como às condições que são ofertadas; indica aquilo que “se deve fazer”, evidenciando assim que o trabalho prescrito possui um caráter exterior ao trabalhador, algo que lhe é imposto, vinculado à divisão social do

trabalho e às relações hierárquicas. Montmollin e Darses (2011) destacam que o trabalho prescrito é aquilo que é especificado, oralmente ou por escrito, pela hierarquia.

Embora o conceito do Trabalho prescrito limite de certo modo a ação do trabalhador, não se deve subestimar seu valor, pois ele é fundamental para a realização efetiva do trabalho. Esse aspecto é apontado por Brito (2008a), a qual afirma que a ausência de uma norma, de instruções, de objetivos explícitos pode comprometer significativamente o desenvolvimento da atividade, bem como a saúde do trabalhador. A autora aponta três situações em que a prescrição pode comprometer negativamente a atividade: a subprescrição, a prescrição contraditória e a prescrição da subjetividade.

Na subprescrição, a prescrição não é identificada facilmente ou se apresenta de forma implícita, obrigando os trabalhadores a se responsabilizarem pela definição dos objetivos e pela escolha dos meios e instrumentos a serem utilizados. Na prescrição contraditória, o que ocorre é que seguir o prescrito impede a realização da atividade, uma vez que não são compatíveis entre si. Isto ocorre quando, por exemplo, se exige que se cumpra uma norma de segurança para dar conta de uma tarefa, mesmo que se disponha de tempo insuficiente. Por fim, tem-se a prescrição da subjetividade, que reporta à exigência de implicação, de iniciativa, de criatividade, de autonomia; exigindo assim que o trabalhador se mobilize mais para o trabalho (Brito, 2008a), como um sinônimo de engajamento de si (Clot, 2001).

A Ergologia também contribui para o conceito de Trabalho prescrito, ampliando-o. Propõe, por assim dizer, uma nova forma de prescrição denominada de *Normas Antecedentes*. Essas normas combinam os saberes técnicos, científicos e culturais com os códigos organizacionais.

O conceito de normas antecedentes pode ser entendido como uma extensão do conceito de Trabalho prescrito (Prange, 2011). Abarca, nesse sentido, os saberes

relativamente estabilizados, como o prescrito, os objetivos, as regras; os oriundos da experiência, a saber, as culturas de ofício, o saber-fazer e os valores (Nouroudine, 2011). Estas normas antecedentes “estão vinculadas aos regulamentos, procedimentos e tecnologias encontradas em determinada situação de trabalho, ao nível de conhecimento técnico-científico e cultural de uma sociedade e aos valores nela presentes” (Brito, 2008a, p.288).

Embora haja a necessidade da prescrição, da elaboração das normas, o trabalho prescrito não dá conta da realidade de trabalho. Entre a Tarefa e a Atividade do trabalho há um intervalo irredutível (Dejours, 1993a). Segundo Dejours (2012a), a lacuna entre o prescrito e a realidade concreta sempre existirá; ele acrescenta que cabe ao trabalhador criar o caminho a ser percorrido entre o que está prescrito e o que é efetivo. Os trabalhadores não seguem o trabalho prescrito porque é preciso sempre lidar com o inesperado: anomalias, incidentes, panes, defeitos, imprevistos (Dejours, 2009).

Lhuillier (2002) refere-se a uma utopia prescritiva, onde os gestores e organizadores buscam dominar os comportamentos do trabalhador, recusando aceitar a irredutibilidade das práticas às prescrições. Eles não tomam consciência que, por melhor elaborada que seja a prescrição, elas são fadadas a serem incompletas. Como afirma Brito (2008b), as prescrições, desde sua concepção, são incapazes de contemplar todas as possíveis situações encontradas no cotidiano da tarefa.

2.4.2 Trabalho Real e Atividade

O Trabalho real corresponde aquilo que é efetivamente realizado, o caminho que o sujeito escolhe para superar as limitações e insuficiências do prescrito. Para realizar o trabalho, o sujeito reescreve o objetivo prescrito tornando-o um objetivo para si, de tal

maneira que esse exerce um papel de protagonista no processo produtivo, mobilizando para efetuar a tarefa (Brito, 2008b; Falzon, 2007).

Dejours (2011a) define trabalho real como aquilo que é feito pelo operador no intuito de se aproximar ao máximo dos objetivos fixados pela tarefa. A Atividade de trabalho é um processo de regulação e de gestão das variabilidades e do acaso. Envolve estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho, atravessadas pelas variabilidades e pelo acaso (Brito, 2008b).

Abrahão *et al.* (2009) apontam que o conceito de Atividade pode ser compreendido por três dimensões: a primeira é definida por aquilo que o trabalhador faz; a segunda refere-se à forma como o trabalhador usa de si para atingir os objetivos, dispondo do seu corpo nas mais variadas formas de agir; por fim, a Atividade pode ser analisada através das estratégias operatórias utilizadas pelo trabalhador para cumprir as metas com as condições fornecidas.

Clot (2001), por sua vez, assinala que o conceito de Atividade não deve se restringir apenas as atividades realizadas. O autor propõe o conceito de **Real da atividade**, baseando-se na Psicologia russa, desenvolvida por Vygotski. Segundo Borges (2010), o autor russo afirma que a todo instante os humanos tem a sua disposição uma série infinita de possibilidades, das quais apenas uma ínfima parte se concretiza.

Tal conceito considera como parte inerente à Atividade aquilo que não foi feito, o que não se pode fazer, o que não se conseguiu realizar (os fracassos), o que se desejaria fazer. Sob esta ótica, o conceito de Atividade engloba além do trabalho realizado e dos obstáculos encontrados, as possibilidades e as potencialidades do agir individual e coletivo (Brito, 2008b). Santos (2006), discutindo a obra de Yves Clot, corrobora a ideia que o conceito inicial de Atividade foi desmembrado em atividade realizada e o real da atividade. O real é muito mais amplo, sendo o realizado apenas uma mínima parte daquilo que existe

enquanto possibilidades. O próprio autor esclarece que “a atividade subtraída, ocultada ou recuada nem por isso está ausente, mas influi, com todo o seu peso, na atividade presente” (Clot, 2010, p.104).

Na dinâmica do Trabalho prescrito, do Trabalho real (ou Atividade realizada) e do Real da atividade, um aspecto que está presente e que afeta diretamente a realização de ambos é, conforme aponta Lhuilier (2002) o fato do trabalho ser “realizado com outros, para outros, e subordinado a um fim coletivo” (p. 210). Cada trabalhador responde de uma maneira particular ao trabalho, constrói suas próprias artimanhas para lidar com as limitações do trabalho prescrito, porém, no âmago deste processo se encontra o caráter coletivo do trabalho (Dejours, 2009).

Brito (2008b) elucida que no trabalho real é o trabalhador, individual ou coletivamente, que faz a gestão da situação de trabalho cotidiana. Segundo Dejours (2009), o real se apresenta ao trabalhador em forma de fracasso, ou seja, pela resistência do real. Neste processo tem-se a possibilidade de, ao enfrentar as variabilidades, buscar alternativas de superação do fracasso. Trabalhar implica assim, confrontar-se com o mundo, possibilitando uma mobilização, agindo com seus saberes adquiridos e produzindo novos elementos (Brito, 2008b). Desta maneira, o encontro com o real permite ao trabalhador deparar-se com suas limitações e tomar conhecimento de sua inteligência do/no trabalho, que se caracteriza pela astúcia necessária diante das dificuldades da prática.

2.4.3 Sofrimento e Prazer no trabalho

A relação estabelecida entre Trabalho prescrito e Trabalho real suscita vivências de prazer e sofrimento no trabalho. A diferença entre esses dois termos pode influenciar positiva ou negativamente nestas vivências (Ferreira & Barros, 2003). Trabalhar, segundo

Dejours (2009), é enfrentar o real, no intuito de superá-lo, uma vez que o real se faz conhecer através do fracasso. Nesse processo, o trabalhador experimentará “um sentimento de surpresa, logo substituído pelo nervosismo, pela irritação, se não pela cólera ou pela decepção, a fadiga, a dúvida, o desalento, o sentimento de impotência” (p.3). Desta forma, o fracasso é intrínseco ao trabalho, e o sofrimento gerado por este fracasso é o que pode conduzir à solução. Dejours (2012a) aponta como fontes desse sofrimento no trabalho o impedimento do exercício da inteligência criativa, a recusa generalizada do uso dessa inteligência e o não reconhecimento dos esforços dispendidos pelo trabalhador. Dejours e Abdoucheli (2012) afirmam que o sofrimento implica em um estado de luta do sujeito contra as forças da própria organização do trabalho que o empurram para a doença mental.

Segundo os autores, esse tipo de sofrimento – **sofrimento patogênico** – surge quando o indivíduo já não possui margens de liberdade na transformação, na gestão e no aperfeiçoamento da organização do trabalho, “quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência” (p.127). Esse sofrimento patogênico emerge quando já não há possibilidade de adaptação ou ajustamento, e direciona o trabalhador para desestabilização e fragilização da saúde (Dejours & Abdoucheli, 2012).

Frente a esses sofrimentos os trabalhadores constroem as **estratégias defensivas**, as quais são desenvolvidas no intuito de evitar o encaminhamento patológico desse sofrimento. Embora não possibilitem uma modificação na própria organização do trabalho, permite uma transformação na percepção que os trabalhadores têm da sua realidade de trabalho. Esses trabalhadores adotam uma postura ativa frente a vivência de sofrimento, sendo capazes de detectar, interpretar e reagir àquilo que surge nas situações de trabalho. (Dejours & Abdoucheli, 2012; Figueiredo & Athayde, 2005).

Embora o sofrimento, assim como o prazer, seja uma vivência individual, a luta contra o sofrimento pode solicitar a cooperação, fazendo com que os sistemas defensivos sejam regidos por regras compartilhadas (Figueiredo & Athayde, 2005; Molinier, 2013).

Tendo ciência do valor dessas defesas, deve-se destacar o seu lado paradoxal. As estratégias podem tornar-se deletérias quando impedem o trabalhador de pensar nas situações que lhe causam sofrimento, inibindo assim as iniciativas de transformação (Dejours, 1988a, 2007; Molinier, 2013). Outra problemática atrelada à questão das defesas é indicada por Dejours (2008), quando afirma que as mesmas prejudicam “a simbolização do ‘trabalhar’ efetivo” (p.51), pois à medida que se nega a existência do sofrimento, ocorre um enfraquecimento da atividade de pensar.

Essas defesas podem estar em um nível individual – Estratégias Defensivas Individuais, que estão interiorizadas e que existem e persistem sem a presença dos outros – ou em nível coletivo – Estratégias Coletivas de Defesas – que se sustentam na cooperação e devem ser compartilhadas no coletivo de trabalho. Cabe ao sujeito articular essas estratégias de maneira que garanta uma coerência de sua economia psíquica (Dejours & Abdoucheli, 2012).

É possível pensar em outra vertente do sofrimento psíquico. Se por um lado, quando não se consegue enfrentar o real, quando se repetem os mesmos fracassos, vivencia-se uma situação de impasse, de sofrimento patogênico; por outro lado, quando se consegue deslocar os constrangimentos, pode-se alcançar a saúde e o **prazer** (Dejours, 1994b). Esta vivência refere-se ao **sofrimento criativo**. Molinier (2013) esclarece que não se tratam de dois tipos distintos de sofrimento, mas sim de destinos diferenciados para o sofrimento. Assim, o destino do sofrimento criativo é de se transformar em uma experiência estruturante. Essa vivência do prazer no trabalho permite revogar a ideia do

trabalho como uma desgraça socialmente engendrada, para um aspecto formador das identidades individuais e coletivas (Sznclwar, 2011).

2.4.3.1 O sofrimento na perspectiva da Clínica da atividade

A Clínica da atividade aponta para um entendimento de sofrimento de uma forma diferente daquela proposta pela Psicodinâmica do trabalho. O sofrimento é aqui entendido como a **amputação do poder de agir**, isto é, quando o sujeito tem que se desviar daquilo que realmente é importante para sua atividade, e quando seus objetivos são deixados em suspenso. O sofrimento deve ser definido assim pela diminuição do poder de agir, pela incapacidade de se revelar, de fazer, enfim, por um impedimento (Clot, 2010).

O que o trabalhador busca é colocar em sua atividade elementos de sua subjetividade, evidenciando o conhecimento, o domínio e controle de seus materiais, instrumentos e ferramentas. Isto seria o seu poder de agir. Retirar isso do sujeito leva ao sofrimento e ao adoecimento (Bendassolli, 2011). Outro aspecto apontado pelo autor, produtor do sofrimento, é a impossibilidade do sujeito de discutir seu trabalho:

Em outras palavras, a impossibilidade de realizar um trabalho bem feito, ou de discutir/debater acerca dos critérios envolvidos na qualidade do que se faz, impede as pessoas de se reconhecerem no próprio trabalho, tornando-as estranhas para si mesmas e gerando (...) uma atividade vazia (p. 82).

Clot (2010) também aponta para o papel da organização do trabalho nesta vivência do sofrimento. Quando a organização não oferece os recursos necessários para a realização da atividade, conforme almeja o sujeito, a qualidade do trabalho se vê prejudicada

2.4.4 Reconhecimento e Julgamento

Ao desempenhar sua atividade, o trabalhador se envolve na situação de trabalho, fazendo uso de sua história pessoal, de suas habilidades e de sua inteligência. Em troca desse investimento busca uma retribuição tanto no sentido material quanto simbólico. Como meio de retribuição por seu engajamento e sofrimento, o sujeito espera o **reconhecimento** (Dejours, 2009).

Segundo Dejours (1993a) esse reconhecimento se dá em duplo sentido: enquanto gratidão pela contribuição ofertada à organização do trabalho e enquanto constatação dessa contribuição individual. O que se busca de fato é um reconhecimento da contribuição de suas inteligências uma validação pelo coletivo de trabalho, permitindo que o trabalhador tenha o sentimento de pertencimento a uma coletividade (Dejours, 2009, 2012b).

Este reconhecimento também assume um papel indispensável na identidade do indivíduo. O reconhecimento pelos outros permite ao sujeito fortalecer sua identidade e alcançar sua realização. Uma vez que a identidade se constitui enquanto alicerce da saúde mental, o reconhecimento no trabalho permitirá ao sujeito edificar e desenvolver sua identidade, além de proporcionar maior resistência psíquica. O reconhecimento se dá em relação ao trabalho efetivo, sendo alcançado pela mediação dos julgamentos de utilidade e de beleza (Dejours, 2009).

O **julgamento de utilidade** refere-se à utilidade econômica, social ou técnica da contribuição ofertada à organização do trabalho, à engenhosidade empregada e ao mérito do trabalhador quanto aos riscos corridos (Athayde, 1996; Dejours, 1993b). Busca avaliar se os objetivos fixados pela organização do trabalho foram atingidos, sendo proferido pelos superiores hierárquicos ou pelos subordinados. Este julgamento é, segundo Dejours

(2012b) uma condição de afiliação à sociedade, e confere ao trabalhador um status na organização onde trabalha, assim como na própria sociedade.

O **juízo de beleza** ou estético focaliza a qualidade do trabalho realizado, a conformidade do trabalho às regras de ofício, e por conta disso, só pode ser proferido por aqueles que conhecem bem o trabalho, isto é, os pares, os colegas ou contramestres. Uma vez que quem julga o trabalho o conhece tão bem como quem o realiza, este juízo tende a ser mais severo. Existe ainda um segundo aspecto deste juízo, porém mais voltado para o reconhecimento da originalidade. Será então julgado o seu estilo, o que o trabalhador traz de distinto daquilo compartilhado através das regras de trabalho. (Dejours, 2011a, 2012b; Molinier, 2013)

2.4.5 Inteligência Prática

Os processos psíquicos mobilizados pelo sujeito em situação de trabalho constituem uma inteligência em ação, denominada inteligência prática ou inteligência astuciosa (Athayde, 1996). Segundo Dejours (1993c), essa inteligência é acionada pelo trabalho e se caracteriza por estar em constante ruptura com as normas e regras, sendo por isso qualificada de inteligência transgressiva. Ela funciona sempre vinculada a uma regulamentação anterior, a qual será subvertida devido a necessidade de superar aquilo que é posto pelo real (Dejours & Abdoucheli, 2012). Os autores enfatizam que a defasagem entre a organização prescrita e a organização real do trabalho constitui o desafio onde se insere a inteligência astuciosa.

Dejours (1993b) expõe os recursos psíquicos da inteligência prática. A primeira característica aponta para o fato de que essa inteligência é enraizada no corpo, isto é, o trabalho solicita os sentidos, alertando o corpo, suscitando a curiosidade e fazendo com

que o sujeito busque uma explicação e solução para a situação. O autor salienta que tal situação só ocorre quando se tem uma experiência vivida pelo corpo na situação de trabalho. A inteligência prática, uma vez conduzida pelo corpo e pela percepção, é imediatamente manifestada e só posteriormente será racionalizada, expressando-se assim, de forma contrária ao raciocínio lógico:

A partir dos dados perceptivos, o operário esboça muito rapidamente uma interpretação, um diagnóstico ou uma medida corretiva, e só interroga a técnica depois da atitude tomada, para verificar, operacionalizar e universalizar a tentativa que lhe foi sugerida pela intuição alimentada e dirigida por suas percepções (Dejours, 1993b, p. 286)

Outra característica apontada por Dejours (1993b) é a capacidade de destinar mais importância aos resultados da ação do que ao caminho percorrido, o qual tem caráter secundário. Desta forma, cumprir o objetivo com menor esforço torna-se fundamental. Para o autor, a experiência precede o saber, de tal maneira que o que domina o uso da inteligência prática é a astúcia.

A inteligência prática também se caracteriza por estar presente em todas as tarefas e atividades de trabalho, ou seja, não se restringe ao trabalho dito intelectual, mas também está presente na atividade manual. O poder criador é outra característica apontada por Dejours (1993b), segundo a qual a criação parte sempre de dados *a priori*, onde se apoiará para, por meio da trapaça, operar a subversão.

Por fim, o autor destaca que a inteligência prática é amplamente disseminada entre os homens, e se manifesta em todos os sujeitos desde que esses gozem de boa saúde. Isto

ocorre devido ao corpo ser componente indispensável dessa inteligência, não sendo possível que ela se desenvolva sem que o corpo se mostre saudável.

Embora a inteligência seja própria do sujeito, por se tratar de um processo transgressivo, requer condições sociais que possibilitem torná-la socialmente eficaz. Assim, é necessária uma validação social, que perpassa pelo reconhecimento da hierarquia, através do reconhecimento de utilidade; bem como pelo reconhecimento pelos pares, tratando-se de um reconhecimento da habilidade e da originalidade (Dejours & Abdoucheli, 2012).

2.4.6 Trabalho Coletivo

O trabalho coletivo está intimamente ligado à mobilização das inteligências individuais, demandando uma inteligência inventiva marcada por características do próprio indivíduo, isto é, uma inteligência singularizada. O trabalho coletivo será formado a partir dessas singularidades, as quais não necessariamente serão harmônicas, mas deverão estar inscritas em uma dinâmica coletiva (Dejours, 2012a).

O autor explicita que a existência de inteligências singulares faz emergir diferentes tipos de saber-fazer, habilidades e técnicas individuais que são capazes de desestabilizar o coletivo de trabalho, gerando divergências entre os *modus operandi*, provocando, assim, a desordem. Para corrigir este risco de contradição das inteligências singulares, Dejours (2012a) aponta para a **coordenação** das inteligências, encarada como a concretização da prescrição do trabalho coletivo. À esta coordenação, os trabalhadores respondem através da **cooperação**, forma na qual se realiza o trabalho coletivo efetivo.

Esta cooperação, segundo Dejours (1993a), é resultado de pessoas que trabalham juntas e que buscam superar as contradições que surgem coletivamente. Ela não pode ser

determinada a priori ou ser prescrita; nesse caso o que importa é a liberdade dos indivíduos e a formação de uma vontade coletiva. A cooperação só funciona quando atrelada à vontade dos sujeitos em coordenar as mobilizações individuais de maneira consciente (Dejours, 1993b)

A cooperação pressupõe uma relação de intercompreensão e interdependência, construída pelos agentes e que não pode ser definida externamente, ou seja, ela é voluntária, e resulta de um engajamento consciente e de uma vontade coletiva. Face às dificuldades encontradas na situação de trabalho, os trabalhadores, utilizando-se da cooperação, procuram regular as diferentes formas de ajustamento, no intuito de preencher as lacunas deixadas pela prescrição (Athayde, 1996). Frente à insuficiência e contradições da prescrição da organização do trabalho, o sujeito, fazendo uso da sua inteligência, apresenta caminhos distintos daqueles usados pelo grupo ou propostos pela própria organização de trabalho. Com isso, ele tornará inteligível aos outros sua maneira de trabalhar (Dejours, 1994a, 2012a).

Dar **visibilidade** ao seu trabalho implica em riscos de revelar os meandros do ofício, de expor suas falhas, suas imperícias e infrações. Logo, essa visibilidade pressupõe uma relação de confiança no coletivo de trabalho (Dejours, 2012a). Dejours (2011a) aponta que a confiança, mas do que requisito para a visibilidade, constitui requisito para a existência do próprio coletivo de trabalho, assim como para a coordenação e cooperação: “Não há aqui coletivo que não seja estabelecido sobre a dinâmica da confiança entre seus membros [...] a confiança é não somente requisito de visibilidade, como também a condição *sine qua non* da coordenação e da cooperação” (Dejours, 2011a, p. 53).

Segundo Athayde (1996) a confiança permite que cada indivíduo conheça os princípios éticos que direcionam a conduta do outro. A confiança é da ordem do

deontológico, preparando espaço para a construção de acordos, normas e regras que delineiam o modo de execução do trabalho (Dejours, 2007).

Uma vez permitido ao coletivo tomar conhecimento dos ajustes feitos à organização do trabalho, é necessário colocá-los à prova de uma discussão neste coletivo de trabalho (Dejours, 2011a). Isto ocorre principalmente pela existência de diversos modos operatórios implantados pelos diversos trabalhadores e que precisam ser postos em discussão para que haja uma deliberação acerca de quais práticas serão vantajosas ou prejudiciais à cooperação. Uma vez alcançado o consenso frente a esta questão, o coletivo de trabalho poderá evoluir. Caso não alcance tal consenso deverá recorrer à **arbitragem** (Dejours, 2012a).

A arbitragem, ao determinar os modos operatórios que serão estabelecidos ou eliminados, permite a evolução e produção de normas de trabalho, caracterizando-se, assim, como uma atividade normativa (Dejours, 2011a). Dejours (2012a) afirma que, quer seja por consenso, quer seja por arbitragem, o acordo é normativo, capaz de tornar-se uma **regra de trabalho**. Estas regras regem e organizam as relações estabelecidas entre os trabalhadores de todos os níveis, possibilitando coesão ao coletivo de trabalho. (Athayde, 1996).

Quando estabelecida e transmitida para outras gerações, as regras de trabalho passam a designar-se de **regras de ofício** (Dejours, 2012a). Essa transmissão das regras não ocorre de maneira consciente, elas não são ensinadas, mas aprendidas e mobilizadas sem que se tome conhecimento do que se faz (Molinier, 2013).

Neste cenário, cabe introduzir o conceito de **gênero profissional** trazido pela Ergonomia. Santos (2006) indica que entre o trabalho prescrito e o trabalho real existe a categoria do prescrito informal, onde se situam as obrigações atribuídas ao coletivo de trabalho e partilhadas por esses para que seja possível a realização do trabalho. Clot (2010)

conceitua o gênero como “maneiras de fazer, dizer ou sentir, estabilizadas, no mínimo, durante algum tempo, nesse meio profissional; e que dizem respeito, por exemplo, tanto às relações com a tarefa e com os colegas, tanto à hierarquia e aos sindicatos” (p.89). O gênero orienta a ação, e é quase sempre implícito, e mais do que o sentimento de pertença social, é um recurso para a ação (Clot, 2010; Santos, 2006).

O gênero profissional é compartilhado pelo coletivo de trabalho, direcionado para a ação e capaz de afirmar a pertença ao coletivo. Trata-se, por fim, de um sistema que diz como deve agir ou deixar de agir. Alude assim às regras de vida e de ofício que instruem sobre o modo de fazer o que se tem para fazer, de sentir e pensar dirigindo-se sempre ao outro (Clot, 2007).

As regras de trabalho e de ofício, assim como o gênero profissional possibilitam a convivência e a manutenção do **coletivo de trabalho**. O coletivo de trabalho pode ser descrito como uma conduta coordenada, que possibilita desempenhos superiores e suplementares em relação aos desempenhos individuais (Dejours, 2011a). Ao se pensar na formação de um coletivo de trabalho, deve-se ter em mente que o trabalho é mais que uma atividade, é uma relação social, quase sempre baseada na cooperação. Como atividade coletiva, o trabalho “abre a possibilidade de fazer viver juntos indivíduos movidos por interesses egocêntricos e de contrabalançar as tendências individualistas por causa da possibilidade de compartilhar a experiência coletiva da participação em uma obra comum” (Dejours, 2012a, p. 101).

CAPÍTULO III

MÉTODO

Este estudo adotou uma abordagem qualiquantitativa. Qualitativa por ter o objetivo de compreender a realidade em um nível de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores e tentar um aprofundamento capaz de abranger a complexidade dos fenômenos e dos processos particulares do grupo em questão (Minayo & Sanches, 1993). E quantitativo por tentar explicar e compreender as relações baseando-se nas análises de variáveis (Günther, 2006) e por, utilizando-se da linguagem matemática, se propor a descrever, representar e interpretar a multidiversidade dos fenômenos, trazendo à luz dados, indicadores e tendências observáveis (Minayo & Sanches, 1993).

A escolha por esta abordagem mista se deu por partilhar a ideia que entre as duas abordagens “há uma oposição complementar que, quando bem trabalhada teórica e praticamente, produz riquezas de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa” (Minayo, 2007, p. 22), não se percebendo uma relação de contradição ou continuidade entre as abordagens, apenas acreditando que ambas são de naturezas diferentes (Minayo & Sanches, 1993).

Sob essa perspectiva, entende-se que para a explicação dos fenômenos sociais é indispensável reunir instrumentos que se complementem e dessa forma abarquem um maior número de informações. Günther (2006) defende que o pesquisador não deve ser obrigado a fazer uma escolha entre métodos, mas utilizar-se das abordagens que melhor se adequem à sua questão de pesquisa. Este posicionamento é partilhado também por Minayo e Minayo-Gómes (2003) que defendem que um bom método é aquele capaz de responder às perguntas feitas, seja para desenvolver, explicar ou compreender seu objeto de estudo.

3.1. Participantes

Segundo dados da Gerência de Vigilância Sanitária de Campina Grande (GEVISA) existem na cidade de Campina Grande cerca de 110 estabelecimentos de farmácias e drogarias, que dispõem cada um deles de 01 a 03 farmacêuticos em seu quadro de pessoal. Para delimitação do grupo base da investigação seguiu-se uma estratégia não probabilística, por conveniência.

Obteve-se a participação de 48 farmacêuticos atuantes em farmácias e drogarias da cidade de Campina Grande vinculadas à redes de farmácias, dos quais 46 responderam ao Inquérito Saúde e Trabalho em Serviço (INSATS) e 15 às entrevistas individuais semiestruturadas, destes últimos dois não responderam ao inquérito. Salienta-se que para alcançar a amostra relativa ao INSATS foram realizadas 77 visitas à farmácias e drogarias. Em doze delas (15,6%) o farmacêutico não se encontrava presente e em onze (14,3%) não houve participação na pesquisa por impossibilidade laboral ou desinteresse no estudo.

3.2. Instrumentos

Buscou-se adotar uma estratégia metodológica que permitisse uma maior aproximação com a complexidade da relação trabalho e saúde, primando pela participação do trabalhador para discutir sua realidade de trabalho. Assim, optou-se por utilizar tanto o Inquérito em Saúde e Trabalho em Serviço – INSATS, bem como a entrevista individual semiestruturada com o intuito de ampliar a compreensão sobre a realidade de trabalho da categoria em estudo.

3.2.1. Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviços – INSATS

O Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços – INSATS, enquanto proposta metodológica, tem como objetivo “estudar as consequências do trabalho e das condições de trabalho, atuais e passadas, ao nível de saúde e bem-estar” (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007, p. 57). Tal instrumento busca identificar as condições de trabalho às quais os trabalhadores estão submetidos, procurando evidenciar os principais riscos existentes e as possíveis influências de certas variáveis no estado de saúde.

O instrumento foi desenvolvido por Carla Barros-Duarte, Liliana Cunha e Marianne Lamcomblez, inspirado em diferentes inquéritos, a saber, o “Surveillance Médicale des Risques Professionnels – SUMER”, o “Évolutions et Relations em Santé ao Travail – EVREST” e o inquérito “Saúde, Idade e Trabalho – SIT”. Embora estes instrumentos apresentem suas especificidades, eles partilham o objetivo de “criar condições para que sejam declarados os problemas que constituem fonte de sofrimento, mesmo aqueles que se revelam transitórios e que não se consolidam num quadro de patologias” (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007, p. 57).

O instrumento foi criado inicialmente em várias versões aplicadas com uma amostra de 175 trabalhadores de diferentes setores, e submetidas posteriormente à metodologia de Reflexão falada. Nesta etapa, vinte e cinco trabalhadores puderam expor as dificuldades de resposta e interpretação das questões, resultando na implantação de modificações referentes às escalas de respostas, bem como ao enunciado de algumas questões (Barros-Duarte, Cunha e Lacomblez, 2007).

Barros-Duarte e Cunha (2010) ao fazerem uma nova reflexão acerca do INSAT apontam que o instrumento vem sendo crescentemente utilizado, já tendo sido aplicado no setor de transportes rodoviários coletivos de passageiros, no setor de educação, formação,

administração local, serviços municipalizados de água e saneamento, nas forças policiais e no setor de indústrias. No Brasil, este instrumento também vem se firmando já tendo sido utilizado em pesquisas do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana - CESTEh, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social - PPGPS, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Na presente dissertação, optou-se por utilizar a versão adaptada do instrumento, o Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviços – INSATS. Esta versão foi desenvolvida por Ana Maria R. Z. Souza, Luciana Gomes, Jussara Cruz de Brito, Simone Oliveira e Filipe Guterres, em interlocução com as autoras do instrumento original, o INSAT.

Na versão adaptada, o INSATS é estruturado em oito eixos principais: “Identificação pessoal e profissional”; “Jornada de Trabalho”; “Condições e características do trabalho”, que engloba as subcategorias ‘Ambiente e condições físicas’, ‘fatores organizacionais e relacionais’, ‘instrumentos, recursos e orientações’, ‘o que é mais marcante no meu trabalho’ e ‘reconhecimento e satisfação no trabalho’; os demais eixos são “O que mais me incomoda no trabalho”; “Educação e trabalho”; “Vida familiar, trabalho doméstico e lazer”; “O meu estado de saúde”; “Proteção e cuidados”.

A opção por tal instrumento se deve ao fato de que o mesmo permite utilizar a voz do trabalhador para identificar as condições, situações e repercussões do trabalho em seu corpo e em seu espírito. Permite conhecer a forma como os próprios profissionais avaliam as características e condições do seu trabalho, da sua saúde e a relação entre ambos (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007).

Conforme explicitam Barros-Duarte e Cunha (2010) o presente instrumento, embora parta de uma abordagem qualitativa, consegue se inscrever dentro dos limites de abordagens mais “compreensivas” que “explicativas”, procurando escutar para entender a

percepção que o trabalhador tem das repercussões do seu trabalho em sua saúde. Por fim, as autoras pontuam a importância crucial da realização de pesquisas qualitativas para completar, enriquecer e confirmar os resultados obtidos; defende-se em especial uma abordagem global e multifacetada.

Enfatiza-se que para a aplicação do instrumento adotou-se uma estratégia em que o pesquisador apresenta às questões ao sujeito, registrando ele próprio as respostas obtidas. Desse modo, alterou-se a instrução do método “autoaplicável”. Tal opção mostrou-se pertinente devido às características do grupo alvo da pesquisa, onde os profissionais estão imersos em um contexto de trabalho intensificado, e que dificultaria consentir que o inventário fosse entregue para ser recolhido posteriormente. Tal opção também se mostrou satisfatória por possibilitar dirimir as dúvidas no preciso momento da aplicação, tendo as questões e respostas discutidas. Percebe-se desta forma, que o trabalhador assumia uma postura ativa frente aos questionamentos do INSATS, cabendo a pesquisadora auxiliar nas formas de respostas das questões, garantindo o entendimento das escalas de respostas, e a resposta à quase totalidade das questões.

3.2.2. Entrevista Individual Semiestruturada

A utilização de uma entrevista semiestruturada foi uma opção a que se recorreu para complementar e ampliar a base empírica do estudo. A entrevista se enquadra na perspectiva de dar voz ao trabalhador. Para Dejours (1993a) analisar a dimensão subjetiva do trabalho demanda o acesso ao sentido dado àquela situação pelo trabalhador, processo esse, que só sobrevém quando se recorre à *palavra*. Para o autor a palavra age para além de um meio de tradução ou transmissão da realidade vivida, ela propicia a “inteligibilidade” da situação, permitindo ao sujeito tomar conhecimento da sua realidade interior. Clot

(2006) reafirma tal processo ao apresentar o pensamento como realização da linguagem: o sujeito descobre o que pensa, falando a alguém sobre o que ele pensa.

A entrevista constitui uma das possibilidades de, ao fazer emergir a palavra do indivíduo, favorecer a apropriação do vivido do trabalho. Mendes (2007) define a entrevista como “uma técnica de coleta de dados, centrada na relação pesquisadores-pesquisados, e na fala-escuta-fala dos conteúdos manifestos e latentes, sobre a organização do trabalho, as vivências de prazer-sofrimento, as mediações, e os processos de subjetivação e de saúde-adoecimento” (p. 69).

Laville e Dionne (1999) ao tratar das entrevistas esclarecem que a entrevista semiestruturada é composta por uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente que possuem uma sequência, mas onde é possível ao entrevistador acrescentar algumas questões, um contato mais íntimo entre os atores, possibilitando a exploração dos saberes, representações, crenças e valores. Segundo Mendes (2007) o processo de fala-escuta permite o estabelecimento de vínculos, através dos quais é possível a expressão autêntica do sujeito.

Embora conscientes das vantagens da observação e de uma abordagem coletiva dos trabalhadores enquanto meios de acessar conteúdos do trabalho, a nossa escolha pela entrevista individual se deu pela dificuldade de reunir trabalhadores vinculados a um grande número de empresas, que configuram situações de trabalho distintas, submetidos, por sua vez, a jornadas de trabalho variadas, frequentemente com um duplo vínculo de trabalho.

