UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
Programa de Pós Graduação em Fármaco e Medicamentos
Área de Produção e Controle Farmacêuticos

Da sala de aula à práxis clínica no contexto do
Sistema Único de Saúde: o currículo de Farmácia
frente às necessidades da população brasileira

Marc Strasser

Tese para a obtenção do grau de
DOUTOR

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Storpirtis
Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel de Almeida

São Paulo
2015

Marc Strasser

Da sala de aula à prática clínica no contexto do Sistema Único de Saúde: o currículo de Farmácia frente às necessidades da população brasileira

Versão Original

Comissão Julgadora
da
Tese para obtenção do grau de Doutor

Profa. Dra. Sílvia Storpirtis
Orientadora/ Presidente

1º examinador

2º examinador

3º examinador

4º examinador

São Paulo, ____ de _____ de 2015

Ficha Catalográfica

Elaborada pela Divisão de Biblioteca e
Documentação do Conjunto das Químicas da USP.

S897s Strasser, Marc
Da sala de aula à práxis clínica no contexto do Sistema Único de
Saúde : o currículo de farmácia frente às necessidades da população
brasileira / Marc Strasser. -- São Paulo, 2015.
216p.

Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas da
Universidade de São Paulo. Departamento de Farmácia.

Orientador: Storpirtis, Sílvia

co-orientador : Almeida, Maria Isabel de

1. Farmácia : Ensino 2. Sistema Unificado de Saúde 3. Equipe
de assistência ao paciente 4. Currículo de ensino superior I.T.
II. Storpirtis, Sílvia, orientador. III. Almeida, Maria Isabel de,
co-orientador.

615.07 CDD

Aos meus avos Henrique, Lourdes,
Charles e Edwiges, *in memoriam*

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente às minhas orientadoras, Sílvia Storpirtis e Maria Isabel de Almeida, que sempre me auxiliaram durante esta jornada, mesmo não sendo sua área de expertise. Quem dera todos os meus mestres fossem tão atenciosos e dedicados como vocês!

Agradeço também aos meus amigos da Pós-Graduação, Fran, Guilherme, Marina, Michelle, Edu e Mariane, pelas trocas de experiência, pelo apoio nos momentos difíceis e pelas longas conversas nos dias de bandeirão.

Agradeço aos meus colegas do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Maria Luiza, Sandra, Gustavo, Karine, Ana Luiza e Cristina, bem como aos meus inúmeros estagiários e a todos os funcionários da Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, por terem me ajudado a dar início a esta ideia.

Aos meus amigos do Curso de Farmácia-Bioquímica da Universidade, agradeço a oportunidade de conviver inúmeros anos discutindo questões sobre a nossa formação e sobre o preparo do professor universitário, prevenindo-me de me tornar apenas mais um.

Aos meus amigos do Curso de Pedagogia da Universidade de São Paulo, por me permitirem, além de substanciar esta tese, a oportunidade de me tornar uma pessoa mais cidadã e preocupada com as questões sociais do nosso entorno.

A todos os meus alunos nas Universidades de Santo Amaro (UNISA) e Municipal de São Caetano do Sul (USCS) e no Instituto Racine, por me mostrarem quão valiosa e importante é a relação aluno-professor no processo de ensino-aprendizagem.

A todos os profissionais de saúde que participaram desse projeto. Nem sempre é fácil doar dez minutos de seu tempo dentro de uma unidade clínica para responder um questionário.

À minha família, em especial aos meus pais, Gérard e Tânia Marina, aos meus irmãos, Thomas e Caroline, aos meus cunhados, Leila e Sérgio e aos meus sobrinhos, Thomé e Miguel. Seu apoio é e sempre será fundamental para as minhas conquistas!

Ao Pequeno Teatro de Torneado, lugar que me deu fôlego para terminar essa jornada e começar diversas outras. Em especial, ao querido William, uma pessoa iluminada e extremamente generosa, obrigado por tudo!

Ao Programa de Pós-Graduação em Fármaco e Medicamentos do Departamento de Farmácia da Universidade de São Paulo, pelo apoio financeiro que me forneceram para que fosse possível realizar as viagens para diferentes partes do país.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos que tornou possível a realização deste trabalho.

"Learn form yesterday, live for today, hope for tomorrow. The importante thing is not to stop questioning."

Albert Einstein

"O saber a gente aprende com os mestres e com os livros. A sabedoria se aprende com a vida e com os humildes."

Cora Coralina

RESUMO

STRASSER, M. **Da sala de aula à práxis clínica no contexto do Sistema Único de Saúde: o currículo de Farmácia frente às necessidades da população brasileira.** 2015. 216 f. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

As mudanças ocorridas no Sistema Único de Saúde nos últimos anos, associadas às mudanças nas políticas educacionais, forçaram uma modificação na atuação do profissional farmacêutico. Nesse sentido, o farmacêutico necessita adquirir capacitação para atuar em conjunto com a Equipe Multiprofissional de Saúde. O objetivo deste trabalho foi avaliar se o ensino superior em Farmácia no Brasil capacita o farmacêutico a atuar em colaboração com a Equipe Multiprofissional de Saúde dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde. Com base em metodologia quanti-qualitativa, este trabalho analisou projetos político-pedagógicos e o cenário clínico de hospitais universitários de cinco instituições de ensino superior brasileiras, e estudou, a partir de questionários qualitativos, aplicados a diversos profissionais de saúde, as necessidades da equipe em relação à atividade do farmacêutico. Verificou-se inserção ainda modesta do farmacêutico, muitas vezes causada pela falta de conhecimento da equipe sobre sua função ou por uma sensação de falta de preparo do próprio profissional. Também, a análise dos documentos oriundos dos cursos permitiu a constatação da falta de um olhar direcionado para o Sistema Único de Saúde e para a formação clínica. Poucas iniciativas curriculares tem surgido nesse sentido. Por fim, são apresentadas propostas, por meio de mapeamento conceitual, para se pensar um currículo em que coexistam a formação técnica, já tradicional, e a formação clínica, permitindo abarcar essa última, deixada de lado a partir de meados do século XX, que retorna hoje como uma demanda social.

Unitermos: Educação Farmacêutica, Sistema Único de Saúde, Currículo, Equipe Multiprofissional de Saúde, Mapa Conceitual.

ABSTRACT

STRASSER, M. **From the classroom to the clinical practice within the National Healthcare System: Pharmacy's curriculum facing Brazilian population's needs**. 2015. 216 f. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

Recent modification in the Brazilian's Public Health System, associated with changes in educational policies for higher education, forced a change in the pharmacist's professional performance area. Accordingly, the pharmacist needs to acquire capacity to act in conjunction with the Health Multidisciplinary Team. The objective of this thesis was to evaluate whether higher education in Brazil Pharmacy Schools enables the professional to work in collaboration with the Health Multidisciplinary Team within the precepts of National Public Health System. Based on quantitative and qualitative methodology, this study analyzed political-pedagogical projects and the clinical setting of university hospitals of five Brazilian higher education institutions, and studied from qualitative questionnaires applied to various health professionals the needs of the Multidisciplinary Health Team in having as a team member the pharmacist. There was verified a still modest insertion of the pharmacist in health teams, often caused by lack of staff knowledge about their function or by a sense of lack of readiness of the professional himself. Also, the analysis of documents from Pharmacy courses led to confirmation of the lack of educational policies directed to the National Public Health System and clinical training. Few curriculum initiatives have arisen in this regard. Finally, proposals are developed through conceptual mapping, to think of a Pharmacy course curriculum that can coexist in both the technical training as clinical training, allowing embrace this professional area of actuation that was set aside from the mid-twentieth century and returns today as a social demand.

Uniterms: Pharmaceutical Education, Brazilian National Healthcare System, Curriculum, Conceptual mapping.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Porcentagem de cursos de Farmácia por região geográfica, segundo pesquisa realizada no portal e-MEC (www.mec.gov.br/emec) em 2011.....	p. 83
Figura 2: Porcentagem de Universidades Públicas que possuem curso de Farmácia por região geográfica segundo pesquisa realizada no portal e-MEC (www.mec.gov.br/emec) em 2011.....	p. 83
Figura 3: Perfil profissional e sócio-demográfico dos farmacêuticos entrevistados (n=49).	p. 92
Figura 4: Área principal de atuação e atividades realizadas pelos farmacêuticos entrevistados (n=49).....	p. 93
Figura 5: Perfil dos profissionais de saúde entrevistados (n = 150).....	p. 96
Figura 6: Opinião dos profissionais de saúde na categoria "Confiança no farmacêutico e na equipe" (n= 121). Legenda: azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente".....	p. 97
Figura 7: Opinião dos profissionais de saúde entrevistados na categoria "Atuação do profissional e busca espontânea pelo farmacêutico" (n= 121). Legenda: azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente".....	p. 98
Figura 8: Opinião dos profissionais de saúde entrevistados na categoria "Funções e atuação do farmacêutico" (n= 121). Legenda: azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "não concordo nem discordo"; azul-água: "mais	

discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente"..... **p. 99**

Figura 9: Opinião dos profissionais de saúde na categoria "Resultados da presença do farmacêutico na equipe" (n= 121). Legenda: azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente"..... **p. 100**

Figura 10: Opinião dos farmacêuticos na categoria "Confiança e inserção na EMS" (n= 49). Legenda: azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente". EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde..... **p. 101**

Figura 11: Opinião dos farmacêuticos na categoria "Educação continuada e preparo clínico" (n= 49). Legenda: azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente". EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde..... **p. 102**

Figura 12: Opinião dos farmacêuticos na categoria "Atuação junto à EMS" (n= 49). Legenda: azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente". EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde..... **p. 103**

Figura 13: Opinião dos farmacêuticos na categoria "Uso e distribuição do tempo" (n= 49). Legenda: azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais

concordo do que discordo"; roxo: "não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente". EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde..... **p. 104**

Figura 14: Opinião dos farmacêuticos na categoria "Resultados e mudança de prática clínica" (n=49). Legenda: azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente". EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde..... **p. 105**

Figura 15: Mapa conceitual inicial sobre este projeto de doutorado..... **p. 180**

Figura 16: Mapa conceitual sobre este projeto de doutorado, elaborado no final do percurso..... **p. 181**

Figura 17: Mapa conceitual para a pergunta focal: Como permitir ao estudante a vivência clínica?..... **p. 182**

Figura 18: Mapa conceitual para a pergunta focal: Como formar um profissional com a capacidade de entender, atuar e modificar junto ao Sistema Único de Saúde?..... **p. 186**

Figura 19: Mapa conceitual para a pergunta focal: Como promover a educação interprofissional dentro do curso?..... **p. 189**

Figura 20: Mapa conceitual com a pergunta focal: Quais habilidades e competências clínicas do estudante devem ser trabalhadas no decorrer do curso?..... **p. 191**

Figura 21: Mapa conceitual para a pergunta focal: Como trabalhar o currículo na perspectiva clínica?..... **p. 195**

Figura 22: Mapa conceitual para a pergunta focal: Como trabalhar com a perspectiva clínica sem comprometer as demais perspectivas de formação?..... **p. 197**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Legislações emitidas pelo Conselho Federal de Farmácia, desde sua criação sobre as atividades clínicas do farmacêutico.....	p. 68
Tabela 2: Número bruto de cursos de Farmácia por região geográfica, e percentual de cursos públicos em relação ao total de cursos de Farmácia da região, em maio de 2011.....	p. 82
Tabela 3: Instituições de Ensino Superior selecionadas para a participação na pesquisa.....	p. 84
Tabela 4: Comparação, em porcentagem entre as respostas fornecidas pelos profissionais de saúde não farmacêuticos não residentes (n=67; primeiros dados) e residentes (n=53; segundos dados). Os dados de interesse analisados estão em destaque.....	p. 105
Tabela 5: Comparação entre as respostas fornecidas pelos farmacêuticos não residentes (n=36; primeiros dados) e residentes (n=13; segundos dados).....	p. 106
Tabela 6: Categorização da análise de conteúdo realizada nos grades curriculares e ementário das universidades participantes.....	p. 131
Tabela 7: Documentos utilizados para a realização da análise das matrizes curriculares do curso de farmácia.....	p. 134

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP: Aprendizagem Baseada em Problemas
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFE: Conselho Federal de Educação
CFF: Conselho Federal de Farmácia
CRF: Conselho Regional de Farmácia
EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde
FIP: Federação Internacional de Farmacêuticos
HC: Hospital de Clínicas
HU: Hospital Universitário
IES: Instituição de Ensino Superior
NOAS: Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
OMS: Organização Mundial da Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
PET: Programa de Educação pelo Trabalho
PNAF: Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM: Política Nacional de Medicamentos
PPP: Projeto Político Pedagógico
RAS: Redes de Atenção à Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TCLE: Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFF: Universidade Federal Fluminense
UFS: Universidade Federal de Sergipe
UFSM: Universidade Federal de Santa Maria
UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas
USP: Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO E OBJETIVOS GERAIS DA TESE.....	p. 01
1. Introdução.....	p. 01
2. Objetivos.....	p. 08
3. Referências bibliográficas.....	p. 09

CAPÍTULO 2: EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE, DA SAÚDE PÚBLICA E DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA NO SÉCULO XX E COMEÇO DO SÉCULO XXI.....	p. 11
1. Introdução.....	p. 11
2. Objetivos.....	p. 12
2.1 Objetivo geral.....	p. 12
2.1 Objetivos específicos.....	p. 12
3. Delineamento metodológico.....	p. 12
4. Resultados.....	p. 13
4.1 As grandes descobertas do final do século XIX.....	p. 14
4.2 Início do século XX: O nascimento da Saúde Pública.....	p. 16
4.3 O período entre guerras e o fortalecimento da indústria farmacêutica.....	p. 19
4.4 Os anos 1950 a 1970: A inversão do modelo hospitalocêntrico e o conceito de Farmácia Clínica.....	p. 23
4.5 Os anos 1980 e 1990: A formação do Brasil democrático e o conceito de Atenção Farmacêutica.....	p. 25
4.6 O século XXI e as novas oportunidades para o farmacêutico.....	p. 30
5. Considerações finais.....	p. 37
6. Referências bibliográficas.....	p. 39

CAPÍTULO 3: O ENSINO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E OS DESAFIOS DO FARMACÊUTICO NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE	p. 44
1. Introdução.....	p. 44
2. Objetivos.....	p. 45

2.1 Objetivo geral.....	p. 45
2.1 Objetivos específicos.....	p. 46
3. Delineamento metodológico.....	p. 46
4. Resultados.....	p. 47
4.1 A evolução da educação em Ciências da Saúde no século XX.....	p. 47
4.1.1. Inserção do futuro profissional em seu ambiente de trabalho	p. 48
4.1.2. Integração ensino-serviço.....	p. 49
4.2 A prática colaborativa como necessidade para a reformulação do ensino.....	p. 51
4.2.1. Formação de profissionais de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.....	p. 53
4.3 O currículo e o projeto político pedagógico como instrumentos modificadores da realidade do aprender.....	p. 54
4.3.1. O currículo e a determinação do conteúdo no processo de ensino-aprendizagem.....	p. 55
4.3.2. Currículo integrado e interdisciplinaridade.....	p. 57
4.3.3. Métodos de ensino-aprendizagem voltados para a prática colaborativa.....	p. 60
4.4. Pedagogias Histórico-Crítica e Crítico-Social dos Conteúdos.....	p. 63
4.4.1. A didática e a função do professor na Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos.....	p. 67
4.4.2. Aproximação entre currículo e a Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos.....	p. 68
4.5. Ensino em Ciências Farmacêuticas.....	p. 69
4.5.1. Legislação na formação dos profissionais de Farmácia.....	p. 70
4.5.2. Propostas direcionadas para o ensino das Ciências Farmacêuticas.....	p. 72
5. Considerações finais.....	p. 73
6. Referências bibliográficas.....	p. 75

CAPÍTULO 4: A VISÃO DOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS E DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A INTEGRAÇÃO DO FARMACÊUTICO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE.....	p. 81
1. Introdução.....	p. 81
2. Objetivos.....	p. 82
2.1 Objetivo geral.....	p. 82
2.1 Objetivos específicos.....	p. 82
3. Delineamento metodológico.....	p. 82
3.1. Tipo de Pesquisa.....	p. 82
3.2. Escolha das Instituições de Ensino Superior participantes.....	p. 83
3.3. Elaboração e validação dos afirmatórios.....	p. 86
3.4. Levantamento da percepção de farmacêuticos e outros profissionais de saúde sobre sua relação com a Equipe Multiprofissional de saúde e sua formação.....	p. 88
3.5. Aspectos éticos da pesquisa.....	p. 89
4. Resultados.....	p. 90
4.1. As experiências de diferentes equipes de saúde em diferentes contextos.....	p. 90
4.1.1. Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe...	p. 90
4.1.2. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria.....	p. 91
4.1.3. Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.....	p. 92
4.1.4. O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.....	p. 92
4.1.5. O Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense.....	p. 93
4.2. Perfil da população entrevistada.....	p. 94
4.2.1. Perfil dos farmacêuticos.....	p. 94
4.2.2. Perfil dos outros profissionais de saúde.....	p. 96
4.3. A percepção da inserção do farmacêutico nas equipes de saúde dos hospitais analisados.....	p. 98
4.3.1. Confiança no farmacêutico e na equipe.....	p. 98

4.3.2. Atuação do profissional e busca espontânea pelo farmacêutico.....	p. 99
4.3.3. Atribuições do farmacêutico na equipe.....	p. 100
4.3.4. Resultados da inserção do farmacêutico.....	p. 101
4.3.5. Confiança e inserção na equipe de saúde.....	p. 102
4.3.6. Educação continuada e preparo clínico.....	p. 103
4.3.7. Atuação junto à equipe de saúde.....	p. 104
4.3.8. Uso e distribuição do tempo.....	p. 105
4.3.9. Resultados e mudança de prática clínica.....	p. 106
4.4. Comparação dos resultados entre residentes e profissionais contratados.....	p. 107
5. Discussão.....	p. 114
6. Considerações finais.....	p. 122
7. Referências bibliográficas.....	p. 123

CAPÍTULO 5: O CURRÍCULO DE FARMÁCIA FRENTE ÀS NECESSIDADES DA FORMAÇÃO CLÍNICA: PERCEPÇÃO DOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS.....	p. 129
1. Introdução.....	p. 129
2. Objetivos.....	p. 130
2.1 Objetivo geral.....	p. 130
2.1 Objetivos específicos.....	p. 131
3. Delineamento metodológico.....	p. 131
3.1. Levantamento e análise dos documentos referentes ao curso de Graduação em Farmácia.....	p. 132
3.2. Percepção do farmacêutico hospitalar sobre sua formação.....	p. 134
4. Currículo em Ciências Farmacêuticas: análise crítica das instituições visitadas.....	p. 135
4.1. Disciplinas obrigatórias.....	p. 137
4.2. Disciplinas optativas.....	p. 142
4.3. Estágios curriculares.....	p. 144
4.4. Atividades extracurriculares.....	p. 146

4.5. Diferentes concepções de ensino: o curso de Farmácia do campus de Lagarto, da Universidade Federal de Sergipe.....	p. 147
5. O Projeto Político Pedagógico, a liberdade de escolha e a formação clínica do farmacêutico.....	p. 147
5.1. A formação do profissional clínico segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais.....	p. 148
5.2. Os Projetos Políticos-Pedagógicos dos cursos de Graduação em Farmácia.....	p. 149
6. Os farmacêuticos hospitalares e sua percepção do ensino hoje e ontem.....	p. 155
6.1. Percepção quanto à inserção dentro da EMS.....	p. 155
6.2. Os farmacêuticos e seu contato com os alunos estagiários e com a Faculdade de Farmácia.....	p. 158
6.3. Relembrando o passado: a formação em graduação dos Farmacêuticos.....	p. 160
7. Considerações finais.....	p. 164
8. Referências bibliográficas.....	p. 166

CAPÍTULO 6: PARADIGMA TEORIA-PRÁTICA: PROPOSTA DE CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM CURRÍCULO QUE CONTEMPLE A FORMAÇÃO CLÍNICA DO FARMACÊUTICO.....	p. 172
1. Introdução.....	p. 172
2. Objetivos.....	p. 173
2.1 Objetivo geral.....	p. 173
2.1 Objetivos específicos.....	p. 173
3. Delineamento metodológico.....	p. 173
4. Resultados e discussão.....	p. 174
4.1. Aprendizagem significativa e suas aproximações com a Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos.....	p. 175
4.2. Aprendizagem significativa e mapeamento conceitual.....	p. 179
4.2.1. Elementos essenciais de um mapa conceitual.....	p. 180
4.3. Questionamentos sobre a formação clínica do farmacêutico.....	p. 185
4.3.1. Como permitir ao estudante a vivência clínica?.....	p. 185

4.3.2. Como formar um profissional com a capacidade de entender, atuar e modificar junto ao Sistema Único de Saúde?.....	p. 188
4.3.3. Como promover a educação interprofissional dentro do curso?.....	p. 190
4.3.4. Quais habilidades e competências clínicas do estudante devem ser trabalhadas no decorrer do curso?.....	p. 192
4.3.5. Como trabalhar o currículo na perspectiva de formação clínica?.....	p. 196
4.3.6 Como trabalhar a perspectiva clínica sem comprometer as demais perspectivas de formação?.....	p. 199
5. Considerações finais.....	p. 202
6. Referências bibliográficas.....	p. 203
 CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	 p. 211
 ANEXOS.....	 p. 217

CAPÍTULO 1

Introdução e objetivos gerais da tese

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a Saúde Pública no Brasil iniciou-se na Primeira República, após a chegada da Família Real e da corte portuguesa, em 1808. Nesse contexto predominava a agricultura de exportação, sendo o café o principal produto, o que explicava a necessidade de instaurar barreiras sanitárias em portos e fronteiras. Coube ao médico sanitaria Oswaldo Cruz, no começo do século XX, coordenar a Diretoria Colegiada de Saúde Pública, cuja função era erradicar as grandes epidemias. Adotando o modelo de Sanitarismo Campanhista, sua decisão de vacinação obrigatória para a varíola resultou no descontentamento da população, período historicamente conhecido por Revolta da Vacina (RONCALLI, 2003; ARAÚJO, 2008).

Alguns anos mais tarde, diversos movimentos em prol da Saúde Pública surgiram no Brasil. Em 1923, houve a criação da Previdência Social por meio da Lei Elói Chaves e da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão. Em 1930, com a criação do Ministério da Saúde e Educação, houve reestruturação na organização do poder, permitindo certa descentralização da gestão. Em 1960 foi promulgada a Lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que estabeleceu a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis Trabalhistas, excluindo os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos. Os trabalhadores rurais incorporaram-se neste sistema somente em 1963 por meio da FUNRURAL (RONCALLI, 2003; ARAÚJO, 2008).

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, que discriminou os campos de ação na área da saúde. Assim, a medicina curativa seria de responsabilidade do Ministério da Previdência e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. Devido a isso, foram destinadas poucas verbas ao Ministério da Saúde, o que trouxe sérias consequências para a saúde no Brasil, pois aumentou a mortalidade infantil e o número de epidemias. Neste sentido, houve deficiência na medicina preventiva e o custo da medicina curativa teve um crescimento exacerbado, mas sem eficácia (RONCALLI, 2003; ARAÚJO, 2008).

Com a Reforma Sanitária ocorrida na década de 1980, e com a Constituição Federal de 1988, houve a promulgação da Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, em 19 de setembro de 1990. Essa lei instituiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com ideais e mudanças na assistência à saúde. Seu principal fator modificante na Saúde Pública foi o reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado. Mais recentemente desenvolveram-se políticas setoriais, das quais pertencem as Políticas Nacionais de Medicamentos (PNM) e de Assistência Farmacêutica (PNAF) (STORPIRTIS, BUENO, 2008). Tomando a Assistência Farmacêutica como um “conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao uso correto de medicamentos”, torna-se essencial a participação do farmacêutico nas políticas sanitárias brasileiras (BRASIL, 2004).

O SUS é um sistema extremamente complexo, tanto do ponto de vista organizacional quanto assistencial, e necessita de profissionais que o entendam para mudar sua realidade. As mudanças na formação dos profissionais de saúde, baseadas nas novas diretrizes curriculares datadas do início do século, preveem perfis profissionais mais inseridos na dinâmica do sistema, contextualizados com a realidade social, na busca pela prática profissional calcada em relações humanizadas e estreitas com a população e sensibilizados para o trabalho em equipe. A prática colaborativa entre os diversos profissionais das áreas de saúde fornece melhor assistência ao paciente, diminuindo seu tempo de internação e prevenindo erros. Neste sentido, o farmacêutico é o profissional diretamente relacionado com a redução da morbimortalidade associada ao uso de medicamentos. Algumas iniciativas educacionais já foram desenvolvidas para aumentar esta prática no mundo (OPAS, 2002; WHO, 2010).

A formação do farmacêutico passou por grandes mudanças durante os anos, afastando-o cada vez mais da área da saúde. Essa mudança ocorreu principalmente com o avanço da indústria farmacêutica no pós-guerra, que exigiu deste profissional uma formação mais tecnicista, centrada na produção e garantia da qualidade do medicamento. Com o passar dos anos, houve a necessidade de mudança de paradigma dentro da saúde, com a realização

de diversos fóruns sobre atenção primária, ocorridos durante as décadas de 1960 e 1970 no Brasil e no mundo. O farmacêutico adquire conhecimento de diversas áreas, tornando a sua formação muito ampla e variada ao redor do mundo. Além disso, dentro da formação acadêmica, existe um dilema ético fundamental do profissional farmacêutico: apesar do medicamento ser um bem comercial, seu uso é entendido como ferramenta de cura e, portanto, seu acesso à população deve ser universal. Assim, os ensinamentos de ética e de bioética devem ser de vital importância para a formação e prática de um farmacêutico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde: “A missão da prática farmacêutica é dispensar medicamentos e outros produtos e serviços para a saúde e ajudar as pessoas e a sociedade a utilizá-los da melhor forma possível” (WHO, 1996; WHO, 2010).

No ano de 2002, seguindo mudanças internacionais, ocorreu modificação nacional no currículo dos cursos de Graduação em Farmácia, os quais passaram a exigir, dentre outros pontos, a formação de um profissional generalista, com formação prática voltada para a Saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde. Ainda nesse ano, o Brasil estabeleceu seu primeiro consenso em Atenção Farmacêutica. No documento apresentado, conclui-se que existe uma crise de identidade do profissional farmacêutico, o que leva à falta de reconhecimento social e pouca inserção na Equipe Multiprofissional de Saúde (BRASIL, 2002).

Além disso, a formação acadêmica, extremamente tecnicista, leva a um descompasso entre a formação do farmacêutico e as demandas sociais da profissão, tanto no setor público quanto no privado, e em qualquer nível de atenção à saúde. Em alguns países, como por exemplo, o Canadá e a Espanha, sua formação é mais voltada para a atuação na saúde, inclusive contemplando um ano de internato em serviços de saúde em algumas escolas. Já na França, os alunos possuem a opção de se especializar em alguma área durante o decorrer da sua formação (MAKOWSKY *et al.*, 2009).

Nesse sentido, a atividade do farmacêutico dentro de um serviço de saúde está diretamente relacionada com a atividade dos outros profissionais de saúde, sendo fundamental a prática multiprofissional para resultados em saúde satisfatórios. Dado a necessidade da reinserção do farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde, surgiram em alguns cursos de Graduação

em Farmácia no Brasil disciplinas que possibilitaram conhecimento nessa área, como Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica, que colocam o aluno em contato com o paciente. Desse modo, trata-se de atividade diferenciada das outras disciplinas pertinentes ao currículo de Farmácia, currículo tradicionalmente voltado para a área tecnológica e científica (CÔTE *et al.*, 2001; MAKOWSKY *et al.*, 2009).

A Resolução nº2 do Conselho Nacional de Educação, em seu oitavo artigo, permite a inserção de atividades complementares no Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Farmácia. Atividades complementares são definidas como qualquer atividade oferecida ao aluno, que não está integrada ao projeto pedagógico relacionado à sua formação, e que não necessariamente estejam relacionadas com a formação original do aluno. Entende-se, neste ponto, que é necessário apresentar ao aluno recém-ingressado o ambiente profissional desde o início, para que ele tenha uma visão sobre o seu âmbito profissional. No que compete ao farmacêutico, o conhecimento profundo sobre seleção de fármacos e uso clínico de medicamentos é necessário, bem como a capacidade de entendimento do processo de adoecimento, não para fins diagnósticos, mas para adequação farmacoterapêutica. Nesse sentido, a inserção do farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde favorece o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002; CAMERON *et al.*, 2009).

Faço aqui uma pequena pausa para abordar meus anseios que tornaram factível este trabalho. Talvez, de certo modo, muitos de nós nos lembramos vagamente dos dados apresentados nessas linhas iniciais. Se pararmos para refletir sobre isso, nos daremos conta de que esse conhecimento não está em nossa memória por acaso: algum outro fator, cognitivo, afetivo ou social, fez com que tornássemos esse dado algo inesquecível. E talvez com ele possamos realmente modificar o nosso entorno buscando algo de bom em nossas ações profissionais.

A função das instituições de ensino superior é formar profissionais capazes de entender o sistema público, para que possam se inserir nele e provocar mudanças que reflitam na melhoria da condição de vida da população brasileira. Particularmente, confesso que ao prestar o vestibular para Farmácia, em 2004, não pensava em trabalhar com pacientes ou com a

comunidade. Foi justamente esse um dos motivos que me impediram de prestar vestibular para Medicina. Durante toda a minha graduação tive pouco contato com essa área, mas participei muito das atividades do Centro Acadêmico e dos Colegiados, sendo representante discente da Comissão de Graduação durante três anos. Nessa comissão, encontrei uma professora fascinada pela Graduação em Farmácia e, por afinidade, resolvi fazer o meu trabalho de conclusão de curso na área de Farmacognosia, sua área de pesquisa, o que me motivou a desenvolver o mestrado também nessa área.

No entanto, sentia falta de algo. A pesquisa pela pesquisa não fazia sentido. Ela deveria ter um objetivo social, uma aplicação dentro do palpável. A pesquisa deveria servir não só para expandir o limite do conhecimento humano, mas também deveria melhorar as condições de vida da população. A minha pesquisa deveria ser uma pesquisa social. Incentivado pela minha orientadora, e não tendo sido agraciado pela bolsa de Mestrado, acabei por passar em um concurso para Monitor em Saúde no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Não era o que eu queria, pois nunca tinha trabalhado com alunos e muito menos com pacientes. E foi por este curioso acaso que, finalmente, encontrei uma área que me incentivou não só a estudar para melhorar o meu conhecimento, mas com um impacto sobre a saúde dos pacientes: a Atenção Farmacêutica.

Relato a seguir três experiências que me fizeram refletir sobre meu papel social, e que incentivaram o início desta pesquisa. Em minha primeira semana como Monitor em Saúde do Hospital Universitário da USP, estava participando de uma visita médica a um paciente intoxicado, resultado de aparente tentativa de suicídio e me foi perguntado se este paciente necessitava de tratamento medicamentoso ou não. Conhecia as opções farmacológicas, mas como saberia se este paciente deveria ou não receber medicamentos?

Duas semanas após o primeiro relato, em treinamento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, um dos pacientes - um bebê de vinte dias de vida - estava com plaquetopenia, e as plaquetas continuavam diminuindo. Durante a discussão com os médicos, vi que um dos medicamentos que eles estavam usando causava tal sintoma, mas não encontrei o momento para falar durante a reunião: esperei para falar em particular com a médica, que foi

favorável à mudança do medicamento e, como resultado, a plaquetopenia do paciente foi revertida.

O último relato, já no final de minha permanência de dois anos no referido serviço, foi a responsabilidade dada a mim de acompanhar o processo de atenção à saúde de um paciente prematuro pesando 800 gramas. A sensação de ser responsável pela saúde de um ser humano com poucas horas de vida, e tão pequeno, me fez refletir: será que eu e meus colegas temos a verdadeira noção da responsabilidade ética e social de nossa profissão?

Infelizmente, na minha trajetória escolar, tive pouco incentivo para refletir sobre esses temas, pois os professores pareciam mais preocupados em passar o conteúdo da disciplina, enquanto os alunos estavam mais preocupados em estudar para as provas do que realmente aprender. Tal noção de responsabilidade social é inerente, uma vez que todo o meu ensino superior e de pós-graduação foi financiado pela população. Qual não é a responsabilidade de devolver à sociedade todo o investimento que ela fez para que eu chegasse até aqui?

Tendo em vista essa ideia, procurei auxílio por um orientador que, além de pertencer à área, também tivesse uma mente aberta para novos desafios. Nesse sentido, a professora Sílvia Storpirtis aceitou me orientar nesse projeto. Tive o cuidado, também, de buscar referências educacionais para substanciar as propostas e a discussão, não me limitando a um mero "achismo". Novamente, conheci a professora Maria Isabel de Almeida, da Faculdade de Educação, durante minhas "andanças" em assuntos de graduação. Ela também aceitou me auxiliar no projeto.

Além disso, durante minha pesquisa, julguei extremamente necessário o contato com a área da Pedagogia. Muitas foram as impressões de colegas de turma relacionadas com o fato do professor universitário não necessitar possuir domínio de áreas como a didática, o currículo e tantas outras. Por isso, em 2013, decidi prestar vestibular novamente e frequentar o curso de Pedagogia da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. Lá, nesses pouco mais de dois anos de contato, meu crescimento como pesquisador, professor e, sobretudo, como cidadão tem sido estonteante.

Dessa forma, acredito que todos os aspectos do meu trabalho possuem sólida sustentação.

É nesse contexto que surge esse estudo: do anseio de um recém-formado com dúvida sobre seu papel profissional perante a sociedade, especificamente como sua formação universitária contribuiu para que ele tomasse decisões que implicassem diretamente na saúde de um paciente. Espero contribuir para que outros farmacêuticos conheçam e desejem seguir a fascinante área da Atenção Farmacêutica, e saiam da faculdade com uma formação que lhes permita tomar decisões cientificamente e eticamente condizentes com o contexto.

O segundo capítulo traz uma análise da evolução dos sistemas de saúde e da profissão farmacêutica desde o começo do século XX até os tempos atuais. O intuito desse capítulo é evidenciar a necessidade social e os anseios profissionais do farmacêutico em estar mais próximo da comunidade e do paciente/usuário de medicamentos.

No terceiro capítulo analisa-se, de forma semelhante, a evolução do ensino em Ciências da Saúde, cujo objetivo é contribuir para uma visão sobre a necessidade da aproximação dos alunos de Farmácia com a realidade do Sistema Único de Saúde.

O quarto capítulo evidencia o que pensam os farmacêuticos hospitalares e as equipes multiprofissionais de saúde nesses hospitais sobre a inserção e as atribuições do farmacêutico junto à equipe em prol da melhoria do estado de saúde do paciente e da comunidade. Dessa forma, neste trabalho, foi possível fotografar um momento da integração multiprofissional dentro de um ambiente mais propício a mudanças, como é o caso dos hospitais universitários.

O quinto capítulo se debruça sobre a questão da formação necessária para atuar em serviços clínicos farmacêuticos. Sob o ponto de vista de farmacêuticos hospitalares e coordenadores de curso, analiso como eles percebem a formação superior do farmacêutico nas instituições que trabalham, qual é o impacto do estágio supervisionado e como o ensino pelo qual passaram é utilizado hoje em dia em suas atividades diárias. Além disso, analiso projetos político-pedagógicos e ementário dos cursos, com o objetivo de verificar de que formas a formação clínica é contemplada no currículo de

Graduação em Farmácia, e como ele dialoga com a Lei de Diretrizes do Ensino Superior em Farmácia.