O roteiro de entrevista, elaborado e utilizado anteriormente em pesquisas do Núcleo de Pesquisa em Psicologia Social, Trabalho e Subjetividade - PSOTS, da Universidade Federal da Paraíba, tem possibilitado uma compreensão maior do cotidiano de trabalho dos profissionais, buscando caracterizar, em especial, a atividade de trabalho. Investiga-se

assim nesse roteiro a trajetória e a formação profissional; as atividades realizadas pelo trabalhador em dias típicos e em dias atípicos de trabalho, buscando compilar as variabilidades recorrentes nas situações de trabalho e a atuação do profissional frente às lacunas do trabalho prescrito. Também se busca interrogar a respeito da organização do trabalho, no que se refere ao suporte organizacional oferecido à realização do trabalho, as formas de reconhecimento existentes e a relação com os demais atores do trabalho.

Examinam-se igualmente as condições de trabalho, no que se refere ao local de trabalho, jornada de trabalho, equipamentos e instrumentos disponibilizados, riscos identificados, entre outros aspectos. Por fim, há questões referentes às competências necessárias para o desenvolvimento das atividades profissionais, e as vivências de sofrimento e prazer destes profissionais. Ao roteiro pré-elaborado foram acrescentadas questões específicas a profissão farmacêutica abordando temas como Atenção Farmacêutica, prescrição médica, e perspectivas para a profissão.

A aplicação das entrevistas foi interrompida quando se atingiu o critério de saturação, indicado por Fontanella, Ricas e Turato (2008) os quais estabelecem que ocorra “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (p. 17).

Com a junção dos instrumentos acima descritos, objetivou-se abarcar as múltiplas dimensões que afetam positiva ou negativamente a saúde dos farmacêuticos, permitindo enxergar as limitações e dificuldades, bem como aspectos experienciados como positivos por essa categoria profissional. Algumas questões são compartilhadas por ambos os instrumentos, o que reflete uma escolha consciente movida pelo objetivo de validar as informações recolhidas.

3.3. Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, através da Plataforma Brasil, em 22 de março de 2013, através do parecer de nº 227.032. Para a realização da mesma, foram respeitados os aspectos éticos relativos à Resolução de Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, que delimitam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assim, os participantes foram informados previamente sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e o direito de desistência na pesquisa, sem eventuais ônus, e a garantia de total anonimato quanto as suas respostas. Após esses esclarecimentos, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) formalizando o seu consentimento em participar da pesquisa. Para a gravação das entrevistas, também foi solicitado autorização prévia.

3.4. Procedimentos de levantamento dos dados

A entrada no campo iniciou-se com uma visita ao Conselho Regional de Farmácia/PB com o intuito de apresentar nossa proposta de pesquisa tendo em vista estabelecer uma parceria com essa entidade. Essa via nos pareceu pertinente pela consciência que tínhamos da importância desse órgão para a categoria farmacêutica e pelo fato desta reunir informações preciosas ao entendimento da realidade de trabalho do profissional farmacêutico. De fato, este órgão teve um papel importante na pesquisa, pois atuou como facilitador no contato inicial com os referidos profissionais, estabelecendo-se como uma via direta aos farmacêuticos. Também se recorreu à GEVISA no intento de coletar informações acerca das farmácias e drogarias atuantes na cidade.

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto para identificar problemas que se mostrassem flagrantes e que demandassem alterações imediatas nos instrumentos ora escolhidos. Embora tenha se percebido a necessidade de modificações no INSATS, preferiu-se mantê-lo inalterado, pois os problemas identificados poderiam ser contornados no próprio processo de aplicação, evitando-se o risco de modificações precipitadas e desnecessárias.

A realização da pesquisa propriamente dita se deu no período de março a julho de 2013. Foi estabelecido contato direto com os profissionais farmacêuticos nos estabelecimentos de farmácias e drogarias onde atuam. Por solicitação/orientação do CRF, decidiu-se pela disponibilização do INSATS em formato on-line para atender uma parcela dos farmacêuticos que teriam dificuldades de respondê-lo por não dispor de tempo ou disponibilidade de participar da pesquisa durante sua jornada de trabalho.

Antes do início da coleta, eram esclarecidos os objetivos da pesquisa, e solicitada assinatura no TCLE. Os instrumentos eram, no geral, aplicados em dois momentos, dependendo da disponibilidade do profissional, no próprio ambiente de trabalho e durante a jornada de trabalho. Tal fato tornou-se um complicador para a coleta de dados, uma vez que a coleta só podia ser realizada em momentos de pouco movimento nos estabelecimentos, e contando com muitas interrupções no decorrer das aplicações.

No que se refere a realização da entrevistas, três delas foram realizadas no mesmo dia de aplicação do INSATS, duas foram realizadas antes da aplicação do INSATS, e oito responderam primeiramente ao inquérito, e após convite para continuação na pesquisa, agendou-se as entrevistas. Cabe destacar que duas participantes responderam exclusivamente a entrevista, não tendo sido possível um segundo momento para a aplicação do INSATS.

3.5. Procedimento de análise dos dados

Os dados do INSATS foram armazenados na forma de banco de dados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Science for Windows*), onde foram realizadas análises estatísticas descritivas (média, desvio padrão, frequência) com intuito de descrever a amostra e identificar a predominância das situações de trabalho. Também foi aplicado o teste de Qui-quadrado (X^2) para avaliar possíveis correlações entre as variáveis.

Para a análise dos dados obtidos através das entrevistas individuais, foi utilizada a análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2012), onde se orienta que haja uma tipificação do material recolhido no campo, no intuito de realizar a transição entre a empiria e a elaboração teórica. Segundo a autora, este processo permite a apropriação da riqueza do material de campo, demandando um esforço compreensivo que valorize os achados, e que permita conhecer a lógica interna dos atores, dos grupos ou segmentos, ou seja, o sentido das falas e sua contextualização empírica.

Desta forma, a primeira etapa de análise foi a ordenação e organização do material teórico e do material empírico resultado das entrevistas, todas já transcritas para possibilitar um melhor manuseio dos conteúdos apreendidos. O processo de análise do material empírico foi iniciado com uma leitura atenta, de modo que permitisse o processo de “impregnação” ou “saturação” (Minayo, 2012).

Num segundo momento, foi realizada a tipificação do material recolhido no campo, através da qual foram criados subconjuntos baseados nos temas trazidos nas questões das entrevistas. Em seguida, esse material foi tratado através de uma leitura transversal onde foi possível organizar os dados em categorias. Destaca-se que para a definição das categorias, privilegiou-se o embasamento nas teorias que norteiam a pesquisa.

A última etapa de análise consistiu na interpretação dos dados, baseado no referencial teórico preestabelecido, e também se fez necessário um novo processo de teorização, onde se recorreu à novas referências teóricas que contemplasse uma interpretação mais arrigada.

As categorias de análise e as discussões resultantes desse processo serão apresentadas no próximo capítulo.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

O grupo base da pesquisa foi composto por 48 farmacêuticos atuantes em farmácias e drogarias da cidade de Campina Grande, Paraíba, e que estavam em pleno exercício de sua atividade profissional. A caracterização da amostra engloba os dados dos 46 respondentes do INSATS, bem como dos 02 entrevistados que não responderam ao inquérito.

A amostra é predominantemente feminina (68,8%), com idades variando entre 23 e 50 anos ($M=34,1$; $DP=7,9$), sendo a faixa etária prevalente a dos 29 aos 35 anos. Deve-se destacar que se constitui claramente como uma amostra jovem, onde 66,7% dos participantes estão abaixo de 35 anos. No que se refere ao estado civil, pouco mais da metade da amostra (52,1%) é casada ou mora com companheiro. Quando questionados se possuem filhos, 52,1% afirmaram positivamente, dos quais 48% possuem dois filhos.

Tabela 1:

Caracterização da amostra quanto ao sexo, idade e estado civil

SEXO	IDADE ($M=34,5$; $DP=8,7$)	ESTADO CIVIL
Feminino (68,8%)	22 - 28 (18,8%)	Casado (a), mora com companheiro (a) (52,1%)
	29 - 35 (47,9%)	
	36 - 42 (12,5%)	Solteiro (37,5%)
Masculino (31,3%)	43 - 49 (12,5%)	
	50 - 56 (6,3%)	Separado (a), divorciado (a), desquitado (a), viúvo (a) (10,4%)
	Não informado (2,2%)	

A predominância de profissionais do sexo feminino foi observada em outras pesquisas (Bastos & Caetano, 2007; Cruz, Coutinho, S. Rios & C. Rios, 2013; Farina &

Romano-Lieber, 2009; Zancanaro *et al*, 2012), demonstrando uma feminilização da profissão, conforme apontado por Franceschet e Farias (2005).

Como demonstrado na Tabela 2, metade da amostra concluiu ou está cursando uma pós-graduação (50,0%), sendo que dois participantes (4,4 %) possuem duas pós-graduações, e um (2,2%) está concluindo sua segunda especialização. No que se refere a área de pós-graduação, a maior porcentagem foi para a área de Farmacologia (48,1%), com aplicação nas seguintes áreas: Farmacologia Clínica, Assistência Farmacêutica e Dispensação farmacêutica. Deve-se destacar que a Farmacologia, por debruçar-se sobre as propriedades físicas dos fármacos, seus mecanismos de ação, respostas fisiológicas e usos clínicos (Osterhoudt & Penning, 2011) é uma área de suma importância para a atuação do farmacêutico comercial, uma vez que, entre outras coisas, permite que o mesmo melhor avalie a repercussão do medicamento prescrito na saúde do paciente.

Tabela 2:

Caracterização da amostra quanto à escolaridade e área de pós-graduação

ESCOLARIDADE MÁXIMA	<i>f</i>	%
Apenas Graduação	24	50,0
Pós-graduação concluída	20	41,7
Pós-graduação em andamento	04	8,3
ÁREA DA PÓS-GRADUAÇÃO	<i>f</i>	%
Farmacologia	13	48,1
Saúde Pública	05	18,5
Análises Clínicas	03	11,1
Farmácia Hospitalar	02	7,4
Alimentos	01	3,7
Auditoria em Saúde	01	3,7
Não informado	02	7,4

Destaca-se ainda que três participantes que cursaram pós-graduação em áreas de atuação distintas da farmácia comercial atuam também nestas outras áreas, que são Farmácia Hospitalar, Análises Clínicas e Saúde Pública.

Verificou-se que o tempo de atuação no ramo de farmácia variou de 1 a 22 anos ($M = 8,43$; $DP = 6,54$), enquanto a atuação na mesma empresa variou de 1 a 13 anos ($M = 3,25$; $DP = 3,0$). Destaca-se que as empresas empregadoras são todas privadas e fazem parte de redes de farmácias, quer sejam nacionais (39%), estaduais (54%) ou municipais (2%).

No que se refere ao cargo exercido na empresa, foram identificados dois grupos: Responsável Técnico (RT), correspondendo a 54% da amostra e o Assistente farmacêutico (AF), ou farmacêutico substituto, representando 46%, conforme se pode visualizar na Tabela 3.

Tabela 3:

Caracterização dos participantes quanto ao cargo exercido

	Primeiro vínculo	%	Segundo vínculo	%
Responsável técnico	27	54,0	08	53,3
Assistente	23	46,0	07	46,7

Salienta-se que uma parcela da amostra (58,6%) possui um segundo vínculo empregatício, dos quais 32,6% atuam em mais de uma farmácia comercial, 21,7% são farmacêuticos em outra área de atuação e ainda 4,3% atuam em áreas distintas. Aqueles profissionais que atuam em mais de uma farmácia comercial acabam por assumir os cargos de RT em uma farmácia e de AF numa segunda farmácia. Para efeito desta pesquisa foi considerado o cargo exercido na farmácia na qual foi realizada a aplicação do questionário. Sublinha-se que nas situações em que os profissionais atuavam em mais de uma farmácia comercial, existiam casos de farmacêuticos que eram duplamente contratados pela mesma empresa, assumindo farmácias diferentes, com cargos e horários diferenciados e regidos também por contratos de trabalho distintos.

No que se refere ao tipo de vínculo empregatício, todos os participantes afirmaram estarem regidos por um contrato de trabalho efetivo segundo o que prevê a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). O cumprimento de tal exigência está em consonância com o que reza a lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que estabelece a obrigatoriedade a cada farmácia de possuir um farmacêutico RT ou então um farmacêutico assistente, no período em que o primeiro não se encontre na farmácia. Para ambos os casos, o registro dos profissionais é realizado junto ao CRF e a GEVISA, que estabelecem a condição de que toda contratação seja efetiva.

No tocante à renda pessoal dos profissionais, percebeu-se uma preponderância de salários na faixa de R\$1.400,00 à R\$ 1.999,00, representando 58,7% da amostra.

Tabela 4:

Renda pessoal

FAIXA SALARIAL	<i>f</i>	%	
R\$ 1400,00 – R\$ 1999,00	27	58,7	Média = R\$ 2.137,00
R\$ 2000,00 – R\$ 2599,00	04	8,7	
R\$ 2600,00 – R\$ 3199,00	06	13,0	DP = R\$ 762,49
R\$ 3200,00 – R\$ 3799,00	04	8,7	Min. = R\$ 1400,00
R\$ 3800,00 – R\$ 4500,0	01	2,2	
Não informado	04	8,7	Max. = R\$ 4500,00

Ressalta-se que a profissão dispõe de um piso salarial estabelecido por convenção coletiva e cujo valor é determinado em função da carga horária. Na Figura 1, são apresentados os valores definidos em maio de 2013, referentes ao ano de 2012. Ressalte-se que a data base da categoria é 1º de julho, o que demonstra que o aumento previsto para a categoria no ano de 2012 só foi efetivado com quase um ano de atraso.

Carga Horária	Piso salarial
20 horas	R\$ 872,82
30 horas	R\$ 1.309,00
40 horas	R\$ 1.745,65
Responsável Técnico	Acréscimo de 10%
Farmacêutico Gerente	Acréscimo de 40%

Figura 1: Piso salarial referente à carga horária estabelecido pelo convenção coletiva

FONTE: Extraído de Convenção coletiva de trabalho 2012-2013, Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Paraíba (SIFEP).

Da análise da renda pessoal com o acúmulo de vínculos foi possível perceber que dos 27 participantes que indicaram ter renda até R\$ 1999,00, 15 deles (55,6%) possuem mais de um vínculo empregatício, seja em outra farmácia comercial (29,6%) ou outra área de atuação (25,9%). Tal dado nos leva a inferir que os valores informados no questionário podem representar, em alguns casos, exclusivamente o valor recebido em apenas um dos empregos que o profissional possui. Tal imprecisão pode estar relacionada à falta de clareza na questão específica sobre esse assunto, onde caberia questionar a renda pessoal “total” e não o “salário líquido” como é solicitado na versão do INSAT que aplicamos.

Outro quesito diretamente relacionado à renda pessoal e ao acúmulo de vínculos diz respeito a jornada de trabalho. Considerando a jornada de trabalho no estabelecimento onde a pesquisa foi realizada, percebeu-se que há uma predominância de 6 horas (39,1%) e de quatro horas diárias (26,1%). Percebeu-se também um número reduzido de contratações com oito horas diárias (13%). Esse dado pode ser explicado pela necessidade da presença de farmacêuticos durante todo o tempo em que o estabelecimento se mantém em funcionamento, levando as empresas a optarem por contratar os profissionais para jornadas corridas, o que não é possível com a jornada de 8 horas diárias. Esta realidade é confirmada por uma das participantes, a qual afirmou que a rede onde trabalha só realiza contratações de cinco ou seis horas diárias.

Quando comparadas com outras pesquisas, percebe-se uma jornada de trabalho menor na presente amostra. Tomassi e Ribeiro (2012) verificaram que a jornada de trabalho predominante é de 8 horas diárias (42%), seguido de 10 horas (28%) e igualmente de seis e nove horas (14%). Realidade semelhante foi apontada por Cruz, S. Rios e C. Rios (2013), onde 67,5% dos profissionais trabalhavam 8 horas por dia, e apenas 10% trabalhavam menos de 36 horas semanais.

Franceschet e Farias (2005) alertam para a relação percebida entre a jornada de trabalho e o número de profissionais farmacêuticos atuantes no mesmo estabelecimento. Em pesquisa realizada por esses autores, 52,4% dos profissionais relataram trabalhar mais de 8 horas diárias sem contar com a presença de outro farmacêutico. Esta relação pode elucidar a realidade encontrada em nossa amostra, uma vez que, dos farmacêuticos participantes, apenas um relatou ser o único profissional farmacêutico atuante no estabelecimento, sendo encontrados dois ou três farmacêuticos nas demais farmácias.

Ao ampliarmos a análise para a jornada semanal de trabalho, abrangendo aqui todas as atividades profissionais realizadas, teremos um quadro onde a média é de 49,91 horas trabalhadas, variando de 30 a 76 horas, onde a maior frequência refere-se aos profissionais que trabalham de 40 a 49 horas (37,0%), seguido de 60 a 69 horas (26,1%).

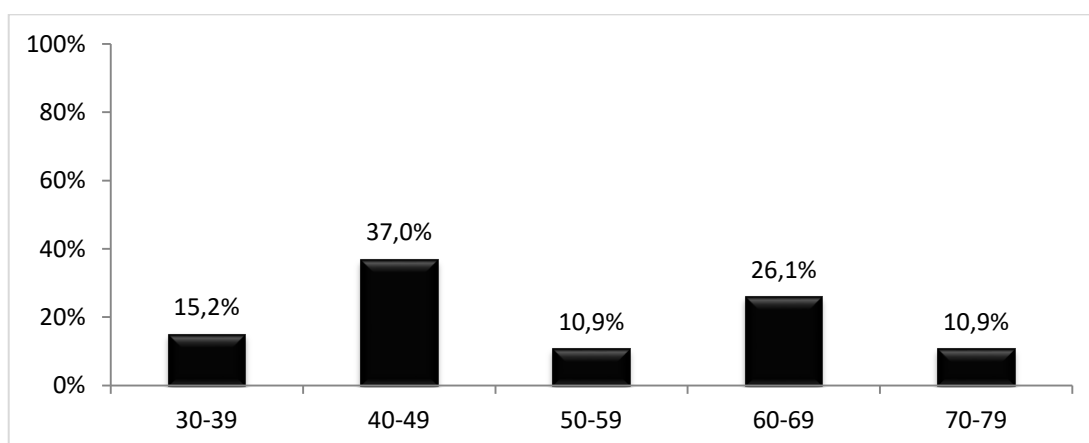


Figura 2: Carga horária de trabalho semanal

Os dados referentes a predominância de carga horária diária superior a oito horas na literatura especializada (Farina & Romano-Lieber, 2009; Franceschet & Farias, 2005; Tomassi & Ribeiro, 2012), permitem indicar que tal situação é recorrente para a profissão farmacêutica, embora, nas referidas pesquisas, não tenha sido apontado o acúmulo de vínculos como justificativa para a excessiva carga horária semanal, situação constatada neste estudo.

4.2 O processo de formação profissional

4.2.1 A Escolha Profissional

A escolha profissional é um momento crucial na história dos humanos e pode ser apreendida sob diversos ângulos. Existe uma diversidade de teorias que buscam explicar a opção profissional que as pessoas fazem. Algumas priorizam aspectos externos ao sujeito, enquanto outras apontam o papel ativo de cada pessoa na sua escolha profissional, ou seja, a opção decorre de um ato consciente. Por fim, existem os que defendem que o processo de escolha é multi e sobre determinado, onde interferem demandas da família, da estrutura educacional e dos meios de comunicação (Silva, 1995).

Com base nessas considerações, defende-se que a escolha profissional não ocorre ao acaso e que os fatores que concorrem para essa decisão são múltiplos: externos, internos, conscientes, inconscientes. Nas entrevistas realizadas, quando inquiridos acerca de sua opção pelo curso de Farmácia, alguns participantes apontaram como interesse principal atuar na área de saúde:

Eu sempre tive em mente, desde que eu fazia o 3º ano, que queria um curso na área de saúde. E me impressionava muito a questão de laboratório, de bioquímica, e de farmácia, também da parte representante de medicamentos. Sempre tive essa ideia em mente, nunca pensei em outro curso não (E01).

Em alguns casos também se constatou que seguir a carreira de farmacêutico constituía uma segunda opção. Alguns trabalhadores afirmaram que seu interesse prioritário não era ser farmacêutico e sim a carreira médica ou outras da área de saúde. O abandono dessas possibilidades se deu seja porque não se conseguiu passar no vestibular para o curso desejado ou por perceber posteriormente que a identificação maior era com o curso de Farmácia. O entrevistado 13 exemplifica o curso de Farmácia como segunda opção ao afirmar que “fiz vestibular, né. [...] queria medicina, mas não tinha condições, aí optei pelo curso de farmácia”.

Dois profissionais revelaram que, mesmo após tentar outras carreiras, perceberam que exercer a profissão de farmacêutico era aquilo que eles queriam, optando assim, por desistir do curso ou atuação em outra área:

Comecei querendo Medicina [...] Mas depois que entrei na faculdade vi que não era o meu [ramo]. Então o melhor que achei, por conta das químicas foi Farmácia. Terminei Farmácia, fiz Análise [Clínica], mas também não, não gostei. Pra mim era só Farmácia mesmo (E15).

Sou formado em Farmácia e em Química. Sempre tive a falsa ilusão de que ser professor, ensinar era uma opção excelente. Mas até o momento que eu vi que não era, eu desisti. Na época eu fazia química e farmácia, simultaneamente, de manhã

um, de tarde outro. Morava, bem dizer, na universidade. [...] Depois vi que não deu certo a profissão de professor, abandonei e continuei só como farmacêutico [...] O que motivou mesmo foi o desmotivo do outro trabalho. Hoje me deixa completo. (E11)

Vale salientar que uma das participantes fez questão de enfatizar que Farmácia foi sua primeira opção e que, portanto, essa escolha não estava vinculada com um possível interesse em Medicina:

Nunca tive vontade de fazer medicina, na realidade. Porque a primeira coisa que as pessoas pensam é quando a pessoa é outro profissional da área de saúde é porque não conseguiu chegar até Medicina. Meu caso não foi esse. Enfim, eu decidi fazer Farmácia. (E10).

Por fim, também foram citados como motivos para escolha profissional: o interesse na disciplina de química; o fato de não gostar de cálculo, o que direcionou para a área de saúde, e a diversidade de áreas de especialização que a profissão farmacêutica oferece.

4.2.2 A Formação Profissional Na Universidade E Na Prática

Buscou-se identificar como se deu a formação profissional dos farmacêuticos participantes do estudo, tanto em relação à formação universitária quanto em relação à formação que acontece fora dos muros da academia, ou seja, na(s) empresa(s), por meio de cursos realizados, estágios, etc. Quando questionados sobre como foi a sua vida acadêmica, duas profissionais afirmaram ter enfrentado grandes dificuldades na realização do curso,

por necessitar conciliar a vida familiar, o trabalho e a universidade. Nesses casos a questão de gênero aparece com muita nitidez, pela dificuldade de conciliação entre trabalho, estudo e tarefas domésticas socialmente destinadas às mulheres.

Foi um pouco complicado porque eu tinha que estudar e trabalhar, e chegou momentos que eu tive que optar ou trabalhava ou estudava, e pendeu mais pra trabalhar. Mas, seguindo os conselhos de família eu optei por estudar, e não foi fácil, mas eu consegui me formar. E hoje é gratificante porque eu faço o que gosto e me realizo na função (E02)

Na universidade foi um pouco árduo o caminho. [Por quê?] Porque eu achei de me casar logo cedo, eu tive duas filhas. Ai pra conciliar casa, marido, filho e universidade foi muito difícil. Embora que tivesse ajuda dos familiares. [...] Mas ainda tinha aquilo, de manhã tinha que acordar logo cedo pra estudar, quando tinha prova. Quando chegava da universidade tinha roupa pra lavar, ai ia lavar roupa. Ai não tinha muito tempo pra descanso (E10)

No que se refere a formação recebida na universidade, 60,9% dos profissionais que responderam ao INSATS afirmaram que o que aprenderam a universidade atende “mais ou menos” as necessidades da atividade prática, acompanhados de 23,9% que afirmaram atender pouco as necessidades sentidas na prática:

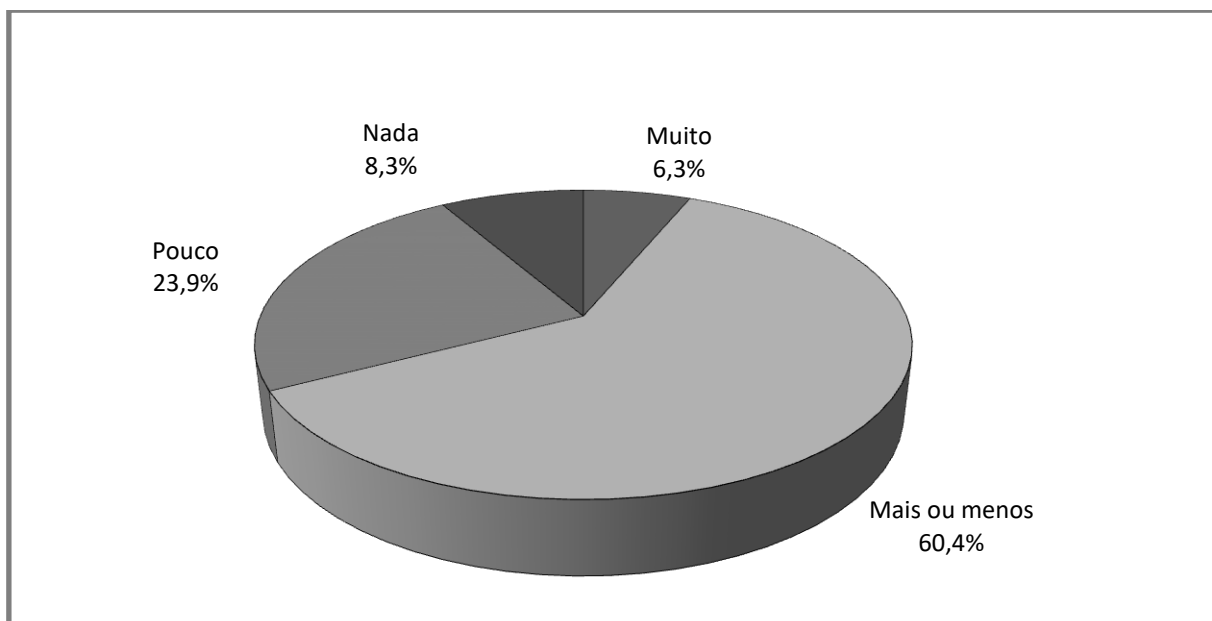


Figura 3: Relação entre os conhecimentos adquiridos na universidade e as necessidades sentidas no trabalho

Nas entrevistas, os profissionais corroboraram tais dados, ao caracterizarem a formação acadêmica com adjetivos do tipo: muito deficiente, insuficiente, fria, ausente, precária e arcaica. As justificativas apontadas para os problemas na formação foram: o direcionamento para determinadas áreas; a falta de aulas práticas, por um lado, e excesso de teoria, por outro; afastamento dos professores para pós-graduação, sem reposição das aulas perdidas e preponderância da formação para a área acadêmica.

Nunca é suficiente. Porque no campo de trabalho a gente se depara com outras situações que não tem na universidade. Mesmo assim, ficou muito a desejar. Por greves, e assim, professores que saiam pro doutorado deixavam a gente abandonados, depois não tinha tempo pra repor. (E08)

Pesquisa realizada por Bastos (2007) com farmacêuticos atuantes na cidade do Rio de Janeiro chegou a constatações semelhantes às de nosso estudo, ou seja, o

distanciamento existente entre o que é ensinado na universidade e a realidade encontrada no cotidiano das farmácias. Esse descompasso entre a formação recebida e a realidade encontrada nas farmácias comerciais só é possível de reduzir com a experiência adquirida ao longo do tempo.

No começo eu me desesperava. É muito difícil você decorar, na universidade a gente aprende princípio ativo, e na drogaria ela trabalha com marca, praticamente marca. E é uma infinidade de marcas. E até mesmo saber pra que serve cada substância [...] A prática, o dia a dia é a melhor escola. (E06)

A realidade da formação nos cursos de Farmácia apresentada pelos entrevistados corresponde ao panorama exposto pela OPAS (2002) no Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, que afirma que a formação é deficiente, excessivamente tecnicista e com pouca ênfase na área clínica. Também é apontada a divergência encontrada entre a formação e a as demandas dos serviços de saúde. Leite *et al* (2008) apresentam as discussões realizadas no I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica, onde os debates reafirmaram a desarticulação entre a teoria e a realidade social vivenciada no país, a ênfase dispensada à produção de medicamentos, às técnicas e a realização de exames, além de pouca interação entre a academia e os serviços. Diante desta realidade, durante o encontro foi levantada a proposta de uma melhor avaliação dos cursos, em busca de promover o atendimento das necessidades do sistema de saúde.

Segundo Lorandi (2006) faz-se necessário um novo perfil de profissional que esteja preparado para o atendimento de necessidades sociais. O farmacêutico deve estar inserido nas discussões acerca das políticas de saúde e dos medicamentos. Desta forma, o novo perfil de atuação coloca o farmacêutico na equipe multidisciplinar e na busca do uso

racional de medicamentos. Uma proposta para alcançar essa atuação multidisciplinar, bem como a maturidade pessoal e a identidade profissional, de acordo com Gondim (2002), é a implantação de uma formação generalista e a ampliação das atividades práticas nas graduações. Desta forma, o profissional estaria mais preparado para os imprevistos inerentes às situações de trabalho.

4.3 A prática profissional

Nesta categoria serão detalhados os resultados referentes a inserção do farmacêutico no mercado de trabalho, o seu papel na farmácia comercial, assim como suas atividades e responsabilidades. Por fim, serão apresentados os imprevistos vividos no dia a dia das farmácias.

4.3.1 A Inserção no Mercado de Trabalho

Arguir os participantes sobre seu percurso profissional permitiu perceber os modos de inserção dos mesmos no ramo da farmácia comercial. Duas profissionais relataram que, após o término da graduação, enfrentaram, como principal dificuldade, a rejeição dos donos de farmácia quanto a sua presença no estabelecimento:

[...] foi como eu fui recebida. “Eu vim acertar, trouxe minha carteira, mas quanto é mesmo o salário?” “Não, na carteira é isso aqui, mas vou lhe pagar R\$200,00, mas não precisa você vir não”. Aquilo me matou. A realidade do farmacêutico comercial era essa. O dono de farmácia não queria nem que a gente viesse na farmácia [...]. (E12)

Naquela época, o farmacêutico em si não era cobrado na farmácia. Eram poucos os farmacêuticos que queriam trabalhar. Os patrões faziam de tudo pra não ter farmacêutico na Farmácia, porque isso aí era um obstáculo pra eles. Então no início, eu me lembro, da minha turma, a única que ficou desempregada foi eu. Porque não queria assinar, queria trabalhar. Então todo mundo já estava empregado. Mas só encontrava pra assinar. Então ainda fiquei quase um ano sem farmácia, aí tive que entrar, porque só encontrava pra assinar (E10).

Essa realidade é uma marca na história da profissão farmacêutica e resulta da crise que se seguiu ao crescimento das indústrias farmacêuticas. Embora a responsabilidade técnica do farmacêutico já constituísse uma exigência legal, não era devidamente respeitada, pois se contratavam farmacêuticos apenas para “assinar a farmácia”, ou seja, para atestar que existia um farmacêutico, embora ele não atuasse enquanto tal (Angonesi & Sevalho, 2010). Segundo Farina e Romano-Lieber (2009) essa situação vem se transformando, sendo nítidas as melhorias alcançadas ao longo dos anos. Os próprios participantes perceberam essa melhoria na profissão:

[É mais valorizada?] A exigência do farmacêutico na farmácia mesmo. Coisa que sempre teve mais não era cumprida. E também de ter mais profissionais nas farmácias, que antes era só um, hoje não, são dois, são três farmacêuticos no estabelecimento farmacêutico... [...] Então cumpre à risca o que manda a lei. [...] Isso motivou muito, e fez com que agente farmacêutico, ele tivesse um melhor desempenho, melhor, assim, valorização do trabalho (E11).

Os profissionais formados mais recentemente também percebem esse avanço, que se manifesta na criação de programas de estágio em algumas redes de farmácia, abrindo-se, desse modo, a possibilidade de contratação de farmacêuticos como funcionários efetivos após o período de estágio. A entrevistada 06 relatou que iniciou seu trabalho *“como estagiaria no último ano, e assim que conclui fui contratada. Trabalho aqui já fazem sete anos” (E06)*. Essa situação também retrata a estabilidade que algumas redes proporcionam aos seus trabalhadores, como no caso acima em que a profissional já está há sete anos na mesma empresa e também em outro exemplo que a farmacêutica está há onze anos em outra rede.

4.3.2 Aprendendo A Ser Farmacêutico

O aprendizado da atividade do farmacêutico, segundo 91,3% dos respondentes do INSATS, se deu diretamente no local de trabalho, através de treinamentos oferecidos pela instituição empregadora (47,8%), observando colegas (80,4%), por orientação de colegas (71,7%) ou sozinhos (78,3%).

Nas entrevistas podem-se confirmar tais dados, ou seja, a maioria dos participantes explicitou que o aprendizado profissional se deu por diversas vias:

No dia a dia mesmo, observando as pessoas mais experientes, outros farmacêuticos. Meu treinamento foi na empresa A, foi antes de me formar mesmo, como estudante, mas assim já adiantou muito. Meu estágio era tipo uma Atenção Farmacêutica, que eu tinha o contato com os clientes, tinha controle quando estava terminando a medicação, medicação de uso contínuo. Eu aprendi muito porque ficava no balcão, auxiliando os outros balconistas, farmacêutico (E08).

Esse caso ratifica a importância da prática profissional para o estudante que, desse modo, já vai adquirindo as competências necessárias ainda no processo de formação acadêmica, o que permite que chegue ao mercado em melhores condições. Como afirma Carrillo (2000), ao referir-se ao ensino farmacêutico, faz-se necessário que, o mais cedo possível, o aluno entre em contato com a realidade de trabalho de maneira que, através do confronto entre a teoria e a prática, lhe seja possível refletir sobre seu papel enquanto profissional da saúde. O estágio curricular pode permitir que os alunos se habituem e compreendam melhor os problemas e perspectivas do futuro profissional. Desta forma, é necessário uma diversificação dos locais de ensino-aprendizado, treinamento em serviços no início dos cursos e a experiência em equipe multiprofissional (OMS, 1993).

No que se refere a realização de estágio, dos 15 farmacêuticos entrevistados, sete fizeram menção a estágios, que foram realizados nas áreas de farmácia comercial, análises clínicas, bioquímica, farmácia hospitalar, no Centro de Atenção psicossocial - CAPS, no serviço municipal e na atenção primária, através da farmácia-escola. No I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica, ocorrido em 2007, foram apontadas como propostas que deveriam pautar a educação farmacêutica, a obrigatoriedade de estágios como disciplinas obrigatórias na graduação, indo além do estágio de final de curso e a inserção dos estudantes nos sistemas de saúde (Leite *et al*, 2007), evidenciando assim que o contato do estudante com a prática farmacêutica está cada vez mais em foco nas discussões acerca da formação profissional da categoria.

É relevante frisar que alguns profissionais afirmaram que para aprender seu trabalho contaram com a orientação dos balconistas das farmácias, de maneira que esses profissionais assumem um papel importante na adaptação do farmacêutico à rotina do estabelecimento:

Foi aprendendo assim, com o mais antigo, até com balconista. Antigamente o balconista era o top de linha mesmo, hoje é que tá mais... mas na minha época era assim. E tinha uns balconistas que me ensinavam, negócio de troca de medicamentos, substituir medicamentos, porque a gente entra só com aquele, [...] (E15).

Como se sabe, o balconista numa farmácia tem um contato direto com o público e acaba por desenvolver habilidades e adquirir conhecimentos capazes de auxiliar o farmacêutico em sua inserção na farmácia. O entrevistado 01, ao destacar a importância da prática e do contato com o cliente defende que *“aprender realmente só na prática. Só você indo pro balcão, atendendo cliente, tirando suas dúvidas, que você vai aprendendo” (E01).*

Embora o auxílio do balconista e o contato com o cliente contribuam para o aprendizado, o entrevistado E13 esclarece que o ensino das atividades técnicas é prerrogativa do farmacêutico mais experiente: *“Estamos treinando dois farmacêuticos, dois novatos que estão aí no balcão, e eles estão sendo treinados por balconistas. Assim, a parte técnica é com a gente [os farmacêuticos], a área de vendas é mais voltada para o balconista.” (E13)*

De acordo com um dos entrevistados, para aprender seu trabalho, o farmacêutico também tem que adotar uma postura ativa de busca do conhecimento e de superação das limitações de sua formação, conforme pode ser observado na fala da entrevistada 02: *“Então o que aprendi foi buscando, correndo atrás, estudando, investigando na internet, na legislação, essas coisas. Foi mais sozinha, porque a empresa trabalha mais com essa parte de reciclagem, eu já tenho que entrar sabendo”.*

Por fim, também foi apontado que a prática, o dia a dia de trabalho, possibilita o aprendizado das atividades de responsabilidade do farmacêutico: *“Aprendeu na prática, dando à cara a tapa. Aprendendo no dia a dia [...]. Treinamento, assim, poucos dias com o farmacêutico que já tinha antes. [...] no conteúdo do farmacêutico, só no dia a dia mesmo” (E03).*

Esses aspectos reforçam as dificuldades encontradas durante o processo de formação, uma vez que este se encontra em flagrante descompasso com a realidade de trabalho, restando aos profissionais aprender no dia a dia, observando ou sob orientação de colegas de trabalho. Os elementos que conseguimos apreender das entrevistas com os farmacêuticos corroboram evidências da necessidade de melhorias na formação, equilibrando teoria e prática, de modo que os profissionais possam exercer plenamente a profissão (Silva e Vieira, 2004).

4.3.3 Farmácia Comercial e Farmacêutico: Responsabilidade e Atribuições

Ser farmacêutico implica estar sujeito a uma série de normas, regulamentações e fiscalizações, além das exigências específicas das empresas contratantes. Ao analisar as atividades dos farmacêuticos no âmbito da farmácia comercial, percebe-se um empenho na observância dessas normas. Acredita-se, porém, que a atividade de trabalho não se limita a execução do que está pré-definido pelas regulamentações, bem como não há um modo único para realização das mesmas.

Na realização das entrevistas, buscou-se identificar as atividades de trabalho dos farmacêuticos, bem como as suas variações, os imprevistos enfrentados, com o intuito de apreender em que consiste o ser farmacêutico. Desta forma, na Figura 4 estão elencadas as atividades exercidas pelos profissionais, conforme relatados pelos próprios trabalhadores.

Descrição das atividades exercidas segundo os farmacêuticos	
Assistência e Atenção Farmacêutica:	- Realizar anamnese. - Informar, orientar e esclarecer dúvidas acerca do medicamento. - Avaliação da receita médica e de sua prescrição. - Substituição correta de medicamentos (Intercambialidade). - Prescrever medicamentos não tarjados. - Atendimento ao cliente.
Venda, controle e escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial:	- Conferência das vendas de medicamentos controlados. - Gerar e enviar arquivos no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). - Controle de receitas dispensadas. - Realização de pedidos. - Conferência de estoque.
Controle de vencimento, avarias e desvio de qualidade:	- Realizar verificação e etiquetagem de medicamentos, quanto à validade. - Recolhimento de produtos. - Avaliar produtos nas gôndolas. - Emissão de nota fiscal de saída de produtos. - Recall (Acompanhar as suspensões comerciais)
Orientação e treinamento de funcionários:	- Orientar e esclarecer dúvidas dos balconistas sobre dispensação e leitura das receitas. - Realizar treinamentos e estudos com os balconistas.
Gerenciamento do ambiente da farmácia	- Gerenciamento de resíduos - Verificação do recolhimento de resíduos - Gerenciamento de termolábeis - Verificação da temperatura da geladeira
Supervisão de outros farmacêuticos (RT):	Acompanhamento de atividades a serem realizadas pelos farmacêuticos assistentes.
Verificação de documentação do estabelecimento farmacêutico:	Garantir que as documentações exigidas para o funcionamento do estabelecimento estejam em dia.

Figura 4: Principais atividades realizadas pelo farmacêuticos nas farmácia comunitária

4.3.3.1 Assistência e Atenção Farmacêutica

A Assistência e Atenção Farmacêutica constituem as novas vertentes de atuação do farmacêutico, onde se prioriza a interação com o paciente, convocando-o a participar ativamente do seu processo terapêutico. Buscam a educação e a promoção de saúde, objetivando a melhoria na qualidade de vida e a redução da morbidade e mortalidade

relacionadas com os medicamentos (Angonesi & Sevalho, 2010; Faria & Romano-Lieber, 2009;).

Segundo a OPAS (2002), os componentes da Atenção Farmacêutica são Educação em saúde; Orientação farmacêutica; Dispensação; Atendimento Farmacêutico; Acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico e Registro sistemático das atividades; Mensuração e Avaliação dos resultados.

Quando questionados acerca do que o farmacêutico deve saber fazer no seu trabalho, uma parcela dos participantes citou a atuação na Atenção ou Assistência farmacêutica, embora apenas pontuando o ato de informar o paciente e esclarecer suas dúvidas, e destacando a necessidade de priorizar essa assistência. Em uma das falas a participante discorre sobre a atuação do farmacêutico centrado no paciente, com objetivo maior que a simples entrega do medicamento:

Primeiro o farmacêutico tem que ser humanista. Tem que conseguir enxergar o outro lado, o lado do paciente. Estar doente é uma condição física, mental, questão social, muitas vezes. Daí então, assim você dá uma informação mais coerente, auxiliar, dá qualidade de vida a este ser que está em sofrimento, permanente ou não. Orientar, minimizar danos, entrar em comum acordo com o médico, quando possível, facilitar a administração do medicamento. Pode fazer muitas coisas. Infelizmente a gente tá rotulado a só entregar o medicamento. Mas se você tiver a paciência e consciência que aquele produto pode também trazer mal, que às vezes, aquela pessoa não sabe a forma de utilizar [...] a gente pode minimizar muita coisa (E04).

Os participantes, ainda no tocante a Atenção Farmacêutica, foram questionados se atuavam com essa perspectiva e quais atividades se encaixariam nela. A maior parte dos profissionais confirmou trabalhar sob essa ótica, embora em alguns casos, afirmem realizar de maneira parcial.

Consigo. [Quais são as práticas?] Procura saber se a pessoa tá tomando o medicamento de forma correta, quais são os horários que ela tá tomando, se ela toma concomitantemente com algum alimento, com alguma bebida. Se tiver fazendo tratamento com antibiótico, lembrar que não pode consumir bebida alcoólica. Ou se fizer uso de anticoncepcional, procurar saber se ela faz uso de outro medicamento que possa diminuir o efeito (E09).

Na Atenção Farmacêutica, na empresa “a”, a gente só é o atendimento direto ao cliente. A gente não faz aqueles outros serviços, que é aferição de pressão, glicemia, essas coisas. Até porque a empresa não trabalha, até porque tem que ter um ambulatório e a empresa não tem. Mas em relação à Atenção Farmacêutica, é só a parte de lidar com o cliente, direto com o cliente, e dar as informações (E02).

A fala anterior alerta para o fato de que, embora o atendimento aos clientes se estabeleça enquanto parte da Atenção Farmacêutica, tal prática não pode vir destituída do seu objetivo de promover a saúde, isto é, o ato de atender o cliente por si só não constitui uma prática preconizada pela Atenção Farmacêutica, mas sim como meio para a realização de orientação, dispensação e atendimento farmacêutico.

A entrevistada 04, ao detalhar seu dia típico de trabalho, descreveu algumas atividades próprias da Atenção Farmacêutica, como a educação em saúde, o acompanhamento farmacoterapêutico e orientação em saúde:

[...] educação permanente, dúvidas de clientes, eu tiro muitas dúvidas de cliente; tento olhar as receitas que os meninos estão dispensando [...] Ligo pro cliente pra saber se ele tá melhor, se houve sucesso no tratamento. Às vezes converso com o cliente e dirijo ele para o sistema público, para aquisição de medicamentos mais caros [...] (E04)

A atividade de dispensação de medicamentos, segundo a OPAS (2002), é um dos macro componentes da Atenção Farmacêutica, além de ser apontada pela resolução 308, de 2 de maio de 1997 do CFF, como atividade integrada à Assistência Farmacêutica. Deve ser entendida como “ato de fornecimento ao consumidor, de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não” (Brasil, 1973).

Este conceito alerta para o fato que a Atenção Farmacêutica engloba a dispensação de medicamentos e o atendimento ao público, sendo tais atividades interligadas e cujos limites não são claros, isto é, a ação de atender um cliente pode ou não envolver a dispensação e a Atenção Farmacêutica. Esta constatação nos permite entender o baixo índice de referência à atividade de dispensação pelos profissionais entrevistados, acompanhado de um número maior de referências ao atendimento ao público e a própria Atenção Farmacêutica, conforme exposto anteriormente.

Bastos e Caetano (2007) identificaram que a dispensação e a orientação ao cliente são realizadas muitas vezes por balconistas. Segundo os autores, isso se dá pelo excesso de atividades burocráticas atribuídas ao farmacêutico que o afastam do balcão, e

consequentemente, do atendimento ao cliente. Cabe destacar que a abertura facultada aos balconistas no processo de atendimento ao cliente, possibilita muitas vezes um aumento de suas vendas através de sugestões de compra de outros produtos, e um consequente aumento em comissões pagas pelas empresas.

No entanto, deve-se destacar que a dispensação de medicamentos é uma prática imprescindível do âmbito farmacêutico, que consiste em obter o perfil medicamentoso do paciente; manter cadastro de fichas farmacoterapêuticas de seus pacientes; informar sobre a administração dos medicamentos; alertar para possíveis reações adversas; informar sobre as repercussões da alimentação e orientar sobre a utilização simultânea de medicamentos não prescritos.

No que se refere a Atenção Farmacêutica, dos 15 entrevistados, quatro afirmaram não conseguir efetivá-la; dois alegaram desenvolvê-la, mas não sempre; enquanto sete afirmaram conseguir normalmente efetivar tal prática. Deve-se destacar que um profissional situou a prática da Atenção Farmacêutica como atividade de um dia atípico de trabalho, sendo realizada apenas quando solicitada no balcão, embora seja orientado que tal atividade deva ocorrer corriqueiramente: *“tem alguém chamando o farmacêutico para uma Atenção Farmacêutica, vou dar os devidos esclarecimentos sobre algum medicamento ou alguma patologia” (E10).*

Para conhecer melhor a realidade da Atenção Farmacêutica nas farmácias e drogarias pesquisadas, procurou-se identificar quais as dificuldades encontradas pelos profissionais, categorizando-as entre dificuldades organizacionais, físicas e instrumentais e dificuldades externas, conforme a Figura 5.

Dificuldades para efetivar a prática da Atenção Farmacêutica	
Organizacionais	Fluxo de clientes elevado
	Sobrecarga de trabalho
	Excesso de atividades burocráticas
	Concorrência dos balconistas pelo atendimento
	Caráter lucrativo da farmácia
Físicas e estruturais	Falta de estrutura do estabelecimento
	Falta de ambiente diferenciado para o atendimento
	Falta de programas computacionais específicos
Usuários	Falta de interesse por parte da população

Figura 5: Dificuldades apontadas para efetivar a prática da Atenção Farmacêutica

No que tange aos aspectos organizacionais, os participantes afirmaram que lojas com um fluxo de clientes elevado, exigem atendimentos mais ágeis que, por sua vez, não permitem ao profissional dimensionar melhor as necessidades do cliente. Solicita-se que o farmacêutico atenda um maior número de clientes, em menor tempo, visando assim o aumento do lucro, em detrimento de uma melhor qualidade no atendimento. Esta realidade é descrita pela entrevistada 01, que afirma: *“uma loja com muito movimento, como a que eu trabalhava antigamente, [...] porque quando eu tô dando atenção ao cliente, eu tô perdendo tempo de estar vendendo outros medicamentos e o lucro consequentemente vai ser menor [...]”*.

Outra dificuldade organizacional apontada foi o fato do balconista se sentir incomodado pela intervenção do farmacêutico na venda, onde ele deixa de ganhar a comissão correspondente. Outro aspecto assinalado foi a sobrecarga de trabalho, apontada por três profissionais, onde um deles afirma que, devido ao excesso de trabalho, não tem tempo para realizar a dispensação de medicamentos, o que só se torna possível com a presença de outros farmacêuticos:

Queria ter mais tempo, mas aí vem outro cliente que quer a mesma atenção, então você tem que se dividir. Quando tá os três farmacêuticos juntos, aí isso facilita muito, porque cada um vai atender um cliente. Mas quando um tá sozinho fica mais difícil pra gente dar uma atenção de qualidade, melhor. (E05)

No que se refere aos aspectos físicos e estruturais, os participantes afirmaram que é necessário um ambiente mais adequado, diferenciado, que comporte essa prática de Atenção Farmacêutica, conforme mencionado pela entrevistada 12:

Atenção mesmo, no sentido da palavra, a gente tem que ter uma estrutura, melhor. Tinha que ter uma salinha, um programa de computador, tinha que ter uma consulta mais rápida, que já existem programas de interações que você bota os dois medicamentos, pra ver se um não interfere no outro [...] Ai Atenção Farmacêutica, mesmo, tem que ter mais estrutura. (E12).

Por fim, outra dificuldade apontada refere-se a falta de receptividade do cliente à um atendimento mais minucioso. A população busca um atendimento mais ágil, dispensando assim a intervenção do farmacêutico: “*quer dar essas instruções ao cliente, mas o cliente não aceita, por conta da pressa, da correria do dia a dia, ele não tem tempo pra ficar ouvindo, ou seja, ele quer só aquele medicamento e quer ir embora.*”

Ao analisar a literatura sobre atuação do farmacêutico, percebe-se que as dificuldades encontradas na presente pesquisa são recorrentes em outras pesquisas. Zancanaro et al (2012), por exemplo, em pesquisa realizada em uma cidade de Santa Catarina, encontrou dificuldades do tipo: a falta de ambiente adequado, sendo a atenção

prestada no próprio balcão da farmácia; a falta de tempo e de conhecimento de como implantar a atenção.

Em pesquisa desenvolvida por Farina e Romano-Lieber (2009), em um município de São Paulo, as dificuldades apontadas pelos profissionais foram: a falta de tempo; falta de apoio por parte dos donos de farmácias; e a falta de computadores e *softwares*. Referindo-se aos usuários, foram pontuados aspectos como a falta de interesse dos mesmos, assim como a falta de confiança e de conhecimento do trabalho dos farmacêuticos. Por fim, os autores também encontraram a falta de conhecimento por parte dos próprios profissionais.

Oliveira et al. (2005) apontaram como empecilhos à Atenção Farmacêutica, o fato dos donos de farmácias desestimularem essa prática; a atividade gerencial exercida por alguns farmacêuticos, que os afastam de suas atividades profissionais específicas; a insuficiência da formação por parte dos farmacêuticos, acompanhado da ausência de tempo para atualização profissional. Outro fator apontado é a carga de trabalho, que se traduz em falta de tempo, além da falta de experiência para atuar na Atenção Farmacêutica.

Desta forma, percebe-se que a realidade encontrada na presente pesquisa, corresponde à realidade de outras regiões do Brasil, o que sugere a construção de um plano de ação que favoreça e dê subsídios aos profissionais para atuarem nesta perspectiva. Tal implicação deve ser encarada como uma necessidade a ser suprida, uma vez que a Atenção Farmacêutica constitui um meio de resgate da dignidade da profissão farmacêutica e pela qual se torna possível restabelecer a relação paciente-farmacêutico e a sua reinserção na equipe de saúde (Angonesi & Rennó, 2011; Angonesi & Sevalho, 2010).

4.3.3.2 Venda, controle e escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial

A venda, o controle e a escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial são regulados pela portaria nº 344/98, expedida pela ANVISA, que abrange os medicamentos classificados como entorpecentes, psicotrópicos, retinóicos, imunossupressores, anabolizantes e antirretrovirais, capazes de causar dependência física ou psíquica. Nesta portaria também ficou determinado que a dispensação desses medicamentos e seu processo de escrituração no SNGPC são atividades privativas do farmacêutico.

Um dos profissionais participantes da pesquisa destacou a exclusividade do farmacêutico para a realização dessa atividade, demonstrando possuir conhecimento da legislação, bem como a consciência da importância do controle de tais medicamentos:

Por lei é o farmacêutico quem é responsável. Onde tiver medicamento controlado, tem que ter farmacêutico. Isso é a lei que obriga. [...] Naquele momento em que o farmacêutico não tiver, não pode liberar o controlado. A gente fica com essa incumbência de, literalmente, pegando as caixas, as receitas dos medicamentos controlados e entregando ao balconista, e ele vendendo ao cliente. No momento que a gente tiver aqui, se houver [...] algum erro, esse erro vai ser de forma direta do farmacêutico [...] então não pode o balconista chegar aqui [...] pegar uma caixinha e levar, não. (E11).

Diante da complexidade desta prática optou-se por apresentá-la sob a forma de um fluxograma dos processos que envolvem o medicamento de controle especial. A

elaboração deste instrumento baseou-se nas falas dos entrevistados e nas observações feitas durante a aplicação do INSATS. O fluxograma está apresentado na Figura 6.

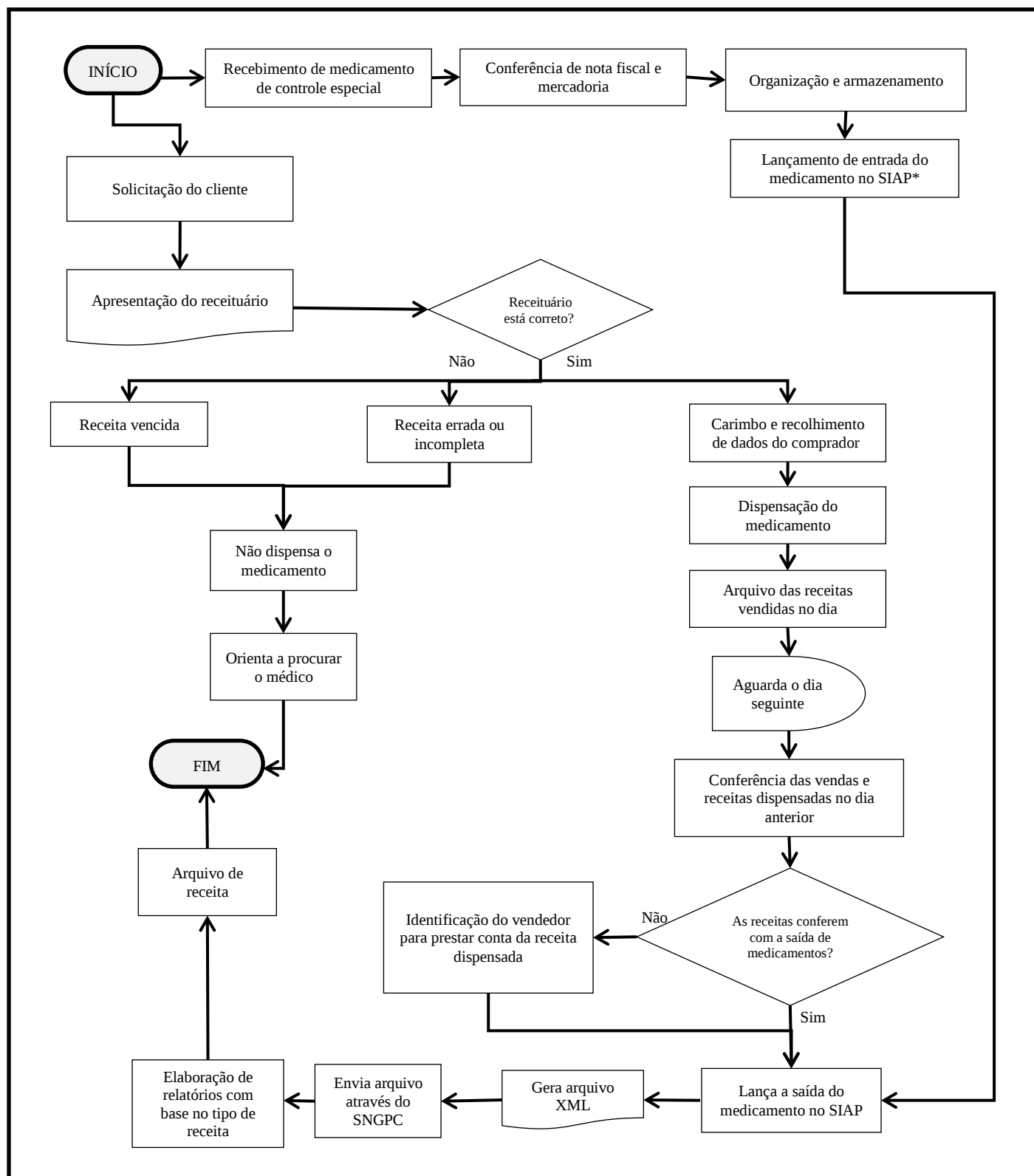


Figura 6: Fluxo de processo da venda, controle e escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial

Nota: * SIAP refere-se ao Sistema de Apoio às Portarias, disponibilizados para realizar o controle de fluxo de produtos controlados.

As atividades de venda, controle e escrituração de medicamentos controlados constituem algumas das mais importantes atribuições dos farmacêuticos e, como apontam Bastos e Caetano (2007), são prioridades na prática profissional do farmacêutico. Em função disso, contribuem para a existência de tensões no ambiente de trabalho, conforme será apontado na seção sobre imprevistos no trabalho. Entende-se que tal situação se explique pela responsabilidade dos farmacêuticos frente a todas as atividades realizadas no âmbito da farmácia comercial, o que os torna passíveis de acusações de tráfico de entorpecentes, segundo o que preconiza a Lei 11.343/2006 (“Lei Antidrogas”). Tal condição, somada ao controle exercido pela vigilância sanitária sobre as vendas desses medicamentos, constitui uma possível razão para uma maior dedicação a essa atividade.

Farina e Romano-Lieber (2009), ao estudarem a prática profissional dos farmacêuticos que atuam em farmácias e drogarias, identificaram que essa atividade é desenvolvida por 85,7% (N=91) dos profissionais, ficando atrás apenas das atividades voltadas para o atendimento ao público, como dispensação e orientação sobre medicamentos e automedicação. Lucchetta e Mastroianni (2010) confirmam tal situação, ao identificarem o controle de estoque e de medicamentos psicotrópicos como a segunda atribuição mais citada por farmacêuticos RT’s atuantes em município do Estado de São Paulo.

Na presente pesquisa, os 15 participantes das entrevistas disseram atuar na venda, controle e escrituração de medicamentos controlados, dos quais oito afirmaram ser esta a sua primeira atividade diária, conforme exemplificado abaixo:

Eu chego na farmácia de 7h, a primeira coisa que eu faço, eu pego as receitas vendidas dos controlados, os psicotrópicos e os antibióticos. Aí venho no contador e olho as vendas diárias, é pra ver se tá tudo certo, se tá batendo [igual] o sistema

com as receitas vendidas, as quantidades, tudo. Aí vou dar baixa no SIAP [...] Aí dou baixa em todas, confiro e guardo, aí vou olhar as dos antibióticos (E01).

Tal como a entrevistada 01, a entrevistada 06 reforça a prioridade dada para essa atividade, uma vez que ocupa a quase totalidade de sua jornada de trabalho:

Quando chego, recolho as receitas da caixinha, confiro pra ver se não está faltando nenhuma, se faltou vou ver com o balconista, e lanço aqui no sistema. Aí vou no armário vê as coisas que estão faltando, pra gente fazer uma sugestão de compras, e normalmente isso já ocupa muito tempo. Praticamente já ocupa minhas quatro horas (E06).

No que se refere ao controle de estoque, as atividades relatadas foram conferência dos medicamentos recebidos (quantidade, lote, data de fabricação e de vencimento e o número de registro no Ministério da Saúde); dar entrada e saída de medicamentos, através de notas fiscais, no SIAP; verificar estoque e realizar pedidos de medicamentos em faltas ou com estoque baixo; e conferência dos medicamentos que constam no sistema com aqueles que constam no estoque físico, denominado pelos profissionais por meio da expressão “bater o armário”. Durante a realização de uma das entrevistas, solicitou-se que a entrevistada esclarecesse tal expressão, de maneira que permitisse uma melhor compreensão da atividade:

“Então é o SIG, que é o sistema da gente [rede de farmácia], o SIAP que é onde tá colocado todo o estoque também, e o armário, o físico [...] A quantidade que tem que ter no SIG, tem que ter no SIAP e tem que ter no estoque [...] Uma vez na semana, quer dizer, teoricamente, é por semana.

Na realidade é de 15 em 15 dias, pelo menos, eu tenho que bater o armário. Então lá eu puxo uma fita que vem todo o estoque no SIG. Então, esse estoque do SIG a gente bate [...] com o físico. Verificou se o físico tá batendo. Se tiver faltando, pode verificar se [o medicamento] tá chegando da matriz [...] Verificando isso, a gente [...] vê qual o estoque do SIAP. Se tiver faltando no SIAP, então tem alguma receita pra ser dado baixa [...] E o físico, [...] as vezes você procura um medicamento [...] e [o medicamento] já tá lá nos vencidos, que ainda não foi dado baixa como vencido. [Depois de dado baixa] vai gerar uma nota fiscal [...] com ela é dado baixa no SIG e, essa nota fiscal vou ficar com ela pra usar pra dar baixa no estoque do SIAP, igualando tudo” (E10).

A descrição acima permite dimensionar a complexidade da atividade do farmacêutico, que requer um acompanhamento minucioso no controle da entrada e saída de medicamentos, o que reflete a grande responsabilidade envolvida nesse tipo de atividade.

A esse cenário somaram-se as atividades referentes a escrituração dos medicamentos classificados como antibióticos. Através da RDC de nº 44/10, da ANVISA e da Resolução 542/11 do CFF, foi determinado que a dispensação de medicamentos à base de antimicrobianos ficaria sujeita a retenção de receitas e escrituração, sendo essas atividades, assim como a dispensação e controle desses medicamentos, atribuições dos farmacêuticos. Embora a primeira resolução tenha sido publicada em 2010, apenas no dia 16 de abril de 2013, passou a valer a obrigatoriedade no processo de escrituração, através do SNGPC.

Assim como acontece com os medicamentos indicados pela resolução de nº 344/98, da ANVISA, a dispensação dos medicamentos antibióticos passou a ser

exclusividade dos farmacêuticos. Tais medicamentos também passaram a ser incluídos no fluxo dos processos de venda, controle e escrituração, apresentados na Figura 6.

Ao questionar os farmacêuticos sobre essa inclusão, eles afirmaram que essa medida refletiu-se em um aumento significativo da carga de trabalho, especialmente porque o fluxo de vendas dos antibióticos é mais elevado que os medicamentos psicotrópicos:

[...] ficou uma coisa, assim, mais estafante, mais burocrático pra nós. E assim, é uma coisa que consome ainda mais, porque já tinha todos os controlados pra tomar conta, com controle especial; e a agora com os antibióticos também, então sobra muito pouco tempo para gente realizar outras atividades. (E08).

Um dos participantes apontou que uma repercussão dessa alteração foi a reorganização da divisão de trabalho, onde a atividade de escrituração, antes restrita ao RT, passou a ser compartilhada com o assistente: *Dobrou a atividade da gente, no caso. É tanto que o RT, [...] é quem dava entrada nos controlados, e lançava a receita, tudo direitinho. Agora não, porque dobrou. [...] O RT não dá conta [...] dobrou mesmo o trabalho. (E13).*

Outro fator decorrente dessa medida que incidiu sobre o trabalho do farmacêutico foi a resistência da população a nova norma. Alguns medicamentos eram de uso corriqueiro da população, tendo essa proibição gerado um grande descontentamento: *“Muita gente estava acostumada a comprar sem receita, aí eles não entendem, tem que explicar e fazer entender. Teve muita dificuldade” (E12).*

Um dos entrevistados destacou que a resistência manifestada pelo público é resultado das dificuldades de acesso aos serviços de saúde:

O público dizia “mais é R\$5,00 um medicamento desses, eu tenho que ir no médico, pagar R\$200,00 pela consulta?” E infelizmente é. Quando a Anvisa faz uma resolução, ela não pensa na questão financeira, ela pensa na questão da saúde. Ela tá acertando, e ela tá errando [...] não é todo mudo que tem R\$ 100,00, R\$ 200,00 pra uma consulta (E11).

A realidade apontada nesta fala é um dos aspectos negativos do controle de antibióticos levantado pelos próprios farmacêuticos, acompanhado pelo aumento de trabalho e pela parcialidade no que se refere ao controle dos antibióticos de uso tópico⁶, onde algumas substâncias exigem o controle especial e outras não. Em contrapartida, os profissionais também afirmaram compreender a necessidade de tal controle, devido ao uso indiscriminado desses medicamentos, a prática da automedicação e o risco de desenvolvimento da resistência bacteriana. Um dos participantes apontou que entende a necessidade deste controle, porém esclarece que o problema ainda não foi sanado, representando apenas um aumento na demanda de trabalho para o farmacêutico:

Eu acho que a medida só fez aumentar a burocracia. A receita continua sendo fácil de conseguir de todo jeito, então só fez aumentar o trabalho pra nós. Os médicos continuam passando de todo jeito, e a gente é que fica presa com notas, com conferências, com SNGPC, não vi um acréscimo na saúde não (E08).

⁶ Medicamento tópico refere-se aqueles que cuja aplicação é feita diretamente no local onde se manifesta o mal.

4.3.3.3 Controle de vencimento, avarias e desvio de qualidade

Outra atribuição do farmacêutico consiste em garantir que o medicamento disponível seja de boa qualidade e que esteja dentro dos padrões de consumo exigidos, especialmente que se encontre dentro do prazo de vencimento. A ANVISA através da RDC nº 44/09, que dispõe sobre as Boas Práticas Farmacêuticas, determina que as farmácias estabeleçam, dentro dos seus Procedimentos de Operações Padrões⁷ (POP), as práticas que devem ser realizadas quando os medicamentos estão fora dos padrões de consumo.

No Manual do Farmacêutico, elaborado pela empresa empregadora de um dos participantes, estabelece como responsabilidade do farmacêutico a verificação dos prazos de validade de todos os produtos comercializados dentro do estabelecimento. O profissional deverá orientar para a remoção dos produtos da área de vendas com antecedência de 15 dias para produtos alimentícios e de 30 dias para medicamentos, correlatos e perfumaria (com exceção dos medicamentos cuja apresentação possibilite um tratamento de mais de 30 dias, como no caso daqueles que possuem 60 comprimidos). No caso dos produtos com desvio de qualidade, o farmacêutico deverá preencher um relatório de reclamação e encaminhá-lo à coordenadoria técnica.

Durante as entrevistas, os profissionais apontaram fazer o controle de validação, recolher os medicamentos com um ou dois meses de antecedência de seu vencimento, avaliar os produtos expostos nas gôndolas para detectar alguma avaria ou desvio de qualidade e enviar os produtos para a matriz da rede. O entrevistado 11 descreve do seguinte modo essa atividade:

⁷ POP é a descrição pormenorizada de técnicas e operações a serem utilizadas na farmácia, visando proteger, garantir e preservar a qualidade dos produtos, a uniformidade dos serviços e a segurança dos profissionais.

Medicamentos que estão pra se vencer ou estão sem condições de serem comercializados [...] determinado prazo, a gente tira, sai recolhendo [...] Isso envolve tanto medicamentos, como alimentos, a parte de perfumaria e os correlatos [...] o farmacêutico é responsável também por essa parte de validade, das avarias. Você não pode vender um medicamento amassado, nem furado, nem faltando a validade, que seria um desvio de qualidade (E11).

Durante as entrevistas, alguns farmacêuticos afirmaram organizar os produtos no sistema “Primeiro que Entra, Primeiro que Sai” (PEPS), de maneira que se garanta que os medicamentos que estão mais próximos de vencer sejam vendidos primeiro. Para isto, eles etiquetam os produtos com o mês e ano de vencimento, de modo que na hora da venda seja possível garantir que o medicamento não esteja vencido e que esteja sendo dispensado aquele mais próximo da data de vencimento. O entrevistado 12 explica isso: “No último balanço, a gente coloca uma etiqueta naqueles que vão vencer no ano de 2013, aí a gente bota 8/13, uma etiquetazinha, que na hora da gente vender, a gente tira [...] mas que facilita, porque a gente bota eles pra frente, o que vai vencer primeiro na frente”.