No sexto capítulo, o mais desafiador de todos, tento sintetizar todo o analisado e observado nos capítulos anteriores. Assim, tento pensar em questionamentos a serem feitos no momento da discussão do projeto pedagógico de cursos de Graduação em Farmácia que desejam contemplar a formação clínica. Faço o esforço de demonstrar que não é necessário escolher entre a formação clínica ou a formação tecnológica quando se pensa nos objetivos do curso. Desta forma, faço minha singela contribuição respondendo a essas perguntas utilizando um artifício chamado mapeamento conceitual, que possibilita a verificação do desenvolvimento cognitivo realizado por um sujeito em relação a uma pergunta focal.

2. OBJETIVOS

O principal objetivo deste trabalho foi analisar as relações entre a formação propiciada por cursos públicos de graduação em Farmácia e as atribuições legais do farmacêutico, analisando-se a atuação destes profissionais na Equipe Multiprofissional de Saúde (EMS), considerando as necessidades do Sistema Único de Saúde para o atendimento da população brasileira.

Os objetivos complementares deste trabalho foram:

1. Descrever as atribuições legais do farmacêutico, segundo as legislações sanitárias e farmacêuticas brasileiras apresentadas em documentos oficiais;
2. Discutir as possibilidades de atuação do farmacêutico, segundo sua formação e atribuições legais, no sentido de contribuir para com os demais profissionais da saúde;
3. Analisar a necessidade de adequação do currículo dos cursos de graduação em Farmácia, de modo a promover a inserção dos farmacêuticos na Equipe Multiprofissional de Saúde;

4. Avaliar a inserção do profissional farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde em Hospitais Universitários do Brasil;
5. Discutir o modo de se pensar um currículo de Farmácia e a forma de contemplar as necessidades levantadas sem, no entanto, deixar de lado a formação tecnicista inerente à profissão farmacêutica.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, F. Q. **A formação do graduando em Farmácia e o estágio supervisionado como atividade integradora: limites e possibilidades.** 2004, 171 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2008.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE / CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Farmácia**, Brasília: Brasil, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Brasília: Brasil, 2004.
- CAMERON, A.; IGNJATOVIC, M.; LANGLOIS, S.; DEMATTEO, D. ; DIPROSPERO, L. ; WAGNER, S. ; REEVES, S. an interprofessional education session for first-year health science students. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 73 (4), artigo 62, 2009.
- CÔTÉ, L.; LÉGARÉ, F.; RICHER, M. Development of the pharmacist-physician relationship: preceptions of program directors and trainees in the faculties of Pharmacy and Medicine in Quebec, Canada. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 67 (2), artigo 43, 2001.
- MAKOWSKY, M.J.; SCHINDEL, T.J.; ROSENTHAL, M.; CAMPBELL, K.; TSUYUKI, R.T.; MADILL, H.M; Collaboration between pharmacist, physician and nurse practitioners: a qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. **Journal of Interprofessional Care**, 23(2): 169-184, 2009.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos. Relatório 2001-2002.** Brasília, 2002.

- RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** *In:* Pereira, A. C. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. 440 p.
- STORPIRTIS, S.; BUENO, M.M. **A Vigilância Sanitária e a Política Nacional de Medicamentos no Brasil: medicamentos genéricos, similares e novos.** *In:* STORPITIS, S.; MORI, A.L.P.M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.489 p.
- SUIÇA. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Good Pharmacy Practice: in community and hospital settings.** Geneva: Suíça, 1996
- SUIÇA. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Interprofessional Education and Collaborative Practice.** Geneva: Suíça, 2010

CAPÍTULO 2

Evolução dos sistemas de saúde, da Saúde Pública e da profissão farmacêutica no século XX e começo do século XXI

1. INTRODUÇÃO

Cada profissão possui uma função dentro da sociedade. O açougueiro, por exemplo, fornece diversos cortes de carnes, enquanto o lixeiro garante que as nossas ruas continuem limpas e nosso lixo seja armazenado em local mais apropriado. A sociedade está em constante mudança e é normal que as profissões mudem de rumo para suprir as necessidades da população. Com essas mudanças, é possível também que profissões sejam criadas enquanto outras desapareçam. Um caso de profissão à beira da extinção, por exemplo, é a do sapateiro, que fazia sapatos sob encomenda, adaptados às necessidades do seu cliente. Hoje em dia, com a produção em massa desse artigo, conseguimos comprar nosso sapato em uma loja qualquer.

Na área da saúde não é diferente. Com a chegada da Família Real e da corte portuguesa ao Brasil, três profissões de saúde passaram a ser reconhecidas no nosso atual território: o médico, inicialmente, e logo em seguida o farmacêutico e a parteira. Com a evolução da sociedade brasileira, seguindo a tendência mundial, diversas profissões voltadas à saúde foram criadas, como o nutricionista, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional. Essa necessidade de novos profissionais é oriunda da evolução, tanto da ciência, quanto das necessidades em saúde da sociedade. O próprio conceito de saúde é multifacetado, e a forma dos sistemas de saúde como conhecemos hoje é fruto dessa variedade. O que não se pensava em questão de saúde pública no começo do século XX hoje é, pelo menos no Brasil, um direito a todos os cidadãos (RONCALLI, 2003).

O profissional que hoje conhecemos como farmacêutico, assim como toda profissão, teve uma longa evolução, apresentando diversas facetas. Desde os xamãs nas populações indígenas, passando pelo apotecário e os bruxos da Renascença, essa pessoa responsável por buscar a cura de doenças passou a ser representada, no século XIX e até o início do século XX, pelo boticário, um proprietário de um local para o qual as pessoas recorriam em caso de algum mal estar. No período entre guerras, e com mais intensidade no pós-guerra, o farmacêutico deslocou-se para as grandes indústrias, preocupado em produzir medicamentos em grande escala e de qualidade aceitável, acompanhando a tendência de aumento da população

mundial (RONCALLI, 2003; ARAÚJO, 2008). Mas hoje em dia, qual será a função social do farmacêutico na sociedade?

Pretendo, nas seguintes páginas, fazer um histórico da arte e da ciência da Farmácia, inserindo-a nos diferentes contextos socioculturais, além de apresentar, como pano de fundo, a evolução do conceito de Saúde e de Saúde Pública. Desta forma, apresento a necessidade de reavaliar a formação dos profissionais farmacêuticos que ocorre na atualidade.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O objetivo principal deste capítulo foi estabelecer um paralelo entre a evolução dos sistemas de saúde, da saúde pública e da profissão farmacêutica desde o começo do século XX até os dias de hoje.

2.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos, pretendi:

- Estabelecer períodos de modificação dos sistemas de saúde e da profissão farmacêutica dentro de um contexto sócio-histórico-cultural;
- Analisar a evolução da profissão farmacêutica no século XX em relação às demais profissões da saúde.

3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Para chegar a esses objetivos, explorei diversos sítios de entidades representativas, buscando documentos oficiais que pudessem auxiliar na construção de uma linha temporal de raciocínio. Dessa forma, pesquisei documentos referentes à Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP), Conselho Federal de Farmácia do Brasil (CFF),

Conselhos Regionais de Farmácia (CRF), dentre outros. Tais documentos formaram o *corpus* principal desse capítulo.

Além disso, com o objetivo de aprofundar a análise crítica referente ao tema, realizei uma pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados de cunho científico, a saber: SciELO, PubMed, ISI Web of Science e Liliacs, dando preferência a artigos que analisassem a realidade brasileira. A pesquisa foi realizada durante todo o período do doutorado, sendo considerados principalmente artigos dos últimos dez anos (2004-2014). Em se tratando do estabelecimento de uma evolução ao longo de mais de cem anos, tive o cuidado de levantar documentos anteriores a esse período, que pudessem auxiliar na construção de tal linha cronológica.

Decidi separar a pesquisa, para facilitar tanto a busca quanto a apresentação dos dados, em três grandes temas: “evolução da saúde e da saúde pública”, “evolução da profissão farmacêutica” e “evolução dos sistemas de saúde”. Dessa forma, as palavras chave utilizadas foram diversas: “histórico”, “saúde”, “sistemas de saúde”, “farmácia”, “farmacêutico”, “evolução”, e suas traduções, quando necessário, para inglês e espanhol.

4. RESULTADOS

Em relação aos documentos, selecionei um total de 49 referências distribuídas segundo os temas: Histórico do Sistema Único de Saúde (cinco documentos); Histórico da Atenção Farmacêutica (quatorze documentos); Histórico da Farmácia enquanto profissão (quinze artigos) e histórico da Saúde (quinze documentos). Foram analisados doze artigos científicos de bases de dados indexadas, duas teses, treze documentos de fontes de entidades representativas da Saúde e do ramo farmacêutico, dezesseis documentos de legislações brasileiras e seis livros compilados.

Quanto ao período de publicação, dezenove documentos são anteriores a 2004, mas foram incluídos por apresentarem um referencial histórico bastante importante. Ademais, muitos deles são redações de legislações que perduram até os dias de hoje. Dos demais documentos, dezoito deles foram publicados na primeira parte do período de análise (2004 a 2008) e doze na segunda parte (2009 a 2014). Finalmente, dos três idiomas

selecionados, a grande maioria dos documentos (trinta e oito) está escrita em português, oito documentos em inglês e três documentos em espanhol. A predominância da língua portuguesa se deve ao fato da aproximação dessa revisão à realidade da Saúde no Brasil.

A título de informação, optei por apresentar, neste capítulo, os resultados e a discussão em diferentes seções, promovendo a construção de uma linha cronológica que mostrasse a evolução de cada tema. Entretanto, em cada uma dessas seções, estabeleci a interação entre os referidos temas.

4.1 As grandes descobertas do final do século XIX

A história da Farmácia e da Saúde é tão antiga quanto a idade do homem. Desde os primórdios da atividade humana, já se procurava produtos e outros recursos para amenizar dores e tentar curar diversos males. Em sociedades indígenas, o xamã era a pessoa que possuía conhecimento sobre o uso de venenos e de curativos. Uma figura marcante para a Farmácia na Renascença foi Paracelso (1493-1541), médico, alquimista e astrólogo suíço. Historiadores atribuem a ele a famosa frase: "a diferença entre um veneno e uma cura é a dose" (SCLIAR, 2005).

É durante o século XIX que ocorre o grande anseio pelas explicações ditas científicas sobre o mundo, contrastando com os dizeres e conhecimentos religiosos. O homem passa a interpretar a doença não como uma maldição divina, mas como resultado de uma complexa interação entre o homem e o meio que o cerca. Dentre as novas ciências, é essencial citar aqui a teoria evolucionista de Charles Darwin, no seu livro "A Origem das Espécies" (1859), que marcou a concepção de que o homem teria surgido da evolução do macaco; a teoria microbiológica da doença, desenvolvida principalmente por Louis Pasteur (1822-1895), descobridor do primeiro antibiótico, e Robert Koch (1843-1910), que identificou a bactéria causadora da tuberculose (até hoje conhecida como bacilo de Koch), que levou à concepção de que seres vivos microscópicos eram causadores dos principais males humanos. Dessa forma, a saúde passou a ser uma questão envolvendo a relação do homem com o seu entorno e não com sua conduta perante a religião (SCLIAR, 2005).

No Brasil colonizado, a história da Saúde ocidental e da Farmácia surge com a chegada da Família Real em 1808. Com a fuga da corte portuguesa para o Brasil, por causa da dominação dos mouros na península ibérica, houve a necessidade de instituir locais de formação de profissionais na colônia. Em 1843, já havia diversos cursos superiores, e três profissões devidamente regulamentadas: médico, farmacêutico e parteira. Vale lembrar que, até essa época, e ainda hoje em várias regiões do País, existem grupos indígenas que possuem seus próprios meios de promover saúde, empregando produtos oriundos da natureza e conhecimentos populares¹ (ARAÚJO, 2008; FIGUEIREDO, FREIRE, LANA, 2006; SCLIAR, 2007).

Podemos considerar que a primeira figura moderna do farmacêutico surge com o boticário, profissional que preparava, vendia e fornecia orientação aos seus clientes sobre o uso dos medicamentos, sendo comum também a sua prescrição (HEPLER, STRAND, 1990). Além dos serviços prestados pelo profissional farmacêutico nas boticas ou farmácias particulares, como proprietário ou funcionário, que envolviam mais do que a arte de formular, a assistência à saúde na época ocorria por meio de procedimentos terapêuticos, tais como as sangrias obtidas através de ventosas ou sanguessugas (VIEIRA, 2007).

A representatividade legal de uma profissão vinha atrelada à sua formação, uma vez que, para exercer certo ofício, era necessário ter um conhecimento sistemático dele, devendo seu exercício ser regulamentado por normas jurídicas (legais) e éticas. Nesse sentido, tanto no Brasil quanto em Portugal, as primeiras regulamentações referentes à área da Farmácia surgiram já no século XV, no município de Lisboa. Essa regulamentação se referia às "boticas" (casas em que se preparavam e vendiam medicamentos), porém, esses estabelecimentos eram controlados por leigos (FIGUEIREDO, FREIRE, LANA, 2006).

No Brasil, a regulamentação começou a surgir também com a chegada da Família Real e da corte portuguesa, em 1808. Ao chegar à Bahia, Dom Pedro II fundou os primeiros cursos de ofícios. Com a Lei de 03 de outubro

¹ Não é objetivo deste trabalho realizar um comparativo entre as diversas formas de promover saúde. Trago este apontamento apenas para lembrar que existem diferentes formas de se promover saúde. Muitas vezes nos esquecemos disso.

de 1832 foram concedidos pela primeira vez os títulos de doutor em medicina, farmacêutico e parteira. Em 1879, o decreto 7247 reformou o ensino superior em todo País. Com esse decreto surgiram, pela primeira vez, a Escola de Farmácia, separada da Escola de Medicina, sendo que em 1882, o decreto 88381 impediu o exercício simultâneo da Farmácia e da Medicina (FUGUEIREDO; FREIRE; LANA, 2006).

Quanto aos sistemas de saúde, podemos dizer que estes inexistiam nessa época. Até a chegada da corte, a saúde era prestada em locais determinados, apenas para os portugueses colonos que vivam no Brasilcolônia. Havia hospitais, mas estes eram lugares nos quais os enfermos eram segregados do resto da população, para impedir o contágio ou para que morressem. Famílias que não podiam pagar pelos serviços dos profissionais também eram levadas a esses locais. A busca por cura era também realizada pela figura do médico (antigamente conhecido por *physician*²) e do boticário. Estes profissionais eram solicitados quando alguém adoecia. Muitos desses eram viajantes em busca de realização pessoal ou possíveis exilados, condenados a prestarem seus serviços na colônia (ARAÚJO, 2008; FIGUEIREDO, FREIRE, LANA, 2006).

4.2 Início do século XX: o nascimento da Saúde Pública

O que entendemos por Saúde? Esse termo, por vezes tão compreensível, porém difícil de definir, está sempre presente em nosso entorno. Ele é carregado de diversas concepções de sociedade e de cultura, além de ser definido historicamente e não empiricamente. Assim como o século XIX foi decisivo na concepção científica da saúde, o século XX foi importante para a concepção da saúde como um fator multifacetado, dependente não exclusivamente do indivíduo, mas da sociedade em si e do ambiente em que ela está: nasce assim o conceito de Saúde Pública (SCLIAR, 2007).

² Esta figura emblemática representava o profissional de saúde que batia de porta em porta oferecendo seus serviços. Podemos considerar que era uma mistura das figuras do médico (que diagnosticava), do farmacêutico (que formulava) e do enfermeiro (que assistia).

Assim como a grande maioria dos termos, a Saúde Pública possui diversas definições. Utilizei, para este trabalho, a definição estabelecida pelo bacteriologista Edward Amory. Segundo ele, a Saúde Pública é:

"A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde" (ALVES, 2006).

Vemos, por meio dessa definição, que a Saúde Pública é extremamente abrangente, levando em consideração ações que contribuem para a melhoria do estado de saúde tanto do indivíduo quanto da sociedade. Alguns pesquisadores, no entanto, consideram o nascimento da Saúde Pública mais anterior na história da evolução do homem, uma vez que alegam que já havia o cuidado de segregar pessoas infectadas pela bactéria *Mycobacterium leprae*, causadora da hanseníase, das pessoas saudáveis, no Egito antigo. No entanto, a construção de locais de segregação de doentes não pode ser considerada uma ação em busca da Saúde (ALVES, 2006).

No início do século XX, a economia brasileira era essencialmente agrícola, dependendo economicamente da exportação, em especial de café e cana de açúcar. Desse entorno nasceu a primeira crise sanitária, devido a epidemias como a febre amarela, que ameaçavam a política agroexportadora brasileira, pois os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que ocasionava também a redução da imigração de mão-de-obra (BRASIL, 2007; RONCALLI, 2003).

Por conta disso, o governo iniciou suas ações de vigilância sanitária e situou sua atenção onde houvesse a circulação de mercadorias, ou seja,

estradas, portos e fronteiras, principalmente os do Rio de Janeiro e de Santos. Em 1902, foram tomadas as primeiras providências pelo então presidente Rodrigues Alves que foram a instalação do programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela em São Paulo (RONCALLI, 2003).

Dessa forma, o sistema de saúde pública brasileiro no começo do século XX se resumia basicamente ao chamado sanitarismo campanhista. Tratava-se de uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e de erradicação ou controle de doenças que prejudicassem o modelo econômico agroexportador. As ações de saúde pública neste período compreendiam basicamente campanhas de vacinação em massa, intervenções de saneamento ambiental, isolamento de doentes infectados e ações emergenciais curativas com soros ou similares (MERHY, 1997).

A escolha das doenças a serem prioritariamente atacadas não obedecia, necessariamente, aos padrões de morbimortalidade da população, mas a critérios de ordem puramente econômica, impulsionados pela necessidade de controlar o quadro sanitário nos centros exportadores. A assistência médica individual, por outro lado, se restringia aos serviços prestados pelos profissionais liberais, restando aos pobres poucas alternativas: a medicina popular (leigos, curandeiros e benzedeiros) ou as Santas Casas de Misericórdia (MERHY, 1997).

Uma das figuras mais emblemáticas desse período foi Oswaldo Cruz, sanitarista brasileiro. Analisando a grande dificuldade no saneamento básico público, tomou a primeira atitude sanitarista da história brasileira, a campanha de vacinação contra varíola. Embora seu objetivo fosse positivo, ela foi aplicada de forma autoritária e violenta. Numa ação policiaisca, o sanitarista convocou cerca de 1.500 pessoas para realizar as atividades de campanha, dentre as quais incluíram invasão de domicílios e queima de roupas e colchões, sem nenhum tipo de ação educativa perante a população. Esta foi ficando cada vez mais indignada e o auge do conflito foi a instituição de uma vacinação obrigatória, anti-varíola. A campanha de vacinação obrigatória foi colocada em prática em novembro de 1904. Houve uma recusa muito grande por parte da população em ser vacinada, pois grande parte das

peessoas não conhecia o que era uma vacina e tinha medo de seus efeitos. Esse episódio ficou conhecido como Revolta da Vacina (LIMA, PINTO, 2003).

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo, inclusive, erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas (RONCALLI, 2003).

O começo do século XX foi marcado por profundas modificações no campo da Saúde, encarando-se, pela primeira vez, a Medicina como ciência. Nesse sentido, a sistematização e segregação do corpo humano culminou na formação de "especializações" (FIGUEIREDO, FREIRE, LANA, 2006). Em 1912 foi fundada a Federação Internacional de Farmacêuticos. Com sede na Holanda, os principais interesses dessa federação, conjuntamente com a Organização Mundial da Saúde, é o desenvolvimento das Ciências Farmacêuticas em todo o mundo, e a adequação da formação do profissional em relação às necessidades da população. Nessa época, como vimos, o farmacêutico era o profissional responsável por preparar os remédios³ a partir das recomendações do médico, especificamente para cada paciente.

4.3 O período entre guerras e o fortalecimento da indústria farmacêutica

Com as grandes disputas territoriais do mundo que ocorreram no século XX (a primeira guerra mundial, de 1914 a 1918, e a segunda guerra mundial, de 1939 a 1945), a saúde tornou-se um bem estratégico: os soldados que tinham melhor saúde e as organizações que forneciam saúde aos seus combatentes teriam maior chance de ganhar a guerra. Nesse sentido, começou-se a explorar mercadologicamente a saúde, criando-se o que conhecemos hoje por indústria da saúde. Na área farmacêutica,

³ E não medicamentos, uma vez que esse conceito se tornou preponderante na época pós-guerra, com o surgimento da indústria farmacêutica.

podemos falar do desenvolvimento e da venda de medicamentos (SCLIAR, 2007).

Durante e após as duas Guerras Mundiais houve um período de desenvolvimento da indústria farmacêutica. Nesse contexto, houve mudança nas atividades do farmacêutico, sendo elas voltadas para a produção de medicamentos, dando início ao segundo período da figura moderna do farmacêutico: a figura de transição, afastada da saúde e envolvida pela necessidade de desenvolvimento tecnológico. Ele abandonou a botica e se posicionou dentro de indústrias, para pesquisar e produzir medicamentos em larga escala. Durante a primeira guerra mundial houve crescimento do desenvolvimento de antibióticos e durante a segunda, com a utilização de agentes químicos durante os combates, foram descobertos os primeiros antineoplásicos (SCLIAR, 2007).

Na área da formação em Farmácia, acompanhando essa tendência de abertura das oportunidades, começaram a surgir as primeiras habilitações: farmacêutico industrial, farmacêutico-bioquímico e farmacêutico de alimentos. O farmacêutico começou a se afastar do usuário do medicamento (HEPLER, STRAND, 1990).

Esse período ficou também marcado com a transformação das atividades farmacêuticas em atividades mercantis, nas quais qualquer empreendedor podia ser proprietário de uma farmácia, contanto que ele mantivesse um farmacêutico como responsável técnico. Isso culminou com a perda da autonomia do farmacêutico diante desses estabelecimentos, pois sua meta dizia respeito ao lucro, transformando, assim, o farmacêutico em um mero vendedor, obrigado a fazer do medicamento uma arma comercial para gerar lucro, e não desempenhar o seu real papel, que é ser um bem social e de manutenção da saúde (VIEIRA, 2007).

Com o advento da ciência dentro do campo da Saúde, começou a disputa por restrições, tanto em áreas de conhecimento, quanto em atividade profissional. Em 1920, com o decreto 14354, houve a primeira tentativa de limitar a atuação farmacêutica, alegando que "nenhum medicamento poderia ser vendido pelo farmacêutico sem receita de profissional competentemente habilitado. Restringia-se, assim, a atuação do farmacêutico no sentido de aviar a prescrição médica (FIGUEIREDO, FREIRE, LANA, 2006). Em 1931

surgiu a primeira regulamentação sobre o exercício profissional farmacêutico. No artigo 6º do decreto 19606 são listadas as atividades profissionais. Dentre elas, podemos citar, como privativas do farmacêutico, a manipulação e o comércio de medicamentos e, como não privativas, as análises clínicas e bromatológicas (BRASIL, 1931). Observa-se que, já nessa regulamentação, existem atividades privativas, sendo exercidas pelo próprio profissional ou por ele fiscalizadas.

A partir da década de 1920, o Brasil passou por uma grande turbulência nas relações de poder político, com o fortalecimento da oligarquia paulista cafeeira no cenário econômico e político e a aceleração do processo de industrialização nos espaços urbanos. Este novo contexto trouxe consigo uma crítica ao modelo sanitário vigente, simultaneamente à emergência de novas propostas alinhadas ao ideário desenvolvido nos Estados Unidos no início do século, conhecido como Movimento Médico-Sanitário, cuja introdução e expansão no território brasileiro se deu a partir do financiamento da Fundação Rockefeller (MEHRY, 1997).

A corrente médico-sanitária defendia a noção de que o processo saúde-doença era um fenômeno coletivo de saúde, portanto, uma questão de saúde pública, mas determinado, em última análise, pelas questões próprias das pessoas, dos indivíduos. Dessa forma, as ações educacionais voltadas à higiene ambiental e individual passaram a ser consideradas as principais ferramentas no campo da saúde pública. Nesta lógica, medicina e saúde pública eram vistos como campos científicos distintos: a primeira como instrumento de cura ligado à patologia e à terapêutica, a segunda como espaço de educação sanitária e organização administrativa dos serviços voltado à prevenção e à promoção da saúde (MERHY, 1997; RONCALLI, 2003).

A partir dessa dicotomia entre medicina e saúde pública surgiram vários Centros de Saúde e Postos Sanitários Rurais, comandados por sanitaristas e verticalmente organizados dentro da perspectiva médico-sanitária, utilizando os princípios da administração clássica propostos por Taylor e Fayol; assim, as ações em saúde pública, neste período, se reduziam a ações voltadas ao combate a grupos específicos de problemas,

como malária, febre amarela e desnutrição, a partir de projetos bacteriológicos e médico-sanitários (MERHY, 1997).

Um exemplo clássico desse movimento foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública em 1942, a partir de um convênio assinado entre os governos brasileiro e estadunidense, interessados na extração de minério e borracha em regiões interioranas do País. Entre os anos de 1930 e 1964 houve o auge do sanitarismo campanhista, ocorrendo a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, do Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense (RONCALLI, 2003).

Em 1930, com a ascensão de Getúlio Vargas e a queda das oligarquias do poder iniciou-se uma ampla reforma administrativa e política culminada com a nova Constituição de 1934 e a ditadura do Estado Novo em 1937. Nesse período, a mudança no modelo econômico foi extremamente importante, pois alterou o foco de atuação da assistência à saúde. Isso se deveu ao declínio da cultura cafeeira e a mudança de um modelo agroexportador para um de característica industrial incipiente e tardia, e a necessidade de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias passou a ser deslocada para a manutenção do corpo do trabalhador, a esta altura mais importante dentro da cadeia produtiva emergente (RONCALLI, 2003).

Em 1945, após a Segunda Guerra Mundial, Vargas foi deposto, mas, em 1950 quando ele foi reeleito, a influência americana na área da saúde refletiu-se na construção de um modelo de atenção semelhante aos padrões estadunidenses, onde grandes hospitais e equipamentos concentram o atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos são bem menores e a quantidade de pessoas atendidas, maior. Havia uma tendência de construção de hospitais cada vez maiores em quantidade e extensão, foi daí que nasce a medicina em grupo, os chamados convênios médicos (SCLIAR, 2005).

4.4 Os anos 1950 a 1970: a inversão do modelo hospitalocêntrico e o conceito de Farmácia Clínica

Após as duas guerras mundiais, com a vontade de se prevenir que novos afrontamentos humanos de proporções catastróficas ocorressem, houve a criação de diversos órgãos internacionais, dentre os quais a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta última, criada em 1948, passou a tornar a saúde uma questão política: ela deve ser considerada um dever de cada estado. Dessa forma, nasceu nesse período uma forma mais ampliada de saúde (SCLIAR, 2007).

O termo *Clinical Pharmacy* (aqui neste trabalho traduzido por mim como Farmácia Clínica) surgiu em meados da década de 1960, nos Estados Unidos, com o objetivo de descrever uma nova atividade dos farmacêuticos hospitalares. Nesse sentido, o termo está, em sua criação, ligado ao hospital, embora isso tenha ocorrido por causa de uma crise existente entre os farmacêuticos hospitalares americanos. Neste momento, eles passaram a interagir de um modo mais eficiente com os outros profissionais do hospital, inicialmente sanando dúvidas sobre medicamentos, para logo participarem da tomada de decisões clínico-terapêuticas dos pacientes (ARAÚJO, 2008).

O início do terceiro período de desenvolvimento do trabalho do farmacêutico ocorreu nos anos 1960, com a adoção da prática da Farmácia Clínica, principalmente depois do desastre ocorrido em 1962, com o uso da talidomida por gestantes, caso que acarretou uma epidemia de focomelia, trazendo, assim, um olhar diferente sobre o uso dos medicamentos, o que colaborou com as primeiras ações de farmacovigilância (ARAÚJO, 2008).

Isso tudo trouxe à tona a importância da atenção ao paciente, fazendo com que o medicamento passe a ser visto como meio ou instrumento para se alcançar um resultado, seja ele paliativo, curativo ou preventivo. Nesse sentido, já nos hospitais americanos e europeus, teve início uma mudança na forma de atuação dos farmacêuticos. A sua presença era requerida junto às enfermarias, e não só no ambiente da farmácia hospitalar, para suprir a equipe de saúde com informações sobre os medicamentos (VIEIRA, 2007).

Além da regulamentação legal, foi necessário o controle do exercício da profissão por um órgão específico. Nesse sentido, no Brasil, a Lei 3820, de 1960, criou o Conselho Federal (CFF) e os Conselhos Regionais de Farmácia (CRF). Com esses órgãos fiscalizadores, o exercício da profissão farmacêutica passou a ter direitos e deveres (BRASIL, 1960). Em 1963, o CFF criou sua primeira resolução sobre o âmbito profissional do farmacêutico e do farmacêutico-bioquímico: magistério de disciplinas específicas da área, fiscalização profissional, responsabilidade técnica e perícias técnico-legais da área farmacêutica (CFF, 1963). Em 1965, seguindo uma reforma curricular do curso de Farmácia, o CFF emitiu uma delimitação entre as atribuições do farmacêutico e do farmacêutico-bioquímico (CFF, 1965).

Em 1973, o CFF já considerava diferentes títulos inerentes à profissão farmacêutica, como farmacêutico, farmacêutico-industrial, farmacêutico-bioquímico, entre outros. Nesse sentido, a Resolução 108 amplia um pouco as atribuições do profissional, tanto privativas (assessoramento e consultoria técnica, elaboração de laudos técnicos), quanto não privativas (controle de águas e poluição atmosférica). Desse modo, considera-se como uma profissão com atribuições específicas, mas com diferentes títulos emitidos (CFF, 1973).

Na década de 1970, acompanhando inúmeras transformações sócio-econômico-culturais, tais como a globalização do mercado, manifestações geopolíticas e a relação do Estado com a sociedade, a saúde se transforma mais uma vez. Em 1978, a OMS realizou sua conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, que originou a Declaração de Alma-Ata. Nela, estabeleceu a participação social tanto individual quanto coletiva no planejamento e na execução dos cuidados à saúde. Além disso, o governo passou a se responsabilizar pelo bom estado de saúde de sua população. Finalmente, a OMS estabeleceu uma meta nessa conferência: até os anos 2000, toda a população mundial deveria atingir um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva (ALVES, 2006; OMS, 1978).

Em consonância com a Declaração de Alma-Ata, podemos observar uma mudança importante na orientação do cuidado à saúde, havendo a inversão do modelo hospitalocêntrico: o dever do governo passou a ser o de

evitar que a população adoecia ou que sua condição de doença se intensificasse. O objetivo foi investir esforços e recursos principalmente em prevenção (OMS, 1978).

Observando o desenvolvimento da Farmácia Clínica nos Estados Unidos, verifica-se que ele foi impulsionado por uma motivação profissional. Com o advento e a evolução da indústria farmacêutica no pós-guerra, grande parte dos conhecimentos adquiridos nas escolas de Farmácia não eram aplicados de forma permanente. Houve necessidade de um processo de reprofissionalização, pois o farmacêutico passou a perder o monopólio do conhecimento na seleção terapêutica, a confiança pública e a autonomia de trabalho. Os farmacêuticos eram vistos como meros armazenadores e entregadores de medicamento, e a Farmácia Clínica se tornou uma saída para a reinserção do farmacêutico na equipe multiprofissional de cuidado à saúde (ARAÚJO, 2008).

4.5 Os anos 1980 e 1990: a formação do Brasil democrático e o conceito de Atenção Farmacêutica

O início da década de 1980 foi marcado pelo recrudescimento da crise na Previdência Social e pelo crescimento - marcado por grandes avanços nos campos teórico-conceitual, ideológico e político - do Movimento da Reforma Sanitária. Coerente com o paradigma histórico-estrutural, a Reforma Sanitária priorizou estratégias macro-políticas voltadas à reorganização do Estado e à reformulação do sistema de saúde e seus mecanismos de gestão (MERHY, 1997; ESCOREL, BLOCH, 2005).

Um dos principais mecanismos de participação e de controle social na saúde no Brasil são as Conferências Nacionais de Saúde. Elas foram instituídas em 1937, durante o Governo Getúlio Vargas, mas apenas em 1941 a primeira delas ocorreu. Um marco para a Saúde Pública no Brasil foi a Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nela, notou-se uma necessidade urgente de reformulação da saúde de forma geral, tanto na questão assistencial quanto na financeira. A saúde passou a ser instituída como direito do cidadão. Para isso, foi proposta uma reformulação do sistema nacional de saúde e são apontadas formas de financiamento da saúde.

Dessa forma, nasceu o embrião que daria origem ao nosso atual sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986; ESCOREL, BLOCH, 2005).

A Constituição Federal de 1988, primeira Constituição democrática após o regime militar e vigente até os dias de hoje, teve um olhar positivo para a Saúde Pública. As Leis 8080 - conhecida como Lei Orgânica da Saúde - e 8.142 em 1990 instituíram essa mudança, fato fundamental para a criação do SUS. Ele surge com o intuito de eliminar as desigualdades assistenciais, o que foi visto como uma vitória para a sociedade brasileira (BRASIL, 1990a).

A Constituição Federal de 1988 define o SUS como:

"um conjunto ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único e organizado" (BRASIL, 1988).

O SUS pode ser classificado como um dos melhores sistemas de saúde do mundo e foi desenvolvido para possibilitar que o usuário tenha o atendimento sem precisar se deslocar para um local muito distante. Analisando o funcionamento do SUS é importante considerar suas diretrizes organizativas, que visam a um funcionamento viável e adequado deste sistema. São três as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A descentralização diz respeito ao funcionamento organizado e hierarquizado das esferas de governo (municipal, estadual e federal), com direção única em cada uma delas. De certa forma, foi a quebra de um paradigma, pois essa diretriz visa ter um responsável legal para cada esfera, ou seja, haveria um representante bem articulado para a união, outro para o estado e, conseqüentemente, outro para o município. Quanto à regionalização, ela estabelece operacionalização a partir de uma lógica organizativa centrada nos distritos sanitários que, segundo a Lei 8080/90, é uma das formas potenciais de estruturação do SUS no nível municipal, de

forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas para cobertura total das ações (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; RONCALLI, 2003).

O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, mostra a visão inovadora de mudança das atividades da medicina para a prevenção de doenças, abandonando a visão curativa. Além disso, ele garante o livre acesso do cidadão a todos os níveis de atenção à saúde (desde a atenção primária até níveis mais complexos de assistência à saúde), outro marco desse sistema. Finalmente, a participação da comunidade, torna o sistema realmente democrático, no qual a sociedade participa ativamente das decisões tomadas e pode fiscalizar as ações dos funcionários e dos governantes. Organizar-se a partir dos Conselhos de Saúde, estabelecidos em nível federal, estadual e municipal, se confirma como instância de participação popular com caráter deliberativo sobre os rumos da política de saúde nas três esferas de governo. Trata-se do controle social⁴ na sua mais pura essência (RONCALLI, 2003; POLIGNANO, 2008).

Além das diretrizes citadas existem os princípios doutrinários do SUS, que lhe dão legitimidade. São eles: a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade diz respeito ao direito a saúde de todo cidadão brasileiro, através dos serviços oferecidos pelo SUS. Este princípio é de fundamental importância, pois, a partir dele, não apenas as pessoas que contribuem com a Previdência Social têm direito à saúde, mas sim toda a população (RONCALLI, 2003).

A equidade trata as diferenças com o objetivo da igualdade, ou seja, aloca mais recursos onde há mais necessidade, desta forma, é possível garantir o acesso aos serviços para aqueles indivíduos mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico. Dessa forma, tende-se a construir um sistema que propicia a igualdade para usuários, independentemente de sua classe social. Em uma conceituação oficial significa assegurar ações e

⁴ Segundo o sociólogo americano Edward Ross, o controle social é o conjunto de sanções positivas e negativas que uma sociedade recorre para assegurar a conformidade das condutas, dos modelos, das normas e dos valores culturais estabelecidos. Controle social é a integração da sociedade com a administração pública com a finalidade de solucionar problemas e as deficiências sociais com mais eficiência e empenho.

serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Já a Constituição Federal definiu inicialmente a igualdade de acesso, para mais tarde ser substituído pela equidade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b; RONCALLI, 2003).

Por fim, no que tange à integralidade, ela parte do princípio de que as ações de saúde procuram atender a todas as suas necessidades, considerando a pessoa como um todo. Para realizar tal feito, o SUS implanta ações contínuas com objetivo de promover a saúde. Graças a este princípio foi possível expandir e qualificar ações, serviços e profissionais para garantir qualidade de saúde digna à população. Mas, além dos princípios e diretrizes é muito importante destacar o direito à informação, considerando que para que os cidadãos possam fazer valer esse direito é fundamental que as informações pertinentes à saúde coletiva e individual sejam divulgadas, inclusive pelos profissionais da área da saúde que, desta forma, tem parte nessa responsabilidade de viabilizar este direito (POLIGNANO, 2008).

Nos anos seguintes, a regulamentação do SUS prosseguiu por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), determinadas pelo Ministério da Saúde, buscando regular as relações entre os gestores do sistema de saúde nas três esferas de Governo e formular novos objetivos estratégicos, prioridades e movimentos tático-operacionais para a implantação do SUS no território nacional (MERHY, 1997; ESCOREL, BLOCH, 2005).

Em relação à área farmacêutica, alguns termos correlacionados com a prática clínica do farmacêutico começaram a ser definidos nessa época. Com o pensamento voltado para a Farmácia Clínica, o termo *Pharmaceutical Care* (traduzido neste trabalho por Atenção Farmacêutica) foi pela primeira vez mencionado no artigo de Charles Hepler e Linda Strand, pesquisadores da Universidade de Minnessota, nos Estados-Unidos, em 1990. De acordo com os autores:

"Atenção Farmacêutica é a provisão responsável da terapia medicamentosa com o objetivo de alcançar resultados definidos que aumentam a

qualidade de vida do paciente. (...) A atenção farmacêutica envolve o processo pelo qual o farmacêutico coopera com o paciente e outros profissionais desenhando, implementando e monitorando um plano terapêutico que produzirá um resultado terapêutico específico para o paciente" (HEPLER, STRAND, 1990, tradução livre).

Dessa forma, os autores entendem que a Atenção Farmacêutica compreende o envolvimento do farmacêutico com a equipe de saúde e com o paciente na terapêutica medicamentosa. Dentro dos sistemas de saúde, o profissional farmacêutico representa uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica. Diversos estudos demonstraram diminuição significativa do número de erros de medicação em instituições nas quais farmacêuticos realizaram intervenções junto ao corpo clínico (AMARAL, AMARAL, PROVIN, 2008; NUNES *et al.*, 2008).

A primeira investigação sobre o impacto das ações de atenção farmacêutica foi realizada nos Estados Unidos utilizando os dados do Projeto Minnesota de Atenção Farmacêutica. Os resultados mostraram que após um ano aumentou o número de pacientes que alcançaram resultado terapêutico positivo. A resolução dos problemas relacionados a medicamentos reduziu a complexidade da demanda por medicamentos. Em síntese observou-se relação custo-benefício favorável e melhoria nas condições de saúde do público atendido (HEPLER, STRAND, 1990).

Em relação à regulamentação da profissão farmacêutica em âmbito internacional, a *American Society of Hospital Pharmacists*, organização americana responsável por gerenciar farmacêuticos clínicos, e uma das mais antigas organizações desse tipo no mundo, definiu legalmente o conceito de Atenção Farmacêutica nos Estados Unidos, incentivando a mudança da formação nas universidades e a uma mudança na forma em se prestar os serviços farmacêuticos (ASHP, 1993).

Já em 1996, essa mesma sociedade, com o nome mudado para *American Society of Health-System Pharmacists*, publicou diretrizes para a

elaboração de um método padronizado para se prestar Atenção Farmacêutica. Aqui, já se começara a busca por uma padronização mundial das formas de se prestar Atenção Farmacêutica (ASHP, 1996).

Em paralelo, a OMS realizou em 1993 um fórum que teve por objetivo avaliar a prestação de serviços farmacêuticos e estabelecer as Boas Práticas Farmacêuticas. Internacionalmente conhecida como Declaração de Tóquio, esse fórum já estabelecia a necessidade de melhorar o acesso a medicamentos e à informação disponível sobre eles para os usuários. Ele colocou também o farmacêutico como agente promotor de saúde e inseriu sua prática dentro da atenção à saúde, além de instituir que sua prática deveria ser direcionada para o paciente e para a comunidade. Neste relato, também, houve a citação da Atenção Farmacêutica, nos moldes com que o grupo de Minnessota a havia definido. Aqui, já fica clara uma necessidade de mudança nas atividades do farmacêutico, contextualizando-as no ambiente clínico (OMS, 1993).

4.6. O século XXI e as novas oportunidades para o farmacêutico

O conceito de saúde, como vimos no decorrer deste texto, teve interpretações variadas. No século XXI, além de entendermos a saúde como um direito do cidadão e uma obrigação do Estado, devemos entender que as instituições promotoras da saúde não devem trabalhar isoladamente. Dessa forma, os novos desafios para a saúde neste século correspondem ao que o SUS define como integralidade. O processo de assistência à saúde deve ser fluido, e as instituições devem se articular⁵ entre si para garantir essa fluidez (SCLIAR, 2007).

No ano de 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Tratou-se da primeira política voltada especificamente para o âmbito farmacêutico. Dentre os principais pontos estabelecidos por esta política, podemos citar a definição legal de Assistência Farmacêutica, a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais e a promoção do Uso Racional de

⁵ Essa articulação institucional dá origem ao que conhecemos aqui no Brasil como Redes de Atenção à Saúde. Optei por não trabalhar nesse tema neste trabalho, por ser extensivo e, de certa forma, pouco tangencial com o objetivo principal da tese.

Medicamentos. Apesar de ser uma política voltada para o insumo, observa-se já uma preocupação na necessidade de enfocar o paciente e a comunidade como principais alvos no planejamento de ações dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001). Sobre isso, cito uma parte da PNM:

“No que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos, atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes. Especial ênfase deverá ser dada, também, ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. Promover-se-á, da mesma forma, a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde” (BRASIL, 2001).

Hoje em dia há uma necessidade social da inserção do farmacêutico na Saúde Pública, tanto na parte técnica, que diz respeito às atividades de Assistência Farmacêutica, quanto na parte diretamente com o usuário do medicamento, a partir de uma filosofia de atenção à saúde que leve em consideração o paciente inserido no contexto socioeconômico, promovendo, assim, o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002).

Algum tempo depois, em 2003, correlacionada à elaboração da PNM, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Nela, foram aprovadas ações nos eixos de formação de profissionais, acesso à Assistência Farmacêutica - tanto no âmbito público quanto privado - e pesquisa e desenvolvimento. Essa conferência deu espaço para, em 2004, ser promulgada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Há ainda uma redefinição da Assistência

Farmacêutica, tornando-a uma ação centrada no medicamento como insumo essencial de saúde, porém respeitando o alvo principal, que é o paciente e a comunidade. Tanto na PNM quanto na PNAF, seus formuladores tiveram bastante preocupação em garantir o acesso ao medicamento por parte da população. Trata-se de uma necessidade básica para que ocorra a atuação do farmacêutico dentro do processo de cuidado (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

Em relação às políticas de Saúde no Brasil, em 2006 houve a promulgação da Política de Promoção à Saúde. Esse documento teve como objetivo organizar ações que promovessem a qualidade de vida e reduzissem a vulnerabilidade tanto do indivíduo quanto da comunidade em relação ao adoecimento. Dentro de muitas dessas ações, coloca-se a necessidade de profissionais de saúde capacitados nas mais diversas áreas (BRASIL, 2006). Relacionado a isso, em 2010 houve a instituição de uma portaria que determinava a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. As RAS são diversas ações e serviços de saúde que buscam prestar assistência à saúde de forma organizada buscando, dessa forma, a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). No ano seguinte, houve a promulgação da Política Nacional de Atenção Básica, segundo a qual a Atenção Básica passa a ser tomada como principal estratégia para a formação das redes de atenção à saúde. Observa-se aqui um atraso do Brasil em relação ao proposto pela OMS sobre a inversão do modelo de assistência à saúde (BRASIL, 2012).

Seguindo tendências internacionais, o Brasil realizou seu primeiro – e único, até agora – fórum sobre Atenção Farmacêutica no Brasil, entre os anos de 2001 e 2002. Em seu relatório final, foram sintetizadas de forma interessante as definições do termo ao redor do mundo, e foram feitas aproximações entre Atenção Farmacêutica e outros conceitos dentro das Ciências Farmacêuticas, como Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância. Além disso, o grupo se preocupou em aproximar a prestação da Atenção Farmacêutica ao SUS. Segundo esse fórum, a Atenção Farmacêutica:

“É modelo de prática, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende

atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e coresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicosociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OPAS, 2002).

Finalmente, houve um esforço ao se tentar definir um consenso, além de se estabelecerem metas nos âmbitos político, científico, organizacional, coordenativo e de divulgação da informação. Infelizmente, este documento ficou esquecido, pois não foram realizadas outras conferências nacionais sobre o tema. O próprio documento ficou conhecido como uma proposta: nunca foi colocado em prática (OPAS, 2002).

Observa-se aqui que as duas definições de Atenção Farmacêutica citadas nesse trabalho pressupõem condutas do farmacêutico que correspondem às intervenções em saúde, que incluem a intervenção farmacêutica, que é um ato planejado, documentando e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico (HEPLER, STRAND, 1990; OPAS, 2002).

Na Espanha, ocorreram em 2002 e em 2007, respectivamente, o Segundo e o Terceiro Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. A escola de Granada ficou internacionalmente conhecida pelo desenvolvimento do método Dáder⁶. Tais documentos são importantes

⁶ Este método foi nomeado pela pesquisadora Maria José Faus Dáder, coordenadora do núcleo de pesquisa em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, que se dedicou à pesquisa de eventos adversos relacionados a medicamentos após a morte de sua mãe por esse motivo.

em relação às atividades do farmacêutico no âmbito clínico, uma vez que procuram estabelecer formas de classificação de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM). Dessa forma, criou-se também um ambiente virtual para que farmacêuticos de todo mundo pudessem classificar os PRM e discutir casos clínicos com o grupo de Granada. Muitos grupos de pesquisa e farmacêuticos clínicos passaram a utilizar este método, com diferentes adaptações (SANTOS *et al.*, 2004; COMITE DE CONSENSO, 2007).

Em meados de 2008, o *American College of Clinical Pharmacy*, buscando uniformidade no que a comunidade científica e os clínicos discutiam, resolveu redefinir o termo *Clinical Pharmacy*. Segundo eles:

"A Farmácia Clínica é uma disciplina das ciências da saúde na qual o farmacêutico promove assistência ao paciente, que otimiza a terapia medicamentosa e promove saúde, bem-estar e prevenção de doenças. A prática da farmácia clínica abraça a filosofia da atenção farmacêutica: mistura uma orientação cuidadosa com conhecimento terapêutico especializado, experiência e julgamento com o objetivo de garantir os melhores resultados para o paciente (ACCP, 2008; tradução livre)."

Diferentemente do que ouvimos muitas vezes, não se trata de uma prática exclusivamente hospitalar, muito embora seu desenvolvimento inicial tenha sido no hospital, talvez pela facilidade da interação entre o farmacêutico e os demais profissionais de saúde. A Farmácia Clínica como disciplina é entendida no sentido de demonstrar a necessidade de pesquisa e promoção de conhecimento científico. Além disso, essa mesma associação definiu as competências necessárias que um farmacêutico clínico deve ter (ACCP, 2008a; ACCP, 2008b).

Diferentes definições de Farmácia Clínica foram surgindo com o tempo, embora muitas delas tenham apenas uma pequena alteração de significado, como, por exemplo, a Sociedade Europeia de Farmácia Clínica que diz que, como área de conhecimento, a Farmácia Clínica está centrada

no processo de uso dos medicamentos, principalmente por parte do paciente, mas também relacionado com o fluxo do medicamento dentro da instituição (hospital, ambulatório, farmácia comunitária), incluindo os serviços prestados que não estejam diretamente relacionados com o paciente, tais como distribuição, conservação e elaboração de protocolos (BENEY, 2010).

Essa definição deve ser entendida e contextualizada no sentido de não existir o conceito "Assistência Farmacêutica" na Europa, o que levaria à necessidade de uma definição mais ampla por parte da sociedade europeia. Como prática, a Farmácia Clínica dá poder de julgamento e decisão ao farmacêutico sobre o processo de uso do medicamento. Suas intervenções podem ser desde o aconselhamento durante o ato de prescrição realizado pelo médico, até o acompanhamento do paciente para monitorização de reações adversas a medicamentos (ACCP, 2008).

Especificamente sobre os rumos da profissão farmacêutica em âmbito internacional, a OMS publicou em 2006 um documento no qual estuda formas de aproximar a prática farmacêutica com o paciente. Muitos aspectos envolvendo a mudança de foco e a inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde são então discutidos (OMS, 2006).

Recentemente, em 2013, a OPAS elaborou um fascículo sobre a renovação da atenção primária à saúde nas Américas, específico sobre os serviços farmacêuticos. Nesse documento, discute-se a necessidade de mudança nos serviços farmacêuticos, principalmente no que diz respeito ao direcionamento do foco das ações para o indivíduo, a família e a comunidade. Além disso, o documento coloca o farmacêutico dentro dos profissionais responsáveis por ações que envolvam a definição de políticas públicas de saúde, a gestão de recursos financeiros e o cuidado ao paciente (OPAS, 2013).

Em relação às legislações vigentes em território brasileiro sobre esse tema, podemos dizer que apenas recentemente o farmacêutico tem tido a oportunidade de se inserir como profissional clínico. Em meados de 2009, a ANVISA dá o primeiro passo, quando estabelece uma resolução que trata, dentre outros pontos, da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. Com essa nova resolução, os serviços farmacêuticos passam a ter um espaço específico para a sua realização. Também, é a primeira vez na

legislação brasileira que se utiliza o termo “Atenção Farmacêutica”. Aqui, no entanto, não há uma definição específica do termo, mas fica claro que há uma relação de corresponsabilidade entre o farmacêutico e o paciente, que deve existir um seguimento farmacoterapêutico e que toda atividade realizada pelo farmacêutico deve ser registrada (BRASIL, 2009).

Em 2013, o CFF publicou duas resoluções, uma tratando das atribuições clínicas do farmacêutico e outra regulamentando a prescrição farmacêutica. Essas duas resoluções permitem, finalmente, que o farmacêutico possa trabalhar junto ao paciente buscando melhores condições de saúde, principalmente dentro da farmácia comunitária. Associado a isso, no ano de 2014, ocorreram diversas manifestações por parte de órgãos de classe exigindo a transformação da farmácia comercial em estabelecimento de saúde (CFF, 2013; CFF, 2013a).

Além disso, nesse mesmo ano houve a publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria 529/2013. Nesse sentido, há um avanço em direção à união tanto de profissionais de saúde como dos estabelecimentos de saúde, no sentido de zelar pela melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Dentre os itens envolvendo essa portaria, muito se fala do acesso à informação e à notificação de eventos adversos em saúde. Dessa forma, o farmacêutico pode ser um profissional extremamente prestativo, por ser o elo entre o paciente e o medicamento, e poder acompanhar o surgimento de eventos adversos a medicamentos, que são subnotificados por diversas razões (BRASIL, 2013; VARALLO *et al.*, 2014).

Mais recentemente, no ano de 2014, muitos fatos ocorreram dentro das perspectivas da profissão farmacêutica. No mês de agosto foi promulgada a Lei 13.021/2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Popularmente conhecida por “Farmácia, estabelecimento de Saúde”, essa lei permite que o farmacêutico possa realizar atividades de cunho clínico, tais como o seguimento farmacoterapêutico do usuário do medicamento, ou ainda orientação farmacêutica sobre a aquisição de medicamentos de venda livre. Nesse sentido, a própria dispensação de medicamentos aparece como uma necessidade de ação clínica para o paciente, auxiliando no uso racional de

medicamentos e na segurança ao paciente (ANGONESI, RENNÓ, 2011; BRASIL, 2014; CHEMELLO *et al.*, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da saúde e sua institucionalização dentro de políticas de saúde no decorrer do século XX mudaram de forma bastante radical. O que antes era um benefício de poucas pessoas passou a ser universal e responsabilidade do Estado. A própria abordagem em relação ao processo do adoecimento mudou: hoje se investe mais em ações preventivas, que são mais abrangentes e economicamente mais viáveis do que a atuação com a doença já instalada. Em paralelo, ocorreu a criação do nosso sistema público de saúde, instrumento pelo qual uma grande parcela da população brasileira recebe os cuidados necessários.

O Sistema Único de Saúde, amplamente difundido em âmbito nacional não foi obra do acaso. Tampouco representou um simples arranjo conjuntural do sistema. Sua concepção representou uma verdadeira revolução na história da saúde pública brasileira, ao incorporar princípios como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. Com o SUS, o acesso aos serviços de saúde deixou de ser privilégio do segurado, sendo estendido a qualquer cidadão, independentemente de sua condição de contribuinte da Previdência Social. Ao mesmo tempo buscou-se a superação da histórica dicotomia entre medicina e saúde pública. Tal revolução se consubstanciou numa grande transformação do aparato legal – constitucional e infraconstitucional – e na estrutura político-administrativa do sistema público de saúde brasileiro.

Em relação ao papel social do farmacêutico, ele é tão mutável quanto são mutáveis as necessidades da população. Se hoje existem os medicamentos industrializados, é obra desse profissional que teve que adotar uma postura diferenciada: necessitou de compreensão técnica para garantir a qualidade deste insumo de saúde. Hoje, as necessidades são outras, e o papel desempenhado pelo farmacêutico deve ser diferenciado. Hoje se fala da Farmácia Clínica e da Atenção Farmacêutica.

De modo geral, o entendimento de um mesmo termo pode ser diverso. Nesse sentido, pretendo apresentar meu olhar sobre os termos Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica, e justificar seu uso no decorrer deste trabalho. Entendo que a Farmácia Clínica é uma disciplina das Ciências da Saúde, cujo objetivo seja inserir o farmacêutico no ambiente multiprofissional do processo de atenção ao paciente, auxiliando tanto a equipe quanto o paciente no que tange a decisões sobre a terapia medicamentosa. Nesse sentido, são necessários conhecimentos amplos de farmacoterapia, de saúde pública e de processo de cuidado.

A Atenção Farmacêutica é a filosofia de prática, parafraseando a definição dada por Charles Hepler e Linda Strand em 1990. Ela envolve tanto os processos de cuidado quanto a parte mais humana da atuação profissional, como aspectos éticos e legais, e o desenvolvimento do pensamento clínico, por meio de métodos de anamnese clínica e tomadas de decisão baseadas em evidência e observação clínica.

As novas resoluções estabelecidas no Brasil permitem comprovar a necessidade de uma reorientação profissional do farmacêutico. O profissional que antes era um técnico especializado na produção de insumos, sejam eles medicamentos, fármacos, cosméticos ou alimentos, passa a ter um papel importante na atuação junto ao paciente, trabalhando efetivamente na melhoria das condições de saúde tanto individuais quanto coletivas da população brasileira.

Tendo essa visão ampla sobre o nosso sistema público de saúde, é fundamental refletirmos sobre a necessidade das escolas de saúde formar profissionais que conheçam, no mínimo, seus fundamentos e princípios doutrinários, de modo a inserir sua atividade nesse contexto, de uma forma problematizada e transformadora da realidade.

Com essa exposição sobre a evolução do conceito de saúde, de suas instituições e da profissão farmacêutica, analisei, a seguir, a evolução da forma com que são lecionadas as chamadas Ciências da Saúde. Saber a forma com que se aprendem conteúdos é determinante no processo de interação do aluno com o ambiente a fim de entendê-lo e transformá-lo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, M.J.M. **Sistema Único de Saúde: de que Sistema se Trata?** Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 208 p. 2006
- AMARAL, M.F..Z.J.; AMARAL, R.G.; PROVIN, M.P. Intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: uma revisão. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Porto Alegre v.5, n.1, p. 60-66, 2008.
- AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. Clinical Pharmacist Competencies. **Pharmacotherapy**, 28(6): 806-815, 2008a.
- AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. Clinical Pharmacy Definition. **Pharmacotherapy**, 28(6): 816-817, 2008b.
- AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. ASHP guidelines on an standardized method of pharmaceutical care. **American Journal of Health-System Pharmacy**, 53: 1713-1716, 1996.
- AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS. ASHP statement of pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, 50: 1720-1723, 1993.
- ARAÚJO, F. Q. **A formação do graduando em Farmácia e o estágio supervisionado como atividade integradora: limites e possibilidades.** 2004, 171 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2008.
- BENEY, J. **What is Clinical Pharmacy.** Disponível em: http://www.escpweb.org/cms/Clinical_pharmacy. 2010. Acesso em 28/06/2014.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bioética e Vigilância Sanitária.** Brasília: Anvisa. 2007.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. **Dispõe sobre as 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.** Brasília: Brasil, 2009

- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 3820, de 11 de novembro de 1960. **Dispõe sobre a criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências**, Brasília: Brasil, 1960.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Oitava Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Brasil, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Brasília: Brasil. 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde**, Brasília: Brasil. 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Brasil, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Brasil. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Relatório Final**. Brasília: Brasil. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. **Aprova a Política de Promoção à Saúde**. Brasília: Brasil. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde no âmbito no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Brasil. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Brasil. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília: Brasil. 2013.

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 13.021, de 8 de agosto de 2014. **Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.** Brasília: Brasil. 2014.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.** Brasília: Brasil. 1988.
- BRASIL. Senado Federal. Decreto 19606, de 19 de janeiro de 1931. **Dispõe sobre a profissão farmacêutica e seu exercício no Brasil.** Brasília: Brasil. 1931.
- CHEMELLO, C.; SOUZA, F.; PATRICIO, E.S.; FARIAS, M.R. Pharmaceutical care as a strategy to improve the safety and effectiveness of patients' pharmacotherapy at a pharmacy school: a practical proposal. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, 50(1): 185-193, 2014.
- COMITE DE CONSENSO; GIAF-UGR; GIFA-USE; GIF-UGR. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). **Ars Pharmaceutica**, 48 (1): 5-17, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução 24, de 29 de novembro de 1963. **Dispõe sobre o âmbito profissional do farmacêutico e farmacêutico-bioquímico.** Brasília: Brasil, 1963.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução 45, de 10 de dezembro de 1965. **Delimita o âmbito do profissional farmacêutico e do farmacêutico-bioquímico.** Brasília: Brasil, 1965.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução 108, de 29 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica e dá outras providências.** Brasília: Brasil, 1973.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução 585, de 29 de agosto de 2013. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.** Brasília: Brasil, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução 586, de 29 de agosto de 2013. **Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências.** Brasília: Brasil, 2013a.
- SCOREL, S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N.T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F.C. (Orgs.)

- Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. 504 p. 2005.
- FIGUEIREDO, A.M.; FREIRE, H.; LANA, R.L. **Profissões da saúde - Bases éticas e legais.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. 651 p.
- HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy.** 47: 533-543, 1990.
- LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, 10(3): 1037-1051, 2003.
- MERHY, E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. *In*: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Práxis en salud: um desafio para lo publico.** São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 197-228.
- NUNES, P. H. C.; PEREIRA, B.M.G.; NOMINATO, J.C.S.; ALBUQUERQUE, E.M.; SILVA, L.F.N. CASTRO, I.R.S.; CASTILHO, S.R. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v.44, n.4, p. 691-699, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde.** Alma-Ata, 1978.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE FARMACÊUTICOS. **Declaração de Tóquio: o papel do farmacêutico no sistema de atenção à Saúde. Boas Práticas de Farmácia: normas de qualidade de serviços farmacêuticos.** Genebra: OMS. 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE FARMACÊUTICOS. **Developing pharmaceutical practice: a focus on patient care.** Genebra: WHO. 2006.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos. Relatório 2001-2002.** Brasília: Brasil, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Servicios farmacéuticos baseados en la Atención Primaria de Salud: documento de posición de la OPS/OMS.** Washington DC: OPAS. 2013.

- POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf. Acesso em: 24.08.2012.
- RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: Pereira, A. C. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. 440 p.
- SANTOS, H.; IGLÉSIAS, P.; FERNÁNDES-LLIMÓS F.; FAUS, M.J.; RODRIGUES, L.M. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM): tradução intercultural de espanhol para português (europeu). **Acta Medica Portuguesa**, 17: 59-66, 2007.
- SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública.** 2ª Ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2005.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. 17(1): 29-41, 2007.
- VARALLO, F.R.; GUIMARÃES, S.O.P.; ABJAUDE, S.A.R.; MASTROANNI, P.C. Causes for the underreporting of adverse drug events by health professionals: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 48(4): 739-747, 2014.
- VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 12(1): 213-220, 2007.

CAPÍTULO 3

O ensino de Ciências da Saúde e os desafios do Farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Desde os princípios dos tempos, o homem teve a necessidade de passar os conhecimentos que foi adquirindo em sua vida para os seus descendentes. Com a evolução da sociedade, esse conhecimento foi sendo sistematizado, constituindo hoje o que conhecemos por áreas temáticas ou conteúdos. O processo de ensino-aprendizagem, ou seja, a forma de transmissão desse conhecimento e sua consolidação nos caminhos cognitivos dos descendentes, também se modificou muito, e hoje essa ciência é chamada de didática (PEREIRA, LAGES, 2013).

Com a sistematização do conhecimento, foram se formando áreas diversas. Além da clássica divisão entre Humanas, Exatas e Biológicas, essencial na hora da escolha de um curso superior no Brasil, outras divisões trouxeram consigo uma segregação do conteúdo. As chamadas Ciências da Saúde englobam todo o conhecimento sobre o processo saúde-doença de um indivíduo ou de uma sociedade. Dentro dele, subdivisões deram espaço para as especializações e para as diferentes profissões que conhecemos hoje em dia, muito embora diversos conhecimentos permeiem as diferentes profissões (GUIMARÃES, SILVA, 2010).

Mais que o conteúdo em si, é importante refletir sobre a forma que ocorre o processo de ensino-aprendizagem. Em se tratando do ensino superior, isto é, um ensino voltado não só para o desenvolvimento do indivíduo enquanto ser social, mas para a sua capacitação na realização de atividades produtivas de uma determinada profissão, diferentes estratégias podem levar a resultados diversos. É importante que cada possibilidade que apareça na trajetória do estudante seja significativa para que ele consiga atingir um estado de reflexão e compreensão que lhe permita exercer sua atividade profissional da forma mais adequada para a sociedade (SOUZA *et al.*, 2012).

Por mais que existam diretrizes curriculares nacionais, o ensino deve ser contextualizado dentro de sua realidade local. Nesse sentido, cada escola pode selecionar, dentro de seu programa de ensino, ou currículo, elementos que remetam à sua localidade. Países nórdicos, por exemplo, podem optar por não dar ênfase à parasitologia médica, uma vez que as principais áreas

endêmicas dessas doenças são regiões tropicais. Não obstante, graças à globalização, não necessariamente o aluno que fizer seus estudos em uma realidade vai atuar dentro dela. O aluno, quando decide por um curso universitário, deve ter o direito de escolher qual será a instituição que lhe fornecerá as oportunidades de satisfazer seus anseios profissionais. Nessa escolha, elementos institucionais são fundamentais, tais como o projeto político pedagógico e a interação da instituição com os locais de estágio em serviços públicos (GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010; GONÇALVES, CARVALHO, TRELHA, 2012).

No mundo atual, a interação entre diversas profissões afins é essencial para a produção de melhores resultados. A prática colaborativa, dentro das Ciências da Saúde, tem se mostrado muito interessante. Não é por menos, uma vez que a inexorável produção de conhecimento tem levado a uma separação crescente do saber profissional, levando a absurdos que ouvimos hoje, como por exemplo, que o farmacêutico é o profissional do medicamento ou que o nutricionista é o profissional do alimento. Nossa atividade não se restringe a um produto, e sim a buscar formas de contribuir para a sociedade de uma forma economicamente e socialmente rentável (FARIA, CASTRO SANTOS, 2011).

Frente a isso, pretendi, neste capítulo, expor algumas considerações relacionadas à formação de profissionais voltados para as Ciências da Saúde. Novamente, com algumas ênfases em relação ao profissional farmacêutico, foco deste trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O principal objetivo desse capítulo foi apresentar, analisar e discutir o ensino de Ciências da Saúde no mundo, inserindo a criação da Equipe Multiprofissional de Saúde como fator social necessário e modificador, e a dinâmica de inserção do farmacêutico nessa equipe.

2.2. Objetivo específico

Como objetivos específicos, pretendi:

- Avaliar a evolução da educação em Ciências da Saúde a partir do século XX;
- Discutir e analisar a prática colaborativa entre os diferentes profissionais de saúde;
- Levantar e analisar diferentes métodos de promover uma prática colaborativa com objetivos pedagógicos;
- Discutir as necessidades em relação às competências, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde em relação à sua prática.

3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Da mesma forma que no capítulo anterior, pretendi reunir documentos tanto de fontes acadêmicas quanto de fontes oriundas de organizações de diferentes setores. Para tanto, pesquisei os sítios eletrônicos de diversas associações, tais como a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde, a Federação Internacional de Farmacêuticos, as legislações do Ministério da Saúde e da Educação do Brasil, assim como as entidades representativas das profissões da Saúde (conselhos de classe federais e estaduais de farmácia, medicina e enfermagem, principalmente). Os documentos foram selecionados segundo as seguintes temáticas: “ensino de ciências da saúde”, “educação interprofissional” e “métodos de ensino”.

As temáticas serviram também para a seleção de artigos científicos nas seguintes bases de dados: SciELO, PubMed, ISI Web of Science e Liliacs. Por ter como objetivo uma análise mais centrada na realidade brasileira, dei preferência para a escolha de artigos que tratassem do tema em nosso País. Foram selecionados artigos dos últimos dez anos (2004-2014), nos idiomas português, espanhol e inglês. Dos artigos selecionados, foram excluídos aqueles que tratassem de estudos de casos. Da mesma forma que no capítulo anterior, os resultados e a discussão são apresentados

em diferentes sessões, de forma a contribuir para uma melhor compreensão do resultado da pesquisa.

4. RESULTADOS

Ao todo, foram incluídos nessa revisão 56 documentos. Eles foram separados e classificados em cinco categorias: generalidades sobre currículo (três documentos), generalidades sobre pedagogia (seis documentos), educação em saúde (vinte e seis documentos), educação farmacêutica (dezessete documentos) e integração ensino-serviço (cinco documentos). Sobre o tipo de documento, foram selecionados trinta e seis artigos científicos indexados em bases de dados, cinco documentos de organizações nacionais e internacionais, cinco dissertações, teses e trabalho de conclusão de curso, cinco livros e seis legislações brasileiras. A predileção aos artigos científicos foi dada em função da procura por novas formas ou métodos inovadores direcionados para a educação em saúde.

Em relação ao ano de publicação dos documentos, trinta e dois deles foram publicados na segunda metade do período de seleção (2009 a 2014), dezesseis no primeiro período (2004 a 2008) e sete documentos anteriores a este período, sendo que em sua totalidade são legislações referentes às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos livros de bases sobre generalidades em pedagogia. Finalmente, houve uma predileção por documentos em língua portuguesa (quarenta e oito deles), e apenas oito em língua inglesa. Não foram selecionados documentos em língua espanhola.

4.1. A evolução da educação em Ciências da Saúde no século XX

Acompanhando as tendências evolutivas da sociedade e da saúde, o ensino das Ciências da Saúde⁷ passou por alguns momentos marcantes no século XX e no início do século XXI. Inicialmente, pela proximidade com os avanços do século XIX, tais como a descoberta dos microrganismos e da

⁷ Utilizo esse termo uma vez que a proposta é investigar a evolução do ensino de forma geral, e não especificamente das Ciências Farmacêuticas, nesta etapa da tese.

penicilina, a organização curricular era majoritariamente científica, com foco na descoberta, e centrada na Universidade. No começo do século XX, a sistematização do conhecimento em todas as áreas levou à necessidade de prolongar os estudos, formando, na área de medicina, as primeiras especializações.

Cem anos após o Relatório Flexner, que promoveu a organização e a normatização no ensino de medicina nos Estados Unidos, muitos dos elementos apontados por este pesquisador perduram nas escolas de Saúde no Brasil e no mundo. Baseado no cientificismo alemão, o currículo deveria ter uma organização que permitisse ao aluno conhecer as diversas ciências no começo de sua carreira para poder aplicá-las nos últimos anos de curso (PAGLIOSA, DA ROS, 2008; NUNES, 2010).

4.1.1. Inserção do futuro profissional em seu ambiente de trabalho

Com o crescimento acelerado da população e, principalmente no pós-guerra, com a explosão de alternativas terapêuticas para as doenças que a população apresentava, houve uma reforma curricular, cujo foco principal era a aproximação do aluno com a realidade na qual ele exerceria sua atividade profissional (PAGLIOSA, DA ROS, 2008).

Nesse sentido, institucionalmente, houve um deslocamento da Universidade para o centro de saúde, forçando a incorporação dos profissionais na formação dos alunos. A educação dentro do centro de saúde seria uma via de duas mãos: o futuro profissional de saúde começaria a adquirir experiência profissional e, em troca, o paciente se beneficiaria pelos serviços prestados (FRENK *et al.*, 2010; PAGLIOSA, DA ROS, 2008).

Para que essa organização ocorresse, seria necessária uma figura que pudesse auxiliar tanto no ensino dos alunos quanto na segurança da assistência médica ao paciente. Essa figura é o que conhecemos hoje como preceptor. Dado a necessidade dessa estrutura dentro dos centros de saúde, associada a muitas descobertas no ramo científico, foi também nessa época que surgiram as residências – profissionais formados que fariam especialização dentro dos centros de saúde – e, mais tarde, os internatos –

profissionais em fase final de formação que fariam uma imersão na realidade da clínica (RIBEIRO, PRADO, 2014).

Recentemente, alguns estudos têm destacado a importância do papel da preceptoria na formação em saúde. Estes estudos apontam diferentes formas de trabalhar a perspectiva de formação do preceptor e as formas de trabalho desse profissional. É necessário haver um balanço entre o auxílio na formação do estudante e as intervenções preceptorais, de forma a promover a tomada de decisão do aprendiz (CHEMELLO, MANFRÓI, MACHADO, 2009; MISSAKA, RIBEIRO, 2011; BOTTI, REGO, 2011).