Nessa atividade também se insere o controle de suspensões comerciais, que ocorre quando se identifica algum problema na fabricação dos medicamentos ou quando é percebida alguma reação não esperada ou não prevista ou então quando se manifestam reações adversas. Nestes casos, a empresa que produz o medicamento é obrigada a realizar um *recall*, isto é, a divulgação nos meios de comunicação dos produtos defeituosos com potencial risco para a saúde e segurança, além de informar sobre os procedimentos a serem adotados para a solução do problema. O entrevistado 11 descreve essa prática:

Suspensões comerciais, ou seja, a empresa mandou recolher aquele produto. Então, antes da empresa divulgar na mídia, ele chega pra gente [...] é um determinado medicamento ou lote de um medicamento, que houve algum problema na fabricação, ou ele tá produzindo algum efeito adverso, que até então não tinha sido verificado, então a empresa manda fazer o recall, o recolhimento, a gente manda para a distribuidora da gente [...] a gente isola aquele medicamento, separa eles nas caixas e manda pra lá. E ele sai do sistema e não vai ser vendido.

Destaca-se que essa atividade foi citada por apenas dois farmacêuticos, demonstrando que não se trata de uma prática corriqueira, embora não menos importante.

4.3.3.4 Orientação e treinamento de funcionários

A atividade de orientar e treinar os demais funcionários da farmácia é de responsabilidade do farmacêutico Responsável Técnico. A RDC nº 44/09, da ANVISA, na seção III, trata sobre a capacitação dos funcionários quanto à legislação sanitária, à importância do autocuidado e os aspectos relativos à qualidade dos produtos e serviços oferecidos aos usuários.

Na presente pesquisa percebeu-se que, embora os farmacêuticos endossem essa obrigação de realização do treinamento com os demais funcionários, não foi significativo o relato dessa atividade no cotidiano de trabalho dos profissionais. Quando questionados sobre o que um farmacêutico deve saber fazer, sete participantes se referiram a realização de treinamento, orientação e acompanhamento das atividades realizadas pelos demais profissionais. Em contrapartida, quando arguidos sobre seu dia a dia de trabalho, essas atividades foram referidas por apenas quatro profissionais.

Tal fato evidencia que, embora esta seja uma atividade de responsabilidade do farmacêutico, o mesmo não a exerce com tanta regularidade. Infere-se que tal fato ocorra devido às tantas atribuições do farmacêutico, bem como pelo fluxo de trabalho nos estabelecimentos, dificultando que o profissional possa se dedicar a outras atividades além do atendimento ao público e do controle de medicamentos de controle especial, citados como as atividades mais recorrentes.

Na fala do entrevistado 11 pode-se perceber a atuação do farmacêutico no processo de orientação e treinamento dos balconistas, embora este ocorra de maneira informal e no cotidiano de trabalho, porém não significando que não haja um aproveitamento daquilo que foi ensinado:

Eu e os demais farmacêuticos programava para dar palestras e treinamentos para os balconistas [...] a gente orienta: “olha esse analgésico pode ser pra tal pessoa” que a pessoa vê se tá embriagado, aí ele pode prejudicar; já tem outro que não prejudica (E11).

Teve uma campanha no ano passado de vender determinada vitamina. E os meninos até então, eram meio leigos, eles iam ler a embalagem. Então, assim, pra não ler a embalagem [...] peguei, fiz um resumo, entreguei a cada um. Fiz um data show, coloquei no computador mesmo, expliquei tudinho, até hoje eles – não decoraram – mas aprenderam (E11).

Quando verificamos em outras pesquisas (Bastos, 2007; Farina & Romano-Lieber, 2009; Cruz, S. Rios & C. Rios, 2013) percebe-se que o treinamento e orientação aos funcionários constituem atividades características da profissão farmacêutica. Em pesquisa

realizada por Bastos (2007), os profissionais afirmaram ter realizado treinamentos, principalmente no que se refere a dispensação de medicamentos. Porém, segundo a autora, o treinamento não pode ser considerado uma rotina no trabalho desses profissionais. Em outras pesquisas, entretanto, os percentuais de realização dessa atividade são expressivos. Em pesquisa realizada por Farina e Romano-Lieber (2009) 76,9% (n=70) dos profissionais afirmaram realizá-la; enquanto Cruz, S. Rios e C. Rios (2013) apontam para um percentual de 62,5% (n=25), corroborando os achados da presente pesquisa.

4.3.3.5 Gerenciamento do ambiente da farmácia

Outra atribuição do farmacêutico bastante relatada pelos participantes refere-se à organização e manutenção do ambiente da farmácia dentro das condições exigidas. Devem ser observados aspectos referentes a higiene, ventilação, iluminação, desratização e desinsetização, conforme preconiza a RDC 44/99, decretada pela ANVISA.

Das atividades citadas pelos profissionais pesquisados, compreendem-se como atividades características do gerenciamento ambiental o controle do armazenamento e da exposição dos medicamentos e demais produtos da farmácia; verificação da limpeza e arrumação do ambiente; o monitoramento da temperatura do estabelecimento; verificação da estrutura física e averiguação dos produtos armazenados na geladeira e do descarte de lixo.

Um dos participantes explicou minuciosamente os aspectos avaliados:

Nesse intervalo [do almoço] dá pra verificar como estão os banheiros, se arrumaram os banheiros [...] se tirou o lixo da loja, tem que ter tirado o lixo da loja. Se o pessoal que varre a escadaria já varreu. Se o pessoal que passou o pano

na loja, se lavou os panos, se estendeu os panos de chão, guardaram as vassouras e rodos nos seus devidos lugares. Tem que ir no depósito, verificar se o estoquista tá verificando a temperatura do depósito. Passa na copa e vê se tá tudo arrumado, se tá tudo guardado. Vê se não tem nada na geladeira de uso dos funcionários (não pode ter sacos plásticos, por que saco é meio de contaminação) [...] Depois do almoço, vê se cada um lavou sua panela, se a cozinha tá limpa, se a menina fez a faxina na cozinha, limpou micro-ondas [...] (E10).

Nesse discurso, a participante cita o gerenciamento de resíduos e de temperatura. Essas atividades, embora sejam atribuídas ao farmacêutico, foi pouco aludida pelos profissionais. Apenas um participante referiu-se ao gerenciamento de resíduos como obrigação do farmacêutico, enquanto apenas um profissional apontou essa atividade no seu cotidiano de trabalho.

No que se refere ao gerenciamento de temperatura, percebe-se, na fala da entrevistada 10, que embora tal atividade seja atribuição do farmacêutico, a mesma foi atribuída ao estoquista. Destaca-se que dos 15 participantes, apenas 3 se reportaram a essa atividade. Quanto ao item verificações de temperatura, pode-se adicionar o gerenciamento dos medicamentos que são sensíveis ao calor e não podem sofrer modificações excessivas de temperatura (medicamentos termolábeis). Uma exigência nesse caso é a verificação da temperatura da geladeira que armazena tais medicamentos, com intuito de garantir a manutenção da qualidade do produto.

4.3.4 Os Imprevistos

Toda atividade de trabalho pressupõe um processo de regulação das variabilidades, devido a defasagem existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Esta variabilidade diz respeito tanto as variações percebidas no processo produtivo e que assumem a forma de imprevistos, quanto as variações inter e intraindividuais (Brito, 2008b). Nos discursos dos participantes, percebe-se que a variabilidade faz parte do contexto de trabalho dos mesmos: *“Parece ser uma rotina, todo dia a mesma coisa, mas não é. Faz com muito amor e tranquilidade, mas não é a mesma coisa. Sempre tem uma variação” (E11)*. A participante 12 corrobora tal situação e indica que o lidar com o público como fator preponderante para tais variabilidades: *“Com o público cada dia é diferente, não tem rotina”*.

Ao serem arguidos sobre os imprevistos vivenciados em sua atividade, os farmacêuticos mencionaram principalmente situações que envolvem o receituário médico e a dispensação de medicamentos que exigem retenção de receitas. Relataram casos de clientes que, ao buscarem realizar a compra desses medicamentos, apresentaram receitas rasuradas e/ou vencidas que, mesmo sendo informados que a dispensação não poderia ser realizada, conforme orientação da Portaria 344/88, não aceitaram tal determinação e acabaram assumindo uma postura agressiva. A participante 10 relatou uma situação de tensão com um cliente que ficou agressiva por não ter sido possível realizar a sua dispensação:

Uma foi muito difícil. Foi uma pessoa que tomava um Rivotril e ela chegou lá na loja perguntando se tinha Rivotril de dois miligramas. E a gerente atendeu e disse que tinha. Quando ela [a gerente] recebeu a receita, estava vencida [...]. Aí ela saiu da loja, rasurou a receita e voltou pra ser atendida já por outro balconista. A

gerente viu e alertou o balconista [...] A cliente descontroladamente começou a gritar na farmácia e a querer quebrar as coisas e queria bater na gerente. [...] Eu ouvi os gritos dentro da farmácia, e eu corri [...] Eu fui falar com a mulher, só que ela estava muito nervosa e sem controle. Mas aí eu comecei a conversar com ela, peguei um banquinho e pedi pra ela sentar, mas ela estava muito braba, querendo bater também. Mas ela [dizia] “não quero sentar, eu quero é o medicamento. Ela tá dizendo que não tem o medicamento, e o medicamento tem”. Aí pedi água, ‘tome aqui um pouquinho de água, dá pra senhora me escutar?’ Ela foi se acalmando. Aí eu disse, ‘Olha existe toda uma fiscalização em cima disso daqui, desse medicamento. Não posso simplesmente liberar esse medicamento para a senhora porque vai dá problema pra mim [...] Posso até perder meu emprego. Então vamos fazer o seguinte, vá ao posto [...] fale com o médico, ele vai entender o seu problema e vai lhe dar outra receita. Agora nunca chegue a rasurar uma receita, porque isso não vai resolver só vai criar um problema como esse’. Nessa hora ela estava bem mais calma, e pediu desculpas. E saiu calmamente (E10).

Essa reação do público acontece também quando o cliente não compreende as exigências legais para a dispensação dos medicamentos controlados e acabam por se exceder com os farmacêuticos e demais funcionários. Em um dos casos citados a profissional relatou que um cliente tentou intimidá-la utilizando sua posição de juiz:

Várias vezes, mas procura se sair da mesma forma. Cliente que chega aqui e diz ‘Ah eu sou o juiz da vara não sei o quê lá, e você tem que me vender isso aqui’. Me obrigando... Aí eu disse assim ‘Pois é o senhor mesmo que deveria saber essa lei aqui. O senhor é um juiz devia ser a primeira pessoa a conhecer a lei’. (E6)

Outra situação narrada por uma participante refere-se a troca de medicamentos sujeitos a controle especial. Em todos os estabelecimentos farmacêuticos deve existir um aviso indicando que não é permitida a troca de tais medicamentos, devido ao controle de estoque e ao risco sanitário. Mesmo assim os profissionais enfrentam situações onde os clientes não aceitam tal determinação:

Existe um aviso por escrito, que muita gente nem ler, mas tá ali. Bem grande, tá lá “essa empresa não permite troca de medicamento controlado, conforme a legislação tal [...] Mas mesmo assim o cliente não lê. [...] ‘Ah porque o médico, Dr. Fulano de tal, passava um remédio amarelinho, e esse aqui é branco. ‘Olhe minha senhora, amarelo ou branco não vai diferenciar em nada. O que vale é o produto’. ‘Ah, mas não é pra mim não, é pra minha mãe’. A gente vai ter que ver que é uma senhora de idade, vai pela cor. Eu disse ‘Infelizmente a gente não pode trocar não’. Ela saiu bufando, mas não trocou não (E11).

Outra situação vivenciada refere-se a dispensação de um medicamento distinto ao que foi prescrito no receituário. Como consequência de tal erro, o estoque de medicamentos controlados se torna divergente daquele informado no SIAP, exigindo que o farmacêutico solucione a situação: “Quando há uma venda errada pelos colaboradores. Se for um medicamento que a receita fica retida, eu tento acionar o cliente. Se não, eu acolho esse paciente na minha loja e sano aquele erro cometido anteriormente” (E04).

Por fim, também foram mencionadas situações onde um cliente passa mal dentro do estabelecimento, ou quando ocorre, mesmo fora da farmácia, uma queda e as pessoas recorrem a farmácia para um auxílio imediato: “Alguém sofre uma queda, aí vai lá na

farmácia. Aí eu vou lavar o ferimento, embora lá não tenha ambulatório mas é uma coisa que aconteceu e a gente precisa tratar porque é ser humano”(E04).

As circunstâncias descritas nos confirmam a existência da variabilidade no dia a dia de trabalho dos farmacêuticos, estando elas atreladas especialmente ao contato com o público, e ao fator de ter que atender a demandas dos mesmos.

4.4 Condições e Características do Trabalho

Para a Psicodinâmica do trabalho, as condições de trabalho são apreendidas como “as pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho”, (Dejours & Abdoucheli, 2012, p. 125), afetando diretamente o corpo do trabalhador e podendo ser geradoras de desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. Segundo Rego, Vieira, Pereira e Facas (2007) as condições de trabalho são elementos estruturais de suporte ao trabalho, onde situações precárias exigem maior investimento do indivíduo em lidar com a realidade, enquanto situações com condições suficientes representam uma forma de valorização do profissional pela organização.

4.4.1 Salário Direto e Indireto

Durante as entrevistas foi solicitado aos participantes que avaliassem suas condições de trabalho, especialmente o salário recebido (direto e indireto), por entendê-lo como fator que influi de forma significativa na mobilização subjetiva dos indivíduos, já que traduz um reconhecimento material da contribuição que o sujeito aporta à organização.

Como destacado anteriormente há uma preponderância de salários na faixa de R\$1.400,00 à R\$ 1.999,00. Os participantes (40%) avaliaram o salário de forma negativa e

apontam que a remuneração insatisfatória é o que induz os profissionais ao acúmulo de empregos, conforme aponta uma participante:

“É péssimo. Pela jornada. Por isso a gente se submete a trabalhar mais de um local, passando o dia inteiro trabalhando, manhã, tarde e noite porque o nosso salário é péssimo [...] Quando tô de férias, que vejo o pôr do sol, eu nem acredito, parece uma coisa fora da minha realidade, parece que é a primeira vez que tô vendo” (E03).

Outro participante afirmou que, embora receba o piso salarial da categoria, esse valor não é satisfatório: *“É de acordo com o piso. Eles pagam direitinho. [É satisfatório?] Não, a nível nacional a Paraíba é o menor piso do Brasil. Poderia melhorar, é um salário muito baixo” (E12).* Quando comparamos o piso salarial da categoria no estado da Paraíba com o de outros estados da federação percebemos que uma grande disparidade que nos desfavorece⁸. No estado de Pernambuco um farmacêutico com carga horária de 30 horas semanais ganha R\$ 1.342,50, com adicional de 25% para RT; no estado do Rio Grande do Norte o piso equivale a R\$ 1.617,84 para jornada de 30 horas semanais e de R\$ 2.097,74 para jornada de 40 horas semanais. Diferença maior pode ser sentida quando comparamos com estados como Minas Gerais, onde o piso é de R\$ 2.970,00 e Ceará, cujo valor é R\$1.951,00 para 36 horas semanais e de R\$2.638,00 para 44 horas semanais.

Também se percebeu que alguns participantes embora avaliem positivamente seu salário afirmam que tal situação pode variar de profissional para profissional:

⁸ Os dados aqui apresentados foram obtidos através dos Acordos Coletivos estabelecidos pelos sindicatos, e disponíveis no site do Conselho Regional de cada estado.

O salário, como estou solteiro é um dinheiro que é pra mim, que tô conseguindo... que pro dia a dia tá bom. Claro que quanto mais você recebesse melhor. Mas no momento em que eu tiver mais pessoas morando comigo, se tiver uma família, aí eu realmente vou precisar de mais [...] Tá ideal, mas se vier mais e fizer jus ao meu trabalho. É bem vindo. (E11)

Apenas três participantes indicaram que seu salário era satisfatório, embora tenham esclarecido que recebem acima do valor pago pelo mercado. Outra situação que contribui para essa realidade diz respeito ao pagamento de comissões. Durante a aplicação do INSATS, uma das participantes, quando questionada sobre sua renda mensal, indicou receber em média R\$ 3.000,00, aí computados os valores recebidos em função da comissão de 10% sobre as vendas realizadas.

Quando nas entrevistas os farmacêuticos foram questionados acerca do salário indireto, 60% afirmou ter plano de saúde, 40% recebem vale-alimentação, bem como possuem um convênio na rede, onde recebem um crédito mensal para realizar compras e pagam um quarto do valor total. Por fim, também afirmaram receber comissões em venda (20%) e ter plano odontológico (20%).

4.4.2 Condições Físicas

No âmbito da Ergonomia, as condições de trabalho referem-se aos materiais e instalações físicas que se fazem necessárias para a execução do trabalho, englobando assim, os equipamentos e instrumentos de trabalho, a iluminação, temperatura, a exposição a ruídos ou gases, entre outros (Abrahão *et al*, 2009). Também nomeadas de ambiências físicas, essas condições, dependendo de suas qualidades (intensidade, duração, frequência),

podem exercer um efeito negativo para a saúde do trabalhador, bem como sobre as ações realizadas (Millanvoye, 2007; Sivieri, 1996).

Para compreender as condições e características do trabalho as quais estão submetidos os farmacêuticos deve-se considerar que a amostra foi composta por profissionais de diferentes redes de farmácias, as quais possuem, entre outras coisas, ambiências físicas diferenciadas. A Figura 7 demonstra como o ambiente físico das farmácias comerciais foi caracterizado pelos participantes.

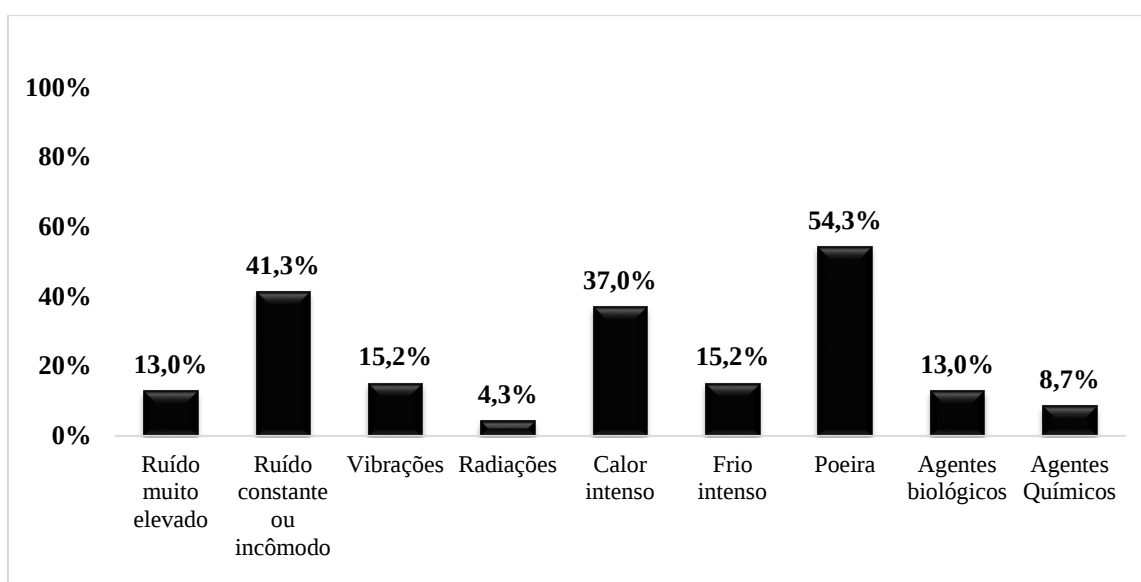


Figura 7: Condições físicas do trabalho dos farmacêuticos segundo respostas do INSATS

Pode-se perceber que a exposição ao ruído muito elevado caracteriza o ambiente de trabalho de 13% da amostra, enquanto 41,3% considera o ruído num nível constante ou incômodo. Destaca-se que a noção de ambiência sonora corresponde à exposição a ruídos no ambiente de trabalho, estando sua nocividade atrelada ao nível sonoro do ruído, a sua frequência e a duração da exposição (Millanvoye, 2007).

Ao analisar os estabelecimentos visitados percebe-se que, em sua maioria, eles se encontram em locais de grande fluxo de pessoas e meios de transportes, o que acarreta uma exposição constante a ruídos. Diante disso, as farmácias localizadas no centro da cidade

estão submetidas a ruídos mais elevados quando comparadas àquelas situadas em locais de menor fluxo, ou aquelas situadas no interior de outros estabelecimentos, como supermercados e shopping centers. Em algumas farmácias a estrutura física permite que os ruídos externos sejam amenizados ou sanados, como é o caso dos estabelecimentos que possuem “sala dos farmacêuticos”, onde os mesmos podem exercer suas atividades de maneira reservada.

Durante a aplicação dos questionários e a realização das entrevistas ficou evidente, em algumas farmácias, a exposição a ruído constante, tendo inclusive prejudicado a aplicação desses instrumentos. As fontes de ruídos identificadas foram carros de publicidade, buzinas e vendedores ambulantes – caracterizados como fontes sonora interferente⁹; assim como aparelhos de som utilizados pelas farmácias como meio publicitário.

Millanvoye (2007) pontua que o ruído interfere nos processos de informação e cria o que o autor chama de “efeito de máscara”, onde um sinal sonoro ou instrução dada oralmente podem ser mal compreendidos ou inaudíveis na presença do ruído. Tal situação foi pontuada por alguns participantes que, quando questionados sobre a exposição aos ruídos, argumentaram que sentem dificuldades inclusive de realizar o atendimento aos clientes, pois devido ao barulho não conseguem entender as solicitações dos mesmos.

A ambiência sonora é nociva à saúde e pode gerar cansaço, tensão muscular, irritação, fadiga mental, problemas gástricos, ansiedade, impotência sexual, hipertensão arterial, perda auditiva e surdez (Sivieri, 1996). Segundo Millanvoye (2007) as repercussões da exposição a um ruído muito intenso pode gerar uma alta temporária ou irreversível do limiar auditivo (nível sonoro mínimo através do qual se consegue captar a

⁹ É a de ocorrência alheia, ou temporária, em relação à finalidade mais característica de utilização do recinto em que se avalia o ruído ambiente (NBR 10152).

informação), assim como perturbações geradas pelo mau funcionamento do sistema auditivo, como os zumbidos e estalos.

O calor intenso foi um fator de risco apontado como presente no ambiente físico das farmácias por 37% da amostra. Essa situação varia entre as redes de farmácias que adotam padrões variados no tocante a esse aspecto. Desta forma, foi observado que das oito redes cujos farmacêuticos participaram da pesquisa, apenas três possuem climatização.

Na Norma Reguladora nº 17 sobre Ergonomia, no quesito referente às condições ambientais de trabalho, recomenda-se que, nos locais onde a atividade exige solicitação intelectual e atenção constante, o índice de temperatura efetiva deve variar entre 20° C e 23° C. Na presente pesquisa, a situação encontrada destoou de tal recomendação.

Durante as entrevistas, três participantes relataram dificuldades no quesito da ambiência térmica. A entrevistada 06 afirmou que, embora já tenha tido a disposição um climatizador de ar, atualmente só dispõe de ventilador: *“Antigamente, funcionava o ar condicionado, mas ele queimou e nunca mais arrumaram. Aí a gente tem um ventilador que passa duas horas pra rodar. De vez em quando tem que limpar, porque ele fica sujo demais”*.

Outra farmacêutica, pertencente à mesma rede, afirma que já houve melhorias nas condições de trabalho, sendo uma delas a instalação de ventiladores *“Ventiladores lá em baixo, porque o ambiente aqui é muito quente [...] como a gente tá no inverno [tá melhor] quando começar o verão é que a gente vai ver se os ventiladores lá em baixo vão resolver”*.

Deve-se destacar uma situação relatada pela entrevista 03 que afirmou já ter sofrido problemas de saúde devido a este fator: *“Ventilação zero, já cheguei a passar mal do calor, a quase desmaiar em loja. Isso é muito corriqueiro”*. Este problema é apontado por Millanvoye (2007) como um dos primeiros efeitos patológicos gerados pela exposição ao

calor. Segundo o autor, quando se realiza um trabalho no calor o corpo se sobrecarrega para conciliar a exigência do trabalho com o processo de termorregulação, onde o corpo busca regular a sua temperatura interna. Outros problemas de saúde gerados pelo calor é a perda de sais, câibras de calor, desidratação, prostração térmica, desmaio, choque térmico, insolação, fadiga crônica, entre outros (Savieri, 1996).

No ambiente de farmácias e drogarias a armazenagem de medicamentos exige uma atenção redobrada por se fazer necessária a manutenção da temperatura adequada à conservação da qualidade dos medicamentos e demais produtos. Tal cuidado se deve ao fato da temperatura ser o fator externo que mais contribui para a degradação de produtos farmacêuticos, exigindo assim a escolha adequada do meio de armazenamento dos produtos, podendo ser em temperatura ambiente, sob refrigeração ou congelamento (Leite, 2005).

A ANVISA determina, através da RDC 44/99 que, para conservação adequada dos produtos, o ambiente deve ser protegido da ação direta da luz solar, umidade e calor, de maneira a preservar a identidade e integridade química, física e microbiológica. Como garantia de adequação à norma, é exigido que existam nos estabelecimentos verificações e registros de temperatura e umidade diárias. Na entrevista com o participante 11, ele afirma realizar a verificação da temperatura, bem como demonstra ter conhecimento da importância desse controle: *“Verificar a temperatura do estoque, da sala de controlados, farmácia, que a temperatura tem que tá ideal, porque os medicamentos a maioria fica até 30° C, a temperatura desses medicamentos que estão na prateleira (E11)”*.

O participante 14 relatou que anteriormente, no seu local de trabalho, estava exposto a situações de falta de ventilação e calor, embora tal situação tenha sido remediada: *“Há dois anos atrás eram péssimas, pelo fato das duas farmácias que eu trabalhava serem muito abafadas, muito quentes, sem ventilação, entendeu? E os*

ventiladores eram poeiras puras. A pessoa fica muito exposta à poeira, ácaros, e outras coisinhas” (E14).

Como pode observado, o participante 14 também acrescentou a exposição à poeira como característica anterior do seu trabalho. No entanto, nas respostas dadas ao INSATS, esta situação ainda constitui a realidade de 54,3% da amostra, o que pode ser justificado, principalmente, pelo tráfego de veículos que propagam a poeira no ar, bem como pelo estoque de mercadorias, que favorece seu acúmulo.

4.4.3 Exigências Físicas

Além das condições ambientais, esses profissionais ainda estão submetidos a exigências físicas que repercutem diretamente no seu corpo. Diniz (2003) pontua que, de acordo com a Ergonomia, há três tipos de demandas físicas: a primeira remete à movimentação do corpo; a segunda refere-se ao levantamento de cargas, e por fim, a questão das posturas ocupacionais. Neste âmbito, o autor apresenta a repetitividade e o consequente uso forçado de determinados grupos musculares, bem como a manutenção de posturas ocupacionais inadequadas, como fatores de risco para o aumento da Carga Física de Trabalho.

Na presente pesquisa a demanda física mais recorrente foi a realização de gestos repetitivos, apontado por 76,1% da amostra. Esta situação é decorrente do uso contínuo de computadores para a realização das atividades burocráticas exigidas, tais como a conferência de notas fiscais, dar entrada e saída dos medicamentos no sistema operacional utilizado pelas redes e a escrituração dos medicamentos de receituário especial. Essas mesmas atividades podem ser consideradas como fontes também de posturas penosas (45,7%).

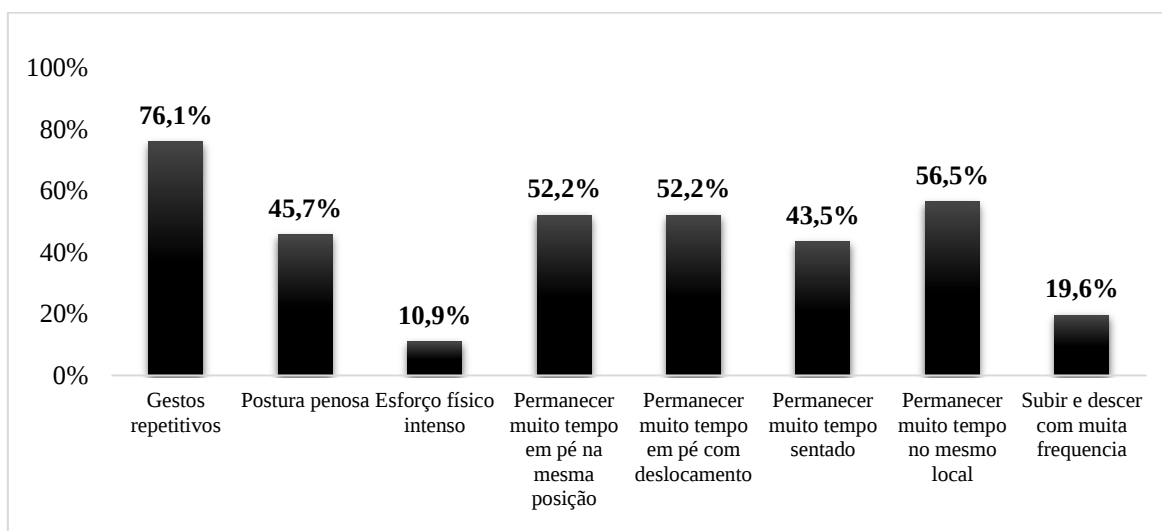


Figura 8: Exigências físicas do trabalho sentidas pelos farmacêuticos

Ao observar os dados apresentados na Figura 8 percebe-se que as questões alusivas à posição de trabalho apresentaram valores muito próximos, o que pode dar a impressão de que são contraditórias. Nota-se que 52,2% apontaram permanecer muito em pé na mesma posição; 52,2% afirmaram permanecer em pé com deslocamento e 43,5% revelaram permanecer muito tempo sentado. Esse fato advém da diversidade de atividades realizadas pelos profissionais que ora exige longos períodos sentados, como a escrituração de medicamentos, ora exige longos períodos em pé, com ou sem deslocamento, como no caso da organização de armários ou do atendimento ao público. Em uma das entrevistas, a participante relatou que, ao iniciar seu trabalho na rede onde atualmente trabalha, não tinha sequer uma cadeira para sentar e descansar, sendo obrigada a permanecer em pé durante toda sua jornada de trabalho:

A farmácia [...] não tinha cadeira, não tinha birô, não tinha nada. Eu passava seis horas em pé, de 1hr às 7hr, em pé. O tempo inteiro, porque não tinha uma cadeira,

um banquinho pra você sentar. Um cantinho pra você sentar e lanchar, não tinha. Não tinha nada, nada, nada (E12).

Tal situação foi relatada por mais três participantes referindo-se ao trabalho atual ou a trabalho anterior. Gomide (2010) afirma que a postura em pé é um dos fatores mais responsáveis pelo surgimento das Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), sobretudo nos membros inferiores e coluna vertebral, além de proporcionar dor e desconforto e uma consequente fadiga muscular. Iida (2005) afirma que embora a posição em pé propicie grande mobilidade corporal, a posição parada, em pé, torna-se exaustiva por exigir que a musculatura permaneça estática.

No entanto, o autor esclarece que as movimentações que permitem variações frequentes de posturas evitam contrações estáticas das musculaturas, prevenindo assim dores e lesões osteomusculares nos postos de trabalho. Assim, durante um dia de trabalho do farmacêutico, o fato do profissional passar um período sentado realizando escrituração de medicamentos e em seguida permanecer um período em pé para atender ao público permite um descanso das musculaturas utilizadas em cada atividade. Desta forma, acredita-se que as variações posturais decorrentes da variedade de atividades realizadas pode ser um fator que ameniza os efeitos do trabalho na saúde. Também foi apontada a necessidade de subir e descer escadas com frequência por 19,6% da amostra.

Tais situações podem ser englobadas dentro do que Savieri (1996) nomeou de fatores de riscos ergonômicos, assim considerados geradores de fadiga em função do esforço exigido das estruturas musculares e esqueléticas. Embora o autor pontue que a fadiga causada por esses fatores pode ser recuperada após o repouso diário, Doppler (2007)

afirma que os mesmos fatores podem ocasionar o desenvolvimento das patologias de sobrecarga.

4.4.4 Instalações Físicas

Nos resultados obtidos através do INSATS-BR, as instalações físicas oferecidas pelas empresas foram avaliadas, de uma maneira geral, como satisfatórias pelos profissionais, o que pode ser observado no fato de que todos os quesitos foram assinalados por mais de 50% da amostra, conforme apontado na Figura 9:

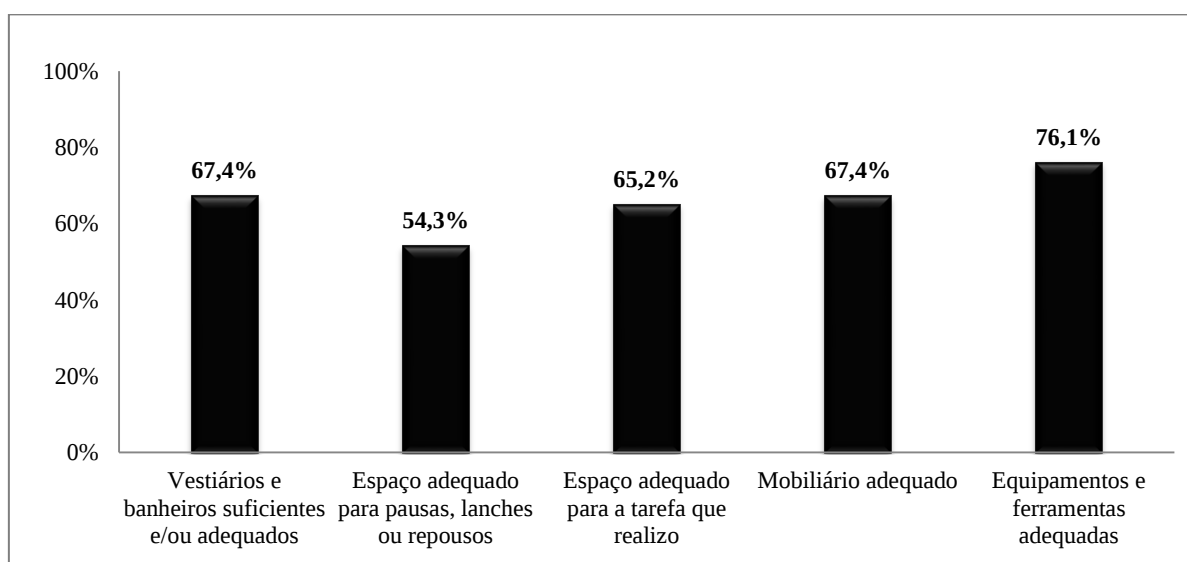


Figura 9: Instalações disponíveis aos farmacêuticos nos seus ambientes de trabalho

Embora os dados apresentados demonstrem um panorama positivo, a realidade percebida nos momentos de aplicação dos instrumentos sugere a necessidade de uma série de melhorias. Em determinadas redes de farmácias a ausência de um local de trabalho para o farmacêutico obriga os profissionais a realizarem suas atividades no próprio balcão da farmácia, onde o mesmo não dispõe de cadeira e ainda acaba por sofrer frequentes

interrupções, quer seja por parte dos clientes, que querem ser atendidos, como pelos próprios funcionários que solicitam o computador para consultas de medicamentos e preços. Esta situação também ocorre em farmácias onde o farmacêutico tem sua estação de trabalho no salão de vendas, como ocorre com o entrevistado 14:

Ainda falta um local de trabalho pra gente, um local, um escritório, qualquer ambiente pra dizer 'esse é teu ambiente, se você precisar fazer algum documento, alguma coisa você pode vir aqui o computador tá aqui disponível pra você', e você tá distante do público (E14).