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde, em 1990, houve a necessidade de formar profissionais de modo que pudessem conhecer o novo sistema de saúde, o maior mercado de trabalho na área de saúde no Brasil. Dentro desse contexto, muitos autores relatam dificuldades na junção entre a formação profissional e a necessidade real de saúde por parte da sociedade. É nesse contexto que nasce a necessidade da integração entre ensino e serviço (CAVALHEIRO, GUIMARÃES, 2011).

4.1.2. Integração ensino-serviço

À luz do novo século, há um esforço para um terceiro momento na formação de profissionais da saúde. A aprendizagem deve ser feita com foco no sistema, e não mais no problema. O aluno deve ser capacitado, isto é, deve adquirir as competências e habilidades inerentes da profissão já durante sua formação superior. As competências são avaliadas pelas necessidades reais do sistema de saúde, inserido no sistema educacional vigente. Tal articulação constituiria a formação em serviço e a educação permanente em saúde, possibilitando o desenvolvimento pessoal e institucional (FRENK *et al.*, 2010; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker destacam que a busca por conhecimento científico sobre novas formas de diagnóstico ou novas terapias não deve ser o único fator impulsionador na formação profissional em saúde: ela deve estar associada às necessidades em saúde que a população

apresenta, tanto em condições de atendimento, quanto em gestão setorial e controle social (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Além disso, o aluno deve ser capaz de perceber as diferenças existentes entre o local e o global: com o aumento da emigração, graças às novas tecnologias de transporte, o conhecimento sobre determinada doença ou condição clínica, que não faz parte da população local, mas que possui importância no plano global, deve ser levado em consideração. Existe desigualdade entre os países que formam profissionais de saúde e aqueles que os necessitam. Apenas quatro países (China, Índia, Brasil e Estados Unidos) possuem cerca de 35% de todas as faculdades de Medicina do mundo, sendo que 31 países, a maior parte na África Subsaariana, não as possuem (FRENK *et al.*, 2010).

Outro ponto levado em consideração é a necessidade de trabalho em equipe. As necessidades em saúde de uma comunidade podem ser tão específicas e complexas que apenas a coordenação entre diferentes profissionais pode permitir acesso contínuo e ininterrupto à saúde (FRENK *et al.*, 2010).

No Brasil, alguns autores têm-se dedicado ao estudo da complexidade da formação na área da Saúde. Ceccim e Feuerwerker, em 2004, apresentam o conceito de Quadrilátero da Formação. Nesse conceito, ocorre formação completa e o aluno está realmente preparado para atuar em saúde, quando sua aprendizagem leva em conta os seguintes itens: educação, gestão, atenção e controle social. A formação de novos profissionais da saúde tem ficado alheia à discussão sobre os sistemas de estruturação do cuidado, o que faz com que o profissional formado encontre dificuldades assim que passa para o exercício profissional (CAVALHEIRO, GUIMARÃES, 2011; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A articulação ensino-gestão tem ocorrido no Brasil, apoiada pelo fato da existência de diversos hospitais universitários no território nacional. No entanto, por gestão deve-se entender não somente a aplicação dos conhecimentos de fisiopatologia e terapêutica em casos reais, mas também a organização estrutural e funcional, bem como a formulação e implantação de políticas em saúde no serviço (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Nesse sentido, a Assistência Farmacêutica, como política, contribui com uma

perspectiva de fortalecimento para a articulação ensino-gestão (MARTINS, 2006).

Dentro do componente atenção, encontra-se a necessidade da interação com a comunidade. Essa interação, no entanto, não é apenas uma relação de saúde, mas também de educação, de relevância e responsabilidade do ensino. Nesse sentido, a articulação atenção-controle social ocorreria para levar a comunidade a liderar ações envolvendo a melhoria da saúde no território, sendo o profissional o facilitador para que ocorra o empoderamento. O componente ensino, por fim, não está somente ligado à formação do profissional, mas deve estar articulado, também, com o movimento estudantil, ator independente da instituição formadora. Com o protagonismo do próprio estudante, surge a inovação do ensino formal, além da reflexão sobre a coordenação com os serviços de saúde (CECCIM e FEUWERKER, 2004).

A implantação dessa relação no Brasil tem avançado consideravelmente nos últimos anos. As políticas nacionais de formação profissional permitiram essa aproximação entre ensino e serviço local, incentivando, dessa forma, um direcionamento da academia para a solução dos problemas de saúde da população circunscrita. Por meio de iniciativas tais como o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), a formação do profissional de saúde leva em consideração as mudanças ocorridas com a saúde nos últimos anos, como a humanização do cuidado e o investimento na atenção primária à saúde (CASATA, CORREA, 2012; MARINHO, 2013).

4.2. A prática colaborativa como necessidade para a reformulação do ensino

Na diversidade em que o mundo encontra-se hoje em dia, o conhecimento está cada vez mais fragmentado. Da mesma forma, a multiplicidade das profissões faz com que muitas vezes uma área do conhecimento seja comum a duas ou mais profissões, o que pode acarretar em disputas territoriais e segregações. No entanto, as dúvidas e os

problemas continuam com a mesma complexidade, senão maior, sendo necessário, para sua resolução, uma diversidade de áreas de conhecimento específicas. Uma vertente de pesquisadores considera que a colaboração interprofissional é o melhor caminho para se resolver problemas mais complexos (LATTUCA, VOIGHT, FATH, 2004; FARIA, CASTRO SANTOS, 2011).

Na área da saúde não é diferente. Hoje em dia assistimos a uma complexidade de profissionais com diferentes preparos, surgimento de novas profissões (como a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional e a Obstetrícia), e a própria fragmentação da Medicina nas especialidades (e de outras, que seguem o mesmo exemplo, como a Enfermagem e a Nutrição). O objetivo dessa enorme gama de profissionais, no entanto, é comum: contribuir para a melhoria da saúde da população. Estudos comprovam que a atuação em colaboração de diversos profissionais de saúde contribui de forma positiva tanto para o paciente quanto para o sistema. Ainda, acredita-se que, apesar do grande número de profissões da saúde, seja necessário cerca de 4,3 milhões de profissionais de saúde para assistir a população mundial (FARIA, CASTRO SANTOS, 2011; OMS, 2010).

Além disso, há uma mudança sobre o modo de olhar para a saúde em progresso, que ocorre desde os anos 1990, com intensificação nos anos 2000. Nesse sentido, formuladores de políticas de saúde do mundo inteiro, em parcerias com profissionais e a comunidade científica, optaram por inverter o processo de atenção à saúde. No lugar de custear apenas tratamentos curativos, nos quais as doenças já estão instaladas e representam uma queda na qualidade de vida da pessoa, o governo passou a oferecer tratamento em níveis de menor comprometimento da saúde e de evolução da doença, investindo na medicina preventiva e na atenção primária à saúde. Com isso, o sistema de saúde passa a ver todo cidadão como um de seus usuários, tanto o doente quanto o são. Estima-se que 80% dos problemas de saúde da população possam ser sanados dentro da atenção primária à saúde. Uma grande questão nesse sentido, no que envolve a formação profissional no Brasil, é o grau de conhecimento dos alunos em relação à saúde pública, analisado em diversos estudos em vários cursos da

área da saúde (SILVA, SOUSA, FREITAS, 2011; NORO, TORQUATO, 2011).

Nesse contexto, o olhar da formação profissional também deve ser modificado. O ser humano passa a ser encarado como uma unidade íntegra, não somente como um órgão ou sistema doente. Assim, ocorre a tendência a ressurgir o médico da família, profissional preparado para assistir todos os membros do núcleo familiar, em certo nível de complexidade, conservando, assim, sua qualidade de vida em um patamar mais elevado por mais tempo. No Brasil, essa iniciativa tem sido conhecida como Estratégia Saúde da Família, na qual há o reconhecimento da necessidade de se formar equipes multiprofissionais de saúde da família (CAVALHEIRO, 2011).

É fácil entendermos, nesse novo contexto, a necessidade social da prática colaborativa. O complicado é facilitar esta prática por meio do ensino, uma vez que não existe espaço na maioria das grades curriculares para o estímulo de atividades interprofissionais. A educação interprofissional, segundo a OMS, ocorre quando duas ou mais profissões aprendem umas com as outras, sobre elas e entre si para efetivar a colaboração e buscando uma melhora nos resultados (OMS, 2010).

Como resultado disso, a prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando esses profissionais, oriundos de diferentes áreas, contribuem mutuamente de forma efetiva na resolução de problemas, levando em consideração a integralidade da saúde, envolvendo não só o paciente, mas familiares, cuidadores e a sociedade como um todo. Deve-se entender que a prática inclui tanto atividades clínicas como as não clínicas.

4.2.1. Formação de profissionais de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde

No caso do Brasil, a formação do profissional de saúde deve estar atrelada às necessidades sociais e estruturadas no contexto do Sistema Único de Saúde. Com as Diretrizes nacionais dos cursos de saúde, implementadas entre os anos de 2001 e 2002, colocou-se a necessidade de formação voltada para a prática no contexto do SUS (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

Com essas mudanças, vários estudos visando alterações nas matrizes curriculares foram realizados. Apesar das mudanças ocorridas dentro das diretrizes para o ensino superior, o ensino fragmentado que se apresenta hoje em dia na maioria dos cursos é uma barreira na formação de um profissional generalista, crítico e humanista. Infelizmente, a formação de profissionais de saúde ainda perpassa, obrigatoriamente, pelo hospital e não pela atenção primária, contrastando com a realidade da inversão no processo de assistência à saúde (ROSSONI, LAMPERT, 2004; DA HORA *et al.*, 2013).

Em relação ao curso de medicina, um estudo com instituições paranaenses demonstrou dois perfis distintos: escolas com mudanças marcantes na formação profissional, dirigida para a formação de competências, e outras seguindo o método tradicional, sem inovações. A questão da formação da preceptoria dentro da formação de graduação também é um tema bastante discutido. Além disso, a integração entre as unidades básicas e as clínicas, mesmo com modelos inovadores, permanece desconfigurada (ALMEIDA *et al.*, 2007; VARGAS *et al.*, 2008; MISSAKA, RIBEIRO, 2011; BOTTI, REGO, 2011).

O curso de enfermagem apresenta questão semelhante. Em relação à atenção primária, um estudo observou que muitas escolas consideram a inserção desse tema em seus projetos político-pedagógicos, mas a inserção dele ocorre de forma tradicional (com a inclusão de disciplinas que tratam especificamente do tema). No entanto, poucas delas possuem tendências de mudanças, incluindo processos de interdisciplinarização do tema, o que traz uma formação vertical que perpassa as disciplinas tradicionais. Além disso, o estágio supervisionado é visto como o principal mecanismo para tornar a formação do profissional mais clínica (SILVA, SOUSA, FREITAS, 2011; BENITO *et al.*, 2012).

4.3. O currículo e o projeto político pedagógico como instrumentos modificadores da realidade de aprender

Por vezes nos deparamos com palavras que julgamos definidas e bem fundamentadas, mas nos surpreendemos como às vezes elas possuem

diferentes significados, alguns deles antagônicos. Este é o caso da palavra "currículo".

Etimologicamente, esta palavra provém do grego *curriculum*, cujo significado traduz-se em português por "pista de corrida". Além da dimensão filológica, o sentido imposto na palavra "currículo" ilustra a defesa por diferentes vertentes pedagógicas, que em sua última instância estão associadas com distintas políticas educacionais. Muitas vezes entendido como uma sequência mais ou menos estabelecida de conhecimentos a serem adquiridos pelo aluno, o currículo pode ser considerado também como experiência de aprendizagem, envolvendo tanto o ensino formal quanto o estabelecimento de relações sociais do aluno. Trata-se da interpretação da "pista de corrida" que o aluno deve percorrer.

4.3.1. O currículo e a determinação do conteúdo no processo de ensino-aprendizagem

LOPES e MACEDO fazem uma discussão interessante sobre o significado da palavra currículo, e como seu entendimento pode influenciar toda a prática pedagógica de um determinado local. As autoras afirmam que autores, como Tyler, entendem o currículo como um procedimento administrativo dividido em etapas, enquanto outros, como Tanner, dão mais importância ao currículo. Para este último "o currículo é definido como as experiências de aprendizagem planejadas e guiadas e os resultados da aprendizagem não desejados formulados através da reconstrução sistemática do conhecimento e da experiência sob os auspícios da escola para o crescimento contínuo e deliberado da competência pessoal e social do aluno" (LOPES, MACEDO, 2011).

Nesse sentido, o currículo configura-se como uma entidade viva, que passa a ser contextualizada tanto local como temporalmente. Sua construção é guiada por interesses diversos, econômicos em sua maioria, e não é exagero dizer que sua formulação envolve luta entre diferentes ideias, o que o torna um poderoso instrumento de controle social. Dentre as teorias críticas do currículo, que repensam a prática curricular tradicional, prática esta fundamentada no sequenciamento lógico de conteúdos escolares a serem

lecionados pelos professores e internalizados pelos alunos, a teoria histórico-crítica possui uma abordagem bastante interessante. Após esta breve apresentação do referencial teórico utilizado como suporte, temos a seguinte questão: de que formas os conteúdos utilizados no processo de ensino-aprendizagem aparecem disponíveis na construção de uma proposta de ensino?

Quando falamos de ensino superior, estamos lidando com um aluno que já vivenciou experiências diversas, cada um possuindo um capital cultural⁸ diferente. Muitas vezes, a única semelhança entre esses indivíduos é seu interesse por alguma área do saber. No mundo de hoje, o ensino superior é visto como um ensino profissionalizante: após sua conclusão, o indivíduo estaria apto para representar o papel social ao qual sua profissão se encaixa. Muitas vezes, o ensino superior pressupõe que não seja necessário atribuir valores aos alunos, apenas capacitá-los por meio de ferramentas a exercer seu papel profissional na sociedade. Para esse fim, o currículo, visto como um sequenciamento lógico de disciplinas, é meramente um demonstrativo dos conteúdos (LOPES, MACEDO, 2011).

Os pressupostos da pedagogia histórico-crítica nos ajudam a considerar a importância de que, no ensino superior, o currículo seja preenchido de significados que possam tornar o aluno um ser capaz de entender o mundo ao seu redor para poder modificá-lo (SAVIANI, 2011). Tomemos, por exemplo, um aluno que faz algum curso da área da Saúde: o que faz o estudante se constituir como um profissional de saúde? Além do currículo formal, outras características sociais, como o jaleco branco, o estetoscópio, a forma com que interpreta a fala humana ou observa o comportamento humano. Esses fatores sociais podem ser internalizados no currículo clássico como um estágio, mas é muito mais do que um período de vivência. Trata-se da construção de sua representação social e do modo como ele interage com a comunidade. Trata-se do currículo oculto (BERNSTEIN, 1996).

⁸ Segundo Pierre Bourdieu (1979), a noção de capital cultural surge da necessidade de se compreender as desigualdades de desempenho escolar dos indivíduos oriundos de diferentes grupos sociais.

O currículo oculto, referenciado pela primeira vez pelo educador Philip Jackson, refere-se às características estruturais da sala de aula que contribuem para o processo de socialização. John Dewey o utiliza para referir-se a uma "aprendizagem colateral" de atitudes que ocorre de modo simultâneo ao currículo explícito. Nesse sentido, considera-se que o processo de ensino-aprendizagem na instituição de ensino ocorra de uma forma planejada, mas também de forma não planejada, na qual são desenvolvidas provavelmente muitas das atitudes, valores e convicções dos estudantes. Uma sala de aula tradicional, com uma prática pedagógica tradicional⁹ pode favorecer a compreensão dos múltiplos aspectos pressupostos à sua prática profissional, especialmente as que se referem à ética profissional, ao modo como analisa as necessidades e direitos dos sujeitos envolvidos em suas ações profissionais.

4.3.2. Currículo integrado e interdisciplinaridade

Em instituições que propõem mudanças relacionadas com a formação profissional e a educação interprofissional, existe uma necessidade de mudança em relação à organização curricular. Dessa forma, muitos dos trabalhos analisados nessa revisão tratam do tema do currículo integrado. A denominação "currículo integrado" tem sido utilizada como tentativa de contemplar uma compreensão global do conhecimento e de promover maiores parcelas de interdisciplinaridade em sua construção. Essa integração permite ressaltar a unidade que deve existir entre as diferentes disciplinas e formas de conhecimento nas instituições escolares. Dessa forma, a disciplinarização curricular se tornaria um constructo apenas organizacional e não pedagógico (SOUZA *et al.*, 2010).

O ideal de integração em educação também faz parte do estudo de Basil Bernstein sobre os processos de compartimentação dos saberes, no qual ele introduz os conceitos de classificação e enquadramento. A classificação

⁹ Entenda-se a aula expositiva com apresentação formal de conteúdo, pouca ou nenhuma interação entre professor e seus alunos e a avaliação enquanto cobrança formal dos conteúdos apresentados, que foi a modalidade de ensino mais utilizada durante os meus anos de faculdade.

refere-se ao grau de manutenção de fronteiras entre os conteúdos, enquanto o enquadramento, à força da fronteira entre o que pode e o que não pode ser transmitido numa relação pedagógica. Associado a essa organização do conhecimento escolar que envolve alto grau de classificação, deve existir um currículo denominado de “código coleção”; à organização que tem por objetivo a redução do nível de classificação associa-se um currículo denominado de “código integrado” (BERNSTEIN, 1996).

A integração coloca as disciplinas e cursos isolados numa perspectiva relacional, permitindo que o abrandamento dos enquadramentos e das classificações do conhecimento escolar promova maior iniciativa de professores e alunos, maior integração dos saberes escolares com os saberes cotidianos dos alunos, combatendo, assim, a visão hierárquica e dogmática do conhecimento. Isso contribuiria para a construção de uma educação mais igualitária, visando à superação de problemas de socialização diante dos sistemas de valores próprios das sociedades industriais avançadas (MAINARDES, STREMEL, 2010; BRAID, MACHADO, ARANHA, 2012).

Essas análises colocam a necessidade de relacionar o âmbito escolar à prática social concreta. A proposta de currículo integrado incorpora essas análises e busca definir as finalidades da educação escolar por referência às necessidades da formação humana. Com isto, defende que as aprendizagens escolares devem possibilitar à classe trabalhadora a compreensão da realidade para além de sua aparência e, assim, o desenvolvimento de condições para transformá-la em benefício das suas necessidades de classe. Em muitos currículos de medicina e enfermagem há iniciativa nesse sentido, embora nem sempre satisfatórias (SOUBHIA, 2004; VARGAS *et al.*, 2010; BRAID, MACHADO, ARANHA, 2012).

No currículo integrado, conhecimentos de formação geral e específicos para o exercício profissional também se integram. Um conceito específico não é abordado de forma técnica e instrumental, mas visando a compreendê-lo como construção histórico-cultural no processo de desenvolvimento da ciência com finalidades produtivas. Assim, nenhum conhecimento é somente geral, uma vez que ele estrutura objetivos de produção. Nenhum conceito apropriado produtivamente pode ser formulado ou compreendido

desarticuladamente das ciências e das linguagens (SOUBHIA, 2004, VARGAS *et al.*, 2008).

O currículo formal exige a seleção e a organização desses conhecimentos em componentes curriculares, sejam eles em forma de disciplinas, módulos ou projetos, mas a integração pressupõe o reestabelecimento da relação entre os conhecimentos selecionados. Como o currículo não pode compreender a totalidade, a seleção é orientada pela possibilidade de proporcionar a maior aproximação do real, por expressar as relações fundamentais que definem a realidade. Cada fato ou conjunto de fatos, na sua essência, reflete toda a realidade com maior ou menor riqueza ou completude. Por esta razão, é possível que um fato deponha mais que outro na explicação do real. Assim, a possibilidade de conhecer a totalidade a partir das partes é dada pela possibilidade de identificar os fatos ou conjunto de fatos que deponham mais sobre a essência do real; e, ainda, de distinguir o essencial do acessório, assim como o sentido objetivo dos fatos. Isto dá a direção para a definição de componentes curriculares (SOUZA *et al.*, 2010; BRAID, MACHADO, ARANHA, 2012).

O método histórico-dialético define que é a partir do conhecimento na sua forma mais contemporânea que se pode compreender a realidade e a própria ciência na sua historicidade. Os processos de trabalho e as tecnologias correspondem a momentos da evolução das forças materiais de produção e podem ser tomados como um ponto de partida histórico e dialético para o processo pedagógico. Histórico porque o trabalho pedagógico fecundo ocupa-se em evidenciar, juntamente aos conceitos, as razões, os problemas, as necessidades e as dúvidas que constituem o contexto de produção de um conhecimento. A apreensão de conhecimentos na sua forma mais elaborada permite compreender os fundamentos prévios que levaram ao estágio atual de compreensão do fenômeno estudado. Dialético porque a razão de estudar um processo de trabalho não está na sua estrutura formal e procedimental aparente, mas na tentativa de captar os conceitos que o fundamentam e as relações que o constituem. Estes podem estar em conflito ou ser questionados por outros conceitos (SAVIANI, 2011).

Em suma, o currículo integrado organiza o conhecimento e desenvolve o processo de ensino-aprendizagem de forma que os conceitos sejam

apreendidos como sistema de relações de uma totalidade concreta que se pretende explicar e compreender. No trabalho pedagógico, o método de exposição deve restabelecer as relações dinâmicas e dialéticas entre os conceitos, reconstituindo as relações que configuram a totalidade concreta da qual se originaram, de modo que o objeto a ser conhecido revele-se gradativamente em suas peculiaridades próprias. A interdisciplinaridade, como método, é a reconstituição da totalidade pela relação entre os conceitos originados a partir de distintos recortes da realidade; isto é, dos diversos campos da ciência representados em disciplinas. Isto tem como objetivo possibilitar a compreensão do significado dos conceitos, das razões e dos métodos pelos quais se pode conhecer o real e apropriá-lo em seu potencial para o ser humano (SAVIANI, 2011; SOUZA *et al.*, 2010).

4.3.3. Métodos de ensino-aprendizagem voltados para a prática colaborativa

A partir da década de 1980, o cenário da educação mundial modificou-se. A partir daí, novos modelos de gestão e processos de operações de produtos e serviços tiveram que se adequar à nova realidade. A competição tornou-se global, a estabilidade e previsibilidade abriram espaço para mudanças e incertezas, houve uma sobreposição da coletividade sem relação ao individualismo, de processos flexíveis e descentralizados, substituindo a antiga passagem de conteúdo para o desenvolvimento da competência e do profissionalismo, a educação deixa de ter como referência um mero diploma, para se tornar contínua, com o indivíduo como o principal responsável pela sua formação. Na atualidade, na era da inovação, a procura pela melhoria contínua remete a uma constante insatisfação com o presente, de maneira a desenvolver estímulos, para que as organizações e pessoas aperfeiçoem as suas habilidades e competências críticas no encontro da excelência (SAVIANI, 2011).

Especificamente na área da formação de conhecimento, o ensino tem se modificado para adequar-se a esta nova realidade, porém, em alguns domínios, este desenvolvimento caminha a passos curtos. Na formação em engenharia especificamente, a implementação de novos modelos

educacionais estimulantes, participativos, que remetam os estudantes a encontrarem soluções para problemas vivenciais, relacionando teoria e prática ainda encontra um hiato. É de salientar que ocorreram modificações, entretanto, a adequação de novas metodologias de ensino-aprendizagem ainda se defronta com o modelo tradicional de ensino.

FREIRE (1997) afirmava que o educador precisa saber que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”. Esta afirmação contrapõe-se ao tradicionalismo implementado pelas escolas de engenharia, onde o mestre, através de seus anos de experiência em áreas específicas, transmitia este saber em aulas expositivas e pouco interativas. O processo tradicional de formação de conhecimento baseia-se apenas na orientação cognitiva, com teoria e prática repassada por um professor, este como principal agente, interagindo de maneira ativa, tornando assim o estudante, um agente passivo. Neste modelo não há incentivo, nem espaço, para desenvolver o auto-aprendizado. A resolução de um problema deve ser encontrada, em um padrão de informações compostas previamente para facilitar a aprendizagem, a cada problema exposto.

A limitação da tradicional proposta, aliada às inovações crescentes, impulsionaram a comunidade científica, a pesquisar alternativas de novos processos de ensino-aprendizagem, capazes de formar os futuros profissionais de saúde com visão holística, integrando a ciência com a prática, através do aprendizado de uma forma ativa e baseada em competências. Este novo modelo de aprender a aprender, na área de educação, ganhou força com o aparecimento do computador e, posteriormente a Internet, fortalecendo o processo de ensino-aprendizagem, favorecendo todas as pessoas, de maneira igualitária, dando acesso à informação para a geração de conhecimento (SCHERER, PIRES, JEAN, 2013).

Os métodos tradicionais (ensino diretivo) são eficientes e eficazes no seu próprio contexto de utilização. Os professores podem cobrir uma vasta gama de informação (fatos, conceitos, acontecimentos, assuntos) em algumas semanas apenas. Quando termina uma unidade de estudo, os professores saberão se os alunos aprenderam alguma coisa. Uma vez que

os alunos resolveram folhas de exercícios e testes, os professores podem estar confiantes que ensinaram de forma eficaz (BRAID, MACHADO, ARANHA, 2012).

Ao mesmo tempo, os professores que colhem os benefícios do ensino convencional sacrificam aspectos importantes nas aprendizagens. A avaliação prova que em atividades tradicionais os alunos apenas usam os níveis mais baixos de operações de processamento cognitivo ao realizarem trabalho elementar tal como leitura, revisão e memorização. Em consequência, o seu conhecimento do conteúdo pode ser meramente pontual, efêmero e superficial. Os alunos podem não aplicar o que aprenderam e não são estimulados a estudar autonomamente ou a ir para além da informação fornecida (DA HORA, 2013).

Muito se fala hoje em dia sobre esses métodos ditos “ativos” de ensino-aprendizagem. Este termo foi criado em oposição aos métodos ditos “passivos”, uma vez que havia a necessidade do aluno participar de uma forma maior na sala de aula, além de assistir a uma palestra proferida pelo professor¹⁰. Dependendo do método utilizado, os temas são trabalhados de formas distintas, dando oportunidade para o desenvolvimento de habilidades, competências e atitudes dos alunos (GOMES *et al.*, 2010; BRAID, MACHADO, ARANHA, 2012).

O método *Problem Based Learning* ou Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) se trata de uma proposta educativa que foi bastante aceita no meio acadêmico, que surgiu na Universidade de Maastricht, no começo da década de 1980, e com maior implementação na Universidade McMaster. Tal proposta estabelece uma estratégia pedagógica centrada no aluno, onde se procura que este aprenda por si próprio (VARGAS *et al.*, 2008).

O método ABP é uma estratégia formativa através da qual os alunos são confrontados com problemas contextualizados e pouco estruturados e para os quais se empenham em encontrar soluções significativas. Sendo também um método que ocorre muitas vezes em grupos, a Aprendizagem

¹⁰ Interessante notar a aproximação da palavra *professor* e *profeta*, que diz respeito ao homem que professa ou ensina uma ciência, uma arte ou uma língua. São os portadores da palavra, segundo o dicionário Aurélio. Mais adiante nesta tese, questiono essa designação.

Baseada em Problemas permite desenvolver o pensamento crítico dos alunos e construir, em conjunto, soluções mais criativas e novos caminhos já que surgem do trabalho conjunto, mais rico (GOMES *et al.*, 2010; LIMBERGER, 2013).

A resolução de um problema deve ser encontrada, em um padrão de informações compostas previamente para “facilitar” a aprendizagem. A limitação da proposta tradicional, aliada às inovações crescentes, impulsionaram a comunidade científica a pesquisar alternativas de novos processos de ensino/aprendizagem, capazes de formar os futuros engenheiros com visão holística, integrando a ciência com a prática, através do aprendizado ativo e baseado em competências. Um novo modelo de aprender a aprender, na área de educação, ganhou força com o surgimento do computador e, posteriormente a Internet, fortalecendo o processo de ensino/aprendizagem, favorecendo a todos, de maneira igualitária, dando acesso à informação para a geração de conhecimento (VARGAS *et al.*, 2008, LIMBERGER, 2013).

Comparando as competências desenvolvidas pela ABP e pelos currículos tradicionais, os autores concluem que, entre as oito dimensões da competência médica (geral, técnica, social, administrativa, pesquisa, ensino, cognitiva, conhecimento/conteúdo), a social mostrou forte evidência em favor da ABP. Ainda nesta dimensão, a ABP mostrou melhores resultados em: trabalho em equipe, observação de aspectos emocionais, sociais, legais e éticos no cuidado em saúde, e atitudes apropriadas com relação à saúde pessoal e bem-estar (KOH *et al.*, 2008).

4.4. Pedagogias Histórico-Crítica e Crítico-Social dos Conteúdos

Tendo em vista essas novas tendências dos currículos em cursos de ensino superior, decidi selecionar um tipo de pedagogia no qual a inserção dessas novas propostas ocorresse em um ambiente mais facilitador. Nesse sentido, apresento a Pedagogia histórico-crítica e a Pedagogia crítico-social dos conteúdos, que formarão a base de argumentação para as propostas de mudanças sugeridas nesta tese.

A pedagogia histórico-crítica, de tendência progressista, iniciou sua consolidação no final dos anos 1970. Ela considera que a escola constitui-se parte integrante do social, e que seu papel é preparar o aluno à participação ativa em sociedade. Por ativa, entenda-se necessário fazer o aluno pensar e desenvolver sua prática no contexto social, do qual ele é indissociável. Este tipo de abordagem pedagógica é centrado no aluno e os conteúdos são sempre contextualizados. Dentro das aproximações mais liberais, a relação professor-aluno continua com certa tendência vertical, na qual ambos possuem papéis distintos. O professor é a figura de autoridade competente que decide e direciona o processo de ensino-aprendizagem, por meio de técnicas que façam seus alunos perceberem suas próprias experiências, para refletir e agir. Ele é responsável por organizar o conteúdo levando em consideração a realidade social na qual seus alunos estão inseridos. O aluno, por sua vez, é responsável pela sua aprendizagem, e o conhecimento é construído a partir de experiências pessoais e subjetivas. A principal diferença da pedagogia histórico-crítica para as teorias mais conservadoras de aprendizagem é a centralidade no aluno e o destaque da incondicional relação dos sujeitos com seu contexto social.

No Brasil, um dos pesquisadores que vem trabalhando o tema da pedagogia histórico-crítica é Demerval Saviani. Desde 1984 ele vem desenvolvendo o tema, considerando como prática pedagógica crítica a que "leva em consideração os determinantes sociais da educação". Ainda segundo Saviani, a pedagogia histórico-crítica permite, mesmo em uma sociedade capitalista, "uma educação que não seja, necessariamente, reprodutora da situação vigente, e sim adequada aos interesses da maioria, aos interesses daquele grande contingente da sociedade brasileira, explorado pela classe dominante" (SAVIANI, 2011).

Outro pesquisador que estuda os fenômenos educativos é José Carlos Libâneo, defensor da teoria denominada crítico-social dos conteúdos. Para ele: "a concepção da pedagogia crítico-social dos conteúdos ou histórico-crítica atribui à escola o papel social e político da socialização do saber sistematizado. Utiliza-se de processos pedagógico-didáticos que asseguram a interligação entre as práticas socioculturais dos alunos e a cultura elaborada e, assim, a unidade conhecimento-ação. Pretende que o domínio

de instrumentos culturais e científicos consubstanciados no saber elaborado auxilie no conhecimento e compreensão das realidades sociais, favorecendo a atuação dos indivíduos no seio das práticas de vida e das lutas pela transformação social" (LIBÂNEO, 2008). Nesse sentido, a escola torna-se responsável pela apresentação ao aluno da realidade social, para que ele possa entendê-la, a fim de transformá-la em benefício da própria sociedade na qual ele está inserido.

Ser uma pedagogia crítica e social ao mesmo tempo implica na necessidade de levar em consideração os determinantes sociais atuais, proporcionando, assim, a crítica dos mecanismos e imposições resultantes da organização da sociedade em classes sociais antagônicas. Ainda, a escola faz parte da sociedade e deve ser analisada dentro da dinâmica social. Dessa forma, Libâneo afirma que o papel fundamental da escola é a transmissão do saber e sua apropriação por parte dos alunos, além de servir como um espaço disponível para se lidar com as contradições da sociedade de classes. O saber escolar seria definido como um conjunto de conhecimentos selecionados a partir dos bens culturais existentes, enquanto patrimônio coletivo da sociedade, representativos das relações entre as classes sociais. Observa-se nessa definição que os conteúdos devem ser contextualizados dentro da realidade concreta dos alunos, e não meros conhecimentos a serem embutidos dentro da cabeça deles (LIBÂNEO, 2008).

Nesse sentido, o pensamento de Libâneo se aproxima do pensamento do filósofo e educador francês Georges Snyders. Quando Snyders se pergunta se é possível que o marxismo inspire uma pedagogia, sua resposta é positiva. Segundo ele:

"É ambição de nossa pedagogia que os alunos tenham acesso a conteúdos verdadeiros e que, ao mesmo tempo, os interessem e sejam sentidos como um auxílio no próprio esforço para viverem e conhecerem."¹¹

Além dos pensamentos de Snyders e Marx, Libâneo se vale da linha interpretativa de outros autores, como Gramsci e Suchodolsky. Além disso,

¹¹ G. SNYDERS, *Para onde vão as pedagogias não-diretivas*, p. 312

ele segue uma tendência similar a outros três pensadores brasileiros: Dermeval Saviani, Guionir Nemo de Melo e Carlos Alberto Jamil Cury. É por esta vertente que seu trabalho se baseia: na análise de um fenômeno oriundo das lutas de classes.

Libâneo define o conteúdo do fazer pedagógico, dentro da pedagogia crítico-social dos conteúdos, como o conjunto das três dimensões da prática docente: o "saber", o "saber ser" e o "saber fazer". Geralmente, nas outras tendências pedagógicas, há uma predileção por uma delas, em detrimento das outras, o que torna o saber pedagógico incompleto. Dentro da ação pedagógica, o fazer deve ser crítico, e não inerte, pois, para ser completa, deve haver uma interdependência entre a educação e a realidade social, uma oposição entre os interesses da classe dominante e a formação da classe dominada, uma contraposição da educação à nova cultura nascida entre as massas e uma luta para que a escola se transforme num poderoso instrumento de "progresso intelectual de massas".

Analisando essas necessidades, Libâneo critica algumas pseudo-soluções que menosprezam o conteúdo da prática escolar. Inicialmente, a redução do trabalho escolar à ação política desvirtua a função da escola: devem ser incluídas as esferas pedagógica, psicossocial e sociopolítica nos afazeres da escola. O chamado "democratismo", que rejeita o autoritarismo, mas provoca uma desorganização, o que torna a escola em um organismo mal gerenciado e que evolui de forma lenta e desigual. Finalmente, o criticismo antitécnico é abordado, pois, uma vez que rejeita o tecnicismo, acaba menosprezando o trabalho do professor. Nesse sentido, o saber do professor deve estar presente, assim como as demais dimensões do fazer pedagógico (LIBÂNEO, 2008).

Dessa forma, a escola cumprirá seu papel se houver uma perspectiva integradora entre ação pedagógica, psicossocial e sociopolítica, tendo o professor ora como facilitador, ora como guia. Além disso, deve-se investir na formação crítica do professor, por meio do abandono do excesso de disciplinas instrumentais, e a criação de meios de participação da comunidade, sem beirar a autogestão ou o democratismo.

A ação pedagógica, por outro lado, é a essência da pedagogia: educar, do latim *e-ducare*, corresponderia a conduzir de um estado para

outro. Nesse sentido, Libâneo entende o ato pedagógico como exemplificado no diagrama a seguir:

Figura 1: Representação do ato pedagógico, segundo a Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos.

Dessa forma, Libâneo justifica a função socializadora e intencional da educação, pois o ato pedagógico consistiria em uma "ação sobre". Além disso, a mensagem entre o agente (alguém, um grupo, um meio social, etc.) e o educando (aluno, grupo de alunos, geração, etc.) é assimétrica: dessa forma, o ato pedagógico supõe uma relação diferente dos agentes frente à mensagem (conteúdo, método, habilidades, etc.). A ação pedagógica deve estar vinculada à experiência social das classes populares, adquirindo toda a sua riqueza, com o objetivo de aumentá-la e alargar suas fronteiras (LIBÂNEO, 2008).

4.4.1. A didática e a função do professor na Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos

Libâneo faz uma comparação entre a didática pretendida pela pedagogia crítico-social dos conteúdos e as outras, oriundas de outras tendências pedagógicas. A didática tradicional é assentada na transmissão cultural, de caráter dogmático, sendo o aluno um ser receptivo. A didática renovada-tecnicista acentua o caráter técnico-prático e assume uma postura neutra em relação às questões sociais. Finalmente, a didática com tendência sociopolítica possui uma tendenciosidade em relação às questões sociais, mas em muitas tendências pedagógicas ocorre um abandono das questões puramente pedagógicas.

A crítica que Libâneo faz dessas tendências didáticas é a separação entre a transmissão do ensino (material) e sua aquisição (formal) por parte dos alunos. A solução é assumir que as duas práticas são inseparáveis, embora sejam distintas e dotadas de especificidades próprias. Dessa forma,

valoriza-se a especificidade da pedagogia, tornando-a uma prática social contextualizada.

A pedagogia crítico-social dos conteúdos tenta realizar essa junção entre os aspectos material/formal do ensino e os movimentos de transformação da sociedade. No entanto, a formação do professor deve possibilitar que ele possa fazer essa associação. O docente crítico, como é nomeado por Libâneo, deve compreender a educação enquanto ação prática transformadora, sabendo que é impossível atingir seus objetivos em sua plenitude, uma vez que ela é condicionada pelas condições de produção capitalista.

A transmissão do conhecimento escolar, outra atividade específica dos docentes, deve ser um processo simultâneo de transmissão e assimilação ativa, no qual o professor deve intervir de forma a trazer um conhecimento sistematizado e colaborar junto com o aluno para criar um ambiente que permita ao aluno reelaborar o conhecimento de forma crítica com os próprios recursos.

Diferente das outras tendências pedagógicas, o professor, na pedagogia crítico-social dos conteúdos, possui uma dualidade em sua atividade. Por um lado, ele deve estar preparado para selecionar e transmitir um conteúdo socialmente significativo. Por outro lado, ele necessita adequar esse conteúdo à realidade concreta do aluno. Para isso, são extremamente necessárias em sua formação as disciplinas anexas à pedagogia (filosofia, psicologia, sociologia). De certa forma, Libâneo considera que a formação do professor é um fator determinante do sucesso desse em sala de aula (LIBÂNEO, 2008).

4.3.2. Aproximação entre currículo e a Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos

Em livro sobre as teorias presentes no campo do currículo, LOPES e MACEDO (2011) consideram que, dentro da perspectiva apresentada por Libâneo, um dos temas centrais trabalhados por ele é a forma como os conteúdos são abordados no processo de ensino-aprendizagem. Os conteúdos incluem tanto o conhecimento sistematizado, as habilidades e

hábitos cognitivos de pesquisa e estudo, e também atitudes, convicções e valores. Essa cultura deve permitir aos alunos conhecer o mundo que os cerca a fim de modificá-lo, e para isso é necessário que eles aprendam ferramentas conceituais. Ao mesmo tempo, os alunos devem ser capazes de ampliar seu universo para além do cotidiano imediato, promovendo-os de capacidade crítica sobre este mesmo cotidiano. O papel do professor, ainda segundo a pedagogia crítico-social dos conteúdos, é o de facilitador entre o aluno e o conteúdo abordado. Nesse contexto, o bom professor deve ter um bom domínio do conteúdo a ser apresentado, organizá-lo levando em consideração a especificidade dos alunos, saber de que forma os alunos desenvolvem suas capacidades reflexivas e, principalmente, ter em mente as características sociais do contexto no qual os alunos vivem (LOPES, MACEDO, 2011).

É nesse sentido que utilizo esses dois autores como base para a análise pretendida nestas páginas: no sentido de averiguar se a formação que o farmacêutico possui em instituições públicas - ou seja, financiadas pela própria sociedade - os capacita para enxergar além do cotidiano e vislumbrar soluções para os problemas que a sociedade brasileira enfrenta e que são de seu âmbito profissional. As abordagens de Saviani e Libâneo não foram especialmente concebidas no âmbito do ensino superior, mas considero que os questionamentos feitos remetem-se de forma bastante congruente à situação enfrentada no ensino superior.

4.5. Ensino e Ciências Farmacêuticas

Conforme relatado anteriormente, a Farmácia enquanto profissão teve uma evolução singular em comparação com as outras profissões da saúde. O farmacêutico se tornou um profissional técnico, preocupado com a produção e garantia da qualidade de insumos em saúde. No entanto, a legislação brasileira, desde a criação do Conselho Federal de Farmácia, tem dado apoio para a atribuição do farmacêutico na área clínica.

4.5.1. Legislação na formação dos profissionais de Farmácia

A primeira legislação a ser implementada no Brasil em relação à formação do farmacêutico foi o Parecer CFE nº 268 de 1962. Alguns anos mais tarde, veio a Resolução nº 4, de 11 de abril de 1969, que instituiu os currículos mínimos. Estes eram formados por disciplinas obrigatórias de um ciclo básico e outra de disciplinas formadoras de dois eixos profissionalizantes diferenciando, dessa forma, o farmacêutico industrial e o farmacêutico-bioquímico. Ainda nessa resolução, foi fixada uma carga horária e tempo de formação mínimos do curso, além da necessidade de realização de um estágio supervisionado (BRASIL, 1969).

Desde sua criação, em 1960, o Conselho Federal de Farmácia tem emitido diversas resoluções buscando resguardar o âmbito profissional do farmacêutico. Foram elaboradas mais de 80 resoluções relacionadas com atividades clínicas exercidas pelo farmacêutico ao longo desses 50 anos. As principais legislações estão apresentadas na **tabela 1**.

O grande agente modificador da formação do farmacêutico no começo do século XXI foi a Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. De forma geral, é possível observar que houve uma movimentação no sentido da necessidade de compreensão e de ação do profissional formado dentro do Sistema Único de Saúde. Com isso, foi resgatada não somente a formação clínica do profissional, mas também a sua articulação política e a sua compreensão social do entorno. Apesar de delimitar as áreas de atuação do farmacêutico dentro dos serviços a serem ofertados à população, houve uma determinação de todas as ações serem voltadas para os usuários de medicamentos e a sociedade (BRASIL, 2002).

Além disso, vale citar o tema central do congresso da FIP (*Fédération Internationale Pharmaceutique* – Federação Internacional Farmacêutica) no ano de 2013, intitulada *Towards a Future Vision of Complex Patients: Integrated Care in Dynamic Continuum* (Para uma Visão Futura de Pacientes Complexos: Cuidado Integrado em um *Continuum* Dinâmico). Nesse sentido, esse congresso representa a mudança no mundo todo da participação do farmacêutico no processo de Atenção à Saúde.

Tabela 1: Legislações emitidas pelo Conselho Federal de Farmácia, desde sua criação sobre as atividades clínicas do farmacêutico no Brasil.

Área*	Atividades	Regulamentações (número e ano)
Assistência Farmacêutica	Pesquisa clínica, dispensação de antimicrobianos, manipulação de medicamentos, nutrição parenteral.	239/92, 247/93, 275/95, 279/96, 288/96, 308/97, 349/00, 354/00, 437/05, 449/06, 467/07, 476/08, 479/08, 509/09, 542/11, 545/11, 549/11, 555/11, 565/12
Serviços Clínicos de saúde	Drogarias, radiofarmácia, farmácia hospitalar, prescrição farmacêutica.	208/90, 292/96, 300/97, 361/00, 386/02, 435/05, 454/06, 470/08, 480/08, 486/08, 492/08, 499/08, 568/12, 585/13, 586/13
Serviços de Análises Clínicas	Imunogenética, diálise, biologia molecular, toxicologia, bioquímica histocompatibilidade, citopatologia.	24/63, 42/65, 108/73, 160/82, 179/87, 236/92, 271/95, 296/96, 303/97, 304/97, 306/97, 307/97, 339/99, 350/00, 359/00, 373/02, 381/02, 382/02, 401/03, 500/09
Serviços de Saúde Pública e Vigilância sanitária	Análise e tratamento de água e solo, controle de vetores e pragas, gerenciamento de resíduos fiscalização sanitária,	320/97, 383/02, 415/04, 457/06, 463/07, 495/08, 520/09, 538/10, 539/10
Terapias Alternativas e Complementares	Acupuntura, antroposofia, plantas medicinais, homeopatia	176/86, 353/00, 459/07, 465/07, 477/08, 516/09

*: as áreas citadas nessa tabela foram escolhidas de forma a facilitar a leitura das regulamentações, e serão utilizadas novamente no decorrer deste trabalho.

No final do ano de 2007, com a colaboração de diversos órgãos, tanto de entidades representativas da classe como de instituições federais, ocorreu o Primeiro Fórum Nacional de Educação Farmacêutica. Com o subtítulo “O farmacêutico de que o Brasil necessita”, este fórum apontou as necessidades de mudança no ensino da área de acordo com as necessidades sociais do País. Dentre os pontos mais discutidos, incluem-se o distanciamento entre a sociedade e a academia, a falta de formação crítica sobre o Sistema Único de Saúde, modificações superficiais no currículo para adequação das normas instituídas pela Resolução CNE/CES nº 2, de 19/02/2002, oriunda da grande

margem a interpretações, e a persistência do modelo tecnicista de formação (BRASIL, 2008).

Nos últimos anos, com a mudança da orientação profissional impulsionada em 2002 pela Resolução CNE/CES nº 2, o Conselho Federal de Farmácia tem investido em buscar alternativas viáveis para um novo modelo de ensino que promova a integração ensino-serviço dentro do currículo do farmacêutico. Observa-se, no entanto, que já estabelecem modelos prontos, sem pensar nas especificidades locais, o que traz uma inviabilização da implantação (BERMOND *et al.*, 2008; FERNANDES *et al.*, 2008; CECY, OLIVEIRA, COSTA, 2011).

4.5.2. Propostas direcionadas para o ensino das Ciências Farmacêuticas

As propostas de inovação no ensino dentro das Ciências Farmacêuticas sempre ocorreram. No entanto, com a mudança do perfil profissional apresentada em meados da década de 1980, aliado com as novas tendências no ensino de forma geral, surgiram propostas que tentaram contemplar tanto essa necessidade de reorientação profissional quanto a melhoria na qualidade do processo de ensino-aprendizagem.

No que diz respeito à formação clínica, que, em termos de disciplinas curriculares, englobaria inicialmente a inclusão dos conteúdos relacionados à Assistência Farmacêutica, à Farmácia Clínica e à Atenção Farmacêutica, vários pesquisadores tem se dedicado a analisar a inclusão desse conteúdo sem, no entanto, romper com a formação técnica do profissional farmacêutico. Em alguns programas, é possível identificar a inserção desses conteúdos por meio de disciplinas curriculares obrigatórias. Em outros, elas são inseridas em disciplinas já existentes ou são colocadas como experiência prática, por meio de estágios obrigatórios (SILVA, 2009; MARTINS, 2006; NICOLETTI, 2010; SÁ, 2011).

A necessidade de formação de um profissional mais humano e menos técnico é o principal alvo de numerosos estudos. Por mais humano, os estudos almejam profissionais que estejam preparados para interagir com outro ser humano de forma acolhedora, profissional e interpessoal. O

aconselhamento ao paciente é uma das habilidades necessárias ao novo perfil profissional, e estudos mostram que a sua inserção no currículo pode ser feita de forma simples (ROZENFELD, 2008; BLOM *et al.*, 2011).

Além da inclusão de novos conteúdos, tornou-se necessário também alterar a orientação de outros, uma vez que o foco da formação passa a ser o paciente ou usuário do medicamento e não o produto em si. Dessa forma, alguns autores estudaram a inclusão de atividades que correlacionassem disciplinas básicas (tais como anatomia, ética em saúde e farmacologia), com conteúdos clínicos. Isso permite com que o aluno tenha consciência da área do conhecimento e possa aplicá-la em sua realidade profissional (VARGAS *et al.*, 2010).

BLACK e colaboradores, em 2012, avaliaram a inserção de leitura de livros de literatura baseados em fatos reais para alunos ingressantes no curso de Farmácia, nos Estados-Unidos. Após um período de três anos, notaram uma melhora na prestação de serviços clínicos e na perspectiva histórica da saúde pública. Além disso, alguns autores observam a necessidade de internato ou residência na área clínica como vital para a formação de um profissional competente (MILLER, 2006).

A falta de um perfil de formação direcionado para a prática clínica pode levar a não inserção de práticas clínicas específicas. Dentro da área farmacêutica, um dos casos é o da farmacogenética, que está relacionada com a resposta diferenciada em relação a um medicamento de acordo com o perfil genético, o que poderia levar a uma ênfase na individualização da terapêutica farmacológica (MCKINNON, ANDERSON, 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro da Era da Informação, a visão de um curso com aulas expositivas que transmite conteúdo acumulado de anos é, no mínimo, impensável. Ainda mais quando consideramos o Ensino Superior, que é voltado para o exercício de uma profissão dentro de uma sociedade que está em constante mudança. Com a enorme oferta de cursos superiores, o currículo torna-se uma das principais ferramentas que permite com que o processo de ensino-aprendizagem seja mais ou menos engessado.

Diversos esforços têm sido feitos no sentido de incentivar a formação diferenciada de profissionais a partir de currículos e métodos de ensino-aprendizagem inovadores. O currículo integrado é uma tentativa de promover a interdisciplinaridade, o que resulta em uma coordenação entre os conteúdos de cada disciplina. Dessa forma, o aprendiz terá uma noção integradora das diversas áreas do conhecimento que compõem sua profissão. Um método bastante difundido e hoje muito utilizado como forma socializadora é a Aprendizagem Baseada em Problemas. Ela permite, por meio de uma situação que pode ou não ser real, que o aluno tenha que utilizar o conteúdo aprendido dentro do seu contexto profissional. No entanto, apesar de implantados, nem sempre o resultado alcança a formação desejada.

Dentro das Ciências da Saúde, há um movimento para que o estudante tenha contato cada vez mais precocemente com o seu local de trabalho. O que antes era possível apenas nos últimos anos, com a inserção dos estágios obrigatórios, se torna uma necessidade desde o primeiro ano da graduação, graças à integração ensino-serviço. Nesse sentido, formam-se diversas figuras relacionadas com o ensino, tal como o monitor e o preceptor que ensinam seu ofício por meio da prática direta.

Além disso, novas concepções de currículo permitem que a formação dos profissionais de saúde ocorra de forma a humanizar o cuidado, estimular a participação de cada um numa esfera de colaboração, cujo objetivo central é a melhoria das condições de saúde da população. A profissão farmacêutica, mesmo afastada do contato direto com o paciente, vem retomando seu papel dentro dessa equipe, graças a novas legislações e mudanças em sua formação.

Com esse entendimento dos conceitos, parto para a discussão do ponto fundamental do meu trabalho: de que modo as instituições públicas formam o farmacêutico para trabalhar em colaboração com a equipe de saúde em prol do paciente? Nos próximos dois capítulos abordei os temas de educação interprofissional e formação em competências dentro do currículo de formação em Farmácia, utilizando exemplos observados em minha pesquisa de campo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.J.; CAMPOS, J.J.B.; TURINI, B.; NICOLETTO, S.C.S.; PEREIRA, L.A.; REZENDE, L.R.; MELLO, P.L. Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 31(2): 156-165, 2007.
- BENITO, G.A.V.; TRISTÃO, K.M.; PAULA, A.C.F.S.; SANTOS, M.A.; ATAÍDE, L.J.; LIMA, R.C.D. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado, **Revista Brasileira de Enfermagem**, 65(1): 172-178, 2012.
- BERMOND, M.D.; FERNANDES, Z.C.; COSTA, E.M.M.B.; CUNHA, N.S.; HONDA, A.M. **Modelo referencial de ensino para uma formação farmacêutica com qualidade**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia. 116 p. 2008.
- BERNSTEIN, B. **A estruturação do discurso pedagógico: classe, código e controle**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- BLACK, E.P.; POLICASTRI, A.; GARCES, H.; GOKUN, Y.; ROMANELLI, F. A pilot common reading experience to integrate basic and clinical sciences in pharmacy education. **American Journal of Pharmacy Education**, 76(2): artigo 25, 2012.
- BLOM, L.; WOLTERS, M.; HOOR-SUYKERBUYK, M.; PAASSEN, J.; OYEN A. Pharmaceutical education in patient counseling: 20h spread over 6 years? **Patient Education and Counseling**, 83: 465-471, 2011.
- BOTTI, S.H.O.; REGO, S.T.A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **PHYSYS Revista de Saúde Coletiva**, 21(1): 65-85, 2011.
- BRAID, L.M.C.; MACHADO, M.F.A.S.; ARANHA, A.C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 16(42): 679-692, 2012.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. Resolução nº 4, de 11 de abril de 1969. **Fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de Farmácia**. Brasil: Brasília. 1969.

- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasil: Brasília, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasil: Brasília, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Farmácia**. Brasil: Brasília, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Brasil: Brasília, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Primeiro Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o Farmacêutico de que o Brasil necessita. Relatório Final**. Brasil: Brasília. 2008.
- CASATE, J.C.; CORREA, A.K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(1): 291-226, 2012.
- CAVALHEIRO, M.T.P.; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. **Caderno FNEPAS**, 1:19-27, 2011.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERCKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista Saúde Coletiva**, 14(1): 41-65, 2004.
- CECY, C.; OLIVIERA, G.A.; COSTA, E.M.M.B. **Melhoria da qualidade em educação farmacêutica**. Brasília: Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico e Bioquímico. 156 p. 2011.
- CHEMELLO, D.; MANFRÓI, W.C.; MACHADO, C.L.B. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo de preceptoria em um minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33(4): 664-669, 2009.

- DA HORA, D.L.; ERTHAL, R.M.C.; SOUZA, C.T.V.; DA HORA, E.L. Propostas inovadoras na formação do profissional para o sistema único de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 11(3): 471-486, 2013.
- FARIA, L.; CASTRO SANTOS, L.A. As profissões da saúde: análise crítica do cuidado. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, 18(1): 227-240, 2011.
- FERNANDES, Z.C.; BERMOND, M.D.; FILHO, N.C.F.O.; CAMARGO, E.E.S.; CECY, C. **Os desafios da educação farmacêutica no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia. 132 p. 2008.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- FRENK J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z.A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; KE, Y.; KELLEY, P.; KISTNASAMY, B.; MELEIS, A.; PABLOS-MENDES, A.; REDDY, S.; SCRIMSHAW, S.; SEPULVEDA, J.; SERWADDA D. **Health professionals for a new century, transforming education to strengthen health systems in an independent world**. *The Lancet Comissions* 2010.
- GUIMARÃES, D.A.; SILVA, E.S. Formação em ciências da Saúde: diálogos em saúde coletiva e educação para a cidadania. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5): 2551-2562, 2010.
- GOMES, M.P.C.; RIBEIRO, V.M.B.; MONTEIRO, D.M.; LEHER, E.M.T.; LOUZADA, R.C.R. O uso de metodologias ativas no ensino de Graduação nas Ciências Sociais e da Saúde – Avaliação dos estudantes. **Ciência e Educação**, 16(1): 181, 198, 2010.
- GONÇALVES, F.G.; CARVALHO, B.G.; TRELHA, C.S. O ensino da saúde coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. **Trabalho, Saúde, Educação**, 10(2): 301-314, 2012.
- GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(3): 757-762, 2010.
- KOH, G.C.H.; KHOO, H.E.; WONG, M.L.; KOH, D. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. **Canadian Medical Association Journal**, 178(1): 34-41, 2008.

- LATTUCA, L.R.; VOIGHT, L.J.; FATH, K.Q. Does interdisciplinarity promote learning? Theoretical support and researchable questions. **The review of higher education**, 28(1): 23-48, 2004.
- LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 24^a ed. São Paulo: Loyola. 2008.
- LIMBERGER, J.B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. **Comunicação, Saúde, Educação**, 17(47): 969-975, 2013.
- LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Teorias de currículo**. 1^a Edição. São Paulo: Editora Cortez, 2011. 279 p.
- MAINARDES, J.; STREMEL, S. A teoria de Basil Bernstein e algumas de suas contribuições para a pesquisa sobre políticas educacionais e curriculares. **Revista Teias**, 11(22): 31-54, 2010.
- MARINHO, M.C. **As políticas nacionais de formação profissional de nível superior em saúde à luz de princípios e diretrizes do SUS, no período de 2003 a 2010**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fundação FIOCRUZ. 141 p. 2013.
- MARTINS, L.P. **Assistência Farmacêutica em Saúde Pública e sua abordagem no curso de farmácia de uma universidade do sul de Santa Catarina**. Monografia de Especialização em Metodologia e Didática no Ensino Superior. Universidade do Extremo Sul Catarinense; Criciúma. 78 p. 2006.
- MCKINNON, R.; ANDERSON, C. Transforming pharmaceutical education to accelerate acceptance and implementation of personalized medicine. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 75(6): artigo 107. 2011.
- MILLER, W.A. Changing the structure of pharmaceutical education to require doctor of Pharmacy and postgraduate residency education and training. **Pharmacotherapy**, 26(5): 587-593, 2006.
- MISSAKA, H.; RIBEIRO, V.M.B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009, **Revista Brasileira de Educação Médica**, 35(3): 303-310, 2011.
- NICOLETTI, M.A. O ensino farmacêutico atual: uma reflexão atual. **Revista Educação**, 5(2): 5-15, 2010.

- NORO, L.R.A.; TORQUATO, S.M. Percepção sobre o aprendizado de saúde coletiva e o SUS entre alunos concludentes de curso de odontologia. **Trabalho, Educação e Saúde**, 8(3): 439-447, 2011.
- NUNES, E.D. Cem anos do relatório Flexner. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(1): 956, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra, 2010.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Quality in pan-american pharmaceutical education: accreditation, integration, and professional outreach**. Montevideo: OPAS. 2008.
- PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32(4): 492-499, 2008.
- PEREIRA, I.D.F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trabalho, Educação, Saúde**, 11(2): 319-338, 2013.
- RIBEIRO, K.R.B.; PRADO, M.L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 34(4): 161-165, 2014.
- ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, 18(1): 87-98, 2004.
- ROZENFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(sup.): 561-568, 2008.
- SÁ, D.A.B.O.; SILVA, W.B. **Avaliação das matrizes curriculares dos cursos de graduação em Farmácia das universidades brasileiras**. Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia. Curso de Farmácia: Universidade Federal de Sergipe; Aracaju. 24 p. 2011.
- SAVIANI, D. **Pedagogia Histórico-Crítica: Primeiras Aproximações**. 11^a ed, Campinas: Autores Associados, 2011.
- SHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 18(11): 3203-3212, 2013.

- SILVA, M.J.; SOUSA, E.M.; FREITAS, C.L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos da atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64(2): 315-321, 2011.
- SILVA, W.B. **A emergência da Atenção Farmacêutica: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino**. Tese de Doutorado em Educação Científica e Tecnológica. Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis. 305 p. 2009.
- SIOUBHIA, Z. **Construção de uma proposta de ensino e aprendizagem de pesquisa em um currículo integrado de enfermagem, mediante a comparação de desempenhos, em pesquisa, de graduandos em dois projetos curriculares**. Tese de Doutorado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 305 p. 2004.
- SOUZA, M.C.A.; CASOTTI, E.; MELO, A.C.F.; GOYATÁ, F.R.; SOUZA, T.C.; ALBUQUERQUE, C.J.M. Interdisciplinaridade no ensino superior: de imagem-objetivo à realidade! **Revista Brasileira de Educação Médica**, 36(1): 158-163, 2010.
- VARGAS, L.H.M.; COLUS, I.M.S.; LINHARES, R.E.C.; SALOMÃO, T.M.S.; MARCHESE, M.C. Inserção das ciências básicas no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32(2): 174-179, 2008.

CAPÍTULO 4

**A visão dos farmacêuticos clínicos e de outros
profissionais de saúde sobre a integração do
farmacêutico com a Equipe Multiprofissional de
Saúde**

1. INTRODUÇÃO

Com o breve histórico tanto da profissão farmacêutica quanto da saúde pública e do ensino de Ciências da Saúde, apresentados nos capítulos anteriores, é possível observar que a profissão farmacêutica trilhou um caminho distinto das outras profissões de saúde. Outro fator importante diz respeito à criação de diversas outras profissões no decorrer do século XX, o que traz, em certa circunstância, a fragmentação do processo de cuidado ao paciente. Dessa forma, é necessário que ocorra a formação de equipes de saúde para garantir uma continuidade da assistência ao paciente.

Assim como em toda área de conhecimento, a formação de equipes é um processo multifacetado que envolve diversas perspectivas. Dentro da saúde, além do relacionamento interpessoal, deve-se ter atenção especial ao objetivo final, que é melhorar as condições de saúde em nível individual e coletivo. Um dos fatores mais decisivos na eficácia da equipe de saúde é a comunicação entre os profissionais (GALLAGHER, GALLAGHER, 2012).

Dentro do hospital é possível verificar de modo mais orgânico a formação de equipes de saúde. Pelo paciente estar internado e pelo fato de conviverem juntos, naturalmente ocorre uma aproximação entre médicos, enfermeiros e outros profissionais que atuam na clínica. No caso do farmacêutico, muitas vezes ele fica dentro da farmácia hospitalar, e circula pelo hospital apenas para fornecer os medicamentos para as clínicas (AGUILAR-DA-SILVA, SCAPIN, BATISTA, 2011; CHISHOLM-BURNS *et al.*, 2010).

Dada a sua formação diferenciada, movida pela necessidade de criação de novas moléculas farmacologicamente ativas e de processos industriais que acelerassem a produção de medicamentos, o farmacêutico se distanciou do processo de cuidado ao paciente. Agora, existe um processo de reinserção dele junto ao paciente, dentro da equipe de saúde (ANGONESI, SEVALHO, 2010). No entanto, será que ele consegue se inserir dentro da equipe de forma eficiente? Ele está preparado para as demandas? Ele possui preparo clínico para interagir com o paciente e com os demais profissionais? São essas algumas perguntas que tive por objetivo estudar e discutir nesse capítulo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O objetivo geral deste capítulo foi analisar a percepção que farmacêuticos e outros profissionais de saúde possuem sobre a formação do farmacêutico e sua inserção na equipe multiprofissional de saúde no contexto do hospital universitário.

2.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos, este capítulo teve por interesse:

- Elaborar e validar instrumentos a serem utilizados no levantamento das informações.
- Levantar e analisar a percepção dos profissionais de saúde de hospitais universitários sobre a inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde.
- Levantar e analisar as percepções dos farmacêuticos sobre sua inserção na equipe multiprofissional, suas atribuições no contexto clínico-hospitalar e sua formação de graduação.
- Discutir as diferentes percepções de inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde à luz de sua formação profissional.

3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Pesquisa

Levando em consideração que o objeto estudado está inserido na realidade concreta, mas ancorado em um mundo de significados, experiências e crenças pessoais, portanto no campo da subjetividade, escolhi uma abordagem metodológica preferencialmente qualitativa. O conceito de pesquisa qualitativa integra tanto o ambiente natural, como fonte direta de

coleta de dados, como o pesquisador enquanto seus principais instrumentos. Assim, a pesquisa qualitativa baseia-se em dados descritivos e é rica em reflexões pessoais, e descrições de acontecimentos e situações (BOGDAN & BIKLEN, 1982).

O pesquisador, inserido em um modelo qualitativo, não é neutro e deve ser livre de preconceitos e procurar alcançar uma visão global dos fatos. Deve existir entre o pesquisador e os pesquisados um processo relacional que propicie a construção dos significados dos dados levantados, visto que esses não são ocorrências isoladas ou fixas, mas captados em um instante de observação, ocorrendo no contexto dinâmico das relações (CHIZZOTTI, 1998). Segundo TRIVINOS (1987), a coleta de informações e a análise dos dados ocorrem simultaneamente dentro de uma pesquisa qualitativa: questões amplas inicialmente propostas refinam-se no decorrer do estudo.

Desse modo, a pesquisa qualitativa é apropriada para abordar o presente objeto de estudo, pois analisa a subjetividade da inter-relação da Equipe Multiprofissional de Saúde.

3.2. Escolha das Instituições de Ensino Superior participantes

Pela grande diversidade de cursos de graduação em Farmácia oferecidos no Brasil, optei por me ater a um grupo relativamente homogêneo de Instituições de Ensino Superior (IES). A seleção inicial dos cursos de Graduação em Farmácia englobou os seguintes critérios de inclusão:

- A IES à qual o curso está ligado deve possuir um Hospital Universitário (HU) próprio;
- A IES deve pertencer ao setor público;
- Pelo menos uma turma do curso de Farmácia deve estar formada;
- O curso de Farmácia deve estar situado na mesma cidade que outros cursos das Ciências da Saúde, particularmente Medicina e Enfermagem;
- O diretor do Serviço de Farmácia do HU deve estar disposto a participar do projeto.

Dessa forma, ative-me à proposta inicial do trabalho, de verificar de que forma o farmacêutico é preparado pelo ensino superior público para atuar junto à equipe multiprofissional de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. A seleção das Instituições de Ensino Superior foi realizada por meio do portal e-MEC (www.mec.gov.br/emec). Os dados que seguem (**Tabela 2**) evidenciam a distribuição dos cursos superiores de Farmácia no País e foram coletados no mês de maio de 2011.

Tabela 2: Número bruto de cursos de Farmácia por região geográfica, e percentual de cursos públicos em relação ao total de cursos de Farmácia da região, em maio de 2011.

	<i>Total de Cursos</i>	<i>Universidades Públicas</i>	<i>%</i>
Sudeste	153	15	9,8
Nordeste	55	13	23,6
Centro-Oeste	43	6	14,0
Norte	23	3	13,0
Sul	61	16	26,2
Total	335	53	15,8

Do total de 335 cursos de Farmácia encontrados, 15,8% pertencem à iniciativa pública. Destes, o maior percentual se encontra nas regiões Sul e Nordeste, enquanto a região Sudeste possui o maior número bruto de cursos de Farmácia. Nas figuras 1 e 2 observa-se a distribuição dos cursos de Farmácia no Brasil, por região geográfica.

Total de Cursos de Farmácia

Figura 1: Porcentagem de cursos de Farmácia por região geográfica, segundo pesquisa realizada no portal e-MEC (www.mec.gov.br/emec) em 2011.

Universidades Públicas

Figura 2: Porcentagem de Universidades Públicas que possuem curso de Farmácia por região geográfica, segundo pesquisa realizada no portal e-MEC (www.mec.gov.br/emec) em 2011.

Em vista desses resultados, optou-se pela seleção de IES pública que possuíssem Hospital Universitário. Para tanto, cada uma das 53 IES foi analisada para verificar o cumprimento dos critérios de inclusão.

No decorrer da pesquisa foi observado que muitas IES tinham o curso de Farmácia e o Hospital Universitário em campi separados, muitas vezes em diferentes cidades. Sendo um dos objetivos deste trabalho analisar a relação do farmacêutico com a equipe multiprofissional de saúde, não me parecia coerente analisar cursos nos quais os alunos de Farmácia não pudessem realizar estágio no hospital de sua própria IES. Nesse sentido, para se obter uma amostra mais homogênea, foram selecionadas as IES nas quais o curso de Farmácia estava inserido no mesmo campus do Hospital Universitário. Com esses critérios de seleção, foram incluídas no projeto 27 IES, apresentadas na **Tabela 3**, mantendo-se aproximadamente o percentual de cursos de Farmácia no Brasil.

Finalmente, após contatos e as devidas explicações sobre o projeto, cinco IES concordaram em participar da pesquisa: Universidade Federal de Santa Maria, Universidade de São Paulo (Campus São Paulo), Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal de Sergipe e Universidade Federal Fluminense. Nessas cinco instituições foi então realizada a pesquisa de campo e a coleta dos documentos referentes à graduação em Farmácia

(ementário, projeto político pedagógico, regulamentação de estágios). Com esses documentos constitui o *corpus* de informações que dão sustentação à pesquisa.

Tabela 3: Instituições de Ensino Superior selecionadas para a participação na pesquisa.

<i>Região</i>	<i>Universidade</i>
Sul	Universidade Federal de Santa Maria
	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
	Universidade Federal de Santa Catarina
	Universidade Estadual de Londrina
	Universidade Estadual de Maringá
	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
	Universidade Federal do Paraná
Centro Oeste	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
	Universidade Federal de Goiás
	Universidade de Brasília
Norte	Universidade Federal do Amazonas
	Universidade Federal do Pará
Nordeste	Universidade Federal do Maranhão
	Universidade Federal do Ceará
	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
	Universidade Federal da Paraíba
	Universidade Federal de Pernambuco
	Universidade Federal de Alagoas
	Universidade Federal de Sergipe
Sudeste	Universidade Federal do Espírito Santo
	Universidade Federal do Rio de Janeiro
	Universidade Federal Fluminense
	Universidade Federal de Juiz de Fora
	Universidade Federal de Minas Gerais
	Universidade Estadual de Campinas
	Universidade de São Paulo (Campi São Paulo e
	Ribeirão Preto)

3.3. Elaboração e validação dos afirmatórios

Analisando a perspectiva de elaboração de um formulário que permitisse uma avaliação quanti-qualitativa, optei por realizar dois questionários a partir de afirmações (afirmatório), orientando os profissionais a estabelecer, em sua opinião, em uma escala de Likert de sete pontos, se “discordam totalmente” (ponto 1) até “concordam totalmente” (ponto 7),

permeando "discordo parcialmente" (ponto 2), "mais discordo do que concordo" (ponto 3), "não discordo nem concordo" (ponto 4), "mais concordo que discordo" (ponto 5) e "concordo parcialmente" (ponto 6) com as afirmações propostas. Foram utilizados dois trabalhos de um mesmo autor como fonte inspiradora para a realização da estrutura do afirmatório (ZILLICH *et al.*, 2005; ZILLICH *et al.*, 2006)

Para farmacêuticos, foi perguntado sobre práticas diárias realizadas dentro dos estabelecimentos de saúde, e interação com a EMS (**Anexo 1**). Para os outros profissionais, o contato deles com o farmacêutico foi alvo primordial da pesquisa (**Anexo 2**). Para cada caso, houve uma categorização das afirmações, para posterior análise. No caso do afirmatório aplicado à EMS, foram consideradas quatro categorias: "confiança no farmacêutico e na equipe", "funções e atuação do farmacêutico", "atuação do profissional e busca espontânea pelo farmacêutico" e "resultados da presença do farmacêutico na equipe". O afirmatório aplicado aos farmacêuticos possui cinco categorias: "confiança e inserção na equipe", "atuação junto à EMS", "educação continuada e preparo clínico", "uso e distribuição do tempo" e "resultados e mudança de prática clínica".