Em contrapartida, observou-se que uma determinada rede de farmácias disponibiliza sala para o farmacêutico, o que segundo o entrevistado, representa uma melhoria nas condições de trabalho. A entrevistada 09 aponta esse novo cenário:

Tem essa salinha que é pro farmacêutico [...] que é justamente para gente atender o cliente aqui se ele precisar, além de fazer nosso trabalhinho burocrático. Isso é uma coisa muito boa, que a empresa oferece pra gente, ter esse localzinho onde a gente pode ficar. Porque em outra farmácia que eu trabalhei, por exemplo, o local que a gente ficava era a gerência, onde sempre tinha reunião, era um local apertado. Era praticamente forçando a gente a ficar no balcão. Só quando tinha que dar baixas nas receitas é que a gente ia pra lá (E09).

No que se refere ao mobiliário disponível, embora 67,4% dos respondentes do INSATS-BR tenham afirmado dispor de mobiliário adequado, foram percebidas situações que destoam dessa realidade. Como exemplo, um dos participantes afirmou que solicitou

inúmeras vezes uma mesa para auxiliar na realização do seu trabalho, porém, devido à dificuldade de acesso ao seu escritório (em andar superior), a empresa procrastinava o atendimento dessa demanda. Como medida para remover o problema que dificultava seu trabalho, esse trabalhador trouxe de sua residência uma mesa desmontável que podia ser transportada para o escritório, solução que poderia ter sido facilmente adotada pela empresa.

A entrevistada três também relata a dificuldade de obter um mobiliário necessário para a realização de seu trabalho: *“Pra você ter ideia, pra ter uma mesinha dessa, foi depois de quase 6 anos de trabalho [...] foi que eu vim conseguir agora. Eles não oferecem isso pra gente. Em termos de ambiente tem muito a ser melhorado”*. Outra duas participantes apontaram que o mobiliário disponível é velho e inadequado.

Outro aspecto discutido é a adequação dos instrumentos e ferramentas, que foi apontado como satisfatório por 76,1% dos respondentes do INSATS-BR. Na realização das entrevistas, também foram recebidas respostas positivas no que se refere a este aspecto, onde o mesmo foi caracterizado como adequado, suficiente, tranquilo e bom. No entanto, alguns participantes alegaram ter que dividir os instrumentos de trabalho com os demais funcionários, como é o caso do entrevistado 14, que, além de não dispor de um local específico de trabalho, também não possui os instrumentos necessários para a realização de seu trabalho:

Eu divido o computador com o balconista, entendeu? [...] Quando o cliente chega a loja quer vender. A prioridade primordial ali é o cliente. Eu me afastar um pouco pro cliente ter que ser atendido naquele computador, pra mim isso aí é um caos (E14).

Outro problema apontado foi o fato de não dispor de internet como meio de consulta. Esta realidade é apresentada pela entrevistada 09 que afirma não dispor de “*um acesso à internet um pouco mais aberto. É muito restrito, as vezes quer tirar uma dúvida, e assim, o livro que tem não dá aquela informação. E a gente facilmente tiraria a dúvida se pudesse acessar a internet.*”

Em pesquisa realizada por Bastos e Caetano (2010), os dados encontrados corroboram a realidade acima descrita. Os autores apontam que os farmacêuticos não dispõem de local próprio e adequado para a execução do seu trabalho, tanto no que se refere ao mobiliário (cadeiras e mesas), como também a falta de um computador e de mecanismos de consultas que possibilitem sanar dúvidas dos clientes. Farina e Romano-Lieber (2009), em pesquisa com farmacêuticos atuantes em Jundiaí - São Paulo, identificaram que 38,5% dos farmacêuticos atuantes não possuem computador, enquanto 51,3% não dispõem de internet.

Tais dados reafirmam a necessidade de mudanças nas farmácias e drogarias, em especial no que se refere à criação de um espaço adequado e reservado ao farmacêutico, onde o mesmo possa realizar suas atividades de maneira adequada e dispondo dos meios de trabalho necessários.

4.5 Fatores Organizacionais e Relacionais

Analisar a relação trabalho e saúde mental de determinada categoria profissional, pressupõe privilegiar o exame da organização do trabalho à qual o profissional está submetido. Na presente pesquisa, se utiliza o conceito de organização do trabalho proposto pela Psicodinâmica do Trabalho, que compreende, de um lado, a divisão técnica das tarefas, ou seja, decisões relativas a quem faz, o que faz e como faz e, de outro, a divisão

hierárquica do trabalho, que define as responsabilidades, as relações de trabalho, as formas de comando e coordenação (Molinier, 2013; Dejours & Abdoucheli, 2012; Dejours, Dessors & Desriax, 1993).

Desta forma, nesta categoria, serão analisados os ritmos de trabalho, a autonomia e iniciativa declaradas pelos profissionais, bem como as relações estabelecidas no contexto de trabalho entre os farmacêuticos com os outros trabalhadores da farmácia, com a chefia e com os clientes, procurando enfatizar esse último nível de relações por ter se mostrado um aspecto decisivo no trabalho dos farmacêuticos.

Observou-se inicialmente que, para a realização do seu trabalho, o farmacêutico depende dos demais trabalhadores, conforme demonstra a Figura 10, embora a responsabilidade por toda ação ocorrida dentro do estabelecimento farmácia seja do farmacêutico, mais especificamente RT. Os profissionais (78,3%) também afirmaram que atuam a partir da necessidade ou demanda dos clientes, estabelecendo-se assim, uma relação de dependência também para com o público.

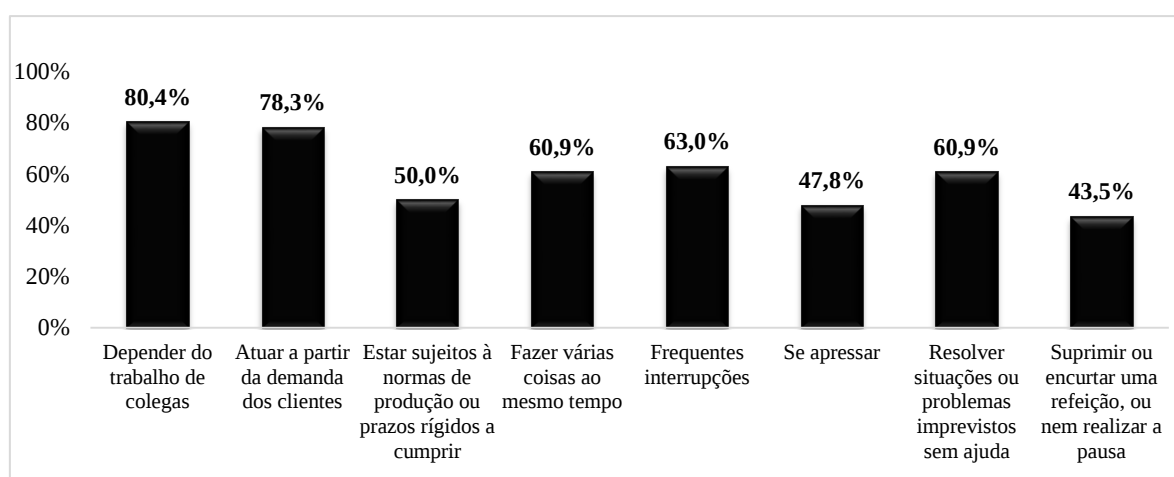


Figura 10: Exposição do trabalho dos farmacêuticos quanto ao ritmo de trabalho

Na Figura 10, pode-se perceber que, de acordo com 50% dos profissionais pesquisados, a categoria está sujeita a normas de produção ou prazos rígidos a cumprir. A entrevistada 05 exemplifica assim tal situação: *“Porque tudo aqui tem que cumprir as normas, tudo é muito regrado, nada você pode fugir das regras da empresa”*, o que no remete a uma organização de trabalho bastante regulamentada, que exige o cumprimento de múltiplas exigências oriundas seja da GEVISA, seja do CRF, seja da própria farmácia ou da rede a qual o farmacêutico esteja vinculado.

Esta situação pode ser percebida no que se refere às vendas de medicamentos sujeitos a controle especial, bem como ao controle do vencimento de tais medicamentos, onde deve ser apresentado à vigilância sanitária um “mapa” (listagem) com as informações sobre esses medicamentos impreterivelmente até o décimo dia do mês anterior ao vencimento. O entrevistado 14 reiterou a importância de conhecer as normas as quais a profissão está sujeita: *“[Saber] da responsabilidade perante os órgãos fiscalizadores: conselho, vigilância sanitária... Pra gente isso é a parte primordial. [...] tem que saber tudo que tá na legislação pertinentes a medicamentos controlados, de controle especial, legislações novas que vão surgindo”*. Nesse depoimento podemos perceber que o farmacêutico precisa, ao lado de outras atribuições, estar atualizado no que se refere às novas normatizações de maneira a poder refleti-las na sua atuação profissional e na dos demais trabalhadores da farmácia.

No que se refere ao ritmo de trabalho, os farmacêuticos apontaram que fazem várias atividades ao mesmo tempo (60,9%), sofrem frequentes interrupções (63%) e têm que se apressar para realizar suas atividades (47,8%). A entrevistada 02 pontuou em seu discurso o fato de sofrer interrupções constantes: *“Enquanto tô realizando meu trabalho, tenho que dar assistência no balcão. Se chegar um cliente eu tenho que atender. Eu sou interrompida várias vezes.”* Essas situações parecem estar indicando para uma sobrecarga de trabalho, o

que é corroborado pelo fato de que 43,5% assinalaram que têm que suprimir ou encurtar sua refeição, ou nem realizar a pausa por causa do acúmulo de trabalho. Doppler (2007) afirma que as recentes modificações implantadas na organização do trabalho são responsáveis pela intensificação e adensamento do trabalho, com incidências relevantes sobre a saúde do trabalhador. O entrevistado 14 ao discorrer sobre seu dia a dia de trabalho apresenta indícios de uma sobrecarga de trabalho:

Pra chegar na salinha já dá trabalho, porque já tem gente no balcão esperando. Não tenho tempo de fazer nem metade das atribuições, alguns dias. [...] Tem que ser três farmacêuticos, a gente conseguiu um, mas tá faltando o outro. Então as atribuições desse que tá faltando a gente tá fazendo e tá correndo muito. Porque o volume é muito grande de mercadoria, o volume de clientes cada dia parece que dobra, o faturamento acompanha, dobra. Mas é muito cansativo, eu vou chegando e não vejo a hora passar e já tá na hora de sair. [Se sente sobrecarregado?] Muito. (E14).

Apesar disso, no INSATS, 67,4% dos profissionais afirmaram ser boa a proporção entre número de trabalhadores e as tarefas a cumprir. Isso traduz certamente a variedade de situações encontradas nas redes de farmácias pesquisadas. Em algumas delas, a intensificação do trabalho, e a sobrecarga constituem efetivamente uma realidade, em outras esse aspecto não se apresenta tão evidente.

Por fim, foi ainda apontado por 60,9% dos profissionais que os mesmos têm que resolver situações ou problemas imprevistos de forma solitária, fato este que responde por uma carga psíquica elevada. Esta realidade é resultado das novas formas de gerenciamento do trabalho, onde se enfatiza a gestão individual das competências e tem como

consequência a responsabilização dos indivíduos pelo seu próprio desempenho, não abdicando, no entanto, do controle sobre o trabalho e das práticas de avaliação individual (Doppler, 2007). Salienta-se que uma carga psíquica elevada, segundo Dejours e Abdoucheli (2012), conduz à fadiga e ao sofrimento, e caso não haja uma intervenção na situação de trabalho, poderá haver o desencadeamento de uma patologia.

Por outro lado, os participantes caracterizam o seu cotidiano de trabalho como uma oportunidade de aprender coisas novas (82,6%), como variado (71,7%) e criativo (63%), contrapondo-se a apenas 32,6% que o caracterizaram como monótono. Um dos aspectos responsáveis pelas variações no trabalho dos farmacêuticos é o contato com o público, conforme será discutido posteriormente.

4.5.1 Autonomia e Iniciativa

No que se refere a autonomia e a iniciativa que os profissionais dispõem para a realização de suas atividades, percebeu-se, através das respostas obtidas de lado a lado do INSATS, níveis elevados em todos esses aspectos. Os resultados encontrados estão expostos na Tabela 5.

Tabela 5:

Autonomia e iniciativa no trabalho do farmacêutico

	SIM		NÃO	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Possibilidade de alterar a ordem de realizações das tarefas	43	93,5	03	6,5
Liberdade para decidir como realizar as tarefas	42	91,3	04	8,7
Possibilidade de influenciar o ritmo ou a velocidade de trabalho	39	84,8	07	15,2
Possibilidade de, frequentemente, tomar decisões por mim mesmo	34*	73,9	011	23,9
Possibilidade de escolher os momentos de pausa	37	80,4	09	19,6

NOTA: *Um participante preferiu não responder esse questionamento, fazendo n=45;

Os questionamentos realizados direcionam para uma autonomia referente à atividade do farmacêutico que concerne a forma de realização de suas atribuições e ao gerenciamento de tempo. Desta forma acredita-se que esta autonomia percebida pelos profissionais pode ser decorrente da importância do farmacêutico dentro do estabelecimento, especialmente no que concerne ao aspecto técnico da farmácia. Uma vez que o profissional é o responsável frente aos órgãos reguladores, supõe-se que o mesmo tenha mais liberdade na realização das suas atividades, mesmo que essa liberdade venha acompanhada de mais responsabilidade.

Essa autonomia pode ser consequência também da ampla regulamentação a qual está sujeita a profissão. Quando questionados se dispunham de guias, protocolos ou manuais de orientação nos quais possam se basear, 84,8% dos profissionais responderam afirmativamente. Uma das participantes, afirmou que tem a sua disposição as principais Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC's, estabelecidas pela ANVISA, que regulamentam as práticas farmacêuticas e que, em muitos casos, utiliza as mesmas para justificar, frente aos clientes, suas atitudes e as dos funcionários da empresa.

Em contrapartida, durante as entrevistas, identificou-se a ausência de autonomia frente a organização do trabalho de maneira mais ampla. A entrevistada 02 declarou ter que seguir o padrão imposto pela empresa na realização de sua atividade, não dispondo, assim de autonomia para seguir uma nova estratégia de resolução de problemas: *“É porque aqui a gente não tem autonomia. Eu não posso fazer nada que seja fora do padrão. [...] Então não existe essa autonomia (E2)”*.

O entrevistado 13 confirma tal situação justificando que o estabelecimento ao qual se vincula compõe uma grande rede de farmácias: *“Mudança... nessa rede é complicado. A gente tem que seguir o ritmo da loja, assim o padrão da loja. A gente sempre diz assim,*

que ‘Empresa A’ é um padrão que não pode ser quebrado. Tipo uma Coca-Cola, um Mcdonalds.”

A falta de autonomia priva o trabalhador de buscar superar a limitação do trabalho prescrito, negando desta forma, a necessidade de reduzir a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real (Molinier, 2013). Essa mesma autora pontua algumas ideias de Thomas Périlleux onde o mesmo afirma que impedir o trabalhador de agir através de sua autonomia significa impedir que o mesmo mobilize sua inteligência prática.

4.5.2 Relações no Trabalho

Reportando-se as relações estabelecidas dentro do contexto de trabalho, 76,1% da amostra confirmou a necessidade de ajuda entre os colegas de trabalho, já mencionado anteriormente. Também afirmaram que podem se expressar a vontade (89,1%) e que sua opinião é considerada para o funcionamento do serviço (93,5%). Esse último aspecto deve-se ao fato do farmacêutico ser o responsável técnico, o que implica determinada liderança frente aos demais funcionários.

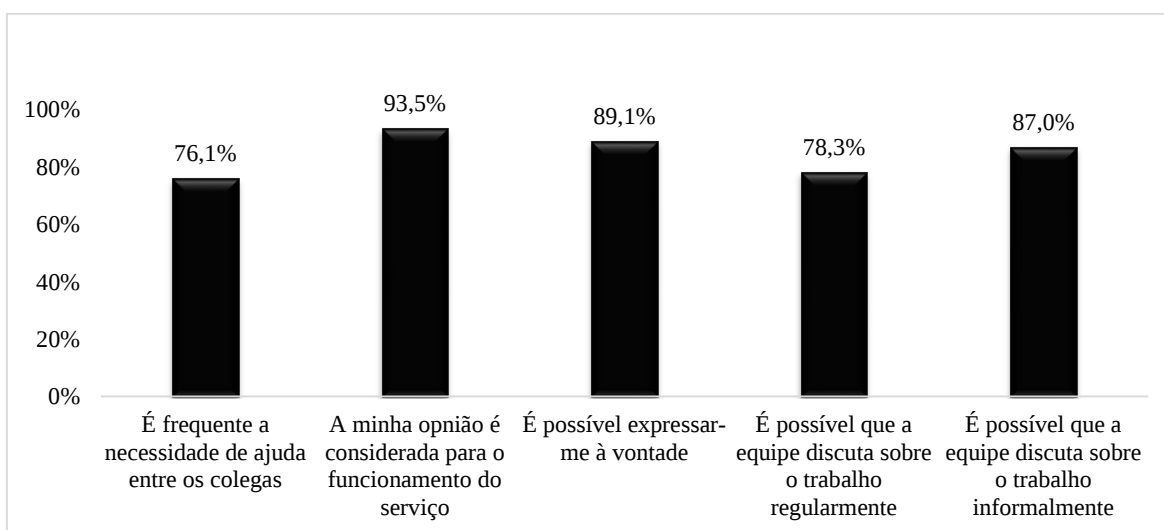


Figura 11: Relações no trabalho dos farmacêuticos

A questão da responsabilidade técnica pressupõe a cooperação dos profissionais que trabalham nas farmácias, o que exige que os mesmos se comuniquem entre si. Isto pode ser percebido nas questões alusivas à possibilidade de discutir regular (78,3%) e informalmente (87,0%) sobre o trabalho. Nascimento, Vieira e Araújo (2012) apontam que a comunicação de uma equipe no decorrer do trabalho, assim como a presença de regras e a adaptação do prescrito às condições da atividade são indicadores da atividade coletiva. Os trabalhadores não podem ser encarados como indivíduos dentro do contexto de trabalho, mas sim um coletivo que elabora soluções para os limites da organização do trabalho (Clot, 2010).

O fato dos farmacêuticos terem a sua disposição espaço para discussão nos remete ao que a Psicodinâmica do trabalho convencionou chamar de “espaços de deliberação”, onde os trabalhadores podem formular e defender suas concepções, direcionando, através da deliberação, para a criação das regras de trabalho (Dejours, 2012a).

Nas entrevistas, as relações no trabalho foram avaliadas de acordo com os vários atores que fazem parte do cotidiano de trabalho dos farmacêuticos. De maneira geral, as avaliações feitas pelos participantes foram positivas, caracterizadas como tranquilas, harmônicas, respeitadas, igualitárias. No entanto a entrevistada 03 pontua que, embora busque manter um bom convívio com todos, nem sempre isso é possível:

No ambiente de trabalho eu tento ter o melhor convívio possível, até impossível às vezes. Mas nem sempre a gente consegue. Tem muitas barreiras, tem aqueles que não lhe respeita. Ou você coloca a pessoa no devido lugar, e orienta ou não dá certo (E03).

No que se referem às relações estabelecidas com a chefia, os participantes afirmaram ter contato principalmente com a chefia imediata, como a supervisão farmacêutica. Em alguns casos os profissionais, ao ponderar sobre essa relação, reforçam a autonomia indicada anteriormente, e tomam isso como requisito para uma avaliação positiva da relação: *“Tranquila, o feedback é sempre positivo. A gente se trata por igual, minha chefia me apoia nas minhas decisões, ela não dar uma ordem em cima da minha ordem, a minha ordem ainda impera aqui” (E04).*

No que tange a relação com os colegas de trabalho, os participantes, embora a avaliem positivamente, destacam o fato de que há uma relação hierárquica e que às vezes sentem dificuldade quanto a isto. O participante 10 afirma que consegue manter uma boa relação com os colaboradores, embora o fato de ter que cobrar a realização das atividades implique dificuldades em tal relação: *“[Consegue manter uma boa relação com os funcionários?] Consigo, embora as vezes algum fica com raiva porque eu tenho que dizer que o trabalho foi errado, que ele não tá cobrindo o papel dele (E10)”*.

Outro aspecto que interfere nessa relação é uma suposta concorrência sentida pelo balconista quando o farmacêutico atua no atendimento ao cliente, conforme apontado pelo participante 11:

Já tive [problema], porque como te disse eu era visto como um balconista de luxo, e teve um desses que, tipo assim, falaram mal de mim para o chefe, é questão da competição. Então pediram minha cabeça, vamos dizer assim. Então, eu por mim mesmo, não continuei. Abria mão, deixava eles venderem. Muitas vezes fazia tudo, e dizia ‘Bota aqui tua senha’. Dava de graça pra eles a venda. Pra evitar algum constrangimento. Eles tem a razão deles, porque eles dependem da venda (E11).

Para além das relações com os colegas de trabalho, todos os farmacêuticos participantes da pesquisa estabelecem relação direta com o público. Essa relação se caracteriza por ser dicotômica, ora é fonte de satisfação profissional, ora é fonte de desgaste para o profissional, conforme será discutido em sessão posterior.

Quando solicitados a avaliar o relacionamento com o público, os participantes avaliaram também de maneira positiva: *“É sempre bom! Sempre entendem, não tem dificuldade (E07).”* Porém alguns participantes afirmaram ter problemas em lidar com o público:

Existem demais até [problemas com clientes]. Principalmente essas pessoas que chegam que e elas sabem que estão erradas, então elas já chegam cheias de razão. Muito brabas, muito nervosa, gritando, que é logo pra lhe amedrontar. Devido aos anos de experiência, a gente já sabe então que tem que ter aquele joguinho de cintura, com calma, falar baixo, bem meiga pra desarmar aquela pessoa. Porque se a gente for bater de frente, vai ser uma guerra (E10)

Tal comportamento pode ser encarado como uma regra de trabalho construída pelos próprios trabalhadores no enfrentamento de diversas situações com a clientela. Os macetes, os truques e as habilidades que resultam da gestão dessas variabilidades são recursos importantes no enfrentamento das dificuldades do cotidiano. A criação dessas regras convoca a inteligência astuciosa do sujeito, a qual está em constante ruptura com as regras e normas da organização do trabalho (Dejours & Abdoucheli, 2012).

Ao tratar do contato com o público, percebe-se que se trata de uma relação que demanda do profissional um grande investimento de si. Como visto na Tabela 6, os profissionais afirmaram sempre ter que lidar com exigências do público (50,0%), tendo às

vezes que gerir situações de tensão (37,0%). Outra exigência deste contato apontada 39,1% dos profissionais pesquisados remete a necessidade de envolver-se emocionalmente com o público, aspecto que se torna compreensível pelo fato de que os clientes, ao procurá-los para orientação farmacêutica, acabam por compartilhar seus problemas, sendo difícil para esse profissional não se envolver com as suas questões. Pode-se deduzir que este aspecto também repercute no fato de que às vezes 30,4% da amostra afirma que modifica ou adapta o modo de trabalhar para atender as necessidades do público.

Tabela 6: Exigências sentidas na relação com o público

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
Lidar com as exigências do público	50,0%	19,6%	26,1%	2,2%	2,2%
Lidar com situações de tensão nas relações com o público	19,6%	19,6%	37,0%	17,4%	6,5%
Suportar agressão verbal do público	15,2%	8,7%	32,6%	26,1%	17,4%
Suportar agressão física	-	-	6,5%	10,9%	82,6%
Envolver-me emocionalmente com o público	4,3%	28,3%	39,1%	10,9%	17,4%
Modificar ou adaptar o modo de trabalhar para atender as necessidades do público	17,4%	23,9%	30,4%	10,9%	17,4%

Uma vez que a profissão farmacêutica é uma atividade que envolve uma relação de serviço, os participantes do estudo foram inquiridos sobre uma possível exposição a riscos oriundos dessa relação, a qual os farmacêuticos responderam sentirem-se expostos ao risco de agressão verbal (80,4%), agressão física (45,7%), assédio sexual (32,6%) e intimidação (54,3%). Na aplicação do questionário, alguns profissionais afirmaram que, por se encontrarem em constante contato com o público, a exposição a todos esses tipos de risco é inevitável. Na Tabela 06, verifica-se que 32,6% dos profissionais afirmaram que às vezes é necessário suportar agressão verbal, enquanto 6,5% e 10,9% afirmam que às vezes e

raramente tem que suportar agressão física, embora todos afirmem nunca terem sido fisicamente agredidos. Esta situação é corroborada por Lancman, Sznclwar, Uchida e Tuacek (2007) que afirmam que é no trabalho em serviços onde se concentra o maior risco de violência no trabalho, sendo o contato com o público um dos fatores que aumentam este risco.

Durante as entrevistas, 53,3% dos participantes afirmaram estarem expostos ao risco de agressão, principalmente agressão verbal. Uma das participantes apontou que as principais causas que levam a agressão verbal e ameaça são os problemas com o receituário médico:

Sim, muitas. Verbalmente muitos. Seja porque um médico fez uma receita errada, e eu não admiti que fosse feita a dispensação, ou até chegar o caso de uma receita que ninguém entendia, era um rabisco. E o cliente queria, por fim e a força, que eu adivinhasse o que era aquilo. Ele chega a agredir verbalmente. Chama de burro, de incompetente. E até por outros motivos. Tem clientes que chegam aqui estressados e querem descarregar em cima da gente. Já fui muito agredida verbalmente. Fisicamente, graças a Deus, ainda não (E03).

Molinier (2013) destaca que as agressões sofridas no exercício da atividade profissional são as causas da patologia mental pós-traumática, sendo tal situação mais recorrente nos casos de trabalhos que exigem contato com o público, sobretudo em situações onde há conflitos e conseqüentemente uma relação degradada. Na Tabela 7, são apresentadas as características atribuídas às exigências do público.

Tabela 7:

Características das exigências e/ou necessidades do público

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
São imprevisíveis	13,0%	30,4%	43,5%	13,0%	-
São justas e claras	4,3%	26,1%	50,0%	19,6%	-
São sem cabimento ou difíceis de compreender	2,2%	15,2%	30,4%	41,3%	10,9%
São difíceis de atender por não haver recursos institucionais para viabilizá-las	-	13,0%	26,1%	26,1%	34,8%
São difíceis de atender porque não tenho autorização para buscar a solução	2,2%	10,9%	19,6%	32,6%	34,8%
Só podem ser atendidas com muito esforço ou através de soluções não previstas	-	4,3%	19,6%	39,1%	37,0%
São difíceis de atender porque a solução não depende de mim*	8,9%	17,8%	37,8%	24,4%	11,1%

Todos os farmacêuticos afirmaram que as exigências ou necessidades do público são imprevisíveis, justas e claras, embora variem na frequência em que ocorrem e só às vezes ou raramente podem ser sem cabimento ou difíceis de atender. Os participantes também consideraram que raramente essas exigências são difíceis de ser atender por não haver recursos institucionais para viabilizá-las, ou por só poderem ser atendidas com muito esforço ou através de soluções não previstas. Corroborando os dados referentes à autonomia, a maioria dos participantes (67,4%) afirmou que raramente ou nunca tem dificuldade de atender a demanda do público devido à falta de autorização para buscar a solução. Por fim, uma parcela expressiva da amostra afirmou que é difícil atender a demanda do público devido a solução não depender diretamente do farmacêutico, sendo que 8,9% afirmaram que tal situação ocorre sempre, 17,8% relatam acontecer frequentemente e 37,8% às vezes.

Ao avaliar o contato com o público, o mesmo foi considerado bom e gratificante por todos os farmacêuticos, embora também seja considerado sempre desgastante por

8,7%, frequentemente por 19,6% e as vezes por 39,1%. Também consideraram esse contato como desagradável, sendo que 10,9% afirmaram que tal situação ocorre frequentemente, 26,1% relatam acontecer às vezes e 45,7% raramente. Esses resultados confirmam a dicotomia percebida na relação do profissional farmacêutico com os clientes, e embora essa relação apresente alguns percalços, 95,7% dos profissionais consideraram que atendiam as solicitações dos clientes.

4.6 Reconhecimento e Realização no trabalho

O reconhecimento é um fator essencial para a identidade do sujeito, para a sua relação com o outro no contexto de trabalho, assim como para a transformação do sofrimento em prazer (Dejours, 2012a). Em contrapartida, a falta de reconhecimento está relacionada com sofrimento, adoecimento e despersonalização (Bendassolli, 2012). Dessa forma, buscou-se avaliar se os farmacêuticos consideram que seu trabalho é reconhecido e até que ponto se sentiam realizados em seu trabalho. A Tabela 8 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 8:

Reconhecimento sentido pelos farmacêuticos

	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca
Reconhecido pelos colegas	32,6%	26,1%	28,3%	10,9%	2,2
Reconhecido pela chefia	34,8%	15,2%	30,4%	15,2%	4,3%
Reconhecido pelo público	17,8%	42,2%	33,3%	6,7%	-
Reconhecido pela sociedade	8,7%	34,8%	37,0%	15,2%	4,3%
É gratificante pelo resultado atingido	39,1%	30,4%	17,4%	10,9%	2,2%

Pode-se observar que a amostra considera receber o devido reconhecimento pelo seu trabalho, uma vez que os itens “sempre” e “frequentemente”, foram apontadas por mais de 50% da amostra em quase todas as questões, com exceção do reconhecimento pela sociedade, onde a soma é igual a 43,5%.

Nas entrevistas alguns participantes referiram-se ao reconhecimento à profissão farmacêutica, indicando que perceberam uma melhoria referente a esse quesito:

Hoje em dia a população em si já sabe a diferença entre um balconista e um farmacêutico. Quando eu entrei em Farmácia várias pessoas, tiveram a capacidade de perguntar a mim e a minha mãe se eu estava estudando para entender a letra do médico [...] As pessoas tinham um conhecimento negativo da profissão. No começo me senti até um pouco arrependida, logo nos primeiros anos. “Ah meu Deus, escolhi uma profissão que não é nem reconhecida”. Mas hoje em dia é muito diferente a realidade da gente. (E06)

A entrevistada 15 embora aponte para uma melhoria no quesito de reconhecimento, destaca que ainda não se trata de uma situação ideal: *“Ela é reconhecida, mas não como merecia. [...] Porque antigamente o cara chegava assim, qualquer balconista era farmacêutico. Hoje em dia não”*

No que tange ao reconhecimento por parte da chefia, predominou uma avaliação negativa, tal como expresso na fala do entrevistado 8: *“Não! Não sou reconhecida não. Em nenhum momento. Me deixa triste, mas já aprendi a ignorar essas questões para não me decepcionar”*. Segundo Dejours (1993a) a falta de reconhecimento no trabalho pode destinar o sujeito a um processo de desmobilização, onde o mesmo não terá possibilidade de utilizar seus recursos de inteligência e personalidade. O autor destaca ainda que a

mobilização subjetiva é algo que acontece naturalmente e, portanto, não pode ser prescrita. Em contrapartida, a desmobilização é feita a contragosto do sujeito, devido ao risco que tal situação traz para a saúde mental. Em outro momento da entrevista, a mesma participante dá indícios de um processo de desmobilização, o que corrobora a existência de uma relação direta entre mobilização subjetiva e reconhecimento: *“O que ele me pede eu faço. Não faço a mais, porque não tenho motivação pra fazer. Então a gente fica naquele feijão com arroz e vai levando (E08)”*.

Quanto aos colegas de trabalho e clientes, os profissionais alegam sentir-se reconhecidos, principalmente no quesito técnico, a exemplo de situações em que se recorre ao farmacêutico para sanar dúvidas: *“Eles têm muita consideração pelas coisas que eu digo, vêm tirar dúvidas comigo, às vezes eles até sabem informar alguma coisa ao cliente, mas me chamam. Acho que eles tem um reconhecimento, sim. [...] [Clientes] Eles procuram o farmacêutico, pra falar, pra ser atendido, pra tirar alguma dúvida”*.

O entrevistado 14 também exemplifica o reconhecimento sentido por parte dos colegas e clientes: *“No mês de férias, eu recebia inúmeras ligações tanto de clientes como dos balconistas dizendo “volta logo”. Fico muito feliz com isso. Do cliente e da equipe eu recebo muito. Da chefia não.”*

No que se refere aos clientes, o sentimento de reconhecimento também emerge quando o cliente retorna a farmácia para agradecer por alguma orientação: *“Quando voltam e dizem olha doutora deu certo. Pronto! Isso é gratificante demais” (E12)*.

Os relatos acima apresentados nos remete ao processo de julgamento de utilidade, que diz respeito a utilidade social, econômica e técnica da contribuição do sujeito, (Dejours, 2012b), isto é, através do julgamento realizado pela hierarquia e eventualmente pelos clientes (Dejours, 2012b), o trabalhador tem o seu trabalho reconhecido como útil.

Esse reconhecimento permitirá a realização de si mesmo, além de possibilitar a transformação do sofrimento em prazer (Dejours, 2012a).

Nas entrevistas, os profissionais também foram questionados acerca de sua realização profissional, e doze dos quinze participantes afirmaram sentir-se realizados profissionalmente. Um dos fatores indicados pelos profissionais que colaboraram para esse sentimento de realização profissional refere-se a possibilidade de ajudar os outros:

Bom quando você ajuda as pessoas, “Oh doutora, tô sentindo isso e aquilo outro” e aí você vai passa a medicação, aí depois aquele paciente volta lá pra lhe agradecer, que ficou bem. Isso aí levanta muito o astral da gente [...] Porque a gente ajudou, conseguiu fazer o trabalho da gente andar, e a empresa também andou (E10).