A validação dos questionários foi baseada no Método Delphi, técnica disseminada desde o início dos anos 1960 para a busca de um consenso de opiniões de especialistas sobre determinado assunto (PIOLA, VIANNA, VIVAS-CONSUELO, 2002). Por esse método, consulta-se um grupo de especialistas a respeito de um assunto, geralmente, com pouca evidência científica, para o qual se deseja elaborar um consenso. A consulta é realizada por meio de questionário que é enviado, várias vezes, para os participantes até que se obtenha consenso para as respostas, representando a consolidação do julgamento intuitivo do grupo. O anonimato, a ausência de contato pessoal entre os participantes e a realimentação ao grupo para a reavaliação das respostas nas rodadas subsequentes são as principais características do referido método (WRIGHT, GIOVINAZZO, 2000).

Nesse sentido, escolheu-se o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo como palco para a realização da validação do questionário, uma vez que seu Serviço de Farmácia realiza atividades de Farmácia Clínica desde a década de 1990, e é considerado um modelo de ponta tanto no

ensino quanto na prática da Farmácia Clínica no Brasil (STORPIRTIS *et al.*, 2008). Foram selecionados farmacêuticos que trabalham em diferentes áreas do Hospital, e também farmacêuticos da Farmácia Universitária da FCF-USP, uma vez que essa foi a primeira Farmácia-Escola do Estado de São Paulo. Ao todo, participaram da validação dez farmacêuticos, seis dos quais são farmacêuticos clínicos das clínicas de internação, dois são farmacêuticos ambulatoriais e dois são farmacêuticos de farmácia comunitária.

A validação do afirmatório direcionado para profissionais de saúde não-farmacêuticos foi realizada com o auxílio de seis profissionais, sendo três nutricionistas, dois médicos e um educador físico.

3.4. Levantamento da percepção de farmacêuticos e outros profissionais de saúde sobre sua relação com a Equipe Multiprofissional de saúde e sua formação

O levantamento da percepção do farmacêutico sobre sua relação com a Equipe Multiprofissional de Saúde ocorreu a partir de afirmatório elaborado e validado por mim (conforme apresentado no **Anexo 1**), constituindo uma abordagem de entrevista semi-estruturada. Foram alvo do estudo equipes multiprofissionais de saúde pertencentes aos hospitais universitários das universidades públicas selecionadas e que concordaram em participar do projeto, nas quais estejam incorporados farmacêuticos. Os sujeitos da pesquisa foram homens ou mulheres com curso superior em Farmácia e que estivessem atuando dentro de uma EMS.

Da mesma forma, o levantamento da percepção de profissionais de saúde não-farmacêuticos foi realizado a partir de um afirmatório elaborado e validado por mim (conforme apresentado no **Anexo 2**). Os sujeitos de pesquisa foram abordados durante seu horário normal de trabalho, foi explicado o objetivo do trabalho e o afirmatório, junto ao TCLE, foram deixados para que o profissional pudesse responder à pesquisa.

Os profissionais selecionados foram profissionais de nível superior não farmacêuticos (médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador físico, psicólogo e outros) que eram funcionários ou residentes dos hospitais universitários selecionados.

As respostas dos afirmatórios foram compiladas em uma planilha Microsoft Excel®. Foram avaliadas as frequências das respostas (AGUILAR-DA-SILVA, 2011).

3.5. Aspectos éticos da pesquisa

Foram incluídos no trabalho todos os sujeitos de pesquisa que concordaram em participar e que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que está colocado como **Anexo 3** (TCLE para farmacêuticos) e **Anexo 4** (TCLE para outros profissionais de saúde). Qualquer profissional que não assinou o TCLE, ou discordou de sua inclusão no projeto, foi excluído.

Este termo foi entregue a cada indivíduo previamente à pesquisa. Os participantes poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento, apenas entrando em contato com os pesquisadores, tendo a garantia de que não haveria qualquer prejuízo em relação ao seu trabalho na Instituição. A confiabilidade, a privacidade e a proteção da imagem dos sujeitos da pesquisa foram asseguradas de acordo com as normas da Resolução do CNS nº196/96 (BRASIL, 2012). Foram adotados cuidados especiais para evitar que indivíduos subordinados ou diretamente ligados ao pesquisador se sintam obrigados a participar do estudo. Como se trata apenas de levantamento de dados e entrevistas, não havendo intervenção em processos ou procedimentos, este estudo apresenta risco mínimo.

O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP (Parecer CEP/FCF/73/2011, Protocolo CEP/FCF/578, CAAE: 0018.0.018.000-11). Além dessa aprovação, obtive autorização para realizar a pesquisa de campo nos cinco hospitais universitários. Tal documento encontra-se na lista de anexos deste trabalho, constando como **Anexo 5**.

4. RESULTADOS

4.1. As experiências de diferentes equipes de saúde em diferentes contextos

A busca por cenários que poderiam contribuir para meu trabalho me levou a conhecer cinco realidades completamente diferentes. Acreditamos que, por mais que todos sejam hospitais universitários com estrutura semelhante, a equipe multiprofissional atua de forma semelhante também. A comunicação é um fator decisivo na formação de equipes sólidas. Apresento a seguir uma análise prévia das equipes de saúde dos hospitais universitários que concordaram em participar da pesquisa.

4.1.1. Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

Localizado na capital sergipana, Aracajú, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS) presta, desde 1984, assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade. Durante minha coleta de dados, obras estavam sendo efetuadas tanto na construção antiga (para reformas e adequação da infraestrutura), quanto numa construção mais nova (que passaria a ser uma maternidade). Além disso, na época havia uma paralização dos funcionários em busca por melhores condições salariais, sendo que os funcionários estavam trabalhando em período de plantão, com capacidade reduzida de recursos humanos. O HU-UFS conta com um programa de residência médica e outro de residência multiprofissional, esta última aberta em 2009. O Serviço de Farmácia, localizado no piso térreo, em frente ao refeitório, possui apenas dois farmacêuticos contratados trabalhando, contando com cerca de 10 funcionários, responsáveis pela recepção das prescrições, dispensação e depósito. Nenhum dos farmacêuticos possui especialização em Farmácia Hospitalar ou semelhante, ou residência. O sistema de distribuição de medicamentos é misto (utiliza sistema de distribuição coletivo para alguns medicamentos e individualizado

para outros)¹². As atividades de Farmácia Clínica são realizadas dentro do HU-UFS, principalmente pelos residentes da residência multiprofissional. Um dos farmacêuticos, além de realizar o gerenciamento da farmácia, é preceptor do grupo de residentes farmacêuticos. São recebidos por volta de 15 alunos de graduação anualmente para a realização de estágios, que se limita à área de Farmácia Hospitalar.

4.1.2. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) está localizado dentro do Campus da cidade de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de um hospital de alta complexidade, com cerca de 400 leitos, que atende à população rio-grandense desde 1970. O Serviço de Farmácia está localizado no subsolo do hospital, apresentando uma divisão interna entre farmácia ambulatorial e farmácia de internação (destinada à dispensação hospitalar de medicamentos para o hospital). O hospital conta com 10 farmacêuticos e cerca de 30 funcionários que auxiliam nas atividades da farmácia. O sistema de distribuição realizado é o individualizado. Apesar das atividades de Farmácia Clínica não serem realizadas no hospital, todas as prescrições são analisadas, e alguns farmacêuticos atuam no ambulatório, realizando a dispensação de medicamentos antirretrovirais.

Existe, além da residência médica, uma residência multiprofissional em 2009, que atua de forma independente da farmácia, embora a farmacêutica responsável técnica seja uma preceptora do grupo. Para estágios de graduação, são recebidos por volta de 20 alunos anualmente. Eles realizam parte do seu estágio nas dependências da farmácia e parte no ambulatório, na dispensação de antirretrovirais.

¹² Existem três sistemas clássicos de distribuição de medicamentos em hospital: sistema coletivo, sistema individualizado e sistema por dose unitária. Este último é o mais propício para incentivar as atividades de Farmácia Clínica.

4.1.3. Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas

O Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP) atua, desde 1963, na cidade do interior de São Paulo, em conjunto com a Faculdade de Ciências Médicas. Trata-se de um complexo hospitalar de alta complexidade, com cerca de 500 leitos. O Serviço de Farmácia, localizado no subsolo do prédio principal, funciona com mais de 30 pessoas, sendo 10 farmacêuticos e 20 auxiliares. Neste caso, existem farmácias satélites localizadas em outras dependências (no centro cirúrgico, na oncologia, uma farmácia de alto custo, externa ao hospital e uma farmácia ambulatorial), que prestam diferentes atividades, dependendo do tipo de solicitação. O sistema de distribuição de medicamentos é misto (mistura de sistema coletivo e individualizado).

Não existe outra residência além da residência médica, o que tornou a coleta de dados um pouco mais complicada, uma vez que poucos profissionais conheciam o trabalho dos farmacêuticos do HC-UNICAMP. Outro fator que difere este caso dos demais é que o curso de farmácia da UNICAMP foi constituído apenas no ano de 2004, sendo que os farmacêuticos possuem pouco contato com estagiários próprios da universidade. Antigamente eles recebiam alunos de outras faculdades. Por ano, são recebidos por volta de 10 alunos para as atividades de estágio, basicamente na área de Farmácia Hospitalar. Existe uma vontade por parte da coordenadora do Serviço de Farmácia de implantar as atividades de Farmácia Clínica, porém ainda não foi possível estruturá-las.

4.1.4. O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Localizado dentro da Cidade Universitária, o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo presta assistência médica em nível secundário desde a década de 1960 para alunos, professores e funcionários da cidade universitária, e para as regiões ao redor dela (Butantã e a favela do Rio Pequeno). Possui por volta de 250 leitos, divididos nas especialidades médicas básicas: infantil, adulto, obstétrico e cirúrgico.

O Serviço de Farmácia, localizado no subsolo, entre a lavagem de materiais e o conforto médico, realiza atividade de farmácia clínica desde o final da década de 1980 e início da década de 1990 para os leitos de internação e para os pronto-socorros adulto e infantil. São mais de 30 funcionários no serviço, que conta com 16 farmacêuticos, se revezando em período integral para a prestação da assistência. Há uma divisão de trabalho entre eles: farmacêuticos clínicos e não clínicos. Os primeiros são alocados em determinadas clínicas de internação, e realizam seu trabalho junto às equipes de saúde, enquanto os segundos trabalham internamente na farmácia, nos setores de dispensação, depósito e farmacotécnica.

Em relação ao ensino, o HU-USP, além da residência médica, oferece, desde 2012, residência multiprofissional em saúde e residência farmacêutica. O Serviço de Farmácia oferece estágio regulamentar para alunos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP e de universidades particulares, na área de farmácia clínica, envolvendo tanto seguimento farmacoterapêutico quanto farmacovigilância.

4.1.5. O Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense

O Hospital Universitário Antônio Pedro, pertencente à Universidade Federal Fluminense, se localiza na cidade de Niterói. É um dos dois hospitais universitários da UFF. Ele foi criado em 1951, mas apenas em 1964 ele foi passado da prefeitura de Niterói à universidade. Trata-se de um hospital de referência na grande Niterói, atendendo casos de alta complexidade (caracterizado como hospital terciário). O HUAP-UFF possui aproximadamente 300 leitos.

Em relação ao ensino, o HUAP-UFF possui, além da residência médica, residência multiprofissional e cursos de especialização em diversas áreas. O Serviço de Farmácia passou recentemente por uma adequação de espaço físico. Ele possui por volta de 40 funcionários, repartidos em três turnos de atividade. São, ao todo, 18 farmacêuticos. O serviço é dividido entre a farmácia de internação e a farmácia ambulatorial, além de um setor de manipulação de quimioterápicos. O sistema de distribuição de

medicamentos é misto (envolve sistema coletivo e individualizado). Em média, são recebidos ao ano cerca de 20 alunos de graduação e 10 de pós-graduação. As atividades de Farmácia Clínica, segundo o diretor do serviço, ainda não existem, mas há projetos de implantação no futuro.

4.2. Perfil da população entrevistada

A partir desses cinco diferentes contextos, foram compilados os dados das entrevistas realizadas (**Figuras 1 a 5**). Ao todo, foram entrevistados 199 profissionais de saúde, incluindo farmacêuticos. Inicialmente foi realizado o perfil das respostas dos farmacêuticos e, em seguida, a dos outros profissionais de saúde. Por último, foi realizada uma comparação entre as respostas fornecidas por profissionais contratados e por residentes.

4.2.1. Perfil dos farmacêuticos

Figura 3: Perfil profissional e sócio-demográfico dos farmacêuticos entrevistados (n=49).

Com os dados apresentados na **figura 3**, observamos um predomínio de profissionais contratados, com especialização e que estão na mesma EMS há, no máximo, cinco anos. Em relação ao tempo de formação, observamos dois grupos bem diferenciados: profissionais com mais de dezesseis anos de trabalho e outros com até cinco anos. A maioria deles possui contato diário com médico e enfermeiro e, em menor escala, nutricionista e assistente social.

Figura 4: Área principal de atuação e atividades realizadas pelos farmacêuticos entrevistados (n=49).

Quando questionados sobre sua principal área de atuação, cerca de metade dos entrevistados sugeriu a clínica. A outra metade se fixou em áreas mais técnicas da atividade farmacêutica, tais como a farmacotécnica, a gestão ou a dispensação. As atividades diárias mais relatadas pelos entrevistados foram a análise de prescrições, o fornecimento de informações sobre medicamentos, a dispensação e a orientação ao paciente.

4.2.2. Perfil dos outros profissionais de saúde

Os profissionais de saúde não farmacêuticos entrevistados nos cinco hospitais são, em sua maioria, mulheres, contratadas pelo hospital, que não realizam plantão e com especialização como grau máximo de formação. Em sua maioria, esses profissionais são médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas. Um dado curioso foi a inclusão de dois profissionais que não estavam elencados como profissionais de saúde: um arquiteto hospitalar e uma pedagoga hospitalar. Ambos profissionais, após conversa, concordaram em fazer parte da pesquisa, por se considerarem profissionais de saúde.

Em relação ao tempo de formado, houve uma distribuição bastante homogênea entre os profissionais. Da mesma forma, o tempo com a atual equipe multiprofissional de saúde foi bastante homogênea. Um dado bastante importante levantado nesta pesquisa foi que 82% (121) dos profissionais entrevistados afirmaram possuir contato diário com o farmacêutico em sua prática clínico-hospitalar. Dos 29 profissionais que não possuíam esse contato, muitos deles afirmaram possuir contato apenas esporádico com o farmacêutico, relacionados principalmente à necessidade de aquisição de medicamentos na rede pública ou a consultas de doses de medicamentos padronizados no hospital.

Além disso, alguns profissionais elencaram a falta de incentivo à interação profissional, tanto pela instituição hospitalar quanto pela infraestrutura. Outro dado que chamou a atenção foi a pouca interação que ocorre entre os graduandos dos cursos de saúde, que impede a interação deles depois de formados. Finalmente, alguns profissionais chamaram a

atenção para a pouca quantidade de farmacêuticos no ambiente de trabalho, o que dificulta o contato com eles. Esses dados estão apresentados na figura 5.

Figura 5: Perfil dos profissionais de saúde entrevistados (n = 150).

4.3. A percepção da inserção do farmacêutico nas equipes de saúde dos hospitais analisados

Em relação aos afirmatórios, a divisão em determinadas áreas permitiu uma análise de pontos cruciais relacionados à interação do farmacêutico com a equipe de saúde e à interação dos outros profissionais de saúde com o farmacêutico. Os dados estão apresentados nas figuras a seguir, sendo os quatro primeiros itens relacionados ao afirmatório aplicado aos profissionais de saúde não farmacêuticos¹³ e os cinco últimos ao afirmatório aplicado aos farmacêuticos.

4.3.1. Confiança no farmacêutico e na equipe

Figura 6: Opinião dos profissionais de saúde na categoria "Confiança no farmacêutico e na equipe" (n= 121). Legenda: Azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "Não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente; azul claro "discordo totalmente".

Podemos observar pelos dados da **figura 6** que os profissionais se sentem mais seguros em relação ao tratamento farmacológico do paciente quando o farmacêutico está inserido na equipe de saúde, e que geralmente

¹³ Apenas os profissionais de saúde que disseram possuir contato diário com o farmacêutico responderam ao afirmatório, ou seja, 121 profissionais.

costumam aceitar as sugestões feitas pelo farmacêutico em relação à farmacoterapia, respeitando assim a sua atividade profissional. Cerca de metade dos profissionais concordam que o farmacêutico lhes foi apresentado formalmente. Um dado curioso dessa categoria foi a confiança do profissional em sua equipe de saúde: cerca de metade deles concordam que confiam nas decisões tomadas pela equipe.

4.3.2. Atuação do profissional e busca espontânea pelo farmacêutico

Figura 7: Opinião dos profissionais de saúde entrevistados na categoria "Atuação do profissional e busca espontânea pelo farmacêutico" (n= 121). Legenda: Azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "Não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: "discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente".

Em relação à atuação profissional do farmacêutico, conforme os dados apresentados na **figura 7**, a maioria dos profissionais entrevistados concorda que consultam o farmacêutico quando possuem dúvida em relação ao tratamento farmacológico. Cerca de dois terços deles distribui informação sobre os pacientes com o farmacêutico. Quando o farmacêutico está ausente, metade dos profissionais procura outro farmacêutico para sanar suas dúvidas. Além disso, cerca de um terço dos profissionais concorda que a atuação do farmacêutico modificou sua prática diária.

4.3.3. Atribuições do farmacêutico na equipe

Figura 8: Opinião dos profissionais de saúde entrevistados na categoria "Funções e atuação do farmacêutico" (n= 121). Legenda: Azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "Não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: "discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente".

A **figura 8** apresenta dados relacionados às funções e atuação do farmacêutico na equipe de saúde. É quase unânime a concordância que o farmacêutico deve participar da orientação ao paciente sempre que ela envolver o uso de medicamentos. Além disso, mais de 80% concordam com a necessidade do farmacêutico intervir na farmacoterapia prescrita, caso ela envolva riscos ao paciente. Outro fator em que a maioria dos profissionais concorda é em relação à função do farmacêutico em orientar sobre interações medicamentosas e alimentares.

Uma curiosidade envolvendo essa categoria é relacionada à função de recusar a dispensação de medicamentos e solicitação de exames complementares para acompanhamento da farmacoterapia. Houve um número expressivo (por volta de um terço do grupo) de profissionais que optaram por não opinarem em relação a essa função (optaram pela pontuação 4: "não concordo nem discordo"). Cerca de 20% deles discordou dessas afirmações, o que significa que entendem que o farmacêutico não pode se recusar a dispensar medicamentos ou a solicitar exames laboratoriais.

4.3.4. Resultados da inserção do farmacêutico

Figura 9: Opinião dos profissionais de saúde na categoria "Resultados da presença do farmacêutico na equipe" (n= 121). Legenda: Azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "Não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente".

Finalmente, na **figura 9** são apresentados os dados relacionados aos resultados observados pelos profissionais da atuação do farmacêutico. Cerca de metade deles concorda que o farmacêutico auxiliou no processo de direcionar a prescrição para obtenção de medicamentos em rede pública e à segurança relacionada com a nutrição parenteral. Cerca de dois terços deles discordam da afirmação que sugere que o farmacêutico surge apenas quando o paciente apresenta uma reação adversa à farmacoterapia.

Novamente, cerca de metade dos profissionais não opina em relação aos resultados relacionados com a redução de custos e da utilização de medicamentos no hospital e pela equipe de saúde. Informalmente, durante a aplicação do questionário, muitos dos profissionais relataram que essa redução ocorre, embora não consigam atribuí-la à atuação específica do farmacêutico.

Os dados apresentados aqui entre as **figuras 6 a 9** sugerem que há uma interação bastante significativa do farmacêutico com a equipe de saúde, e que os outros profissionais de saúde parecem satisfeitos com a atuação do

farmacêutico, embora não consigam visualizar claramente suas funções dentro da EMS ou os resultados associados com a sua atuação.

4.3.5. Confiança e inserção na equipe de saúde

Figura 10: Opinião dos farmacêuticos na categoria "Confiança e inserção na EMS" (n= 49).
 Legenda: Azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "Não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente"; azul claro "discordo totalmente".
 EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde.

Em relação à visão do farmacêutico perante a equipe de saúde, na categoria “confiança e inserção na EMS”, como apresentado na **figura 10**, cerca de metade dos farmacêuticos concordam que há respeito mútuo entre os profissionais da EMS e que suas intervenções são aceitas pela equipe. Cerca de um terço afirma que, quando rejeitadas suas intervenções, são apresentadas razões clínicas que lhes satisfazem. A grande maioria deles discorda de terem sido advertidos em relação a ultrapassar a barreira de sua competência profissional.

Em relação à procura espontânea de profissionais da EMS, cerca de um terço deles afirma que isso ocorre. Poucos deles (cerca de 10%) afirmam sentir resistência por parte da equipe de saúde em relação à sua atuação clínica. Finalmente, muitos deles já se sentem adaptados à equipe de saúde em que estão alocados, e cerca de metade foi apresentado formalmente à equipe.

4.3.6. Educação continuada e preparo clínico

Figura 11: Opinião dos farmacêuticos na categoria "Educação continuada e preparo clínico" (n= 49). Legenda: Azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "Não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente; azul claro "discordo totalmente". EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde.

Na **figura 11** são apresentados os dados referentes à educação continuada e ao preparo clínico dos farmacêuticos entrevistados. 25% deles concordam que são chamados para resolver problemas para os quais não possuem capacitação adequada. Da mesma forma, essa parcela costuma cobrir áreas de colegas das quais possuem pouca experiência prática.

Cerca de um terço dos farmacêuticos concordam que possuem receio de cobrir a área dos demais colegas. No entanto, 60% deles discordam que a equipe de saúde cobra mais do que eles podem oferecer enquanto serviço

clínico. Em relação à educação continuada, 80% acredita que o maior desafio seja estar atualizado em relação às novidades relacionadas com novos tratamentos e a legislação vigente. Além disso, 70% sentem necessidade de estudar mais para se adequar às necessidades da equipe de saúde.

4.3.7. Atuação junto à equipe de saúde

Figura 12: Opinião dos farmacêuticos na categoria "Atuação junto à EMS" (n= 49). Legenda: Azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "Não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente; azul claro "discordo totalmente". EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde.

Os resultados da categoria “Atuação junto à EMS” estão colocados na **figura 12**. Podemos observar que 30% dos farmacêuticos concordam que são solicitados pela equipe de saúde apenas quando há necessidade de orientar o paciente quanto ao uso correto de medicamentos. Metade dos entrevistados considera que sua atuação em relação à terapia medicamentosa é limitada.

Sobre a proposta de modificação na terapia medicamentosa, mais de 70% deles propõem mudanças quando existe alternativa padronizada no

hospital ou quando há risco de interações medicamentosas negativas ou incompatibilidade entre medicamentos para o paciente. Pouco mais de metade deles intervêm quando há alternativa que possui maior eficácia clínica. Finalmente, 65% dos farmacêuticos distribuem informações relevantes sobre o estado de saúde ou das condições de tratamento do paciente com outros membros da equipe de saúde.

4.3.8. Uso e distribuição do tempo

Figura 13: Opinião dos farmacêuticos na categoria "Uso e distribuição do tempo" (n= 49).
 Legenda: Azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "Não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente; azul claro "discordo totalmente".
 EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde.

Na **figura 13** são apresentados os dados referentes à categoria "Uso e distribuição do tempo". Em relação à prontidão após um período de férias, 90% dos farmacêuticos discordam em demorar alguns dias para reestabelecer o contato com a equipe de saúde e com os pacientes. Para 62% deles, há uma insatisfação na distribuição do tempo durante a

realização de suas atividades profissionais. A mesma parcela afirma que passa grande parte do seu tempo coletando e analisando informações provenientes de prontuários e prescrições médicas. Para um quarto dos entrevistados, há um gasto do tempo com atividades clínicas.

Reuniões, arquivamento e outras atividades administrativas ocupam a maior parte do tempo de 38% dos farmacêuticos. A farmácia hospitalar, e não a clínica é o principal local de atuação e utilização do tempo de 58% dos entrevistados. Um pouco mais de um terço deles reserva uma parte do seu dia para estar exclusivamente na clínica, resolvendo questões diretamente relacionadas com o paciente. Finalmente, 42% dos farmacêuticos entrevistados não passam a maior parte do seu tempo de trabalho junto à equipe de saúde e ao paciente.

4.3.9. Resultados e mudança de prática clínica

Figura 14: Opinião dos farmacêuticos na categoria "Resultados e mudança de prática clínica" (n=49). Legenda: Azul escuro: "concordo totalmente"; vermelho: "concordo parcialmente"; verde: "mais concordo do que discordo"; roxo: "Não concordo nem discordo"; azul-água: "mais discordo do que concordo"; laranja: discordo parcialmente; azul claro "discordo totalmente". EMS: Equipe Multiprofissional de Saúde.

Finalmente, os resultados referentes à categoria "resultados e mudança de prática clínica" estão apresentados na **figura 14**. Para 70% dos farmacêuticos, a atividade de fornecimento de informação é cobrada pelos membros da equipe de saúde diariamente. Uma parcela um pouco menor,

65%, está satisfeita com a interação que realiza na clínica com a equipe de saúde e com o paciente. Apenas 10% dos entrevistados discorda que a equipe de saúde procura outro farmacêutico para sanar suas dúvidas em relação a medicamentos quando estão de férias.

Um quarto dos entrevistados discorda totalmente que a equipe de saúde lhe tenha instituído um papel exclusivo em relação ao tratamento medicamentos de pacientes. Sessenta e dois por cento dos entrevistados já observou, em algum grau, uma modificação no uso de medicamentos dentro da clínica em que atuam. A grande maioria, 70%, tem observado também uma modificação no padrão de prescrição de medicamentos.

4.4. Comparação dos resultados entre residentes e profissionais contratados

Tendo em vista a implantação relativamente recente das residências não médicas no ambiente hospitalar, tanto as uni quanto as multiprofissionais, analisei os resultados obtidos anteriormente em relação à opinião entre residentes e não residentes, tanto farmacêuticos quanto não farmacêuticos. É importante notar que, nos dois casos, a quantidade de profissionais residentes é menor que a de não residentes. Para farmacêuticos, foram 13 residentes e 36 não residentes. Para outros profissionais de saúde, foram 57 residentes e 93 não residentes.

Em relação aos profissionais não farmacêuticos, um primeiro dado chama a atenção: dos 93 não residentes, 26 (28%) afirmam não ter contato com o farmacêutico no seu dia-a-dia. Esse dado, para os residentes, cai para 5,3% (3 de 57). Vemos, nesse dado, um maior contato do residente com o farmacêutico do que o profissional contratado. De forma geral, verificamos maior divergência entre as respostas dos farmacêuticos residentes em relação aos farmacêuticos contratados do que entre os outros profissionais de saúde. Os dados referentes a essa comparação estão apresentados nas **tabelas 4 e 5**.

Na categoria “Atuação do profissional e busca espontânea pelo farmacêutico”, dentre os profissionais não farmacêuticos, 71,2% dos contratados afirmam conversar profissionalmente com o farmacêutico

(questão 5 da **tabela 4**), contra quase a totalidade (92,6%) dos residentes. Além disso, percebemos que a presença do farmacêutico na equipe mudou mais a prática clínica diária de residentes do que de não residentes: 30,2% dos residentes concordam totalmente com esta afirmação contra 19,4% dos residentes, e 3,8% dos residentes discordam totalmente contra 10,4% dos contratados (questão 17 da **tabela 4**).

A categoria na qual houve mais divergência entre residentes e profissionais contratados foi a de resultados da presença do farmacêutico na equipe. De forma geral, os profissionais contratados não sabem afirmar se o farmacêutico aparece apenas quando há presença de reação adversa a medicamentos por parte do paciente: 22,4% deles assinalou a gradação 4 (não concordo nem discordo), contra 7,4% dos residentes (questão 6 da **tabela 4**). Em relação à atuação do farmacêutico dentro da nutrição parenteral, essa relação se inverte: quase um terço (30,2%) dos residentes não sabe afirmar se este profissional auxilia na segurança da nutrição parenteral, contra 11,4% dos contratados (questão 12 da **tabela 4**). Finalmente, na questão que envolve a diminuição de custos com medicamentos, os profissionais contratados possuem maior concordância que essa redução veio da atuação do farmacêutico: 43,3% deles concordam ao menos parcialmente com essa afirmação, contra 16,9% dos residentes (questão 19 da **tabela 4**).

Em relação à categoria “Confiança na equipe e no farmacêutico”, dos profissionais de saúde não farmacêuticos, 59,6% deles consideram que o farmacêutico lhes foi apresentado formalmente (questão 4 da **tabela 4**), contra 72,3% dos residentes. Esse é o único dado discrepante desta categoria. Em relação às atribuições do farmacêutico na equipe, não houve dados discrepantes entre residentes e não residentes.

Quanto aos farmacêuticos, conforme mencionado anteriormente, houve maior divergência entre residentes e profissionais contratados. Na categoria “confiança e inserção na equipe de saúde” podemos observar que os residentes discordam da afirmação que, quando rejeitadas suas intervenções, são apresentadas razões que explicam e justificam essa rejeição: 53,9% deles discordam em algum grau contra 11,2% dos profissionais contratados (questão 2 da **tabela 5**). Em relação à apresentação

formal para as diferentes clínicas e novos grupos de residentes (questão 4 da **tabela 5**), 50% dos farmacêuticos contratados concordam ao menos parcialmente com essa afirmação contra 15,4% dos residentes. Por último, os profissionais contratados sentem menos resistência por parte da equipe de saúde com a sua atuação: 41,6% deles discordam ao menos parcialmente com essa afirmação contra 15,4% dos residentes (questão 7 da **tabela 5**).

Na categoria “Atuação junto à equipe de saúde”, os residentes aparentam trocar mais informação com os outros profissionais de saúde em comparação com os profissionais contratados (92,3% contra 58,6%; questão 5 da **tabela 5**). Além disso, eles também discutem mudança na farmacoterapia baseada em evidências clínicas quando há alternativa terapêutica que mais se adeque ao paciente: 84,6% deles concordam ao menos parcialmente com essa afirmação contra 47,3% dos profissionais contratados (questão 9 da **tabela 5**). Quanto a serem chamados pela equipe apenas quando há necessidade de orientação de alta ao paciente quando este fará uso de medicamentos, 30,8% dos residentes concordam ao menos parcialmente com essa afirmação contra 16,7% dos farmacêuticos contratados (questão 12 da **tabela 5**).

Na categoria “Educação continuada e preparo clínico” podemos observar uma maior confiança dos farmacêuticos contratados do que dos residentes: 55,5% deles discordam ao menos parcialmente sentir que são chamados para resolver problemas clínicos para os quais não possuem preparo adequando, contra 23,1% dos residentes (questão 14 da **tabela 5**). No que diz respeito à cobertura de áreas de colegas com as quais não possuem tanta familiaridade, essa realidade é apresentada por 69,3% dos residentes. Em comparação, apenas 11,2% dos farmacêuticos contratados possuem essa sensação (questão 21 da **tabela 5**). Ainda em relação à cobertura de área de colegas, 47,3% dos farmacêuticos contratados discordam ao menos parcialmente sentir receio de realizar essa tarefa, contra 15,4% dos residentes. Finalmente, em relação à cobrança por parte da equipe de saúde, 58,3% dos profissionais contratados discordam que ela lhes cobre mais do que são capazes de oferecer, contra 30,8% dos farmacêuticos residentes (questão 23 da **tabela 5**).

A categoria “Uso e distribuição de tempo” apresentou os dados mais divergentes entre farmacêuticos residentes e contratados. De forma geral, observa-se que os residentes são os profissionais que utilizam mais seu tempo com atividades clínicas: 92,3% deles discordam ao menos parcialmente que ficam a maior parte do tempo afastados da equipe de saúde; esse dado, para farmacêuticos contratados é de 16,6% (questão 17 da **tabela 5**). Além disso, apenas 7,7% dos residentes responderam que não exercem atividades junto ao leito dos pacientes, contra 66,7% dos profissionais contratados. Em relação a exercer a maior parte de suas funções diárias em clínicas ou consultórios, 52,7% dos profissionais contratados discordam ao menos parcialmente com essa afirmação, contra 15,4% dos residentes (questão 18 da **tabela 5**). Além disso, um quarto dos profissionais contratados concorda ao menos parcialmente passar grande parte de seu tempo profissional em atividades administrativas, pensamento que não é compartilhado por nenhum dos residentes entrevistados (questão 20 da **tabela 5**). No entanto, após um período de férias, 23,1% dos residentes concorda ao menos parcialmente que demoram certo período para retomar as atividades com a equipe clínica de forma sistemática. Nenhum dos profissionais contratados concorda com essa afirmação (questão 26 da **tabela 5**).

Finalmente, a categoria “resultados e mudanças na prática clínica” apresentou dados bastante similares entre as duas populações, com apenas duas diferenças relevantes. Em relação à instituição de um papel exclusivo dentro da equipe de saúde para com os cuidados ao paciente, 53,9% dos residentes concordam ao menos parcialmente com essa afirmação, contra 16,6% dos contratados (questão 32 da **tabela 5**). A busca por outro farmacêutico quando os entrevistados estão ausentes de suas funções também apresentou uma diferença interessante: 61,5% dos residentes não souberam opinar sobre essa afirmação, contra 22,2% dos contratados (questão 33 da **tabela 5**).

Tabela 4: Comparação, em porcentagem entre as respostas fornecidas pelos profissionais de saúde não farmacêuticos não residentes (n=67; primeiros dados) e residentes (n=53; segundos dados). Os dados de interesse analisados estão em destaque.