Outro fator que se refere ao reconhecimento é o respeito sentido pelo profissional como consequência de seu trabalho, como no caso do entrevistado E13: “Porque eu acho que o trabalho da gente é reconhecido, o que a gente faz é bem respeitado”. Os participantes destacaram o aspecto afetivo como meio de realização profissional, como o fato de fazer o que gosta, de ter amor pela profissão e de se completar através da profissão:

Ah com certeza. Adoro! Porque é uma coisa que eu sempre quis, tô na função que eu quero e que eu gosto de fazer, e sempre procuro fazer, assim, com responsabilidade. Então eu me realizo com o que faço, eu não faço por fazer, eu faço porque eu gosto (E02).

Por fim, cabe destacar que 86,9% da amostra considerou seu trabalho gratificante pelo resultado atingido, sendo que 39,1% consideraram como sempre gratificante e 30,4% e 17,4% avaliam o trabalho como, respectivamente, frequentemente e às vezes gratificante. Tais apontamentos corroboram um cenário onde há uma predominância de profissionais que se sentem, de maneira geral, reconhecidos e realizados profissionalmente.

4.7 Trabalho, Prazer e Sofrimento

Analisar a relação entre trabalho e saúde exige considerar tanto as condições de trabalho que são ofertadas aos trabalhadores quanto a forma de organização do trabalho adotada. No primeiro caso, o endereço é o corpo do trabalhador, no segundo caso, é a dimensão psíquica que é afetada. Indo além do possível adoecimento, deve-se buscar estudar a normalidade, tendo em mente que esta não significa ausência de sofrimento, assim como não implica a exclusão do prazer (Dejours, 2012c). A complexidade das relações de trabalho permite que o sofrimento coexista com o prazer (Dejours, 1988b), sendo ambos indissociáveis do trabalho (Dejours, 2012b).

Partindo deste pressuposto, na presente categoria serão discutidas as vivências de sofrimento e prazer no trabalho dos farmacêuticos, destacando, em primeiro lugar, as situações de trabalho que geram incômodo ao trabalhador e, em segundo lugar, as dificuldades presentes no dia a dia do farmacêutico, bem como as situações geradoras de sofrimento. Por fim, nos debruçamos sobre as vivências de prazer encontradas no trabalho destes profissionais.

Para identificar o nível de incômodo sentido pelos profissionais pesquisados nas situações de trabalho, calculamos a média de incômodo para cada item apresentado. A escala de respostas do tipo *Likert* varia de um a quatro pontos, onde um seria “nenhum

incômodo” e quatro “muito incômodo”, de maneira que quanto mais alta a média encontrada, maior o nível de incômodo. Salienta-se que os participantes foram orientados a deixarem em branco as questões que não caracterizavam sua situação de trabalho, de maneira que o “f” de cada questão representa o número de participantes exposto às situações específicas, conforme visto na Tabela 9:

Tabela 9: Situações incômodas no dia a dia do trabalho do farmacêutico

	<i>f</i>	Min	Max	M	DP
Estar exposto a um ambiente físico nocivo	31	1	4	2,7	1,0
Realizar gestos precisos e minuciosos	31	1	4	1,8	1,0
Gastar muito tempo com deslocamento	30	1	4	1,9	0,8
Ter que me adaptar a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho	43	1	4	1,6	0,8
Controlar/monitorar equipamentos	32	1	3	1,4	0,6
Ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimentos de outras pessoas	43	1	4	2	1,1
Não dispor de condições necessárias para atender demandas do público	41	1	4	2,7	1,1
As exigências corporais	42	1	4	2,2	1,2
O ritmo de trabalho	43	1	4	2,5	1,2
Estar exposto ao risco de agressões	38	1	4	2,5	1,2
Estar exposto ao risco de discriminação	28	1	4	2,1	1,1
Trabalhar só	38	1	4	1,9	1,3
Trabalhar na presença de outros, sem poder se isolar	45	1	4	1,8	1,2
Comunicar-se de forma quase permanente com as outras pessoas	44	1	4	1,4	8,4
Ter um trabalho em que sou constantemente solicitado	44	1	4	1,8	1,0
Ter um trabalho que exige longos períodos de concentração intensa	39	1	4	1,8	1,0
Ter um trabalho em que me sinto explorado	27	1	4	2,7	1,2
Ter um trabalho em que me sinto insatisfeito	30	1	4	2,8	1,2
Não ser bem orientado quanto à forma de realização das atividades	34	1	4	2,6	1,2

Os dados encontrados demonstram a presença de sentimento de incômodo na amostra, embora os níveis vivenciados sejam relativamente baixos para a maioria dos itens.

Isto por ser percebido pelo fato que apenas sete dos 19 itens apresentam médias maiores que o ponto médio da escala (2,5). A situação que mais causa incômodo aos farmacêuticos é “ter um trabalho em que me sinto insatisfeito”, apontada por 65,2% (n= 30) da amostra, com uma média de 2,8. Com média igual a 2,7 tivemos os itens “estar exposto a um ambiente físico nocivo”, “não dispor de condições necessárias para atender demandas do público” e “ter um trabalho em que me sinto explorado”, situações essas que afetaram respectivamente, 67,4%, 81,9% e 58,7% da amostra. Por fim, com média de 2,5 tivemos “o ritmo de trabalho” e “estar exposto ao risco de agressões”, alcançando 93,5% e 82,6% da amostra, respectivamente.

Em contrapartida, os itens que menos incomodam os participantes são “controlar/monitorar equipamentos” e “comunicar-se de forma quase permanente com as outras pessoas”, com média igual a 1,4, sendo que no primeiro item a alternativa “muito incômodo” não foi assinalada por nenhum participante. Deve-se destacar que, embora a maioria dos itens não ultrapasse o ponto médio da escala, todos eles foram pontuados como sendo incômodo por uma parcela maior ou menor da amostra.

No tocante a questão “Ter um trabalho em que me sinto explorado”, 11,1% afirmou sentir-se sempre explorado, 4,4% respondeu frequentemente, e 24,4% e 15,6% indicaram sentir-se, respectivamente, às vezes e raramente explorado. Esse dado pode estar sinalizando para uma situação de desequilíbrio entre o que é demandado dos trabalhadores farmacêuticos e a retribuição que recebem em função do investimento que realizam cotidianamente.

Nas entrevistas, os participantes foram questionados sobre as dificuldades encontradas no seu dia a dia e as situações geradoras de sofrimento no trabalho. Destacaram a esse respeito o fato de lidar com diferentes categorias de pessoas, sejam elas clientes ou empregados da farmácia. Os participantes mencionaram dificuldades como

lidar com pessoas diversas e ter que assumir a responsabilidade pelas atitudes dos mesmos. É no âmbito da atividade de gerir pessoas que se encontra a grande fonte de dificuldades, especialmente quando se trata de administrar conflitos entre os balconistas decorrentes tanto do sistema de comissões adotado na farmácia quanto da divisão do trabalho entre eles.

É assim, lidar com pessoas. Quando você vai assumir uma função, e ser responsável por algumas pessoas [...] geralmente vai ter uma pessoa que vai dar muito trabalho. Eu acho muito difícil lidar com pessoas assim e pra mim é muito difícil ter que desligar ou fazer alguma coisa. Os balconistas vivem de vendas. Aí é muita briga, mesmo tendo um fluxo grande de clientes, tem uma rixa, tem que tá amenizando. Fora as brigas por causa das atribuições. Se um não vê que o outro não faz, já diz que não vai fazer. Então a gestão de pessoas, pra mim, é o maior problema. (E14)

Desta forma, percebe-se que a atuação do farmacêutico extrapola as atividades técnicas propriamente ditas (controle de medicamentos, atenção farmacêutica, etc.), cabendo a esse profissional atuar também no campo da gestão de pessoas, como apontado pela farmacêutica E01: “O mais difícil é lidar com as pessoas, todo mundo tem um gênio diferente e que a gente tem que conviver da melhor maneira e deixar passar muita coisa pra tentar diminuir qualquer turbulência que venha a ocorrer”.

No relato da participante 02 a necessidade de orientação e acompanhamento constante das atividades realizadas pelos balconistas constitui uma atribuição do farmacêutico:

Dificuldade... é porque assim, como você lida com pessoas, cada pessoa é um mundo. Tem uns que assimilam e outros não. Então às vezes acontece de um balconista receber uma receita errada, e ali já foi falado, refalado, re-refalado, então, a maior dificuldade é essa, a gente nunca encontra tudo perfeitozinho, sempre tem que bater na mesma tecla (E02).

Outra profissional indicou que a responsabilidade do farmacêutico pelas ações de outros constitui uma fonte não desprezível de sofrimento no trabalho, conforme apontado anteriormente nos aspectos organizacionais da profissão farmacêutica:

Quando eu peço alguma, que eu sei que aquilo tá errado, que eu sei que a fiscalização tá chegando, e não faz. Isso daí me deixa agoniada. Quando chega [a fiscalização] cai em cima de mim. Não foi porque fulano não fez. Tem coisas que não dependem (E15).

Com base na fala anterior, a participante foi questionada se o fato de ser constantemente fiscalizada trazia sofrimento, a qual respondeu: “*Traz. Incomoda muito. Quando eu entrei era diferente, era mais humana. Hoje não. Chega já é olhando você de cima, e querendo derrubar mesmo. Pelo mínimo detalhe.*”

Para além do relacionamento com os balconistas, os farmacêuticos também apontaram o relacionamento com a gerência como gerador de sofrimento: “*O que me incomodava mesmo, era tipo o gerente da outra loja que eu trabalhei. Que gerente não respeitava o farmacêutico como deveria ser respeitado. Sempre tinha esse atrito. [...] E assim, isso me incomodava muito.*” (E13). Segundo Dejours (1988b) há um tipo de sofrimento que é resultante das relações no trabalho, sejam elas relações entre colegas,

com a hierarquia ou mesmo com o público, conforme pode ser observado na presente pesquisa.

Ainda no que se refere ao tema das relações no trabalho, foi apontada a dificuldade de lidar com as demandas do público, pois pressupõe sensibilidade para identificar o perfil de cada cliente, o tipo de demanda que está sendo apresentado e, por fim, o atendimento que deve ser ofertado. O contato com o público reclama, portanto, o desenvolvimento de competências relacionais, que vão guiar o tipo de abordagem e a resposta que será oferecida a cada cliente: *“Lidar com o público é uma coisa que não é fácil, tem que ter aquela sensibilidade de captar o que o cliente quer. Dependendo até do grau de instrução você saber como deve falar, explicar pra que ele entenda” (E12).*

Outra situação relacionada ao atendimento ao público e que representa fonte de sofrimento para os profissionais pesquisados é a incapacidade de agir frente às determinadas necessidades do cliente. A entrevistada 10 relata que, devido à implantação da lei que regulamenta a venda de antimicrobianos (ANVISA, 2011), em alguns casos a mesma não pode ajudar o cliente indicando um medicamento que auxilie na recuperação de sua saúde:

“Não poder ajudar a população carente. Foi com essa nova lei dos antimicrobianos, que você sabendo do medicamento que vai ajudar aquela pessoa, que vai melhorar a vida daquela pessoa, e você não poder fazer nada. Quer dizer, você tá de mãos atadas [...] e não é bom pra gente. Fico muito triste em não poder ajudar as pessoas nesse âmbito.”

Essa realidade representa o sofrimento tal como compreendido pela Clínica da Atividade, ou seja, como uma consequência da atividade impedida ou da amputação do

poder de agir do sujeito (Clot, 2001) e pela qual o trabalhador não consegue dar provas a si mesmo e aos outros de seu valor (Bendassolli, 2011). Esse dado corrobora o fato de 89,1% dos farmacêuticos se sentirem incomodados por não disporem de condições necessárias para atender as demandas do público.

Segundo Dejours (2012a) a lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho real não pode ser preenchida integralmente. Esta discrepância se dá a conhecer através do fracasso, como experiência desagradável e dolorosa. Segundo esse autor, trabalhar é buscar superar o fracasso experimentado encontrando uma solução favorável. Esta situação pode ser observada no discurso de um dos participantes: *“Se no balcão, não poder resolver, não ter uma resposta satisfatória, ali pro cliente, agente fica um pouco que decepcionada “Oh! meu Deus eu não consegui resolver” (E12).* Para superar tal situação, a participante afirma dispor de material de pesquisa e fazer uso da internet para efetivar o atendimento.

Outro aspecto considerado gerador de sofrimento no trabalho dos farmacêuticos é a falta de reconhecimento e a indiferença sentida pelos profissionais. Dejours (2012a) assinala que o reconhecimento no trabalho garante a estabilidade da identidade e, por consequência, a preservação da saúde mental. Em contrapartida, a ausência desse reconhecimento coloca a saúde mental em risco.

No caso dos farmacêuticos entrevistados a falta de reconhecimento foi sentida no fato da empresa não enxergar o esforço do profissional em realizar todas as suas atribuições: *“Você faz 99% e quando chegam não sabem dizer nada de bom que fez. Só chega reclamação. Procura fazer 100%, embora não seja feito dessa forma.” (E10).* Outro profissional afirma que o que lhe faz sofrer é a indiferença manifestada pela empresa diante das iniciativas que toma:

Quer implantar alguma coisa, pior do que receber um não, é você não receber resposta nenhuma. Se mando algo e espero resposta e não recebo, é porque eu não existo, eu não tenho importância. É cruel. A indiferença profissional é muito prejudicial, você não sabe a resposta quando precisa e nem sabe se vai receber próximo. Aí você não faz seu serviço do jeito que você quer fazer ou quer alcançar um objetivo. Você fica à mercê. A indiferença é dolorosa. (E11)

Dejours (2012a) assinala que a maioria dos trabalhadores busca uma oportunidade de contribuir com a organização do trabalho, de maneira que cabe a esta não inibir a mobilização subjetiva, mas, ao contrário, impulsionar a dinâmica do reconhecimento. Lamentavelmente essa realidade não condiz com aquela vivenciada pela participante E11, que aponta claramente uma indiferença no tocante a sua contribuição.

O discurso desse participante demonstra ainda a importância do reconhecimento ao nível da identidade quando afirma não existir e não ter importância devido à falta de reconhecimento às suas tentativas de colaboração. Como declara Dejours (2012a) o reconhecimento do fazer resulta em gratificação identitária, em conquista de identidade. Em contrapartida, quando a dinâmica do reconhecimento inexistente, como no caso mencionado, não há transformação do sofrimento em prazer.

A falta de reconhecimento enquanto profissional de saúde também foi referida como uma dificuldade no trabalho dos farmacêuticos, tal como apontado na fala a seguir: *“Reconhecimento dos clientes. Profissional da área de saúde, graduado, pós-graduado que ele tem livre acesso, a qualquer momento e eles não procuram” (E04).*

Para uma das participantes, a maior dificuldade enfrentada refere-se a dispensação dos medicamentos de controle especial, especialmente no que se refere ao receituário médico:

Hoje em dia uma das maiores dificuldades de um farmacêutico é a dificuldade com as prescrições, que vem erradas, incompletas. Então os médicos hoje não prescrevem, colocam as prescrições incompletas, tem casos que são aberrações. Aí a gente vai orientar o cliente a voltar no médico, aí ele fecha com a gente, esculhamba a gente, sai com raiva do estabelecimento e quem está certo é o médico. Então a maior dificuldade, eu tenho certeza, que todos os farmacêuticos enfrentam é pra exercer e fazer o correto, que é o que a gente é cobrado pela vigilância, e o CRF é consequência do erro dos médicos. (E03)

A Portaria nº 344/98, define as regras para as prescrições e dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial e apresenta uma divisão desses medicamentos em classes (A1, A2, A3, B1, B2, C1, C2, C3, D1 e D2). Para cada classe há um procedimento específico de prescrição que deverá ser seguido pelo médico. Ao farmacêutico cabe avaliar a origem e adequação do uso do receituário com o tipo de substância prescrita, a posologia indicada e a duração do tratamento, devendo o mesmo decidir ou não pela dispensação do medicamento. Para uma melhor compreensão das normas referentes ao receituário de medicamentos controlado, optou-se por apresentar um resumo da referida portaria:

Lista	Tipo de Receita	Validade de receita após prescrita	Quantidade Máxima por Receita
A1/ A2/ A3 Entorpecentes/ Psicotrópicas	Notificação de Receita A – Amarela	30 dias – válida em todo território nacional, desde que apresente laudo médico	Quantidade para 30 dias de tratamento

B1 Psicotrópicos	Notificação de Receita B1 - Azul	30 dias – válida somente no estado emitente	Quantidade para 60 dias de tratamento
B2 Anorexígenas	Notificação de Receita B2 - Azul	30 dias – válida somente no estado emitente	Quantidade para 30 dias de tratamento
C1 Psicoativos	Receita de Controle Especial/ Branca/ em 2 vias - A primeira via retida pela farmácia ou drogaria e segunda via, para o paciente	30 dias – válida em todo território brasileiro	Quantidade para 60 dias de tratamento
C2 Retinóides (Uso tópico)	Receita de Controle Especial (2 vias) (Sem retenção de receita)	30 dias – válida em todo território brasileiro	Quantidade para 60 dias de tratamento
C2 Retinóides (Uso sistêmico)	Notificação de Receita Especial Retinóides/ Branca/ Termo de Consentimento de risco e consentimento pós-informação para paciente do sexo feminino menores de 55 anos de idade/ Termo de Consentimento de risco e consentimento pós-informação para homens e mulheres maiores de 55 anos de idade.	30 dias – válida em todo território brasileiro	Quantidade para 30 dias de tratamento
C3 Imunossuppressores	Notificação de Receita Talidomida/ Branca/ Deve vir acompanhada do Termo de Esclarecimento para Usuário de Talidomida e de Termo de Responsabilidade	15 dias – válida somente no estado emitente	Quantidade para 30 dias de tratamento
C4 Anti-Retrovirais	Receita de Controle Especial/ Branca/ Sujeitas a Receituário do Programa DST/AIDS ou Sujeitas a Controle Especial em 02 vias. A primeira via retida pela farmácia ou drogaria e segunda via, para o paciente.	30 dias – válida somente no estado emitente	
C5 Anabolizantes	Receita de controle especial/ Branca/ em 2 vias. A primeira via retida pela farmácia ou drogaria e segunda via, para o paciente	30 dias – válida em todo território brasileiro	Quantidade para 60 dias de tratamento
D1 Precursores	Receita simples/ sem retenção	-	-
D2	Polícia Federal	-	-

Figura 12: Orientação para a Prescrição, Comércio e Dispensação de Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial

NOTA: Fonte: Adaptado de Borges, E. (2008). Orientação para a Prescrição, Comércio e Dispensação de Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial (p. 6). Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: http://www.unifesp.br/reitoria/residuos/orientacao-geral/arquivos/medicamento_sujeitos_a_controle_especial.pdf.

Os farmacêuticos pesquisados apontaram vários problemas encontrados nas receitas apresentadas pelos clientes, tais como: letras ilegíveis; receitas incompletas; prescrição de medicamentos obsoletos que não estão mais à venda; posologia e apresentação do

medicamento incorretas; prescrição em receituário incorreta, por exemplo, um determinado medicamento que deveria ser prescrito na receita azul, é prescrito na receita branca. A entrevistada 08 esclarece que estas situações representam dificuldades para o trabalho do farmacêutico que acaba por ser responsabilizado pelos contratempos impostos aos clientes:

[Dificuldade com o receituário] Encontra bastante. Aqui na farmácia a gente barra essas receitas, o que gera insatisfação do cliente. E assim, o cliente nunca põe a culpa no médico, são poucos os que colocam. É sempre da farmácia, do farmacêutico que não liberou, que é uma chatice. [Quais os erros?] Questões de datas, preenchimento incorreto, classe de medicamento que eles prescrevem. Porque cada receita tem suas cores, então eles costumam trocar, que em receitas amarela eles colocam numa azul. Alguns quando o cliente volta eles corrigem de bom grado, mas outros... Ai já gera a insatisfação no cliente, e ele dificilmente volta (E08).

Entre os vários casos relatados destacamos o seguinte: o de um médico que tinha a intenção de prescrever um medicamento para o estômago e na receita prescreveu um hormônio feminino. Como consequência, o paciente apresentou crescimento das mamas. O cliente retornou a farmácia acusando que o funcionário tinha realizado a dispensação incorreta do medicamento. Como meio de mostrar que o erro não tinha sido da farmácia, a farmacêutica, juntamente com o cliente e o gerente da loja, visitaram outros estabelecimentos e apresentaram a mesma receita, constatando assim que o erro havia sido do próprio médico, tendo a dispensação sido feita corretamente. Por fim, a profissional entrou em contato com o prescritor, o qual fez ameaças de denunciá-la junto ao CFF por erro de dispensação. Em contrapartida, ela afirmou que também o levaria para o Conselho

Federal de Medicina - CFM, por erro na prescrição de medicamento. Esta circunstância nos permite dimensionar a dificuldade existente no relacionamento com a classe médica quanto a questão do receituário e que gera obviamente sofrimento para o farmacêutico.

Embora com menor frequência, a essa situação podem ser acrescentadas outras dificuldades do tipo: sentimento de acomodação profissional, frequentes interrupções e os imprevistos cotidianos: “*Os imprevistos. Ter jogo de cintura pra lidar com certos tipos de situações*” (E09). Também como vivência de sofrimento no trabalho foi mencionada por uma participante a falta de convivência com os filhos.

Para Dejours (2011b) não importa a origem do sofrimento experimentado pelo sujeito, é necessário apenas que esse sofrimento seja experimentado pelo corpo, de modo que exija uma superação plausível apenas através do próprio trabalho. Essa superação se efetiva quando o sujeito alcança o prazer no trabalho. Dessa forma, buscou-se identificar as fontes de prazer no trabalho dos farmacêuticos. No INSATS-BR, quando arguidos sobre sua satisfação no trabalho, verificou-se que 23,9% dos farmacêuticos afirmaram estar sempre satisfeitos, 43,5% sentem-se frequentemente satisfeitos e 19,6% sentem-se às vezes satisfeitos, demonstrando que a amostra experimenta o sentimento de satisfação para com o seu trabalho.

Não obstante, em pesquisa realizada por Lima, Eulálio e Targino (2004), com farmacêuticos responsáveis técnicos atuantes também em Campina Grande, Paraíba, foi identificado um sentimento de frustração profissional devido à falta de reconhecimento financeiro, técnico e de espaço de atuação nas farmácias. Desta maneira, percebe-se que a realidade da profissão farmacêutica vem se alterando, permitindo que o profissional possa experimentar satisfação no trabalho, mesmo que ainda exista muito a conquistar.

Percebeu-se, de forma quase unânime entre os participantes, que suas vivências de prazer são resultantes do contato com o público, mais especificamente da possibilidade de

ajudar o cliente e deste receber o reconhecimento por seu trabalho. Vários participantes da pesquisa relataram que o retorno do cliente à farmácia para agradecer pela ajuda é uma fonte de satisfação, por fazê-lo sentir-se, de alguma maneira, útil à sociedade. Nos trechos a seguir os participantes exemplificam essa percepção:

É quando você, vamos supor, dá uma explicação pro cliente, e ele faz o tratamento e depois vem me agradecer dizendo que deu tudo certo [...] Porque se for só pela do médico ele não vai nem saber como tomar o remédio. (E02)

Saber que estou sendo útil de alguma forma para a sociedade. Que a gente tem um papel importante como farmacêutico de informar, esclarecer, prestar assistência farmacêutica (E09).

A melhor parte é quando a gente conversa com o cliente. Que ele chega, vem atrás de você e diz: “Vim aqui porque certo dia eu vim [você] passou um medicamento que deu certo”. Ai você se sente bem. Foi uma coisa boa que fez. Isso daí realmente dá satisfação. (E15)

Essa circunstância pode ser entendida pela reflexão desenvolvida por Dejours (2011b) onde, ao contemplar os resultados do trabalho realizado, o trabalhador consegue ultrapassar o sofrimento e transformá-lo em satisfação. Outra situação apontada como geradora de prazer, como indicado pela Psicodinâmica do trabalho (Dejours, 2012a) é sentir-se reconhecido pelo seu trabalho. Dejours (2012b) aponta que é graças ao reconhecimento que uma parte do sofrimento consegue ser transformada em prazer. O discurso da entrevistada 10 demonstra o sentimento de satisfação decorrente do

reconhecimento operado pela fiscalização, que não encontrou erros na farmácia, e pela própria supervisão que atestou o bom trabalho realizado:

No final é você obter um bom resultado de tudo o que fez. Quando chega a vigilância sanitária que encontra tudo arrumadinho na sua farmácia, não encontra nenhuma pendência. Quando chega o pessoal da matriz, sua coordenadora e lhe parabeniza pelo trabalho, foi um trabalho bem feito, que tá tudo em ordem, isso daí deixa a gente satisfeito (E10).

Bastos (2007), ao avaliar a satisfação no trabalho de farmacêuticos comunitários no Estado do Rio de Janeiro, encontrou situações semelhantes à apresentada pela participante 10. A autora aponta que os profissionais experimentam a satisfação através do sentimento de dever cumprido e da sensação de vitória pelo seu trabalho.

Por fim, o fato de ser reconhecido e tratado como farmacêutico também foi apontado como prazeroso no trabalho, por despertar no trabalhador o sentimento de valorização profissional. O participante 11, ao discorrer sobre este reconhecimento, pontuou que anteriormente assumia atividades que não eram de sua competência, o que lhe gerava sentimento de insatisfação:

Aqui a gente é farmacêutico mesmo. Já trabalhei em outras farmácias que a gente era farmacêutico, balconista, caixa, atendente telefônico, gerente e carregador. Essa atual, não. Aqui sou farmacêutico mesmo. Em outra farmácia eu tinha obrigação de vender. Quando estava orientando alguém, era reclamado por estar perdendo tempo deixando de vender. Aqui eu trabalho à vontade. Sou valorizado, e me dá muita satisfação (E11).

Os resultados encontrados na pesquisa realizada por Bastos (2007) em muito se assemelham aos dados obtidos na presente pesquisa. Segundo a autora as fontes de sofrimento apontadas pelos farmacêuticos foram a acomodação, a falta de reconhecimento no trabalho, o conflito com autoridade administrativa ou profissional e a intransigência dos balconistas quanto as orientações técnicas. Em contrapartida, os aspectos geradores de satisfação no trabalho foram o sentimento de vitória e a sensação de utilidade. Nesse caso, percebeu-se um predomínio do sentimento de insatisfação para com o trabalho.

Tal realidade não foi identificada na presente pesquisa, pois a amostra experimenta sentimentos de satisfação, pontuado por momentos de insatisfação. Destaca-se a dicotomia percebida na relação com o público, pois ao mesmo tempo em que ela constitui fonte de sofrimento, é também responsável pelo sentimento de satisfação e valorização.

4.8 Trabalho e Saúde

O estado de saúde dos trabalhadores se explica em grande medida pelas características do trabalho, ou seja, pela forma como está organizado e pelas condições em que se desenvolve. O trabalho é visto como um fator crucial ao equilíbrio psicossomático (Dejours, Dessors & Deriaux, 1993) e atende à objetivos de construção da identidade, de realização de si mesmo e de preservação da saúde mental, podendo ser encarado tanto como gerador de saúde como, ao contrário, fonte de sofrimento e adoecimento (Dejours, 1994a).

Enfocando a saúde dos farmacêuticos, tal como já discutido, os profissionais estão submetidos à condições e organização de trabalho desgastantes. Embora outras pesquisas tenham se debruçado sobre a atividade de trabalho dessa categoria (Bastos & Caetano,

2010; Franceschet & Farias, 2005; Cruz, S. Rios & C. Rios, 2013), a saúde dos profissionais não se constituiu enquanto objeto de estudo. Partindo do pressuposto que entre o trabalho e saúde sempre há uma relação, buscaram-se investigar quais problemas de saúde os farmacêuticos comerciais enfrentam ou enfrentaram na realização de sua atividade. Observou-se primeiramente que 54,3% dos participantes consideraram que seu trabalho afeta sua saúde, enquanto 39,1% afirmam que sua saúde foi afetada por um trabalho anterior. Na Tabela 10, são apresentados os problemas mais recorrentes apontados pelos participantes.

Tabela 10: **Problemas de saúde apresentados pelos farmacêuticos**

		Sim		Relação percebida com o trabalho			Não	
		n	%	Causado	Agravado	Não tem relação	n	%
Problemas físicos	Dores de cabeça	29	63,0	21,7%	13,0%	26,1 %	17	37,0%
	Problemas de visão	27	58,7	13,0%	6,5%	37,0%	19	41,3%
	Problemas musculares e das articulações	28	60,9	34,8%	15,2%	8,7%	18	39,1%
	Alergias	19	41,3	4,3%	8,7%	28,3%	27	58,7%
	Varizes	25	54,3	37,0%	13,0%	4,3%	21	45,7%
	Problemas na coluna vertebral	18	39,1	10,9%	15,2%	10,9%	28	60,9%
Problemas psíquicos	Fadiga geral	27	58,7	30,4%	13,0%	10,9%	19	41,3
	Ansiedade	28	60,9	19,6%	17,4%	21,7%	18	39,1
	Irritabilidade	23	50,0	23,9%	15,2%	8,7%	23	50,0
	Problema de sono	19	41,3	19,6%	4,3%	17,4%	27	58,7
	Stress	35	76,1	41,3%	21,7%	10,9%	11	23,9
	Mudanças bruscas de humor	14	30,4	15,2%	6,5%	6,5%	32	69,6
	Depressão	11	23,9	4,3%	0,0%	19,6%	35	76,1

Para uma melhor compreensão da relação estabelecida entre trabalho e saúde os resultados encontrados foram dispostos enquanto problemas físicos e problemas psíquicos. No que se refere aos problemas de saúde físicos apresentados foi apontada uma relação com o trabalho expressiva para os problemas musculares e das articulações (60,9%), sendo 34,8% causados e 15,2% agravados pelo trabalho; assim como para as varizes (50,3%),

onde 37,0% dos participantes indicam que este problema de saúde foi causado pelo trabalho e 13,0% indicam que foi agravado pelo trabalho; e as dores de cabeça (63,0%), que para 21,7% dos profissionais foram causadas pelo trabalho, enquanto para 13,0% foram agravadas pelo trabalho.

No que se refere aos problemas de saúde psíquicos, percebe-se a existência de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, uma vez que 76,1% da amostra indicaram stress (41,3% causado pelo trabalho e 21,7% agravado), 60,9% ansiedade (19,6% causado pelo trabalho e 17,4% agravado), e 58,7% fadiga geral (30,4% causado pelo trabalho, e 13,0% agravado). A esse quadro ainda se somam os problemas com sono (41,3%), a irritabilidade sentida por 50,0% dos profissionais, e, embora em menor percentual, a depressão (23,9%, sendo que para 4,3% causada pelo trabalho) e as mudanças bruscas do humor ou alterações do comportamento (30,4%, sendo 21,7% relacionada ao trabalho).

Na realização das entrevistas, 33,0% dos participantes responderam não ter problemas de saúde relacionados ao trabalho. Daqueles que responderam de maneira afirmativa, os problemas apontados foram: dores nas pernas, musculares e nas articulações; gastrite nervosa; infecção urinária; problemas na circulação; problemas no joelho; sinusite, rinite, varizes e cansaço. Referindo-as aos problemas psíquicos, os problemas assinalados foram: stress, transtorno obsessivo compulsivo e depressão.

Identificar uma possível relação entre a saúde e o trabalho, não constitui uma tarefa fácil. Borsoi (2007) pontua que ainda é frequente um suposto distanciamento entre os problemas de saúde e o trabalho, embora já seja notório que o trabalho afete a saúde do trabalhador. Para a autora, a grande dificuldade está em comprovar de maneira objetiva a existência de tal relação, reconhecendo assim se tratar de uma doença profissional ou relacionada ao trabalho. Outro aspecto a ser apontado é que o próprio trabalhador

difícilmente associa sua doença ou sofrimento ao seu trabalho (Borsoi, 2007; Glina, Rocha, Batista & Mendonça, 2001).

Partindo do princípio que há uma relação entre a saúde dos farmacêuticos com as condições e organização de trabalho as quais estão submetidos, foi utilizado o teste X^2 para identificar possíveis correlações entre os problemas de saúde relatados pelos profissionais e suas situações de trabalho.

A esse respeito, verificou-se a existência de correlação estatística entre “permanecer muito tempo em pé” com ter problemas musculares e das articulações ($X^2=4,207$; $p<0,05$) e problemas na coluna vertebral ($X^2=4,763$; $p<0,05$). Estar submetido a posturas penosas mostrou-se estatisticamente significativo com ter problemas musculares ($X^2=6,543$; $p<0,05$); ter problemas na coluna ($X^2=5,263$; $p<0,05$) e ter varizes ($X^2=4,544$; $p<0,05$). Mostraram-se significativas ainda as correlações entre ter problemas na coluna e estar submetido a esforço físico intenso ($X^2=8,726$; $p<0,05$) e gestos repetitivos ($X^2=5,477$; $p<0,05$).

Também foram encontradas correlações entre apresentar dores musculares crônicas e estar submetido à postura penosa ($X^2=9,00$; $p<0,05$) e esforço físico intenso ($X^2=5,625$; $p<0,05$); assim como ter adormecimento frequente dos membros e uma postura penosa no trabalho ($X^2=4,27$; $p<0,05$). Esses problemas de saúde foram encontrados em uma parcela menor da amostra: 17,4% afirmaram ter dores musculares crônicas, sendo causado (8,7%) ou agravado pelo trabalho (8,7%); enquanto 23,9% afirmaram ter adormecimento frequente dos membros (sendo 13,0% causado pelo trabalho, e 6,5% agravado). Mesmo que apenas um menor número de trabalhadores apresentem tais problemas, os mesmos não devem ser ignorados.

Nas entrevistas, os próprios profissionais indicaram uma correlação entre dores musculares e nas articulações e varizes com o fato de permanecer muito tempo em pé. A

entrevistada 08 afirmou ter: *“dores musculares, nas articulações por passar muito em pé, e o cansaço mesmo, é muito cansativo ficar em pé o tempo todinho”*. Tal realidade é apresentada por Gomide (2010) que explicita que a postura em pé afeta principalmente os membros inferiores, tanto no que se refere as LER/DORT, como também a dor, desconforto e cansaço.

Tal postura também foi associada ao desenvolvimento de varizes, como pode ser observado na fala da entrevistada 09: *“Na outra farmácia que eu trabalhei, eu atendia muito tempo no balcão, e no balcão não tem cadeira, ninguém pode sentar no balcão. Passava horas em pé e eu tive problema de varizes por conta disso.”*

A entrevistada 12 também alegou a mesma razão para o desenvolvimento de varizes:

Eu ficava muito tempo em pé, sentia muitas dores nas pernas, inclusive comprei aquelas meias, fiquei usando medicamentos [...] era muita dor nas pernas. Porque também eram mais de 7 horas em pé. Foram quatro meses assim, depois de quatro meses é que foi melhorando. Desenvolvi varizes mesmo nesse período (E12).

Gomide (2010) explica que embora a postura em pé seja frequentemente associada ao surgimento de varizes, não há consenso quanto a isso. Alguns autores defendem que a postura sentada seria a responsável pelo surgimento de tal problema de saúde. Tal constatação é preocupante no contexto da profissão farmacêutica, devido ao fato que, conforme apontado anteriormente, tais profissionais costumam alternar entre trabalhar sentado e em pé, com ou sem deslocamento (Ver Figura 8). Esta constatação embasa o fato que 54,3% da amostra afirmar ter problemas de varizes.

A entrevistada 10 indicou que devido a existência de escada no seu ambiente de trabalho percebeu um agravamento no seu problema de joelho: *“Tive problema no joelho, devido a essa escadaria: subindo e descendo, subindo e descendo... comecei com um problema no joelho”*. Em outro caso, a saúde da profissional foi afetada devido ao ritmo de trabalho excessivo que impossibilitava que a profissional tomasse água e fosse ao sanitário, fazendo com que a mesma desenvolvesse infecção urinária:

Teve uma vez que eu tive infecção urinária, porque tava pouca gente na farmácia, tinha gente de atestado, de férias e não tinha tempo pra ir no banheiro e beber água. Eu bebia pouca água e ficava prendendo [urina] aí deu uma infecçãozinha (E09).

No que se refere aos problemas de saúde psíquicos, buscou-se inicialmente avaliar as correlações destes com as condições de trabalho, sendo obtidas correlações significativas entre fadiga geral e permanecer muito tempo em pé com deslocamento ($X^2=5,502$; $p<0,05$) e entre irritabilidade e estar sujeito a uma postura penosa ($X^2=10,602$; $p<0,05$). Ao analisar as correlações com os fatores organizacionais percebeu-se que irritabilidade apresentou correlações significativas com o “ter que atuar a partir da demanda ou necessidades dos clientes” ($X^2=4,600$; $p<0,05$), e com “possibilidade de, frequentemente, tomar decisões por si mesmo” ($X^2=5,494$; $p<0,005$). Sofrer alterações bruscas do humor ou alterações do comportamento também se relacionou com “ter que atuar a partir da demanda ou necessidades dos clientes” ($X^2=5,590$; $p<0,05$), bem como com ter a possibilidade de discutir sobre o seu trabalho regularmente ($X^2=5,275$; $p<0,05$). Também foram encontradas correlações significativas entre fadiga geral e a necessidade de fazer várias coisas ao mesmo tempo ($X^2=16,226$; $p<0,001$), bem como com ter que se

apressar ($X^2=6,002$; $p<0,05$) e a frequente necessidade de ajuda entre colegas ($X^2=7,715$; $p<0,05$).

Oliveira, Viganó, Lunardelli, Canêo e Goulard Júnior (2010) ao realizarem uma revisão teórica acerca da fadiga no trabalho, identificaram algumas pesquisas que buscaram encontrar possíveis relações entre fadiga e ambiente e condições de trabalho. Compilando os resultados encontrados, tem-se uma relação positiva entre a fadiga e trabalhos executados sob longas jornadas de trabalho, constantes pressão por produção associada à falta de autonomia, além da presença de condições como alternância de turnos, riscos físicos, complexidade da atividade e postura adotada durante a sua execução. Tais dados corroboram as correlações encontradas na presente pesquisa entre ter fadiga e postura para a realização do trabalho e excesso de atividades, e diferem no quesito de falta de autonomia.

Nas entrevistas os problemas psíquicos apontados foram Estresse, Depressão e Transtorno Obsessivo Compulsivo. Uma das participantes falou longamente sobre como a sobrecarga de trabalho e a cobrança constante foram responsáveis por uma série de transtornos psíquicos que sentiu, o que a levou a buscar uma ajuda psiquiátrica:

E psicológico foi devido a tanta cobrança, a tanta coisa, era tanta coisa no dia a dia, e aquilo foi me sugando de uma forma, que eu fiquei com o um problema assim tipo depressivo. [...] Com a mudança na empresa a pressão foi tanta, que eu chegava em casa transtornada mesmo, precisava de calmante, eram calmantes, calmantes e calmantes. Tive que procurar um psiquiatra. Meu dia a dia, já não tava conseguindo fazê-lo tranquilamente. Então todos os dias chegava na empresa e tomava um calmante natural, pra conseguir me concentrar, me segurar diante de certas situações, porque a vontade que dava era de pipocar mesmo, eu ia pra briga

mesmo. Teve dia do supervisor, ele me chamou a atenção várias vezes [...] De tanto problema que ele me trazia ao longo do dia. Que eu tinha que fazer isso, que eu tinha que fazer aquilo... Que eu tinha que ir pra vigilância sanitária, que eu tinha que resolver isso, era tanta pressão, tanta pressão que vinha: “E por que tava acontecendo isso, porque eu não tava vendo isso acontecer dentro da farmácia”. Então eu disse: “Meu amigo, ou você para com isso, ou eu vou ter que lhe mandar para o inferno. Pare com isso. Só tem eu dentro da farmácia?” Só tinha eu porque eu era RT eu tinha que saber de tudo, tinha que direcionar os problemas todos. Por que ele não chegava na hora da outra farmacêutica e ele não detonava? [...] Ai, depois disso, a empresa foi mudando, esse supervisor acabou saindo da empresa, chegaram outros, uma nova supervisora que também chegou com uma cobrança muito grande: “Doutora, e a sua sala? Você não vai arrumar sua sala?” e eu disse: “Olhe você pare com isso aí, vou arrumar a sala quando eu tiver tempo de ajeitar a sala, porque eu estou sozinha”. A outra farmacêutica tava de licença [...] Então era eu pra tudo. De manhã de tarde e de noite, eu tinha que tá dando conta de tudo, todo o recado [...] Foi que a gerência chegou, veio conversou com ela: “Não. Tenha calma, porque ela tá sozinha, todo os dia ela sai daqui às 17:00 horas, 18:00 horas, pra deixar as coisas organizadas”. Aí ela veio e me pediu desculpas. [...] Mas a pressão foi tão grande que tive que ir... “Doutor, eu vou enlouquecer”, porque eu já tava com uma coisa de manias [...] eu dispensava um medicamento, a cliente ia pro caixa, eu ia através pra saber se eu tinha realmente dispensado o medicamento certo. Então com uma pressão psicológica tão forte, tão forte, que eu precisei correr atrás de um psiquiatra. Aí ele viu, ele disse que eu já tava com um transtorno obsessivo e que precisava tratar

aquilo ali. Hoje atualmente to tomando medicamento que o psiquiatra passou, pra futuramente não vir a problemas maiores (E10).

No decorrer deste discurso ficou evidente o quanto a participante foi afetada pelo quadro organizacional em que operava. Com base em Sampaio e Messias (2002), podemos afirmar que, para além do sofrimento no trabalho, esse relato espelha uma situação onde o trabalho parece constituir o elemento determinante do desenvolvimento de um transtorno psíquico, precisamente por revelar “as tentativas de entender, superar, evitar ou tornar suportável os sofrimentos psíquicos” (Sampaio & Messias, 2002, p. 151).

Sato e Bernardo (2005) enfatizam a dificuldade de reconhecer o trabalho como causador de problemas de saúde mental. Borsoi (2007) reitera tal dificuldade ao enfatizar que no âmbito da saúde mental não se encontra o caráter palpável dos problemas que atingem diretamente o corpo, além da dificuldade do próprio indivíduo de identificar seu sofrimento como sendo de origem psíquica. A fala do entrevistado 11 desmente uma representação de que o trabalho do farmacêutico “é relativamente fácil”, ou seja, não impõe tantas exigências nem do ponto de vista físico nem psíquico. Tal representação é negada por vários depoimentos que tanto se referem a problemas físicos como psíquicos produzidos ou desencadeados pelo trabalho.

Posso dizer à você o seguinte, como farmacêutico eu não tô sofrendo tantos riscos como os demais colegas. Porque a gente não tem a obrigatoriedade de tá levando caixa, pegando caixa, tem pessoas pra isso. O que a gente faz mais aqui é atendimento ao cliente, é um trabalho relativamente fácil. Não tem a questão física de você tá se comprometendo, tendo o risco de ter algum problema sério (E11).

Neste ponto deve-se retomar a ideia tão bem defendida por Canguilhem (2006) onde a vivência e a percepção da saúde são exclusivas do indivíduo. Só dessa forma é possível indicar o momento de início de um sintoma, e posteriormente, de uma patologia. Lunardi (1999) enfatiza a importância da avaliação do próprio indivíduo frente as situações experimentadas, como meio de identificar suas influências em seu dia a dia e em sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar a relação entre trabalho e saúde dos farmacêuticos atuantes em farmácias e drogarias de Campina Grande – Paraíba. Como meio para melhor compreender a relações entre tais aspectos, nos debruçamos sobre as condições e as formas de organização do trabalho dos farmacêuticos, o conteúdo do trabalho destes profissionais, a discrepância entre o trabalho prescrito e real, as fontes de sofrimento e prazer destes profissionais, e as manifestações do processo de adoecimento da categoria.

Frente à complexidade de tais objetivos, optou-se por fazer uso de abordagens e técnicas metodológicas distintas, o que reforçou a importância da complementariedade entre métodos de modo à possibilitar um enriquecimento empírico e, por conseguinte, uma discussão mais sustentada. A experiência em relação à aplicação do Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviços – INSATS confirmou a capacidade de abrangência do instrumento frente às realidades de trabalho, permitindo conhecer as situações que caracterizam o trabalho dos farmacêuticos.

Durante a aplicação foram observados alguns aspectos do instrumento nos quais nos baseamos para indicar possíveis alterações para o questionário. Alguns participantes explicitaram que sentiram dificuldades de responder ao INSATS, pois as escalas de respostas variavam de uma questão a outra, o que exigia um esforço de entendimento das diferentes lógicas de categorização. Detectou-se, também, que algumas escalas não ofereciam a possibilidade de respostas mais próximas da realidade. Segundo os respondentes, as questões referentes às “Instalações no trabalho”, “Autonomia” e “Relações no trabalho” (respectivamente os itens 3.3, 3.5, 3.6 e 3.7), que apresentam como possibilidade de respostas “sim” ou “não”, poderiam ter mais possibilidades, a exemplo da escala de cinco pontos de Likert que varia de “sempre” a “nunca”.

A organização do instrumento por eixos temáticos facilita o entendimento e a reflexão por parte do participante da pesquisa no tocante a sua realidade de trabalho por agrupar questões que abarcam uma mesma temática. No entanto, percebe-se que a sequência estabelecida dos eixos temáticos “Educação e Trabalho” - “Vida familiar, trabalho doméstico e lazer” - “O meu estado de saúde” e “Proteção e cuidado”, gera certa confusão dos participantes, pois o eixo referente à vida fora do trabalho interfere a lógica temática que se apresenta encadeada. Sugere-se, assim, rever a localização do eixo temático “Vida familiar, trabalho doméstico e lazer”, de maneira a garantir uma continuidade das questões referentes à profissão, onde se ligariam os eixos “Educação e trabalho”, “O meu estado de saúde” e “Proteção e cuidado”. Tal modificação permitirá ao participante focalizar inicialmente o seu trabalho e posteriormente deslocar a sua atenção para a vida extratrabalho.

Conforme aludido anteriormente, optou-se neste estudo por realizar a aplicação do INSATS com o auxílio do pesquisador. Embora se tenha conhecimento da orientação de “autoaplicação”, a experiência mostrou-se enriquecedora, pois se caracterizou como uma fonte de dados imprescindível para o entendimento efetivo da realidade de trabalho e da própria dinâmica do instrumento. Diante da complexidade das situações de trabalho e das suas implicações para os trabalhadores, deve-se enfatizar que dar voz ao trabalhador é um meio necessário de conhecer as condições as quais o mesmo está submetido. Obviamente tal encaminhamento consome mais tempo do pesquisador o que no presente estudo não se revelou um problema.

O uso da entrevista como ferramenta metodológica complementar auxiliou em uma percepção mais global e mais aprofundada desta realidade, tornando possível uma validação dos dados, e uma obtenção de sentido das respostas oferecidas. Embora seja preciso ponderar que a junção de tais instrumentos tornou a coleta de dados

demasiadamente longa, a riqueza de dados provenientes de tal agrupamento demonstra ser válida tal temeridade.

Pensando no trabalho dos farmacêuticos no contexto das farmácias comerciais, percebe-se que os mesmos têm responsabilidades frente à saúde da população, o que pode ser observado quando refletimos as atividades de Assistência e Atenção Farmacêutica, o controle de medicamentos sujeitos a controle especial, o controle de qualidade nos produtos ofertados à população, entre outros. Tais atividades corroboram a perspectiva do farmacêutico como profissional de saúde, embora imerso no âmbito comercial. Tal constatação foi e continua sendo bastante questionada, inclusive pelos próprios farmacêuticos participantes. Não obstante, as repercussões de prováveis erros de dispensação, os riscos no consumo desenfreado de medicamentos de controle especial (psicotrópicos ou antimicrobianos), bem como da automedicação, esclarecem que o papel do profissional farmacêutico é de dar meios à população de reverter a doença, e preservar e recuperar sua saúde.

Apesar dos profissionais apontarem para a realização da Assistência e Atenção Farmacêutica ou afirmarem atuar com base nessa perspectiva, apreende-se que tais práticas ainda se encontram em um estado incipiente, quer seja por falta de abertura nas empresas, ou por desconhecimento do próprio profissional. Este último aspecto foi observado no fato que alguns profissionais descaracterizaram o atendimento no balcão como atividade do farmacêutico, quando este seria um pré-requisito para efetivação de tais práticas. Desta forma, torna-se iminente a necessidade de elucidação da proposta com o intuito de garantir que os profissionais compreendam a amplitude e importância de tais práticas.

No que se refere à formação obtida ainda na graduação apreendeu-se que tal processo ocorreu de maneira insuficiente e em descompasso com a realidade do mercado de trabalho. Foram recorrentes os discursos dos profissionais referindo-se as dificuldades

de adaptação ao mercado de trabalho, devido à distância entre o que era ensinado na universidade e a realidade com a qual se deparavam na farmácia comercial, de tal forma que reforça a importância da experiência prática para uma formação profissional adequada.

Em se tratando da prática profissional dos farmacêuticos, ficou evidente uma mudança quanto à realidade da profissão, onde se percebe uma maior aceitação do papel regulador do profissional, mesmo que isto ocorra devido a uma maior fiscalização dos órgãos responsáveis. Esta realidade também pode ser observada na presença efetiva do farmacêutico na farmácia, situação que demonstra que o profissional está conseguindo provar sua importância dentro do ambiente farmacêutico, sendo consequentemente chamado a assumir seu posto de trabalho, o que não ocorria há alguns anos.

Pensando nas condições de trabalho às quais estão submetidos os profissionais, um dado recorrente nas várias redes de farmácias foi à insatisfação salarial, responsável por induzir o trabalhador ao acúmulo de vínculos empregatícios e consequente sobrecarga de trabalho. Esta realidade é corroborada quando comparamos o piso salarial no estado da Paraíba e nos demais estados, onde se percebe um que o salário no estado ainda é deficiente e distante da realidade dos demais estados do Brasil, mesmo aqueles com realidade econômica semelhante. Soma-se ainda a carga de responsabilidade sentida pelos farmacêuticos frente às normas e fiscalizações às quais estão sujeitos.

No que tange aos aspectos físicos do trabalho, deve-se ter em mente a variedade de condições percebidas, devido ao fato de que os profissionais estão vinculados a diferentes redes de farmácias. De modo geral foi percebida a exposição constante a ruídos, ao calor intenso e a poeira. Os trabalhadores também estão submetidos à posturas penosas e posições de trabalhos contínuas que acabam por repercutir na saúde do trabalhador. Embora os dados apontem para a necessidade de mudanças quanto às condições de trabalho, deve-se destacar que esse processo já é percebido em algumas redes, onde o

profissional dispõe de local, mobiliário e instrumentos de trabalho. Em uma das redes cujos farmacêuticos participaram da pesquisa, foi percebida uma preocupação maior com as condições de trabalhos oferecidas, em especial o fato de o profissional ter a sua disposição a “sala do farmacêutico”, contando com computador próprio e exclusivo, além de climatização adequada. Esta realidade exemplifica a maior valorização percebida da profissão farmacêutica.

Assim como ocorre com as condições de trabalho, os fatores organizacionais também variam de acordo com a organização de trabalho, justificando dessa forma a variedade de respostas encontrada. Foi percebida uma sobrecarga de trabalho, caracterizada pela constante necessidade de fazer várias coisas ao mesmo tempo e de ter que se apressar, além das frequentes interrupções que sofrem os profissionais. O excesso de normas, bastante característicos da profissão farmacêutica, é apontado pelos participantes como influencia ao sentimento percebido de autonomia frente às atribuições dadas ao farmacêutico, o que não ocorre frente à organização do trabalho. Verificamos ainda uma avaliação positivas das relações estabelecidas, embora estas também possam ter momentos de conflitos, como no caso do relacionamento com os balconistas.

Um aspecto característico do trabalho do farmacêutico é o contato com o público, ora fonte de satisfação profissional, ora fonte de desgaste para o profissional. Os profissionais colocaram esse contato como sendo permeado por momentos de tensão, e é o principal responsável pela constante exposição às agressões, assédio e intimidação. Deve-se saber que relações de serviços impõem situações ao trabalhador que são imprevisíveis, o que exige do mesmo um maior investimento de si. No caso dos farmacêuticos, a situação que demanda um investimento de tempo e energia pelo profissional, refere-se à dispensação e medicamentos sujeitos a controle especial.

No que tange ao reconhecimento e a realização profissional, os farmacêuticos afirmaram sentirem-se reconhecidos principalmente quando se aponta a utilidade prática de seu trabalho para o cliente, em especial no cuidado da saúde do mesmo. Essa situação, somada ao fato de fazer aquilo que gosta é responsável pela realização profissional sentida pelos profissionais. Tal cenário representa um avanço ocorrido na profissão, uma vez que os profissionais afirmam que anteriormente não sentiam tal reconhecimento.

Todo o trabalho permite ao trabalhador vivências de sofrimento e prazer. Na nossa amostra as fontes de sofrimentos apontadas foram a constante necessidade de lidar com pessoas, a exigência de assumir a responsabilidade pelos outros funcionários, a indiferença sentida por parte da empresa para as contribuições oferecidas, e os problemas enfrentados quanto ao receituário médico. O contato com o público também foi apontado como fonte de sofrimento devido à exigência de sensibilidade no trato com as pessoas e a impossibilidade de ajudar os clientes. Confirmando a importância de poder auxiliar o cliente, a principal vivência de prazer apontada está na possibilidade de ajudar o cliente, e em contrapartida, receber o reconhecimento por seu trabalho prestado. O reconhecimento recebido por parte da chefia também foi apontado como fonte de prazer.

Ao serem questionados acerca do seu estado de saúde, os participantes destacaram como principais problemas físicos de saúde dores de cabeça, problemas de visão, problemas musculares, alergias, varizes e problema na coluna vertebral. Quanto à saúde psíquica percebeu-se a fadiga geral, a ansiedade, a irritabilidade, problema de sono, stress e modificações bruscas. Tais problemas de saúde se mostraram correlacionados com as Condições e Organização do Trabalho.

Diante da realidade encontrada, sugere-se a realização de pesquisas que possam confrontar os dados aqui apresentados, e que permite uma comparação da realidade desta amostra com os profissionais de outras localidades. Previamente, destaca-se que os

resultados encontrados despertam para a necessidade de se implantar uma série de melhorias no trabalho dos farmacêuticos.

Esse processo de mudança está em curso, podendo ser percebido pela redução da jornada de trabalho dos profissionais, pela implantação do espaço do farmacêutico em algumas farmácias, pela maior valorização da profissão sentida pelos profissionais e principalmente, pela presença do farmacêutico na farmácia. Embora alguns estabelecimentos não possuíssem farmacêutico na hora em que foram visitados, de maneira geral, o farmacêutico pode ser encontrado no seu ambiente de trabalho, onde é o seu lugar, o que confirma uma maior aceitação do farmacêutico no âmbito da farmácia.

Como limitações da pesquisa, tivemos a impossibilidade de realizar coletas de dados fora do ambiente de trabalho. Embora tenha sido possível a aplicação do INSATS e a realização das entrevistas, em alguns momentos percebeu-se a necessidade do funcionário de mudar de tema pela presença da chefia e dos colegas de trabalho. Desta forma, aconselha-se que futuras pesquisas com a categoria busquem estratégias de coleta de dados que possam ultrapassar tais dificuldades.

Destaca-se, por fim, a necessidade de mais pesquisas com ênfase na relação saúde e trabalho desses profissionais. Contudo, espera-se principalmente, que os resultados ora apresentados possam ser utilizados pelos órgãos representativos da categoria como meio de alcançar melhorias no dia a dia de trabalho dos profissionais.

REFERÊNCIAS

Abrahão, J., Sznclwar, L. Silvino, A., Sarmet, M. & Pinho, D. (2009). Introdução à Ergonomia: da prática à teoria. São Paulo: Blucher.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC ° 344, de 12 de maio de 1998.

Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em:<

http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf>.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC ° 44, de 17 de agosto de 2009.

Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/180809_rdc_44.pdf>.

Acesso em 03 junho 2012.

Almeida, R. G. de (2011). A ergonomia sob a ótica anglo-saxônica e a ótica francesa.

Vértices, 13(1), 111-121.

Alves, S. A., Queiroz, F. R. C. de, Silva, J. C. P. & Paschoarelli, L. C. (2010). A arte do trabalho: Jules Amar. Em J. C. P. Silva & L. C. Paschoarelli (Orgs.), *A evolução histórica da ergonomia no mundo e seus pioneiros* (pp.49-54). São Paulo: Cultura Acadêmica.

Angonesi, D., & Rennó, M. U. P. (2011). Dispensação Farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3883-3891.

Angonesi, D., & Sevalho, G. (2010). Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & saúde coletiva*, 15(3), 3603-3614.

- Araújo, A. L. A., Ueta, J. M., & Freitas, O. D. (2005). Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 26(2), 87-92.
- Associação Brasileira de Normas Técnicas (1987). *Norma NBR 10152 (NB 95): níveis de ruído para conforto acústico*. Rio de Janeiro: ABNT.
- Athayde, M. R. C. (1996). *Gestão de Coletivos de Trabalho e Modernidade: questões para a engenharia de produção*. (Tese de doutorado). COPPE/UERJ, Rio de Janeiro.
- Backes, M. T. S., Rosa, L. M. D., Fernandes, G. C. M., Becker, S. G., Meirelles, B. H. S., & Santos, S. M. D. A. D. (2009). Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista de enfermagem UERJ*, 17(1), 111-117.
- Balisa-Rocha, B. J., Silva, D. T. da, Júnior Lyra, D., Brito, G. de C. & Aguiar, P. M. (2010). *O percurso histórico da atenção farmacêutica no mundo e no Brasil*, Fascículo V. São Paulo: CRF.
- Barros-Duarte, C. & Cunha, L. (2010). INSAT 2010 – Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. *Laboreal*, 6(2), 19-26.
- Barros-Duarte, C., Cunha, L. & Lacomblez, M. (2007). INSAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, 3(2), 54-62.
- Bastos, C. R. G. (2007). *Tem farmacêutico na farmácia: as percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias do estado do Rio de Janeiro*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Bastos, C. R. G., & Caetano, R. (2010). As percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias em uma região do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 3541-3550.
- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. Em A. F. Fonseca & A. M. A. Corbo (Org.), *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ.
- Bendassolli, P. F. (2011). Mal estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(1), 65-99.
- Bendassolli, P. F. (2012). Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, 17(1), 37-46.
- Borges, M. E. S. (2010). *As contribuições da Ergonomia da Atividade*. (Apostila do curso de Especialização em Gestão de Recursos Humanos e Psicologia Organizacional). Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa.
- Borsoi, I. C. F. (2007). Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 19(1) (Edição Especial), 103-111.
- Brito, J. C. de. (2008a). Trabalho prescrito. Em I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Coord.), *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (pp. 440-445). Rio de Janeiro: EPSJV
- Brito, J. C. de. (2008b). Trabalho real. Em I. B. Pereira & J. C. F. Lima (Coord.), *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (pp. 453-459). Rio de Janeiro: EPSJV

- Brito, J., Athayde, M. & Neves, M. Y. (Orgs.), (2003). *Caderno de método e procedimentos*. Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB.
- Canguilhem, G. (2006). *O normal e o patológico*. (2ª Ed.) Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el Estatuto Epistemológico del Concepto de Salud. *História, Ciências, Saúde, Magalhães, IV (2)*, 287-307.
- Caponi, S. (2010). Georges Canguilhem: del cuerpo subjetivo a la localización cerebral. *Salud colectiva*, 6(2), 149-161.
- Carrillo, G.G.G. (2000). Ensino farmacêutico e a necessidade de mudanças na concepção de estágio na carreira do farmacêutico-bioquímico. *Revista Educação Pública*, 9(16), 25-41.
- Clot, Y. (2007). *A Função Psicológica do Trabalho*. (2ª Ed.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Clot, Y. (2001). Clínica do trabalho, clínica do real. Tradução para fins didáticos: Kátia Santorum e Suyanna Linhales Barker. Revisão: Cláudia Osório. *Le Journal des Psychologues*, 185.
- Clot, Y. (2006). Vygotski: para além da Psicologia Cognitiva. *Pró-posições*, 17(2), 19-30.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum editora.
- Coelho, V. N. D. P. D., Zanatto, C. M. G., & Matias, S. R. D. S. (2007). O resgate da profissão farmacêutica: elo entre a saúde e o paciente. *Cenarium Farmacêutico*. 1(1), 1-6

Conselho Federal de Farmácia – CFF. Resolução 357 de 20 de abril de 2001 que prova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>>. Acesso em 03 junho de 2012.

Conselho Federal de Farmácia – CFF. Resolução 542, de 19 de janeiro de 2011 que dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na dispensação e no controle de antimicrobianos. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>>.

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (2009). *A Trajetória da Prática Farmacêutica Sob o olhar do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo*. CRF: São Paulo.

Cruz, A. D. da, Coutinho, E. C. M., Sena Rios, P. S. de, & Rios, M. C. (2013). Avaliação do conhecimento e conduta dos farmacêuticos, responsáveis por farmácias comunitárias em Aracaju - SE. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT*, 1(2), 81-94.

Cruz, L. G., Sena Rios, P. S. de, & Cardoso Rios, M. (2013). Perfil Profissional: a identidade e os fatores que influenciam o exercício pleno das atribuições farmacêuticas em Aracaju/SE. *Caderno de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT*, 1(2), 95-105.

Cruz, M. M. (2011). Concepções de saúde-doença e o cuidado com a saúde. Em R. Gondim, V. Graboys & W. Mendes (2011). *Qualificação de gestores do SUS*. (2ªed. rev. ampl.) (pp. 21-34). Rio de Janeiro: EAD/ ENSP.

- Dejours C. (1993b). Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. Em H. Hirata (org.), *Sobre o "modelo" japonês* (pp. 281-309). São Paulo: EDUSP.
- Dejours C. (2011a). *O fator humano*. (5ª Ed.). Rio de Janeiro: Editora da FGV.
- Dejours, C (1994a). O trabalho como enigma. Em S. Lancman & L. I. Sznclwar (Orgs). (2011). *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (pp. 151-166). Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.
- Dejours, C. & Abdoucheli, E. (2012). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. Em C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet. *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp.119-145). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. & Deranty, J. P. (2010). The Centrality of Work. *Critical Horizons*, 11(2), 167–180
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14(54), 7-11.
- Dejours, C. (1988a). Sofrimento e prazer no trabalho: a abordagem pela psicopatologia do trabalho. Em S. Lancman & L. I. Sznclwar (Orgs.), (2011). *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 167-184). Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.
- Dejours, C. (1988b). Uma resposta durante o seminário “Sofrimento e prazer no trabalho”. Em S. Lancman & L. I. Sznclwar (Orgs.), (2011). *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 185-192). Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.

- Dejours, C. (1993a). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica. Em S. Lancman & L. I. Sznelwar (Orgs.), (2011). *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 57-124). Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.
- Dejours, C. (1993c). Inteligência Prática e sabedoria prática: duas dimensões esquecidas. Em S. Lancman & L. I. Sznelwar (Orgs.). (2011). *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (pp. 381-408). Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.
- Dejours, C. (1994b). Entre sofrimento e reapropriação: O sentido do trabalho. Em S. Lancman & L. I. Sznelwar (Orgs.). (2011). *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 433-448). Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social*. (7ª Ed.). Rio de Janeiro: FGV.
- Dejours, C. (2008). *Avaliação do trabalho submetida à prova real. Cadernos de Trabalho Tecnologia e Organização II*. São Paulo: Blucher.
- Dejours, C. (2009). Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? *Revista CULT*, 139, 49-53.
- Dejours, C. (2011b). Trabalhar não é derrogar. *Laboreal*, 7(1), 76-80.
- Dejours, C. (2012a). *Trabalho Vivo II: Trabalho e Emancipação*. Tradução: Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012b). Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicologia em Estudo*, 17(3), 363-371.

- Dejours, C. (2012c). Trabalho e Saúde mental: da pesquisa à ação. Em C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet. *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (pp.45-65). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C., Dessors, D. & Derslaux, F. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, 33(3), 98-104.
- Diniz, R. L. (2003). *Avaliação das demandas físicas e mentais no trabalho do cirurgião em procedimento eletivo* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Doppler, F. (2007). Trabalho e saúde. Em P. Falzon (Org.), *Ergonomia* (pp. 47-58), São Paulo: Bluncher.
- Falzon, P. (2007). Natureza, objetivos e conhecimentos da Ergonomia. Em P. Falzon (Org.), *Ergonomia* (pp. 3-19). São Paulo: Bluncher.
- Farina, S.S. & Romano-Lieber, N. S., (2009). Atenção farmacêutica em farmácias e drogarias: existe um processo de mudança? *Saúde e Sociedade*, 18(1), 7-18.
- Ferreira, M. C. & Barros, P. C. R. (2003). (In)Compatibilidade Trabalho Prescrito – Trabalho Real e vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores: um diálogo entre a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. *Revista Alethéia*, 16, 115-128.
- Figueiredo, M., & Athayde, M. (2005). Organização do trabalho, subjetividade e confiabilidade na atividade de mergulho profundo. *Revista Produção*, 15(2), 172-183.

- Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Franceschet, I. (2003). *Análise das atividades realizadas pelos farmacêuticos no serviço de farmácia pública no município de Florianópolis, SC*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Franceschet, I., & Farias, M. R. (2005). Investigação do perfil dos farmacêuticos e das atividades desenvolvidas em farmácias do setor privado no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Acta Farmacêutica Bonaerense*, 24(4), 590-597.
- Galato D., Alano, G.M., Trauthman, S.C. & Vieira, A.C. (2008). A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 34(3), 465-75.
- Glina, D. M. R.; Rocha, L. E.; Batista, M. L. & Mendonça, M. G. V. (2001). Saúde Mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Caderno de Saúde Pública*, 17(3), 607-616.
- Gomide, A. B. L. (2010). *Análise da carga de trabalho para prevenção da fadiga – um estudo de caso operador de checkouts*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, Universidade Estadual Paulista, Bauru.
- Gondim, S. M. G. (2002). Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. *Estudos de psicologia*, 7(2), 299-309.

- Guimarães, L. B. de M. (2011). Ergonomia e fatores humanos: bases científicas. Em F. S. Másculo & M. C. Vidal (org.), *Ergonomia: trabalho adequado e eficiente* (pp. 111-131). Rio de Janeiro: Elsevier/ ABEPRO.
- Günter, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210.
- Iida, I. (2005). Ergonomia. *Projeto e produção*. (2ª ed.). São Paulo: Edgard Blücher.
- Lancman, S. (2011). O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. Em S. Lancman & L. I. Sznclwar (orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 25-45). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Lancman, S., Sznclwar, L. I., Uchida, S. & Tuacek, T. A. (2007). O trabalho na rua e a exposição à violência no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 11 (21), 79-92.
- Láuar, A. C. F., Lima, M. J. A. de, Lima, V. F. T. de, Silva, J. C. P. & Paschoarelli, L. C. (2010). A origem da Ergonomia na Europa: contribuições específicas de Inglaterra e França. Em J. C. P. Silva & L. C. Paschoarelli (orgs.), *A evolução histórica da ergonomia no mundo e seus pioneiros* (pp.55-60). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Lei Federal nº 5991 de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm

Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm

Leite, E. G. (2005). *Estabilidade: importante parâmetro para avaliar a qualidade, segurança e eficácia dos fármacos e medicamentos*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Leite, S. N., do Nascimento Jr, J. M., Costa, L. H., & Barbano, D. A. B. (2008). I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25), 461-462.

Lhuillier, D. (2002). Trabalho. Em J. Barus-Michel, E. Enriquez, & A. Lévy (Coord.), *Dicionário de Psicossociologia* (pp. 210–219). Lisboa: Climepsi.

Lima, R. S. C., Eulálio, M. do C., Targino, M. de L. S. (2004). *Farmacêutico na farmácia: Um avanço para a saúde coletiva*. Campina Grande: EDUEP.

Lorandi, P. A. (2006) Análise histórica da formação acadêmica do farmacêutico – Quatro décadas. *Infarma*, 18(7/8), 7-12.

Lucchetta, R. C. & Mastroianni, P. D. C. (2010). Avaliação do conhecimento e das condutas dos farmacêuticos, responsáveis técnicos por drogarias. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 31(3), 183-191.

Lunardi, V. L. (1999). Problematisando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20(1), 26-40.

Machline, C. & Amaral Junior, J. B. C. (1998). Avanços logísticos no varejo nacional: o caso das redes de farmácias. *Revista de Administração de Empresas*, 38(4), 63-71.