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Mais concordo do que discordo	Não concordo nem discordo	Mais discordo do que concordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Aceito sugestões do(s) farmacêutico(s) quando bem evidenciadas (Q1)	73,1 75,9	17,9 13,0	3,0 7,4	4,5 1,9	0,0 1,9	1,5 0,0	0,0 0,0
Consulto o(s) farmacêutico(s) quando tenho dúvidas sobre o uso adequado dos medicamentos (Q2)	62,7 72,2	19,4 16,7	6,0 5,6	9,0 3,7	0,0 1,9	0,0 0,0	3,0 0,0
Respeito as decisões tomadas pelo(s) farmacêutico(s) (Q3)	52,2 59,3	29,9 25,9	7,5 11,1	4,5 1,9	3,0 1,9	0,0 0,0	3,0 0,0
O(s) farmacêutico(s) me foi (foram) apresentado(s) formalmente (Q4)	37,3 51,9	10,4 11,1	11,9 9,3	13,4 7,4	4,5 5,6	4,5 5,6	17,9 9,3
Distribuo informações relevantes acerca de pacientes com o(s) farmacêutico(s) (Q5)	31,3 57,4	26,9 24,1	13,4 11,1	14,9 3,7	4,5 3,7	1,5 0,0	7,5 0,0
O(s) farmacêutico(s) aparece(m) apenas quando o paciente apresenta reação adversa ao tratamento (Q6)	6,0 0,0	4,5 0,0	3,0 7,4	22,4 7,4	9,0 11,1	9,0 16,7	46,3 57,4
Confio nas decisões clínicas tomadas pelos membros da minha EMS (Q7)	50,7 61,1	28,4 31,5	11,9 5,6	9,0 1,9	0,0 0,0	0,0 0,0	0,0 0,0
O(s) farmacêutico(s) deve(m) sugerir mudança de tratamento medicamentoso quando há risco para o paciente (Q8)	71,6 72,2	10,4 16,7	3,0 5,6	7,5 3,7	1,5 1,9	1,5 0,0	4,5 0,0
O(s) farmacêutico(s) deve(m) participar de orientação ao paciente sempre que houver dúvida relacionada com medicamentos (Q9)	82,1 85,2	10,4 7,4	3,0 5,6	1,5 1,9	1,5 0,0	0,0 0,0	1,5 0,0
O(s) farmacêutico(s) pode(m) se recusar a dispensar medicamentos (Q10)	29,9 22,2	7,5 13,0	9,0 7,4	31,3 37,0	1,5 1,9	7,5 7,4	13,4 11,1
É função do(s) farmacêutico(s) nos alertar sobre interações medicamentosas e alimentares (Q11)	73,1 58,5	14,9 17,0	7,5 20,8	3,0 1,9	0,0 0,0	0,0 1,9	1,5 0,0
O(s) farmacêutico(s) auxilia(m) na segurança do paciente em relação à nutrição parenteral (Q12)	43,3 32,1	17,9 15,1	13,4 15,1	11,9 30,2	4,5 3,8	1,5 1,9	7,5 1,9
O(s) farmacêutico(s) pode(m) solicitar exames laboratoriais complementares (Q13)	16,4 18,9	9,0 15,1	6,0 5,7	43,3 39,6	3,0 1,9	1,5 1,9	20,9 17,0
O(s) farmacêutico(s) auxilia(m) na informação sobre disponibilidade de medicamentos no hospital e na rede pública (Q14)	47,8 62,3	19,4 18,9	10,4 9,4	16,4 7,5	1,5 0,0	4,5 0,0	0,0 1,9
A presença do(s) farmacêutico(s) me traz maior segurança em relação ao tratamento medicamentoso (Q15)	61,2 66,0	14,9 13,2	7,5 11,3	11,9 7,5	0,0 1,9	0,0 0,0	4,5 0,0
A atuação do(s) farmacêutico(s) mudou minha prática clínica diária (Q16)	19,4 30,2	16,4 18,9	20,9 26,4	28,4 17,0	3,0 1,9	1,5 1,9	10,4 3,8
Quando o(s) farmacêutico(s) da minha EMS não está(ão) presente(s), procuro outro para me auxiliar (Q17)	41,8 26,4	13,4 20,8	9,0 15,1	19,4 13,2	3,0 9,4	3,0 7,5	10,4 7,5
O(s) farmacêutico(s) ajudou(aram) a reduzir o uso de medicamentos na EMS (Q18)	20,9 13,2	6,0 13,2	10,4 9,4	46,3 47,2	3,0 7,5	6,0 3,8	7,5 5,7
O(s) farmacêutico(s) ajudou(aram) a reduzir o custo de medicamentos (Q19)	26,9 7,5	16,4 9,4	9,0 7,5	37,3 54,7	3,0 3,8	3,0 7,5	4,5 9,4

Tabela 5: Comparação entre as respostas fornecidas pelos farmacêuticos não residentes (n=36; primeiros dados) e residentes (n=13; segundos dados).

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Mais concordo do que discordo	Não concordo nem discordo	Mais discordo do que concordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
As minhas intervenções são analisadas e aceitas pela Equipe Multiprofissional de Saúde (Q1)	19,4 0,0	44,4 53,8	19,4 30,8	8,3 7,7	8,3 7,7	0,0 0,0	0,0 0,0
Quando rejeitadas as minhas intervenções, me são apresentadas razões (fundamentadas em evidência ou não) que me satisfazem (Q2)	11,1 0,0	33,3 23,1	22,2 15,4	22,2 7,7	5,6 23,1	2,8 15,4	2,8 15,4
Há respeito mútuo entre os membros de minha Equipe Multiprofissional de Saúde (Q3)	33,3 38,5	44,4 38,5	8,3 15,4	8,3 0,0	0,0 7,7	0,0 0,0	5,6 0,0
Sou apresentado formalmente pelos profissionais da EMS aos estagiários, internos e residentes (Q4)	22,2 7,7	27,8 7,7	8,3 7,7	13,9 0,0	0,0 38,5	5,6 15,4	22,2 23,1
Forneço informações relevantes acerca de paciente com outros membros da Equipe Multiprofissional de Saúde (Q5)	38,9 30,8	19,4 61,5	8,3 0,0	25,0 0,0	0,0 7,7	0,0 0,0	8,3 0,0
Recebo espontaneamente informações sobre condições clínicas do paciente associadas com medicamentos (alergias...) (Q6)	13,9 15,4	11,1 7,7	16,7 23,1	2,8 15,4	19,4 7,7	13,9 15,4	22,2 15,4
Sinto resistência por parte dos outros membros da Equipe Multiprofissional de Saúde sobre a minha atuação (Q7)	5,6 15,4	8,3 0,0	2,8 30,8	33,3 23,1	8,3 15,4	22,2 7,7	19,4 7,7
Minhas atividades em relação à terapia medicamentosa são limitadas (Q8)	22,2 15,4	16,7 23,1	11,1 23,1	16,7 7,7	8,3 15,4	2,8 0,0	22,2 15,4
Proponho mudança de terapia medicamentosa baseada em evidência clínica quando há melhor opção (Q9)	16,7 61,5	16,7 7,7	13,9 15,4	25,0 0,0	2,8 7,7	8,3 0,0	16,7 7,7
Proponho mudança de farmacoterapia baseada em evidência clínica quando há risco de interações/incompatibilidades negativas e desaconselhadas (Q10)	36,1 61,5	13,9 15,4	16,7 0,0	16,7 7,7	2,8 7,7	5,6 0,0	8,3 7,7
Proponho mudança de terapia medicamentosa quando há alternativa padronizada (Q11)	47,2 30,8	22,2 23,1	5,6 23,1	13,9 7,7	2,8 7,7	0,0 0,0	8,3 7,7
Minha colaboração só é solicitada quando há necessidade de orientar o paciente quanto ao uso correto de medicamentos (Q12)	5,6 7,7	11,1 23,1	11,1 7,7	19,4 7,7	5,6 7,7	5,6 30,8	41,7 15,4
Já fui advertido quanto a passar dos limites de minha competência profissional em relação à terapia medicamentosa (Q13)	2,8 0,0	0,0 0,0	0,0 0,0	16,7 0,0	0,0 7,7	5,6 23,1	75,0 69,2
Sou chamado para resolver problemas para os quais não possuo preparo adequado (Q14)	8,3 23,1	5,6 23,1	5,6 7,7	25,0 23,1	0,0 0,0	11,1 7,7	44,4 15,4
Trabalho tanto com a Equipe Multiprofissional de Saúde quanto com o paciente (Q15)	22,2 61,5	8,3 23,1	11,1 7,7	22,2 7,7	8,3 0,0	8,3 0,0	19,4 0,0
Reservo a maior parte do meu tempo para exercer atividades dentro da clínica/consultório (Q16)	13,9 46,2	8,3 7,7	5,6 7,7	19,4 7,7	0,0 15,4	8,3 7,7	44,4 7,7
Passo grande parte do tempo dentro da farmácia/ afastado da Equipe Multiprofissional de Saúde (Q17)	36,1 0,0	22,2 7,7	13,9 0,0	5,6 0,0	5,6 0,0	8,3 15,4	8,3 76,9

Tabela 5 (continuação): Comparação entre as respostas fornecidas pelos farmacêuticos não residentes (n=36; primeiros dados) e residentes (n=13; segundos dados). A pergunta 24 não consta na tabela uma vez que é uma pergunta repetida de verificação.

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Mais concordo do que discordo	Não concordo nem discordo	Mais discordo do que concordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Passo grande parte do tempo com atividades administrativas (participação em reuniões, arquivamento...) (Q18)	16,7 0,0	8,3 0,0	19,4 15,4	19,4 7,7	2,8 7,7	13,9 15,4	19,4 53,8
Passo grande parte do tempo analisando prontuários e/ou prescrições médicas (Q19)	13,9 30,8	25,0 7,7	16,7 38,5	8,3 0,0	13,9 7,7	5,6 7,7	16,7 7,7
Passo grande parte do tempo junto ao leito, com pacientes e profissionais, exercendo atividades clínicas (Q20)	11,1 0,0	2,8 30,8	5,6 30,8	11,1 15,4	2,8 15,4	5,6 7,7	61,1 0,0
Cubro constantemente áreas das quais tenho pouco conhecimento/ experiência prática (Q21)	2,8 15,4	2,8 30,8	5,6 23,1	22,2 7,7	0,0 0,0	11,1 15,4	55,6 7,7
Gostaria de mudar a distribuição de tempo gasto em minhas atividades diárias (Q22)	25,0 30,8	16,7 15,4	19,4 15,4	19,4 15,4	2,8 7,7	2,8 15,4	13,9 0,0
Sinto que a Equipe Multiprofissional de Saúde me cobra mais do que sou capaz de atender (Q23)	5,6 7,7	5,6 15,4	8,3 15,4	13,9 23,1	8,3 7,7	13,9 23,1	44,4 7,7
Sinto que deveria estudar mais nas horas vagas para atender às necessidades da Equipe Multiprofissional de Saúde (Q25)	27,8 46,2	25,0 23,1	11,1 15,4	22,2 7,7	5,6 0,0	5,6 7,7	2,8 0,0
Após um período de férias, demoro alguns dias para restabelecer o contato diário com minha EMS (Q26)	0,0 15,4	0,0 7,7	5,6 0,0	36,1 30,8	11,1 23,1	22,2 23,1	25,0 0,0
Sou receoso ao cobrir a área de outro colega farmacêutico (Q27)	16,7 7,7	5,6 23,1	13,9 7,7	16,7 30,8	0,0 15,4	16,7 15,4	30,6 0,0
Ainda tenho que me adaptar na parceria com a Equipe Multiprofissional de Saúde para atuar melhor (Q28)	8,3 0,0	11,1 15,4	16,7 23,1	13,9 7,7	8,3 0,0	16,7 38,5	25,0 15,4
Acredito que o maior desafio seja estar atualizado com as novidades terapêuticas e legislações vigentes (Q29)	25,0 23,1	36,1 38,5	13,9 30,8	8,3 0,0	5,6 0,0	2,8 7,7	8,3 0,0
Já percebi mudanças em prescrições depois de repetidas intervenções realizadas (Q30)	30,6 23,1	30,6 30,8	13,9 7,7	19,4 23,1	2,8 0,0	2,8 7,7	0,0 7,7
Já percebi mudanças no uso de medicamentos dentro da clínica depois de repetidas intervenções realizadas (Q31)	30,6 23,1	19,4 15,4	13,9 15,4	25,0 30,8	5,6 0,0	2,8 7,7	2,8 7,7
A Equipe Multiprofissional de Saúde instituiu-me um papel exclusivo em relação ao cuidado com o paciente (Q32)	8,3 15,4	0,0 23,1	8,3 15,4	27,8 23,1	2,8 7,7	11,1 0,0	41,7 15,4
Quando estou de férias, a Equipe Multiprofissional procura outro farmacêutico para sanar suas dúvidas (Q33)	47,2 7,7	19,4 15,4	0,0 15,4	22,2 61,5	5,6 0,0	0,0 0,0	5,6 0,0
Estou satisfeito com minha interação com a Equipe Multiprofissional de Saúde (Q34)	22,2 23,1	27,8 38,5	11,1 15,4	11,1 0,0	5,6 7,7	8,3 15,4	13,9 0,0
Sou cobrado diariamente para passar informação acerca de medicamentos (Q35)	36,1 38,5	22,2 38,5	8,3 7,7	8,3 7,7	13,9 7,7	5,6 0,0	5,6 0,0

5. DISCUSSÃO

O trabalho em equipe é conceituado como um trabalho coletivo no qual há reciprocidade entre a interação dos agentes envolvidos e coordenação nas intervenções realizadas. Quando se transpõe o trabalho de equipe dentro do ambiente de assistência à saúde, é importante haver flexibilidade na divisão do trabalho, respeitando dessa forma a autonomia técnica de cada profissional. Essas são as principais características do que é chamado de equipe integrada (PEDUZZI, 2001).

O trabalho multiprofissional, dentro da perspectiva do trabalho em equipe, permite que um problema seja investigado segundo diferentes pontos de vista, o que oferece maior compreensão da dimensão desse problema. Dessa forma, ocorre uma abordagem mais geral em relação à sua resolução. Na área da saúde, onde os fatores condicionantes do estado de saúde de um indivíduo ou da comunidade são geralmente multifacetados, a abordagem multiprofissional torna-se extremamente frutífera, tanto ao promover melhorias no estado de saúde da população quanto maior aprendizagem por parte dos profissionais. Nesse caso, verifica-se também que, quando os futuros profissionais são estimulados no ambiente universitário para o trabalho em equipe, há maior coesão entre os membros da equipe multiprofissional (PEDUZZI, 2001; OTELO *et al.*, 2008; RAMOS, 2009)

Há uma necessidade de mudança tanto do enfoque centralizado no médico como líder da equipe multiprofissional de saúde quanto na humanização e integralização da prestação de serviços de assistência à saúde. O problema é o fator modificante dessa realidade: a partir do momento que se observa a necessidade de modificar diversas posturas, condutas e infraestruturas, essa vontade perde ação. A mudança de gestão para que ocorra é a principal barreira encontrada (CARDOSO, HENNINGTON, 2011). Dentro dessa pesquisa, tive a oportunidade de observar que, mesmo nas equipes mais coesas, há uma dependência bastante grande da intervenção do médico para estabelecimento das ações de vários profissionais. Também, foi visível observar que o médico interage de forma pontual com a equipe, enquanto os outros profissionais estabelecem reuniões em conjunto. Grande parte dos profissionais

entrevistados nessa pesquisa que afirmam não possuir contato diário com o farmacêutico são médicos.

O médico, dentro da perspectiva multiprofissional, pode se sentir ameaçado, uma vez que diversas atividades que ele realiza podem ser feitas em conjunto com diversos profissionais. Dessa forma, dentro da equipe, existe uma partilha de atividades que permitiria uma redução das atribuições médicas, contribuindo para a redução do desgaste físico e mental do profissional, proporcionando um melhor atendimento à saúde do paciente e da comunidade. Nesse sentido, é importante citar a conhecida Lei do Ato Médico que permeou por diversos anos, sendo criticada por diversos órgãos de classe (FERRIERA, VARGAS, SILVA, 2009).

Em relação ao ambiente para execução do trabalho multiprofissional em equipe, o hospital é um espaço particularmente rico para se explorar a esse tipo de prática colaborativa. Nele, a equipe multiprofissional de saúde trabalha diariamente para solucionar as moléstias dos pacientes, em período integral de atividade. Além da atividade interpessoal, por meio de escalas de trabalho organizadas em três períodos distintos, a interação entre os diferentes profissionais é fundamental para assegurar uma assistência integral e justa para os pacientes. Por causa dessa dinâmica, diversas pesquisas têm sido produzidas visando entender os mecanismos de colaboração entre os diversos profissionais e o impacto disso na assistência à saúde. É por isso também que decidi realizar esse tipo de pesquisa no hospital universitário (CARDOSO, HENNINGTON, 2011; LADIM, BATISTA, SILVA, 2010).

Apesar de não estar mais como foco principal das ações em saúde, o hospital ainda é considerado um ambiente extremamente necessário como vivência clínica, uma vez que é possível associa-lo com todos os níveis de assistência à saúde, dentre os quais a Atenção Primária em Saúde. Além disso, trata-se de um ambiente importante para que se desenvolva a competência clínica, uma vez que o aluno assume a responsabilidade pelas suas ações perante o paciente. No esforço de associar a vivência hospitalar com a atenção primária, em particular com a Saúde da Família, o profissional é capaz de entender a definição e a necessidade da integralidade da assistência à saúde (LADIM, BATISTA, SILVA, 2010).

Além disso, a integração ensino-serviço tem servido como fator modificante da realidade local. É a partir dela que ocorre, muitas vezes, o primeiro contato entre os diferentes profissionais das equipes de saúde. Esse fator tem tomado tanta importância que foram criadas comissões que gerenciam essa integração, permitindo que profissionais, pacientes e instituições cresçam de forma simbiótica. Contudo, a participação dos gestores é fator decisivo no sucesso dessas comissões. Trata-se de uma forma de se inserir o trabalho em equipe em instituições mais antigas, nas quais prevalece o trabalho independente (SILVA, LEITE, PINNO, 2014).

De forma geral, o que observei durante minha pesquisa de campo nas cinco instituições visitadas foi que o que determina a inserção do farmacêutico com a equipe de saúde de forma sistemática e duradoura é a presença de residências multiprofissionais ou farmacêuticas. Em apenas uma delas existe apenas a residência médica, e foi justamente nessa instituição que houve maior quantidade de profissionais que afirmaram não possuir contato diário com o farmacêutico. Além disso, a análise dos afirmatórios também permite observar que os residentes farmacêuticos, em comparação com os profissionais contratados, estão mais presentes na clínica e exercem atividades clínicas de forma mais modificante, porém com mais receio.

O histórico das residências multiprofissionais e residências uniprofissionais não-médicas ainda é recente no País e surgiram rompendo com a hegemonia da residência médica. Trata-se de uma conquista para a saúde pública brasileira, uma vez que permite que outros profissionais também possuam formação adequada, se contrapondo a outros modelos de especialização nos quais predominam a lógica mercantil e a falta de compromisso com a reflexão em políticas públicas de saúde. Dessa forma, afirma-se que os profissionais formados em residência possuem maior compreensão da dinâmica do trabalho em equipe, dos recursos disponíveis na instituição e nas formas de melhorar as condições de saúde da população (DALLEGRAVE, KRUSE, 2009; ROSA, LOPES, 2010).

Acompanhado disso, houve também a possibilidade de formação interprofissional na área das Ciências da Saúde. Dessa forma, o profissional se aproximaria do objetivo almejado pelas novas diretrizes e movimentos sanitários do mundo todo: a ele seria possibilitado entender o contexto tanto

individual quanto coletivo do adoecimento, e não apenas o fator clínico presente. Para isso, é fundamental o planejamento das ações individuais dentro das perspectivas interprofissional e que os profissionais possuam habilidades relacionadas a esse tipo de trabalho em grupo (VYT, 2008; CECCIM, 2009).

O que observei nas equipes multiprofissionais foi principalmente trabalhos individuais, com reuniões esporádicas de repasse sobre as condições de cada paciente, o que foge da formação interprofissional. Isso fica nítido quando os profissionais preferem não opinar em relação às ações permitidas ou não permitidas ao farmacêutico, tais como a recusa em dispensa medicamentos ou a solicitação de exames laboratoriais complementares para seguimento farmacoterapêutico dos pacientes, conforme verificado neste trabalho. Nesse sentido, fica evidente a falta de preparo dos cursos de graduação em Ciências da Saúde em proporcionar essa interação. Nos Estados Unidos, um grupo observou que, quando colocados em situação que exigiam trabalho em equipe, os alunos de outras profissões tiveram maior percepção das atribuições do farmacêutico (VRONTOS, KUHN, BRITAIN, 2011).

Dentre as diferentes modalidades de residência multiprofissional, a residência em Saúde da Família é a que mais permite a inserção dos profissionais na realidade do Sistema Único de Saúde. Um estudo que analisou as competências mais significativas para os profissionais dessa modalidade de especialização, apontou os valores profissionais, a comunicação e o trabalho em equipe como as mais significativas. Dentro desses valores, a entrada de profissões mais isoladas da equipe de saúde, como o farmacêutico, pode ser facilitada (NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010; SCHERER, PIRES, JEAN, 2013). Outro trabalho revelou a importância da comunicação escrita entre os profissionais. Por meio dos diários reflexivos, os profissionais puderam discutir seu próprio processo de formação, reverberando em mudança da prática clínica (OLIVEIRA *et al.*, 2013). No entanto, os trabalhos não citam a presença do farmacêutico na equipe de Saúde da Família.

Apesar de todos os níveis necessitarem de profissionais, a atenção primária à Saúde permite uma porta aberta para diversas ações que

envolvam a participação do farmacêutico como profissional clínico, muito embora seu principal local de atuação – a farmácia comunitária – careça de equipe multiprofissional integrada. No entanto, tanto na Estratégia Saúde da Família como nas Unidades Básicas de Saúde, ele pode atuar de forma multiprofissional e, assim, de forma direta com o paciente por meio da principal atividade exclusiva do farmacêutico no Brasil: a dispensação. Também, existem trabalhos inclinados em relacionar as atividades clínicas farmacêuticas no contexto da Atenção Primária à Saúde (LOCH-NECKEL, CREPALDI, 2009; PINHEIRO, 2010).

Os dados apresentados nos afirmatórios também me permitiram observar que a equipe de saúde considera que a presença do farmacêutico auxilia no processo de cuidado ao paciente, e que este profissional está integrado de forma satisfatória. Os farmacêuticos, por outro lado, não se sentem inseridos e sentem certo receio por parte da equipe e também de suas habilidades. Muitas vezes, esse sentimento de não pertencimento à equipe parte da necessidade do profissional em realizar trabalhos técnicos dentro da farmácia hospitalar, o que o prende de certa forma nesse ambiente e não permite a circulação dentro da clínica. Esses resultados destoam de algumas publicações pesquisadas, principalmente referente à percepção dos farmacêuticos inseridos na equipe (SCHELLENS *et al.*, 2008; CHEN, ALMEIDA NETO, 2007; CHISHOLM-BURNS *et al.*, 2010, SNYDER *et al.*, 2010).

Tal fato pode ocorrer devido à formação uniprofissional que os profissionais foram submetidos durante a graduação. Mesmo em um ambiente multiprofissional, a formação interprofissional, ligada à aprendizagem compartilhada com interação com diferentes áreas profissionais, pode não ser o suficiente para despertar o interesse por determinada profissão. Para se chegar ao ponto ideal, conhecido como interdisciplinaridade, são necessárias diversas mudanças, tais como a quebra da barreira das disciplinas e o desenvolvimento de competências para lidar com os desafios apresentados no campo profissional (SOUZA *et al.*, 2010; PEDUZZI *et al.*, 2103; SCHERER, PIRES, JEAN, 2013).

Conforme citado anteriormente nesta tese, a formação do farmacêutico teve uma evolução diferenciada das demais profissões de

saúde. Tendo que investigar modos de produção de medicamentos e outros insumos para a saúde em escala industrial, este profissional se distanciou dos outros profissionais de saúde e do paciente. Apenas neste novo século, há uma busca pela sua reinserção profissional nos cuidados ao paciente. É nesse sentido que surge a Atenção Farmacêutica, um modelo de filosofia e ideal de mudança de prática que, por muitas vezes ainda, é pouco percebida por alunos, professores e gestores de curso (ANGONESI, SEVALHO, 2010; NICOLINE, VIEIRA, 2011; GALLAGHER, GALLAGHER, 2012).

Dentro da assistência à saúde, medicamentos são utilizados na maioria dos casos como agentes curativos ou paliativos. Nesse contexto, as possibilidades de atuação do farmacêutico são muito amplas, tanto do ponto de vista técnico quanto humanista ou educador. A atenção farmacêutica seria essa possibilidade de atribuições do farmacêutico dentro da prática clínica, onde o foco das ações seria a melhoria das condições de saúde do paciente (ISSETS *et al.*, 2008; MURRAY, 2009).

Na análise dos afirmatórios direcionados aos profissionais, temas relacionados com as atribuições do farmacêutico não são percebidos pelos profissionais de saúde, tais como a manipulação de nutrição parenteral, ou o levantamento de opções à terapia. Muitas dessas ações, no entanto, já nascem dentro de uma perspectiva multiprofissional, uma vez que a sua interação para resolução de problemas ocorre com médicos e enfermeiros. Diversos estudos comprovam a eficácia da intervenção do farmacêutico dentro da equipe de saúde nos resultados em saúde de pacientes e comunidades, em diversas doenças e síndromes (CHEN, ALMEIDA NETO, 2007; HUNT *et al.*, 2008; SCHELLENS *et al.*, 2008; ELLIT *et al.*, 2009; CHISHOLM-BURNS *et al.*, 2010; PINTO, CASTRO, REIS, 2013).

Apesar de inseridas numa perspectiva multiprofissional, a implantação da atenção farmacêutica enfrenta diversas barreiras no que diz respeito à interação do farmacêutico com outros profissionais de saúde. Por se tratar de um insumo de saúde amplamente utilizado pela medicina ocidental, o medicamento é um forte agente de disputa entre os diferentes domínios profissionais, chegando, entre outros pontos, a ser colocada em discussão quais profissionais são habilitados a prescrevê-los. É importante criar a cultura, nos cursos de formação profissional, de que possa haver uma equipe

responsável pela provisão da farmacoterapia de forma adequada e não um único profissional. Isso garante, entre outros aspectos, a continuidade da prestação de serviços clínicos para o paciente (CHEN, ALMEIDA NETO, 2007; ELLIT *et al.*, 2009; MURRAY, 2009).

A provisão de cuidados por meio da atenção farmacêutica também é questão recorrente em muitos estudos. Assim como cada profissional possui uma estratégia diferente de ação, busca-se uma forma de inserção das atividades do farmacêutico que venha a harmonizar o trabalho em equipe. De forma geral, as pesquisas buscam verificar as ações do farmacêutico em colaboração com outros profissionais, e não isoladamente, por meio de consultas esporádicas (CHISHOLM-BURNS *et al.*, 2010; HUGHES *et al.*, 2010, GALLAGHER, GALLAGHER, 2012). Talvez seja por causa dessa nova estratégia que muitos profissionais, em conversas informais que precederam a aplicação do afirmatório, se sentiam surpresos em ser questionados sobre sua relação com o farmacêutico.

Um trabalho comparou a atuação farmacêutica em diferentes regiões da Europa. Observou-se que, apesar de aspectos muito distintos, grande parte das regiões apresentaram baixos escores quando analisada a atuação direta do profissional com o paciente. Ações envolvendo documentação dos serviços prestados, diagnóstico de problemas relacionados com medicamentos e instauração de plano de monitorização obtiveram os piores escores (HUGHES *et al.*, 2010).

Dentre as atribuições clínicas do farmacêutico no seio da equipe multiprofissional, o diagnóstico e acompanhamento de problemas relacionados com medicamentos é o que mais se aproximaria de uma prática de relevância social. Nota-se que muitos dos insucessos terapêuticos envolvem a falta de adesão por parte do paciente, ocasionada por uma reação adversa. De forma similar, a atuação do farmacêutico enquanto profissional de saúde que promove o uso correto do medicamento e o desenvolvimento de autocuidado para os pacientes é uma das atribuições mais significativas e que justificam sua inserção dentro da equipe de saúde. Além das melhorias humanísticas, a presença e resolução de problemas relacionados com medicamentos usados pelo paciente possibilitam uma redução do custo de tratamento, o que possibilita a alocação de recursos

financeiros em outras áreas (MOTA *et al.*, 2008; VINHOLES, ALANO, GRANATO, 2009; ELLIT *et al.*, 2009; PROVIN *et al.*, 2010).

Outrossim, ficou evidente nessa pesquisa que a equipe de saúde possui deficiência no conhecimento das atividades do farmacêutico por parte dos outros membros da equipe. A dispensação, sendo uma atividade exclusiva do farmacêutico, lhe oferece o controle de aquisição desses insumos para o paciente. Essa atividade, geralmente tratada como meramente burocrática, pode ser reformulada no sentido de oferecer um viés clínico para o paciente e a comunidade (GALATO *et al.*, 2008).

Em relação ao acompanhamento de problemas relacionados com medicamento por meio do seguimento farmacoterapêutico realizado pelo farmacêutico, é possível verificar melhorias nos resultados clínicos dos pacientes, acompanhados de diminuição de gastos em saúde relacionados com o tratamento de possíveis reações adversas a medicamentos. Um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos comprovou a diminuição de índices de hipertensão na população hipertensiva, com cumprimento de até 90% dos objetivos do tratamento. Além disso, houve diminuição de cerca de US\$ 3.000,00 por paciente para o tratamento. Dessa forma, verifica-se a individualização da terapêutica, ajustada para o perfil exato do paciente, que o farmacêutico apresenta (ISSETS *et al.*, 2008, MURRAY, 2009).

No campo da farmacoeconomia, o farmacêutico pode se valer do Uso Racional de Medicamentos com estratégia da implantação de seus serviços clínicos. No entanto, a abordagem deve levar em consideração, principalmente, a sensibilização dos prescritores e dos pacientes. Além disso, o apoio político dentro da instituição ou das autoridades sanitárias é vital para a oferta desse serviço. Apesar das comprovadas melhorias humanísticas e clínicas, os gestores estão inicialmente interessados na redução de custos (MOTA *et al.*, 2008). Nesse sentido, a análise dos afirmatórios permite constatar que os profissionais de saúde não percebem a diminuição de gastos ou do uso de medicamentos quando o farmacêutico está ativo dentro da equipe. Isso poderia indicar que, nas realidades analisadas, não há uma preocupação em apresentar tais dados.

Finalmente, por possuir também conhecimento na área de Toxicologia, o farmacêutico pode contribuir de forma eficiente em programas de redução

do abuso de drogas lícitas, ilícitas e medicamentos. Trata-se também de uma ação envolvendo cuidados primários em saúde, muito embora essa prática possa estar mais relacionada com a área laboratorial (WAGNER, ANDRADE, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao confrontarmos os dados obtidos nessa pesquisa com os escassos relatos encontrados na literatura, podemos observar que existe demanda dentro da equipe de saúde pela atuação de um profissional cujo foco seja estabelecido na relação paciente-farmacoterapia. O farmacêutico, em uma primeira instância, parece ser o profissional que cubra essa demanda. No entanto, por estar por muito tempo afastado da clínica, as áreas mais urgentes foram contempladas por outros profissionais, tais como enfermeiros (orientação ao paciente), médicos (decisão sobre a farmacoterapia) e nutricionistas (responsabilidade pela nutrição parenteral).

As residências multiprofissionais surgem como uma oportunidade de promover o trabalho em equipe e a formação interprofissional, em particular, do farmacêutico. Dessa forma, o processo de cuidado ao paciente torna-se mais humano e mais eficiente, com resultados mais significativos do ponto de vista clínico, devido a diversos aspectos promovidos pelo trabalho em grupo, tais como diferentes percepções do processo e maior compreensão das necessidades de saúde apresentadas pelo paciente e pela comunidade. As realidades analisadas neste trabalho fogem do descrito como ideal pelos pesquisadores.

Apesar da equipe de saúde considerar o farmacêutico como parte dela, o farmacêutico não se sente totalmente inserido nela por diversos motivos, sendo um deles principalmente a desorganização do tempo e a falta de preparo clínico. Observamos também uma diferença considerável entre residentes e profissionais contratados, sendo que os primeiros relatam uma maior interação com a equipe de saúde e maior preparo clínico, enquanto que os segundos apresentam mais confiança em seu trabalho e são mais seguros em relação à sua atuação. Uma limitação que essa pesquisa apresenta é não considerar o fator temporal existente entre a equipe e o

farmacêutico: sabe-se que, quanto mais tempo pertencemos a um grupo, maior a segurança que ele possui em nós.

Hoje em dia, enquanto áreas como Medicina e Enfermagem discutem a necessidade de realocação de seus profissionais para a atenção básica, na percepção mais humanizada e integrada, na qual o paciente é visto como um indivíduo pertencente a uma comunidade, persiste na área de Farmácia o embate do direcionamento clínico para seus profissionais. As residências multiprofissionais têm dado a oportunidade de aumentar o quórum de farmacêuticos clínicos, muito embora elas podem não receber alunos minimamente capacitados para o trabalho de lidar com o sofrimento humano.

Infelizmente, as atribuições do farmacêutico nem sempre são percebidas pelos graduandos das escolas de farmácia. Muitos relatos espontâneos obtidos em conversas informais apontam questionamentos sobre o preparo e a necessidade de inserção do farmacêutico na equipe de saúde. Resta saber se a graduação em Farmácia percebe as necessidades sociais pela presença do farmacêutico na equipe de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, 16(1): 167-184, 2011.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(3): 3603-3614, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196/96, versão 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasil: Brasília. 2012.
- BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. **Qualitative research for education: an introduction for theory and methods**. Boston: Allyn and Bacon; 1982.
- CARDOSO, C.G.; HENNINGTON, E.A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, 9(1): 85-112, 2011.

- CECCIM, R.B. Ligar gente, lanças sentido: onde branda da guerra. A propósito da invenção das residências multiprofissionais em saúde. **Comunicação, Saúde, Educação**, 13(28): 233-235, 2009.
- CHEN, T.F.; ALMEIDA NETO, A.C. Exploring elements of interprofessional collaboration between pharmacists and physicians in medication review. **Pharmacy World Science**, 29: 574-576, 2007.
- CHISHOLM-BURNS, M.A.; LEE, J.K.; SPIVEY, C.A.; SLACK, M.; HERRIER, R.N.; HALL-LIPSEY, E.; ZIVIN, J.G.; ABRAHAM, I.; PALMER, J.; MARTIN, J.R.; KRAMER, S.S.; WUNZ, T. US Pharmacists' effect as team members on patient care. **Medical Care**, 48: 923-933, 2010.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez; 1998.
- DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Comunicação, Saúde, Educação**, 13(28): 213-237, 2009.
- ELLIT, J.R.; BRIEN, J.E.; ASLANI, P.; CHEN, T.F. Quality patient care and pharmacists' role in its continuity – a systematic review. **The Annals of Pharmacotherapy**, 43: 677-691, 2009.
- FERREIRA, R.C.; VARGAS, C.R.R.; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14(1): 1421-1428, 2009.
- GALATO, D.; ALANO, G.M.; TRAUTHMAN, S.C.; VIEIRA, A.C. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, 44(3): 465-475, 2008.
- GALLAGHER, R.M.; GALLAGHER, H.C. Improving the work relationship between doctors and pharmacists: is inter-professional education the answer? **Advances in Health Sciences Education**, 17:247-257, 2012.
- HUGHES, C.M.; HAWWA, A.F.; SCULLIN, C.; ANDERSON, C.; BERNSTEN, C.B.; BJORNSDOTTIN, I.; CORDINA, M.A.; COSTA, F.A.; DE WULF, I.; EICHENBERGER, P.; FOULON, V.; HENMAN, M.C.; HERSBERGER, K.E.; SCHAEFER, M.A.; SONDERGAARD, B.; TULLY, M.P.; WESTERLUND, T.; MCELNAY, J.C. Provision of pharmaceutical care by

- community pharmacists: a comparison across Europe. **Pharmacy Worlds Science**, 32: 472-487, 2010.
- HUNT, J.S.; SIEMIENCZUK, J.; PAPE, G.; ROZENFELD, Y.; MACKAY, J.; LEBLANC, B.H.; TOUCHETTE, D. A randomized controlled trial of team-based care: impact of physician-pharmacist collaboration on uncontrolled hypertension. **Journal of General and Internal Medicine**, 23(12): 1966-1972, 2008.
- ISSETS, B.J.; SCHONDELMEYER, S.W.; ARTZ, M.B.; LENARZ, L.A.; HEATON, A.H.; WADD, W.B.; BROWN, L.M.; CIPOLLE, R.J. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: the Minnesota experience. **Journal of the American Pharmacists Association**, 48(2): 203-211, 2008.
- LADIM, S.A.; BATISTA, N.A.; SILVA, G.T.R. Vivência clínica hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 63(6): 913-920, 2010.
- LOCH-NECKEL, G.; CREPALDI, M.A. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professional of familial health care teams. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, 45(2): 263-272, 2009.
- MOTA, D.M.; SILVA, M.G.C.; SUDO, E.C.; ORTUN, V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13: 589-601, 2008.
- MURRAY, M.D. Continuity of health care and the pharmacist: let's keep it clear. **The Annals of Pharmacotherapy**, 43: 745-747, 2009.
- NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, 19(4): 814-827, 2010.
- NICOLINE, C.B.; VIEIRA, R.C.P.A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepção dos graduandos de Farmácia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 15(39): 1- 15, 2011.
- OLIVEIRA, F.G.V.C.; CARVALHO, M.A.P.; GARCIA, M.R.G.; OLIVEIRA, S.S. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Comunicação, Saúde, Educação**, 17(44): 201-209, 2013.