- Másculo, F. S. & Vidal, M. C. (2011). História da Ergonomia. Em F. S. Másculo & M. C. Vidal (org.), *Ergonomia: trabalho adequado e eficiente* (pp.9-18). Rio de Janeiro: Elsevier/ABEPRO.
- Mendes, A. M. (2007). Pesquisa em Psicodinâmica: A clínica do Trabalho. Em A. M. Mendes (org.), *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas* (pp.29-48). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Millanvoye, M. (2007). As ambiências físicas no posto de trabalho. Em P. Falzon (Org.), *Ergonomia* (pp. 73-84). São Paulo: Bluncher.
- Minayo, M. C. de; Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 239-262.
- Minayo, M. C. S. & Minayo-Gómez, C. (2003). Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. Em P. Goldenberg, R. M. G. Marsiglia & A. M. H. Gomes (Orgs.), *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* (pp. 117-142). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (2007). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. Em Vários colaboradores. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (26ª ed.) Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & saúde coletiva*, 17(3), 621-626.
- Ministério da Saúde. (1998). *Portaria nº 3.916 de 05 de outubro de 1998*. Política Nacional de Medicamentos, Brasília. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 18 de abril de 2013.

Moliner, P. (2013). *O trabalho e a psique: uma introdução à psicodinâmica do trabalho*.

Tradução: Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15.

Montmollin, M. & Darses, F. (2011). O Ergonomista no trabalho. Em M. Montmollin & F.

A. Darses. *Ergonomia* (pp.51-75) (2ª ed. rev. ampl.). Lisboa: Instituto Piaget.

Museu Histórico Nacional. *Botica portátil*. Museu Histórico Nacional web site. Acesso em

13 de novembro de 2013 em

<http://www.museuhistoriconacional.com.br/images/galeria12/mh-g12a037.htm>

Nascimento, E. L. A. D., Vieira, S. B., & Araújo, A. J. D. S. Desafios da Gestão Coletiva

da Atividade na Docência Universitária. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(4), 840-855.

Nouroudine, A. (2011). Como conhecer o trabalho quando o trabalho não é mais o

trabalho? *Trabalho, educação e saúde*, 9(supl. 1), 69-83.

NR 17 – Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança do Trabalho. Ministério do

Trabalho. Portaria Sit nº 08 de 30 de março de 2007. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF.

Oliveira, A. B., Oyakawa, C. N., Miguel, M. D., Zanin, S. M. W. & Montrucchio, D. P.

(2005). Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, São Paulo*, 41(4), 409-413.

Oliveira, J. R. D. S., Viganó, M. G., Lunardelli, M. C. F., Canêo, L. C., & Goulart Júnior,

E. (2010). Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar? *Psicologia em estudo*, 15(3), 633-638.

- Organização Mundial da Saúde – OMS (1993). *Papel do farmacêutico: Assistência Farmacêutica de qualidade – benefícios para os governos e a população*. Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão.
- Organização Pan-americana da Saúde – OPAS (1995). *El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud*. Tokio: Organización Panamericana de Salud.
- Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2002). *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta*. Brasília: OPAS.
- Osterhoudt, K. C. & Penning, T. M. (2011). Toxicidade de drogas e envenenamento. Em L. L. Brunton, B. A. Chabner & B. C. Knollmann. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman* (pp. 73-87) (12^a ed.). New York: McGraw-Hill.
- Panzetti, V. I. (2006). *Com licença, doutor: A publicidade da indústria farmacêutica*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade Cásper Líbero, São Paulo.
- Pereira, L. R. L., & Freitas, O. (2008). A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 44(4), 601-612.
- Pinto, L. S. E. (2011). A farmácia e a drogaria sob a nova ótica da RDC nº 44/2009 da ANVISA. *Revista de Direito Sanitário*, 12(2), 140-177.
- Polacow, M., Kishi, M. A. & Menegasso, P. E. (2010). *Farmácia não é um simples comércio - Sua vida não tem preço / Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde*, Fascículo I. CRF: São Paulo.

- Prange, A. P. L. (2011). "Quem dá mais, cobra mais!": Uma análise das normas antecedentes do ofício de motorista de ônibus em um contexto específico. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(2), 551-565.
- Ramminger, T., de Athayde, M. R. C., & Brito, J. (2013). Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3191-3202
- Rego, V. B., Vieira, A. P., Pereira, J. A. de S., Facas, E. P. (2007). O trabalho dos digitadores terceirizados de uma instituição bancária pública. Em A. M. Mendes (org.), *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas* (pp. 303-324). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rocha, H. (2006). *Farmacêutico profissional a serviço da vida*. Conselho Federal de Farmácia. Goiânia: Editora Kelps.
- Romano-Lieber N. S., Cunha, M. F. C. & Ribeiro, E. (2008). A farmácia como estabelecimento de saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 9, 188-199.
- Sabroza, P. C. (2001). *Concepções de Saúde e Doença* (Texto de Apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Rio de Janeiro: EAD/ ENSP.
- Sampaio, J. J. C. & Messias, E. L. M. (2002). A epidemiologia em saúde mental e trabalho. Em M. da G. Jacques & W. Codo (Eds.), *Saúde mental e trabalho: Leituras* (pp. 143-171). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Santos, M. (2006). Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos. *Laboreal*, 1(2), 34-41.

- Santos, M. D. S., Lima, L. T. de, & Vieira, M. R. D. S. (2005). Por que o farmacêutico se afastou das drogarias? Análise do interesse dos farmacêuticos da cidade de Santos (SP) em trabalhar com dispensação de medicamentos. *Revista Infarma*, 17(5/6), 78-82.
- Sato, L. e Bernardo, M. H. (2005). Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência e Saúde coletiva*, 10(4), 869-878
- Schwartz, Y. (2011). Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Trabalho, educação e saúde*, 9(supl. 1), 19-45.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis*, 17(1), 29-41.
- Silva, L. B. C. (1995). Contribuições para uma teoria psicossocial da escolha da profissão. Em A. M. Bock. (Org.), *A escolha profissional em questão* (pp. 25-42). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Silva, L. R. da (2002). *Conhecimentos e atitudes dos farmacêuticos sobre a regulamentação da profissão e funcionamento de drogarias – uma abordagem sanitária*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Silva, L. R., & Vieira, E. M. (2004). Conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 429-37.
- Silva, W. B. da (2009). *A emergência da Atenção Farmacêutica: um olhar epidemiológico e contribuições para o seu ensino* (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

- Sivieri, L. H. (1996). Saúde no Trabalho e Mapeamento dos Riscos. Em *Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho* (pp. 75-111). Ministério do Trabalho, Central Única dos Trabalhadores. São Paulo: FUNDACENTRO.
- Sousa, R. A. (2009). *História da farmácia brasileira*. Botucatu, São Paulo: Hospital das Clínicas da UNESP. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/71061183/Historia-Da-Farmacia-No-Brasil>.
- Souza, P. C. Z. & Athayde, M. (2006). A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da Psicologia do Trabalho. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(1), 6-19.
- Sznelwar, L. I. (2011). Sobre estes textos da psicodinâmica do trabalho: algumas reflexões (Introdução). Em S. Lancman & L. I. Sznelwar (Orgs.), *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 45-54). Rio de Janeiro/ Brasília: Fiocruz/ Paralelo 15.
- Tomassi, M. H., & Ribeiro, E. (2012). Conhecimentos e atitudes de farmacêuticos em farmácias e drogarias do Butantã - São Paulo. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 33(1), 125-132.
- Zancanaro, L., Locatelli, C., Santos, P., & Zancanaro, V. (2012). Percepções do profissional farmacêutico referente à Atenção Farmacêutica nas farmácias de dispensação da cidade de Videira–SC. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 1(2), 38-48.

ANEXO I
Certidão de Aprovação na Plataforma Brasil



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 18/03/2013, o projeto de pesquisa intitulado: “A RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE DOS FARMACÊUTICOS QUE ATUAM EM FARMÁCIAS E DROGARIAS DE JOÃO PESSOA E CAMPINA GRANDE/PARAÍBA” da Pesquisadora Renata Pimentel. Prot. nº 0451/12. CAAE: 09172712.3.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr^a Elaine Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332619

ANEXO II

Inquérito de Saúde e Trabalho em Serviço

INSATS – BR

INQUÉRITO DE SAÚDE E TRABALHO EM SERVIÇO MODELO ADAPTADO NO BRASIL*

1.1 - Local e Data	Local	Data
1.2 - Nome da Instituição		
1.3 – Setor		
1.4 - Sexo	☐ F ☐ M	1.5 - Idade
1.6 - Nível de escolaridade		
☐	Ensino Fundamental completo	
☐	Ensino Fundamental incompleto	
☐	Ensino Médio completo/Curso técnico_____	
☐	Ensino Médio incompleto/Curso técnico_____	
☐	Ensino Superior completo_____	
☐	Ensino Superior incompleto _____	
☐	Pós-graduação completo_____	
☐	Pós-graduação incompleto_____	
1.7 - Ano de admissão na Empresa		
1.8 - Tipo de empresa		
☐	Pública	
☐	Privada	
1.9 - Trabalham aproximadamente no meu local de trabalho um número de pessoas...		
☐	Inferior a 10	
☐	Entre 10 e 49	
☐	Entre 50 e 249	
☐	Superior a 249	
1.10 - A minha profissão ou atividade diária é...		
1.11 - O meu cargo é...		
1.12 - O meu salário líquido é		
1.13 - Tenho outra atividade remunerada...		
☐	1. Sim	
☐	2. Não	
1.14 - Esta atividade é...		
1.15 - Trabalho como profissional deste ramo há...	(anos)	
1.16 - Exerci outra atividade profissional durante...	(anos)	

1.17 - Esta atividade era de...

1.18 - Meu vínculo é ...

- ☐ Efetivo (ou Estatutário)
- ☐ Contrato sem tempo determinado
- ☐ Contrato com tempo determinado/trabalho temporário
- ☐ Contrato direto com a empresa
- ☐ Contrato através de cooperativa
- ☐ Contrato através de empresa
- ☐ Aprendizagem; formação; estágio ou bolsa
- ☐ Prestador de serviços eventuais

II – JORNADA DE TRABALHO

2.1 - O meu **horário de trabalho** se caracteriza por...

- ☐ Horário fixo
- ☐ Horário irregular
- ☐ Fim-de-semana
- ☐ Diarista/plantão

2.2 - **Meu turno** de trabalho, no último mês foi.

- ☐ Turno diurno
- ☐ Turno noturno
- ☐ Turnos mistos (diurno e noturno) Especificação
- ☐ Turno rotativo Especificação
- ☐ Outros Especificação

2.3 - Tempo total de trabalho

Meus horários de trabalho me levam a...

- ☐ Deitar depois da meia-noite
- ☐ Levantar antes das 5 horas da manhã
- ☐ Não dormir durante a noite

2.4 - O meu **tempo total de trabalho**, em média, **POR SEMANA** é...

(incluindo outras atividades profissionais ou outro local de trabalho)

(horas)

2.5 – Realizo plantões extras:

Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca
☐	☐	☐	☐	☐

III – CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

As próximas questões referem-se a condições relacionadas com **o seu trabalho**

AMBIENTE E CONDIÇÕES FÍSICAS

AMBIENTE FÍSICO

3.1 - No meu trabalho **estou exposto a...**

- ☐ Ruído muito elevado (só gritando ao ouvido)
- ☐ Ruído constante ou incômodo

- ☐ Vibrações (oscilações ou tremores no corpo, ou nos membros)
- ☐ Radiações (material radioativo, RX)
- ☐ Calor intenso
- ☐ Frio intenso
- ☐ Poeiras ou gases
- ☐ Agentes biológicos (contato ou manuseio: bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica vegetal ou animal). Especificação _____
- ☐ Agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, Etc...) Especificação _____

EXIGÊNCIAS FÍSICAS

3.2 - O meu trabalho **exige do meu corpo...**

- ☐ gestos repetitivos
- ☐ posturas penosas (posições do corpo dolorosas, difíceis, desconfortáveis)
- ☐ esforços físicos intensos (cargas pesadas manuseadas ou movimentadas)
- ☐ permanecer muito tempo de pé na mesma posição
- ☐ permanecer muito tempo de pé com deslocamento (arrastar, puxar, empurrar, andar etc)
- ☐ permanecer muito tempo sentado
- ☐ permanecer muito tempo no mesmo local
- ☐ subir e descer com muita frequência

INSTALAÇÕES

3.3 - No meu trabalho **tenho...**

	sim	não
_ vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados	☐	☐
_ espaços adequados para pausas, lanches ou repousos	☐	☐
_ espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza	☐	☐
_ mobiliário adequado (mesas, cadeiras, etc)	☐	☐
_ equipamentos e ferramentas adequados	☐	☐

FATORES ORGANIZACIONAIS E RELACIONAIS

RITMO DE TRABALHO

3.4 - No meu trabalho **estou exposto a situações de...**

- ☐ influência do ritmo de uma máquina ou equipamento
- ☐ ter que estar atento aos sinais/informações de uma máquina ou equipamento
- ☐ ter que depender do trabalho de colegas
- ☐ ter que atuar a partir da demanda/necessidade dos clientes ou usuários
- ☐ normas de produção ou prazos rígidos a cumprir (controle da qualidade, tempos curtos impostos, horários fixos, horários rígidos)
- ☐ ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo
- ☐ frequentes interrupções
- ☐ ter que me apressar

- ☐ ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda
- ☐ não poder desviar o olhar do trabalho
- ☐ Gestos repetitivos
- ☐ Posturas penosas (posições do corpo dolorosas, difíceis, desconfortáveis)
- ☐ Ter que suprimir ou encurtar uma refeição, ou nem realizar a pausa por causa do trabalho
- ☐ Ter que dormir em horários pouco usuais por causa do trabalho
- ☐ Ter que ultrapassar o horário normal de trabalho
- ☐ Hipersolicitação
- ☐ Complexidade

AUTONOMIA E INICIATIVA

3.5 - No meu trabalho **tenho...**

Sim

Não

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Possibilidade de alterar a ordem de realização das tarefas | ☐ | ☐ |
| Possibilidade de alterar a ordem de realização das tarefas | ☐ | ☐ |
| Liberdade para decidir como realizar as tarefas | ☐ | ☐ |
| Possibilidade de influenciar o ritmo ou a velocidade de trabalho | ☐ | ☐ |
| Possibilidade de, frequentemente, tomar decisões por mim mesmo | ☐ | ☐ |
| Possibilidade de escolher os momentos de pausa | ☐ | ☐ |

RELAÇÕES NO TRABALHO

3.6 - No meu trabalho é...

Sim

Não

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Frequente a necessidade de ajuda entre os colegas | ☐ | ☐ |
| A minha opinião é considerada, para o funcionamento do serviço | ☐ | ☐ |
| Possível expressar-me à vontade | ☐ | ☐ |
| Possível que a equipe discuta sobre o trabalho regularmente | ☐ | ☐ |
| Possível que a equipe discuta sobre o trabalho informalmente | ☐ | ☐ |

3.7 - No meu trabalho **estou exposto ao risco de...**

Sim

Não

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Agressão verbal | ☐ | ☐ |
| Agressão física | ☐ | ☐ |
| Assédio sexual | ☐ | ☐ |
| Intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo) | ☐ | ☐ |
| Discriminação sexual | ☐ | ☐ |
| Discriminação ligada à idade | ☐ | ☐ |
| Discriminação relacionada à nacionalidade ou raça | ☐ | ☐ |
| Discriminação relacionada a uma deficiência física ou mental | ☐ | ☐ |

3.8 - No meu trabalho tenho contato com o público (clientes, fornecedores, outros profissionais),

☐ Sim

☐ Não

3.9 - Este contato é (assinale uma ou mais alternativas):

☐ Direto

☐ Indireto/virtual (telefone, internet, carta, etc)

☐ Não tenho contato

3.10 - Neste contato é necessário...

	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca
Lidar com as exigências do público	☐	☐	☐	☐	☐
Lidar com situações de tensão nas relações com o público	☐	☐	☐	☐	☐
Suportar agressão verbal do público	☐	☐	☐	☐	☐
Suportar agressão física do público	☐	☐	☐	☐	☐
Envolver-me emocionalmente com o público	☐	☐	☐	☐	☐
Modificar ou adaptar o modo de trabalhar para atender as necessidades do público	☐	☐	☐	☐	☐

3.11 - Na maior parte das vezes esses contatos com o público são...

	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca
Bons	☐	☐	☐	☐	☐
Gratificantes	☐	☐	☐	☐	☐
Desgastantes	☐	☐	☐	☐	☐
Desagradáveis	☐	☐	☐	☐	☐

3.12 - As exigências e/ou necessidades do público, **têm a característica de...**

	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca
Serem imprevisíveis	☐	☐	☐	☐	☐
Serem justas e claras	☐	☐	☐	☐	☐
Serem sem cabimento ou difíceis de compreender	☐	☐	☐	☐	☐
Serem difíceis de atender por não haver recursos institucionais para viabilizá-las	☐	☐	☐	☐	☐
Serem difíceis de atender porque não tenho autorização para buscar a solução	☐	☐	☐	☐	☐
Só poderem ser atendidas com muito esforço ou através de soluções não previstas.	☐	☐	☐	☐	☐
Serem difíceis de atender porque a solução não depende diretamente de mim	☐	☐	☐	☐	☐

3.13 - Normalmente consigo atender as solicitações dos clientes/usuários

☐ Sim

☐ Não

INSTRUMENTOS, RECURSOS E ORIENTAÇÕES

3.14 - No meu trabalho...	Sim	Não
Sempre aprendo coisas novas	☐	☐
Sou bem orientado quanto a forma de realizar as atividades	☐	☐
Disponho de guias, protocolos ou manuais de orientação nos quais posso me basear	☐	☐
Disponho dos recursos técnicos (materiais, instrumentos, equipamentos) necessários	☐	☐
É boa a proporção entre o número de trabalhadores e as tarefas a cumprir	☐	☐

	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca
3.15 - Os instrumentos e tecnologias utilizadas no meu trabalho mudam...	☐	☐	☐	☐	☐
3.16 - O modo de gerenciamento e a organização do trabalho mudam...	☐	☐	☐	☐	☐

3.17 - As principais mudanças ocorridas no meu trabalho foram as seguintes:

O QUE É MAIS MARCANTE NO MEU TRABALHO

3.18 - O meu cotidiano de trabalho é em geral...	Sim	Não
Onde se aprende coisas novas	☐	☐
Monótono	☐	☐
Variado	☐	☐
Criativo	☐	☐
Muito complexo/difícil	☐	☐
Com exigências excessivas relacionadas com momentos de atenção e concentração, devido a ritmos de trabalho elevados	☐	☐

RECONHECIMENTO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO

3.19 - O meu trabalho é **um trabalho...**

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
Reconhecido pelos colegas	☐	☐	☐	☐	☐
Reconhecido pelas chefias	☐	☐	☐	☐	☐
Reconhecido pelo público	☐	☐	☐	☐	☐
Reconhecido pela sociedade	☐	☐	☐	☐	☐
No qual, de uma forma geral, me sinto explorado	☐	☐	☐	☐	☐
Com o qual estou satisfeito	☐	☐	☐	☐	☐

Que é gratificante pelo resultado atingido ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.20 - O meu trabalho é **um trabalho...**

Sim

Não

Que poderei realizar quando tiver 60 anos

☐
☐

Que gostaria que os meus filhos realizassem, caso manifestem vontade

☐
☐

IV. O QUE MAIS ME INCOMODA NO TRABALHO

Assinale com (X) em que medida as seguintes situações lhe causam incômodo no seu dia-a-dia de trabalho (há 4 respostas possíveis, desde “muito incômodo” até “nenhum incômodo”). Às situações que não caracterizam o seu trabalho, por favor, deixe em branco.

4.1 - Para mim, no meu trabalho, causa-me incômodo:

	Muito incômodo	Mais ou menos	Pouco incômodo	Nenhum incômodo
Estar exposto a um ambiente físico nocivo (ruído, temperaturas baixas, radiação, agentes biológicos, etc)	☐	☐	☐	☐
Realizar gestos precisos e minuciosos	☐	☐	☐	☐
Gastar muito tempo com deslocamento (ir e voltar do trabalho)	☐	☐	☐	☐
Ter que me adaptar a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho	☐	☐	☐	☐
Controlar / monitorar equipamentos	☐	☐	☐	☐
Ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas	☐	☐	☐	☐
Não dispor de condições necessárias para atender demandas do público	☐	☐	☐	☐
As exigências corporais (gestos, posturas, esforços, deslocamentos)	☐	☐	☐	☐
O ritmo do trabalho (horários imprevistos, pressa, fazer várias coisas ao mesmo tempo)	☐	☐	☐	☐
Estar exposto ao risco de agressões	☐	☐	☐	☐
Estar exposto ao risco de discriminação	☐	☐	☐	☐
Trabalhar só	☐	☐	☐	☐
Trabalhar na presença dos outros, sem poder me isolar	☐	☐	☐	☐
Comunicar-me de forma quase permanente com as outras pessoas	☐	☐	☐	☐
Ter um trabalho em que sou constantemente solicitado	☐	☐	☐	☐
Ter um trabalho que exige longos períodos de concentração intensa	☐	☐	☐	☐
Ter um trabalho em que me sinto explorado	☐	☐	☐	☐

Ter um trabalho em que me sinto insatisfeito	☐	☐	☐	☐
Não ser bem orientado quanto à forma de realização das atividades	☐	☐	☐	☐

V – EDUCAÇÃO E TRABALHO

5.1 - Meu trabalho atual exige curso escolar e/ou universitário específico para realizá-lo	Sim	☐	Não	☐
	Muito		Mais ou menos	Pouco
	☐		☐	☐
5.2 - Em caso positivo, o que eu aprendi foi suficiente para atender às minhas necessidades neste trabalho		☐		☐
5.3 - Foi necessário aprendizagem diretamente no local de trabalho			Sim	Não
			☐	☐
5.4 - Em caso positivo, aprendi...			Sim	Não
Através de treinamento oferecido pela instituição empregadora			☐	☐
Observando colegas de trabalho			☐	☐
Por orientação de colegas de trabalho			☐	☐
Sozinho			☐	☐
5.5 - Tenho tido oportunidade de ampliar meus conhecimentos, através de cursos/seminários/etc			Sim	Não
			☐	☐
5.6 - Esses conhecimentos são importantes para...			Sim	Não
A atuação no meu trabalho			☐	☐
O exercício de uma outra atividade profissional			☐	☐
O que se refere à saúde do trabalhador, segurança etc			☐	☐
5.7 - Contribuíram para realização do meu trabalho atual	Muito		Mais ou menos	Pouco
	☐		☐	☐

VI – VIDA FAMILIAR, TRABALHO DOMÉSTICO E LAZER

6.1 - Estado conjugal...

Solteiro	Casado (a), mora com companheiro (a)	Separado (a), divorciado (a), desquitado (a), viúvo (a)
☐	☐	☐

6.2 - Moro só... Sim ☐ Não ☐

6.3 - Além de mim, moram na minha casa pessoas

6.4 - Dentre essas pessoas algumas precisam de cuidados especiais (pela idade avançada, doença ou algum outro problema)

Sim	Não
☐	☐

6.5 - Tenho filhos e/ou enteados ... Sim ☐ Não ☐

6.6 - A quantidade de filhos e/ou enteados que tenho, de acordo com a idade, é...

_____ De 0 a 12 anos _____ De 13 a 18 anos _____ Maiores de 18 anos

6.7 - Consigo conciliar a vida de trabalho com a vida fora do trabalho

Sim, sempre

☐

Sim, com facilidade

☐

Sim, com dificuldade

☐

Nunca

☐

6.8 - Quando estou em casa sou responsável pelas seguintes tarefas...

	Sim, sozinho	Sim, a maior parte	Sim, dividido igualmente c/ alguém	Sim, mas pouco	Não participo dessa atividade
Cuidar das crianças/adolescente	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidar das pessoas que precisam de cuidados especiais	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidar da limpeza	☐	☐	☐	☐	☐
Fazer compras	☐	☐	☐	☐	☐
Cozinhar	☐	☐	☐	☐	☐
Lavar/ passar roupas	☐	☐	☐	☐	☐
Serviço de manutenção da casa (reparos)	☐	☐	☐	☐	☐

6.9 - O meu tempo total de trabalho em casa, em média, por semana é _____ (nº de horas)

6.10 - O meu tempo total dedicado ao lazer (ler, cinema, teatro, TV, esportes, visitas familiares, etc), em média, por semana é _____ (nº de horas).

VII – O MEU ESTADO DE SAÚDE

7.1 - Considero que a minha saúde está sendo ou foi afetada devido ao trabalho que realizo

Muito

☐

Mais ou menos

☐

Pouco

☐

Nada

☐

7.2 - Considero que a minha saúde foi afetada devido ao trabalho que realizei anteriormente

Muito

☐

Mais ou menos

☐

Pouco

☐

Nada

☐

PROBLEMAS DE SAÚDE

Atenção: o seguinte bloco de perguntas possui duas partes: leia atentamente cada problema de saúde, se você tem alguns deles; a 2ª parte deverá ser respondida quando a resposta da 1ª parte for positiva e em sua opinião se este problema de saúde está ou não relacionado a o seu trabalho.

1ª PARTE

7.3 - Tenho ou tive este problema de saúde

2ª PARTE

Este problema de saúde...

	Sim	Não	Foi causado pelo trabalho	Foi agravado ou acelerado pelo meu trabalho	Não tem nenhuma relação com meu trabalho
Ferimentos por acidente	☐	☐	☐	☐	☐
Doenças infecciosas	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas de visão	☐	☐	☐	☐	☐

Problemas de voz	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas de audição	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas de pele	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas respiratórios (asma, alergias, falta de ar, etc)	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas musculares e das articulações	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas digestivos (má digestão, vômito, diarreia, etc)	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas hepáticos (fígado, vesícula)	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas renais	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas no trato-urinário	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas associados à menstruação ou problemas da próstata	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas ligados ao sistema Nervoso	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas de sono (sonolência, insônia)	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas em engravidar ou na Gravidez	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas cardio-circulatório (hipertensão, infarto do miocárdio, angina, etc)	☐	☐	☐	☐	☐
Dores de cabeça	☐	☐	☐	☐	☐
Dores no estômago	☐	☐	☐	☐	☐
Varizes (vasos rompidos, hematomas)	☐	☐	☐	☐	☐
Adormecimento frequente dos Membros	☐	☐	☐	☐	☐
Alergias	☐	☐	☐	☐	☐
Stress	☐	☐	☐	☐	☐
Depressão (tristeza)	☐	☐	☐	☐	☐
Mudanças bruscas do humor ou alterações de comportamento	☐	☐	☐	☐	☐
Fadiga geral	☐	☐	☐	☐	☐
Ansiedade	☐	☐	☐	☐	☐
Irritabilidade	☐	☐	☐	☐	☐
Dores musculares crônicas	☐	☐	☐	☐	☐

Problemas da coluna vertebral

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7.4 - Tenho os seguintes diagnósticos de doença confirmados:

7.5 - Uso frequentemente medicamentos

Sim

Não

☐☐

7.6 - Os medicamentos são...

Os motivos:

7.7 - Já tive um acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho

Sim

Não

☐☐

7.8 - Este acidente ou doença foi...

Em caso positivo:

Sim

Não

7.9 - Foi necessário licença médica

☐☐

7.10 - Foi registrada ou emitida CAT (comunicação de acidente de trabalho)

☐☐

7.11 - Fiquei com incapacidade reconhecida decorrente deste acidente ou desta doença...

☐☐

Especificação

VIII - PROTEÇÃO E CUIDADOS

Muita Mais ou menos Pouca Nenhuma

8.1 - Considero ter informação sobre os riscos ligados ao ambiente físico do meu trabalho (por ex. do equipamento, dos materiais, dos instrumentos, da qualidade do ar, da acústica do local de trabalho, dos produtos que utiliza, da contaminação)

☐☐☐☐

No meu local de trabalho tenho à disposição:

Sim

Não

Não se justifica

8.2 - Proteção Individual (por ex. luvas, protetores auditivos, máscara, calçado de proteção, óculos)

☐☐☐

8.3 - Proteção Coletiva (por ex. silenciadores nas máquinas, painéis anti-ruído, climatização adequada)

☐☐☐

No meu local de trabalho tenho à disposição:

Muito

Mais ou

Pouco

Nada

		menos		
8.4 - Considero que a utilização de equipamento de proteção individual dificulta a realização da minha atividade de trabalho	☐	☐	☐	☐
8.5 - Considero que no meu trabalho, existe preocupação em minimizar os riscos profissionais	☐	☐	☐	☐
8.6 - Conto com suporte de especialistas na área de saúde e trabalho	☐	☐	☐	☐

8.7 - Para evitar que minha saúde seja afetada pelo trabalho tomo os seguintes cuidados...

Gostaria de fazer os seguintes comentários relativos às questões presentes neste questionário e/ou sobre aspectos que não foram contemplados:

ANEXO III

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados gerais

Cargo/função

Tempo na função atual

Escolaridade

Estado civil

Sexo

Idade

Composição familiar

Renda pessoal

Renda familiar

Questões

1. Fale sobre sua trajetória profissional e como se tornou um(a) farmacêutico(a).
2. Fale sobre sua formação profissional (graduação, pós-graduação cursos de aperfeiçoamento, cursos de curta duração, estágios, etc.) e aponte o que nessa formação mostrou-se útil ao seu trabalho atual? A formação foi suficiente?
3. Como você aprendeu o trabalho atual?
4. O que um(a) farmacêutico(a) deve saber fazer?
5. Quais as atividades que você realiza? Gostaria que você descrevesse, da forma mais detalhada possível, do início ao fim, um dia típico de seu trabalho. E um dia atípico, como você definiria?
6. Existe algum outro farmacêutico que trabalhe com você? Como vocês dividem as tarefas?
7. Quais competências um(a) farmacêutico(a) deve possuir que você julga já ter adquirido e quais você precisaria adquirir e/ou desenvolver?
8. Que imprevistos acontecem geralmente em seu trabalho e como lida com eles?
9. Você se recorda de alguma situação que você tenha enfrentado no seu trabalho e para a qual tenha encontrado uma saída original?
10. Ao longo da sua atuação como farmacêutico, que sugestões, pequenas ou grandes, você teve oportunidade de fazer visando melhorar o seu trabalho, setor ou organização (novas formas de realizar as atividades, novos produtos/serviços, etc.)?
11. Tem havido abertura por parte da hierarquia às suas propostas de melhoria? Explique.

12. O que você considera mais difícil em seu trabalho?
13. O que mais lhe faz sofrer em seu trabalho?
14. O que você considera mais interessante em seu trabalho?
15. O que lhe dá mais satisfação em seu trabalho?
16. Você recebe algum tipo de reconhecimento pelo seu trabalho? Por parte de quem (gerência, colegas, usuários)? Esse reconhecimento refere-se a quê?
17. Você se sente realizado profissionalmente? Explique.
18. Como você definiria um (a) bom (a) farmacêutico (a)?
19. Se você se encontrasse na situação de ter de avaliar um (a) farmacêutico (a), que competências ele (ela) deveria possuir para ser bem avaliado por você? Se você fosse responsável pela seleção de farmacêutico, que critérios você usaria para fazer essa seleção?
20. O que o trabalho pede de você:
 - a) Corresponde ao que você tem a oferecer;
 - b) Pede mais do que você tem a oferecer;
 - c) Pede menos do que você tem a oferecer;
21. O que você tem vontade de aprender e desenvolver para aperfeiçoar ainda mais suas qualidades como farmacêutico?
22. Como é a sua relação com a chefia, com os colegas de trabalho e com os usuários?
23. Você acredita estar exposto a algum tipo de risco?
24. Você já teve ou tem algum problema de saúde relacionado com seu trabalho?
25. Como sua família encara seu trabalho? Em que medida ajuda e em que medida cria dificuldades à sua realização?
26. Como você avalia o seu trabalho no que tange a:
 - a) Local de trabalho: condições físicas e estéticas, layout, mobiliário, ventilação, iluminação, ruído.
 - b) Jornada de trabalho (trabalho diurno, noturno, em turnos).
 - c) Equipamentos, instrumentos de trabalho.
 - d) Salário direto
 - e) Salário indireto (assistência médica, odontológica, auxílio alimentação, auxílio transporte).
 - f) Plano de carreira
 - g) Plano de formação profissional

27. Você trabalha com a proposta da Atenção farmacêutica? Quais as atividades que você encaixaria nessa prática.
28. Quais as dificuldades que encontra pra efetivar essa prática?
29. No seu cotidiano de trabalho, você se depara com muitos problemas com receituário médico?
30. No início de 2013, entrou em vigor a nova Lei que rege o controle de medicamentos antimicrobianos. Quais as repercussões desta nova regulamentação no seu trabalho?
31. Como você encara as fiscalizações realizadas pelo CRF e GEVISA?
32. Qual as suas perspectivas para a profissão farmacêutica?

APÊNDICES

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

A presente pesquisa se propõe a estudar a relação Trabalho e Saúde dos Farmacêuticos atuantes em farmácias e drogarias de João Pessoa e Campina Grande, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Renata Pimentel da Silva, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo.

O objetivo geral do estudo é analisar a relação entre Trabalho e Saúde dos Farmacêuticos atuantes em farmácias e drogarias em João Pessoa e Campina Grande – Paraíba. Enquanto objetivos específicos têm-se conhecer as condições e as formas de organização do trabalho dos farmacêuticos; identificar o conteúdo do trabalho dos farmacêuticos; identificar as fontes de sofrimento e prazer destes profissionais; verificar a existência de manifestações do processo de adoecimento da categoria; e analisar as possíveis diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real desses profissionais.

A finalidade desta pesquisa é compreender como os a categoria dos farmacêuticos se sentem em relação a si próprios e como pensam sobre eventos da vida cotidiana e de seu ambiente social. Instigando na comunidade científica mais pesquisas relacionadas ao tema e possibilidade de intervenção da problemática e contribuindo para que o estudo deste objeto investigativo seja enfocado com as premissas da Psicologia Social.

Solicitamos a sua colaboração para responder um questionário e/ou uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. **Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.**

Gostaríamos de informá-lo também que, embora suas respostas sejam muito importantes para a conclusão da pesquisa, você tem a liberdade de aceitar participar ou não dela, sem qualquer

prejuízo para você. Sua decisão será respeitada, sendo também garantido ao participante o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Renata Pimentel da Silva, telefones 8898-4425 e-mail: renata_pimentels@hotmail.com.
Endereço: Cidade Universitária / Campus I Conjunto Humanístico – Bloco IV Cidade Universitária – João Pessoa-PB - CEP 58059-900

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I
Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791

Atenciosamente,

Renata Pimentel da Silva