- OTELLO C.C.M.; NAKAMA, L.; LEFEVRE, A.M.C.; LEFEVRE, F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde mental. **Saúde e Sociedade**, 17(4): 135-150, 2008.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, 35(1): 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M.; NORMAN, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Faculdade de Enfermagem da USP**, 47(4): 977-983, 2013.
- PINHEIRO, R.M. Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 4(3): 15-22, 2010.
- PINTO, I.V.L.; CASTRO, M.S.; REIS, A.M.M. Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 16(4): 747-758, 2013.
- PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M.; VIVAS-CONSUELO, D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, 18: 181-190; 2002.
- PROVIN, M.P.; CAMPOS, A.P. NIELSON, S.E.O.; AMARAL, R.G. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, 19(3): 717-723, 2010.
- RAMOS, M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, 18(2): 55-59, 2009.
- ROSA, S.D.; LOPES, R.E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação *latu sensu* no Brasil: apontamentos históricos. **Trabalho, Educação, Saúde**, 7(3): 479-498, 2010.
- SCHELLENS, J.H.M.; GROULS, R.; GUCHELAAR, H.J.; TOUW, D.J.; RONGEN, G.A.; DE BOER, A.; VAN BORTEL, L.M. The dutch model for clinical pharmacology: collaboration between physicians- and pharmacists-clinical pharmacologists. **British Journal of Pharmacology**, 66(1): 146-147, 2008.
- SHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 18(11): 3203-3212, 2013.

- SILVA, L.A.A.; LEITE, M.T.; PINNO, C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 12(2): 403-424, 2014.
- SNYDER, M.E.; ZILLICH, A.J.; PRIMACK, B.A.; RICE, K.R.; MCGYVNEY, M.A.S.; PRINGLE, J.L.; SMITH, R.B. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative work relationships using mixed methods. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, 6: 307-323, 2010.
- SOUZA, M.C.A.; CASOTTI, E.; MELO, A.C.F.; GOYATÁ, F.R.; SOUZA, T.C.; ALBUQUERQUE, C.J.M. Interdisciplinaridade no ensino superior: de imagem-objetivo à realidade! **Revista Brasileira de Educação Médica**, 36(1): 158-163, 2010.
- STORPIRTIS, S.; SUGAWARA, E.E.; RICCI, M.C.S.; PORTA, V.; RIBEIRO, E.; MORI, A.L.P.M. **Ensino e prática da Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica na Faculdade de Ciências Farmacêuticas e no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**. In: STORPIRTIS, S.; MORI, A.L.P.M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.489 p.
- TRIVINOS, A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo; Atlas: 1987.
- VINHOLES, E.R.; ALANO, G.M.; GALATO, D. A percepção da comunidade sobre a atuação do serviço de atenção farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. **Saúde e Sociedade**, 18(2): 293-303, 2009.
- VRONTOS, E.B.; KUHN, C.H.; BRITTAIN, K.L. Impacto on interprofessional activities on health professional students' knowledge of community pharmacists' role and service. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 75(8): artigo 152, 2011.
- VYT, A. Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. **Diabetes/ Metabolism Research and Reviews**, 24(1): S106-S109, 2008.
- WAGNER, G.A.; ANDRADE, A.G. Pharmacist professional in the prevention of drug abuse: updating roles and opportunities. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, 46(1): 19-27, 2010.

- WRIGHT, J.T.C; GIOVINAZZO, R.A. Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, 1(12): 54-65; 2000.
- ZILLICH, A.J.; DOUCETTE, W.R.; CARTER, B.L.; KREITER, C.D. Development and initial validation of an instrument to measure physician-pharmacist collaboration from the physician perspective. **Value in Health**, 8(1): 59-66, 2005.
- ZILLICH, A.J; MILCHAK, J.S.; CARTER, B.L.; DOUCETTE, W.R. Utility of a questionnaire to measure physician-pharmacist collaborative relationships. **Journal of American Pharmacist Association**, 46: 453-458, 2006.

CAPÍTULO 5

O currículo de Farmácia frente às necessidades da formação clínica: percepção dos farmacêuticos clínicos

1. INTRODUÇÃO

A trajetória do ensino ocidental no Brasil tem seu início com a vinda dos Jesuítas por volta de 1550. Até meados do século XVIII, o modelo de ensino católico perdurou em todas as regiões do Brasil colônia. A Companhia de Jesus foi expulsa em 1759 e, com isso, novos modelos de ensino surgiram, dentre eles a Universidade, no ensino superior, com a chegada da Família Real, em 1808 (OLIVEIRA, 2004).

Ao considerarmos a Universidade como uma instituição inserida em um contexto sócio-político específico, tanto espacialmente quanto temporalmente, podemos afirmar que, por detrás do ato de ensinar, existe uma disputa por diferentes ideologias. Dessa forma, os cursos oferecidos, tanto de graduação quanto de pós-graduação, atendem a demandas sociais como, por exemplo, os cursos para fazendeiros oferecidos pelos *college* americanos, no começo do século XIX (OLIVEN, 2005; SEVERINO, 2008).

Na atualidade, existem diferentes modelos relacionados com os cursos de graduação nas Universidades. Em algumas delas, por exemplo, existem disciplinas ou anos inteiros a serem trabalhados em conjunto por estudantes de diversos cursos. Dessa forma, dentro do conceito de formação plural e multifacetada, essas universidades fornecem uma base comum a todos os cursos, geralmente com conteúdos relacionados com as Ciências Sociais, Psicologia e Meio Ambiente (OLIVEN, 2005). Em nosso entorno, um exemplo é o campus da Universidade de São Paulo situada na zona leste da cidade, conhecida por Escola de Artes, Ciências e Humanidades, que oferece dez cursos de graduação, sendo o primeiro ano comum a todos eles.

No Brasil, com a promulgação, em 1996, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, ocorreu a instituição de parâmetros curriculares, que permitiram, diferentemente dos currículos mínimos que eram lei anteriormente, uma flexibilização dos currículos de graduação. Dessa forma, dentro dos próprios cursos passaram a existir movimentos que contribuem para uma formação mais ampla do aluno (OLIVEN, 2005; SEVERINO, 2008). Muitos deles partem dos próprios alunos, tais como os Centros Acadêmicos, as Associações Atléticas Acadêmicas, as Empresas Júniores, dentre outros.

No entanto, ao optar por um curso, geralmente levamos em consideração fatores como o custo da mensalidade, o renome da universidade e as opções dentro da grade curricular. Isso se deve, em parte pelo modelo capitalista neoliberal, aliado às questões envolvendo a globalização tanto da economia quanto da cultura. A possibilidade de acesso à Universidade levou, nos anos 1960, a uma superlotação do ensino público e, no final do século XX, à explosão da criação das universidades privadas (SEVERINO, 2008; BRANGHINI, 2014).

Em uma perspectiva de livre arbítrio e poder de escolha, duas ferramentas se tornam essenciais para o futuro estudante: os objetivos pedagógicos do curso (contemplados no Projeto Político Pedagógico) e as oportunidades de complementação de sua formação, que perpassam a sala de aula. Dessa forma, ao menos minimamente, temos a impressão de uma decisão mais guiada para um futuro talvez não mais promissor, mas mais bem escolhido (SEVERINO, 2008).

Na área da Farmácia, conforme mencionado anteriormente nesta tese, a formação está passando por uma mudança no perfil profissional do graduado, levando-o a ter a oportunidade de optar por seguir uma carreira ligada à prática clínica dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde. É nesse sentido que temos um impasse: como formular, possibilitar e apresentar a esse estudante essa possibilidade durante o tempo de sua graduação?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O objetivo geral deste capítulo foi levantar e analisar as impressões de farmacêuticos que trabalham em atividades clínicas e documentos pedagógicos de cunho oficial sobre o currículo e a formação do farmacêutico na área clínica.

2.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos, tive a intenção de:

- Analisar os projetos pedagógicos e o ementário de cursos de Graduação em Farmácia, visando à formação clínica do aluno;
- Analisar a correspondência entre os projetos pedagógicos e as Diretrizes Curriculares de Farmácia;
- Levantar e analisar as impressões de farmacêuticos hospitalares sobre a sua formação, sobre a formação dos alunos nos cursos que estão inseridos e sobre a importância do estágio curricular em serviços clínicos.

3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

A fundamentação teórica para o delineamento metodológico deste capítulo encontra-se em MINAYO (2006). Ao utilizar a pesquisa qualitativa, segundo ela, podemos nos aprofundar em questões subjetivas, referentes às ações e às relações humanas, aspectos que não podem ser quantificáveis em tabelas. Dessa forma, parte-se do pressuposto que o currículo é um instrumento político, sendo este tipo de abordagem mais condizente com as subjetividades envolvidas em sua elaboração.

Como método concreto de análise, a avaliação dos documentos foi realizada por meio do método de análise de conteúdo. Segundo LAKATOS (1995): *“A análise de conteúdos visa desvelar o não aparente, latente, o escondido, o potencial inédito (do não dito) retido por qualquer mensagem (comunicação)”*.

A análise de conteúdo, ou análise documental, é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Nascida de uma longa tradição de abordagem de textos, essa prática interpretativa se destaca, a partir do início do século XX, pela preocupação com recursos metodológicos que validem suas descobertas. Trata-se da sistematização, da tentativa de conferir maior objetividade a uma atitude que conta com exemplos dispersos, mas variados, de pesquisa com textos (PUGLISI, FRANCO, 2005). Além

disso, é importante ressaltar que este trabalho se insere em uma relação espaço-tempo específica, que é extremamente determinante para o mesmo. Nesse sentido, SACRISTÁN (2010) nos auxilia complementando: *“nenhum fenômeno é indiferente ao contexto no qual se produz”*.

Defini como categorias a serem analisadas as três dimensões: organizacional, clínica e ético-profissional. Foram eleitas no texto Unidades de Registro (UR), definidas por BARDIN (2007) como a “unidade de significação a codificar e correspondente ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando à categorização e à contagem frequencial”. Os significados selecionados como UR e analisados no âmbito dos documentos oficiais e nas entrevistas foram:

- Na dimensão organizacional: Sistema Único de Saúde, assistência à saúde, integração ensino-serviço, políticas públicas de saúde, unidade básica de saúde;
- Na dimensão clínica: interdisciplinaridade, método clínico, farmácia clínica, atenção farmacêutica, diagnóstico, uso racional de medicamentos;
- Na dimensão ético-profissional: ética, bioética, relação paciente-profissional, relação profissional-profissional.

3.1. Levantamento e análise dos documentos referentes ao curso de Graduação em Farmácia

Decidi incluir como documentos a serem analisados aqueles que expressassem o compromisso das instituições de ensino superior com a formação dos alunos e que demonstrem de que forma o conteúdo é apresentado e trabalhado com o aluno. Para tanto, foram solicitados os seguintes documentos às Secretarias de Graduação dos respectivos cursos selecionados: projeto político pedagógico, ementário, grade curricular e regulamentação de estágios. Desta forma, os documentos selecionados permitem uma visão ampla de como se organiza o processo de ensino-aprendizagem durante o período do curso.

Tabela 6: Categorização da análise de conteúdo realizada nos grades curriculares e ementário das universidades participantes.

Número	Grande Área	Categoria
1	Ciências Exatas	Interpretação de fenômenos físico, químicos e biológicos
2	Ciências Biológicas e da Saúde	Compreensão do corpo humano e de seu adoecimento
3	Ciências Biológicas e da Saúde	Compreensão do processo saúde-doença do indivíduo e da sociedade
4	Ciências Humanas e Sociais	Atividades administrativas e econômicas
5	Ciências Humanas e Sociais	Relação do ser humano com a sociedade
6	Ciências Farmacêuticas	Fármacos, medicamentos e cosméticos
7	Ciências Farmacêuticas	Técnicas em análises clínicas
8	Ciências Farmacêuticas	Estudo dos alimentos
9	Ciências Farmacêuticas	Tecnologia aplicadas às Ciências Farmacêuticas
10	Ciências Farmacêuticas	Aplicação e desenvolvimento de competências clínicas

Dentro da análise das matrizes curriculares, as disciplinas foram inicialmente classificadas de acordo com o artigo sexto das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (BRASIL, 2002), a saber:

- Ciências Exatas: disciplinas voltadas para as áreas de física, química e matemática;
- Ciências Biológicas e da Saúde: disciplinas sobre o conhecimento do corpo humano e dos processos fisiopatológicos que o prejudicam;
- Ciências Humanas e Sociais: disciplinas voltadas para o entendimento do ser social e da sociedade;

- Ciências Farmacêuticas: disciplinas voltadas para a prática das atividades profissionais do farmacêutico.

No entanto, como um dos objetivos deste trabalho foi avaliar a forma com que o currículo das Ciências Farmacêuticas estimula e prepara o aluno para as atividades clínicas, resolvi destrinchar um pouco a classificação acima em dez categorias distintas, que permitem maior compreensão das áreas do conhecimento às quais os estudantes estão expostos. As categorias estão apresentadas na **tabela 6**.

Foram utilizadas apenas as matrizes curriculares dos cursos de período integral. Além disso, foram consideradas as seguintes temáticas para a análise documental dos documentos referentes ao currículo das instituições estudadas: obrigаторiedades curriculares, estágios, opções complementares, sequenciamento do conteúdo, e aproximação da formação clínica.

3.2. Percepção do farmacêutico hospitalar sobre sua formação

Aliado ao afirmatório, discutido no capítulo anterior, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas presenciais com os farmacêuticos de cada instituição, buscando-se avaliar a percepção deles em relação à aplicabilidade prática dos conhecimentos adquiridos na faculdade, ao impacto de sua atuação dentro da equipe multiprofissional da saúde e à sua percepção em relação aos estagiários que passaram pelo seu serviço.

Tendo em vista a natureza subjetiva do levantamento de percepções em ambientes de trabalho, optei por analisar os dados das entrevistas semi-estruturadas com auxílio da análise de conteúdo. Por meio dela tenta-se fazer uma correspondência entre estruturas semânticas e linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas que medeiam os enunciados ¹⁴ (BRUGNEROTTO, SIMÕES, 2009).

Os procedimentos para a análise dos dados foram desenvolvidos a partir da análise temática de conteúdo, que se apoia na noção de tema,

¹⁴ Estabeleço aqui a equivalência entre "enunciado" e "discurso", preferindo utilizar o primeiro termo para não confundir o leitor em relação ao método de Análise de Discurso, que não utilizarei nesta tese.

podendo este estar relacionado a uma afirmação ou a uma alusão. De acordo com MINAYO (2006), esta técnica “*consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado*”.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas, textual e literalmente, e posteriormente impressas, sendo seu conteúdo organizado e categorizado a partir de operacionalização sintetizada por MINAYO (2006), que consiste em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise, inicialmente, foram feitas várias leituras do material e, posteriormente, foram organizadas tabelas impressas contendo as respostas dos profissionais, nas quais foram anotadas as unidades de registro (temas), considerando a esfera semântica do enunciado. Isto facilitou o processo de categorização e análise dos dados.

As categorias de referência resultaram em um texto descritivo explicitando os aspectos mais significativos, sejam estes semelhantes, divergentes e/ou elementos neutros presentes nos depoimentos analisados. Os profissionais entrevistados encontram-se codificados pelas letras iniciais do nome e sobrenome, seguida de numeração da entrevista (XC, E1; ADF, E2; PA, E3...). Ocasionalmente, excertos interessantes foram colocados para ilustrar a percepção dos indivíduos.

4. CURRÍCULO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS: ANÁLISE CRÍTICA DAS INSTITUIÇÕES VISITADAS

A primeira dificuldade encontrada para a realização da análise das matrizes curriculares dos cursos de Farmácia foi a falta de informação. Em se tratando de instituições de ensino públicas, esses dados devem ser disponibilizados de forma transparente para consulta de qualquer pessoa. Tentei por diversas vezes, por diversos meios (endereço eletrônico, telefone, conversa presencial), adquirir esses documentos, mas em alguns casos não obtive sucesso. Utilizando-me das informações obtidas pelos sítios eletrônicos de cada Universidade, consegui parte da informação.

Na **tabela 7** estão apresentados os documentos encontrados ou fornecidos pelas instituições.

Tabela 7: Documentos utilizados para a realização da análise das matrizes curriculares do curso de Farmácia.

<i>Instituição</i>	<i>Matriz Curricular</i>	<i>Ementário</i>	<i>Regulamento de estágios</i>	<i>Projeto Político-Pedagógico</i>
Universidade Federal de Sergipe	Sim (2013)	Sim	Sim	Sim*
Universidade Federal Fluminense	Sim (2013)	Sim	Não	Não
Universidade de Campinas	Sim (2014)	Sim	Não	Não
Universidade de São Paulo	Sim (2014)	Sim	Sim	Sim
Universidade Federal de Santa Maria	Sim (2014)	Não**	Sim	Sim

*A universidade Federal de Sergipe forneceu, além do Projeto Político-Pedagógico solicitado, o Projeto Político Pedagógico do novo campus da UFS, que trabalha com metodologia baseada na aprendizagem baseada em problemas.

** O ementário da Universidade Federal de Santa Maria correspondente ao currículo do ano de 2014 não está completo; alguns elementos foram retirados do ementário do currículo de 2004.

Além disso, consegui encontrar os ementários também nos sítios eletrônicos. Infelizmente, grande parte das ementas está resumida ou inexiste em relação aos objetivos e aos conteúdos. Muitas vezes, também, existem apenas noções soltas, como nomes de áreas de estudo, sem envolver qualquer estratégia metodológica. Essa falta de informação impede uma análise mais aprofundada das grades curriculares presentes neste trabalho. No entanto, como meu objetivo foi refletir sobre o poder de escolha do candidato ao ingressar em algum curso de Farmácia no Brasil, as cinco Instituições estudadas fornecem um panorama da informação que pode chegar a ser encontrada nas demais. Outro trabalho encontrou dificuldades semelhantes em relação à obtenção desse tipo de documentos (SÁ, SILVA, 2011)

Um estudo realizado na Universidade de São Paulo, no campus de Ribeirão Preto, apresentou as modificações ocorridas no curso de Farmácia-Bioquímica após a inserção das DCN de 2002. Observa-se uma diminuição da carga horária total do curso e um aumento na carga horária de estágios obrigatórios. Além disso, ocorreu a extinção das habilitações, que direcionavam a formação para uma área específica da atividade profissional. Dentre as disciplinas apresentadas pelo novo curso, apenas 3,7% delas envolvem, de alguma forma, as Ciências Humanas (SILVA, 2009).

De forma geral, todos os cursos apresentam sequenciamento de disciplinas semelhantes, com predomínio das disciplinas relacionadas às categorias 1 e 2 (**tabela 6**). Além disso, a carga horária de estágios é uniforme também, seguindo a recomendação de 20% da carga horária total do curso (BRASIL, 2002). A seguir, apresento uma análise mais detalhada de cada universidade, segundo os parâmetros de estudo delineados.

4.1. Disciplinas obrigatórias

O curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe possui um total de 55 disciplinas obrigatórias, o que totaliza uma carga horária de 4065 horas. As disciplinas complementares possuem uma carga horária mínima de 510 horas. O trabalho de conclusão de curso, nessa estrutura curricular intitulado de “monografia”, apresenta-se em dois semestres seguidos, e o décimo semestre está preenchido apenas com a quarta disciplina de estágios. Em relação à dimensão clínica, pude observar poucos conteúdos diretamente relacionados. As disciplinas que pretendem favorecer o contato com o paciente, ou que se propõem a trabalhar questões relacionadas com a clínica somam 180 horas, o que equivale a pouco menos de 4% da carga horária total do curso, similar a um trabalho realizado na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, no campus de Ribeirão Preto (SILVA, 2009).

É possível observar, também, uma distribuição ampla das diversas áreas do conhecimento nas disciplinas obrigatórias, embora sejam poucas as disciplinas relacionadas com a compreensão social do processo saúde doença (categoria 3) ou da relação entre o homem e a sociedade (categoria

5). É curioso, também, notar que conteúdos relacionados com primeiros socorros sejam colocados em disciplinas optativas, uma vez que é vital para qualquer profissional de saúde o conhecimento sobre essas técnicas. Trata-se de um afastamento na questão de humanização do cuidado na atenção à saúde (CASATE, CORREA, 2012).

O curso oferecido pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo conta com 70 disciplinas obrigatórias, totalizando 4770 horas. As disciplinas optativas contam 510 horas adicionais. O curso possui cinco integrados de disciplinas: os dois primeiros envolvem as áreas de Anatomia, Fisiologia e Biologia Tecidual. Os dois últimos, que estão alocados a partir do sexto semestre letivo, relacionam as áreas de Farmacodinâmica, Fisiopatologia e Química Farmacêutica e, em alguns deles, outras disciplinas relacionadas à área de Alimentos e Toxicologia.

Ao analisar mais detalhadamente as ementas de cada disciplina que compõe estes integrados, podemos observar que a sugestão real de integração entre as disciplinas de Anatomia, Fisiologia e Biologia Tecidual é o oferecimento dos conteúdos de forma sistemática pelas três disciplinas no mesmo momento. Já nas demais, há um esforço para separar o conteúdo programático em diferentes módulos, o que mostra o esforço em horizontalizar o conteúdo para cada disciplina¹⁵. Nesse sentido, em relação à dimensão clínica, observa-se um ambiente favorável, uma vez que essa organização permite uma análise sistemática do processo saúde-doença (GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010).

Nota-se, ainda, uma inexistência de oferecimento de disciplinas da área de técnicas em análises clínicas (categoria 7). Todas as disciplinas dessa área são oferecidas como optativas, o que apresenta o risco do estudante se formar sem nunca ter tido contato com essa área clínica. Em contrapartida, o Trabalho de Conclusão de Curso equivale a 300 horas de trabalho, sendo a maior atribuição de carga horária para essa atividade nas matrizes curriculares analisadas. Uma particularidade do curso de Farmácia

¹⁵ Tive o prazer de participar da primeira turma que cursou este integrado. Na época, dificuldades relacionadas com a integração dos docentes impediu um aproveitamento integrado das disciplinas. Nos últimos anos, porém, a coesão entre elas parece ter se acentuado.

da Universidade de São Paulo é a estruturação do sequenciamento das disciplinas. Como a área do conhecimento está compartimentada em uma grande quantidade de disciplinas com cargas horárias reduzidas, o currículo torna-se truncado, isto é, caso o estudante adquira alguma dependência, existe uma alta probabilidade que ele atrase seu curso. Em relação aos dois últimos semestres, a carga horária das disciplinas obrigatórias diminui, permitindo que o aluno possa realizar os estágios e cursar as disciplinas optativas.

Ainda nas disciplinas obrigatórias, encontramos reduzido número de temáticas relacionadas com a compreensão social do processo saúde-doença (categoria 3) e da relação entre o homem e a sociedade (categoria 5). Para a formação clínica, existe apenas uma disciplina obrigatória que, infelizmente, não oferece prática. Dentre as disciplinas optativas, três delas, somando 120 horas, oferecem esse tipo de recurso, seja por meio de estudo de casos reais ou não. Em se tratando de casos reais, a aproximação da experimentação dentro de serviços permite que o aluno desenvolva competências clínicas e ético-profissionais (BLOM *et al.*, 2011).

A dimensão organizacional aparece no decorrer das disciplinas obrigatórias, mais particularmente em três delas, também no estágio de “Práticas Farmacêuticas”. Nesse sentido, a Universidade de São Paulo oferece aos seus alunos a compreensão sobre o nosso sistema público de saúde de forma teórica inicialmente, incentivando-os também a realizar estágio em locais públicos, para aprimorar seu conhecimento (GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010).

A Universidade Federal de Santa Maria oferece curso de Farmácia na modalidade integral com duração ideal de dez semestres, dentro da qual os alunos devem frequentar 64 disciplinas obrigatórias. A distribuição das disciplinas obrigatórias ao longo do curso é relativamente uniforme. A carga horária total do curso é de 4800 horas. Diferente das outras grades curriculares analisadas, as disciplinas referentes às categorias das Ciências Farmacêuticas fazem parte da grade obrigatória de forma bastante uniforme. É o curso que oferece maior carga horária obrigatória na área de estudo dos alimentos (categoria 8) e na área de técnica em análises clínicas (categoria 7). Nas categorias 3 (compreensão social do processo saúde-doença), 5

(relação homem sociedade) e 10 (aplicação e desenvolvimento de competências clínicas), não há grande variação em relação às demais grades: são as categorias que apresentam as menores cargas horárias.

Infelizmente, a análise do ementário do curso de Farmácia da Universidade Federal de Santa Maria não foi possível, pois ele se encontra vazio na versão atual (2014). Em relação aos currículos anteriores (2003 e 2004), o ementário está preenchido. O que se pode retirar dele é que as dimensões organizacional e ético-profissional estão comprometidas, pois poucas disciplinas se pretendem trabalhar com esses conteúdos.

A Universidade Federal Fluminense oferece o curso em Ciências Farmacêuticas com o maior número de disciplinas obrigatórias: são 81. No entanto, muitas dessas disciplinas são agrupadas em dois, pois a Universidade computa a parte teórica e a parte experimental em disciplinas distintas. A carga horária total do curso também é a maior dos cursos analisados: 5400 horas. Dessas, 926 horas podem ser escolhidas pelo aluno para enfatizar uma das áreas de formação profissional, tanto em disciplinas optativas quanto em estágios. É a instituição que possui a maior carga horária de disciplinas obrigatórias na área de ciências exatas (1500 horas) e na área de fármacos, medicamentos e cosméticos (categoria 6: 612 horas).

A dimensão organizacional é encontrada também em poucas disciplinas presentes tanto na estrutura obrigatória quanto na optativa da Universidade Federal Fluminense. Isso é observado de forma contínua nos cursos analisados nesta tese, como também em trabalhos realizados em outras instituições de ensino (MARINTS, 2006; SILVA, 2009).

A dimensão clínica, de forma semelhante, é observada apenas no final do curso, em disciplinas de pequena carga horária. A dimensão ético-profissional, por outro lado, possui um pouco mais de destaque, sendo encontrada em quatro disciplinas. No entanto, podemos dizer que, dentro da Universidade Federal Fluminense, as dimensões de análise propostas neste trabalho podem ser encontradas predominantemente em disciplinas de estágio e não em disciplinas teóricas.

Finalmente, a Universidade Estadual de Campinas é a instituição analisada nesta tese que possui o curso de Farmácia a menos tempo: foram dez anos do oferecimento do curso em 2014. As disciplinas obrigatórias, em

número de 53, são oferecidas de forma homogênea em dez semestres. Uma particularidade institucional desse curso é o fato de sua coordenação variar entre três institutos: Ciências Médicas, Instituto de Química e Instituto de Biociências.

Uma primeira questão que chama a atenção na estrutura curricular do curso de Farmácia da UNICAMP é a ausência de certas disciplinas da área das Ciências Biológicas, tais como Anatomia e Farmacologia. Os conteúdos de estudo dessas áreas são incorporados em disciplinas com maior carga horária, como é o caso da disciplina “Estrutura e função de órgãos e sistemas” ou da disciplina “Estudo integrado da fisiopatologia e da farmacologia terapêutica”. Tais disciplinas parecem ser um esforço em integrar conteúdo de diferentes domínios científicos que possibilitem uma abordagem mais dinâmica por parte dos estudantes. Nesse sentido, a dimensão clínica parece ser importante, uma vez que a interdisciplinaridade é abordada em diversas disciplinas da grade obrigatória. Observa-se esse esforço, talvez maior em relação ao integrado de disciplinas apresentados pela Universidade de São Paulo, pelo fato de ser uma disciplina única, isto é, como menos possibilidades de compartimentalização. Essa dinâmica, além de permitir uma integração de conceitos, diminui o risco de duplicidade de conteúdo (FADEL, BALDANI, 2013).

O estímulo para a formação clínica nesta instituição parece ser bastante similar ao estímulo existente na Universidade de São Paulo, *campus* São Paulo: promover uma reflexão horizontal dentro do conteúdo apresentado, fazendo com que o aluno aprenda de forma integralizada o funcionamento e o adoecimento do corpo humano sem, no entanto, estimular a interação com a equipe de saúde e com o usuário do medicamento. As dimensões organizacional e ético-profissional parecem ter um destaque menor quando comparados com a dimensão clínica. Isso provoca novamente uma descontinuidade entre a formação do profissional e sua postura perante o paciente. Poucas disciplinas propõem-se a abordar o Sistema Único de Saúde ou a relação farmacêutico-paciente, essencial para a compreensão dos fenômenos sociais e formação crítica do profissional (SILVA, 2009; NAMEM, GALAN JÚNIOR, 2011).

Uma questão persistente em todos os cursos é a deficiência de

disciplinas e conteúdos relacionados com a questão humanística do processo assistencial. Verifica-se que as disciplinas que contemplam esse conteúdo são oferecidas em semestres distanciados, e parece não haver um diálogo entre elas. Uma solução para isso seria a inserção desse conteúdo de modo transversal, sequencial, que permitisse discutir as questões pertinentes à profissão no decorrer de cada conteúdo apresentado (AYRES *et al.*, 2013).

4.2. Disciplinas optativas

Como disciplinas optativas eletivas, o curso da Universidade Federal de Sergipe oferece 38 delas, amplamente distribuídas em todas as áreas de conhecimento. Dentre elas, existem as disciplinas de monitoria, nas quais o estudante que já completou alguma disciplina de sua matriz curricular pode cursá-la novamente, sob a esfera de monitor de disciplina. Isso permite, dentro da dimensão ético-profissional, um maior contato entre as diferentes turmas, além de servir para uma iniciação à formação docente do aluno-monitor.

Além disso, o curso oferece disciplinas optativas de línguas experimentais (português, espanhol e inglês), além de outras relacionadas com a relação homem-sociedade (antropologia, sociologia e psicologia). Sendo assim, é possível observar que o estudante pode dar ênfase em sua formação para a compreensão de fenômenos sociais relacionados ao processo saúde-doença. Nesse sentido, a dimensão ético-profissional parece ser favorecida em certa instância, dentro do oferecimento das disciplinas optativas do curso. A dimensão organizacional, infelizmente, também não é muito observada nas disciplinas optativas do curso. Há presença e estímulo para realizar os estágios no sistema público de saúde, mas não há embasamento teórico para isso, o que pode apresentar um viés no ensino (GONÇALVES, CARVALHO, TRELHA, 2012).

A Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo oferece aos alunos 44 disciplinas optativas eletivas, alocadas em diferentes eixos de significância, fazendo com que o estudante realize um percurso para especializar-se. Essa formação por meio de disciplinas do mesmo eixo se assemelha a habilitações da profissão, que vinham antes da

resolução CNE/CES 2, de 2002. No entanto, o aluno não é obrigado a seguir necessariamente um dos eixos. Trata-se de um direcionamento apontado pelo curso.

A dimensão ético-profissional neste curso parece ter sido deixada de lado de certa forma, pois apenas uma disciplina obrigatória trata da temática da ética em sua ementa. Em outra, optativa, se fala da relação farmacêutico-paciente. Em contraste com a Universidade Federal de Sergipe, o curso de Farmácia-Bioquímica da Universidade de São Paulo parece não ter se atentado à compreensão ética dos fenômenos sociais relacionados com a prática farmacêutica, o que pode prejudicar a formação clínica destes estudantes (FLINKER, CAETANO, RAMOS, 2011).

As disciplinas optativas eletivas oferecidas na Universidade de Santa Maria são dez, um menor número em comparação com as outras universidades estudadas. Isso demonstra certa rigidez na formação do profissional farmacêutico nesta instituição. No entanto, existe uma disciplina optativa que parece querer aproximar a formação profissional da atuação clínica. A disciplina “Formação profissional interdisciplinar para o SUS” possui carga horária de atividade prática. Infelizmente, no sistema da Universidade Federal de Santa Maria, não há disponibilização dos objetivos ou da ementa da disciplina. Com exceção dessa disciplina optativa, não há um desdobramento aparente do curso para a formação clínica do farmacêutico. Tal disciplina pode talvez contribuir para o início da compreensão do trabalho em equipe dos profissionais de saúde que, mesmo entre equipes já formadas é problemático e resulta em deficiência na prestação de serviços à comunidade (NORONHA, LIMA FILHO, 2011).

Em relação às disciplinas optativas eletivas na Universidade Federal Fluminense, o curso oferece grande número, abrangendo diversas áreas do conhecimento. Ao todo, essas disciplinas somam 64. Da mesma forma que a Universidade Federal de Sergipe, existem disciplinas relacionadas com docência, pesquisa e extensão, os três pilares da universidade moderna. Dessa forma, ele auxilia nas questões didático-pedagógicas, possui bases relacionadas com a pesquisa na área da Farmácia e projetos que visam a extensão dos serviços oferecidos pela Faculdade para a população, representando uma simbiose extremamente frutífera (BISCARDE, PEREIRA-

SANTOS, SILVA, 2014).

As disciplinas optativas na Universidade Estadual de Campinas são oferecidas em grande número, dentro do qual é possível trilhar diversos caminhos. Existem, em particular, diversas disciplinas relacionadas com atividades complementares, tais como “Projeto de pesquisa em Ciências Farmacêuticas”, ou “Iniciação Científica em Ciências Farmacêuticas”. Diferente das demais instituições analisadas existe um cuidado especial em fornecer horas de formação para atividades que são realizadas tanto dentro quanto fora da Universidade.

4.3. Estágios curriculares

Existem, dentro do plano curricular da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe, quatro estágios curriculares, cada um deles com objetivos e atividades distintas. Não se busca, ao que parece, que o estudante faça estágio em diversas áreas, uma vez que não há obrigatoriedade de local para a realização do mesmo. O que é marcante na regulamentação de estágio é o direcionamento para a compreensão social do processo saúde-doença, o que indica um esforço na formação clínica e social dos estudantes, e não somente o conhecimento das atividades profissionais. Essa é uma tendência dos estágios vivenciados dentro de clínicas (ALARCÃO, RUA, 2005).

Ainda nessa instituição, dentro da dimensão organizacional, nota-se que o conteúdo relacionado com o Sistema Único de Saúde está colocado apenas em alguns estágios. Não existem disciplinas que tratem dessa temática em seus conteúdos. Isso é extremamente complicado, uma vez que os alunos não possuem nenhum conhecimento formal relacionado com o sistema de saúde para o qual estão sendo formados. Uma particularidade dessa estrutura é a presença de um estágio de pequena carga horária já presente no segundo semestre letivo. Trata-se de um estágio observacional, no qual o aluno já começa a ter contato com as práticas profissionais desde cedo. Dentro de sua ementa, é possível encontrar questões relacionadas com a esfera ético-profissional, afirmando que o principal objetivo desse estágio é despertar o senso ético e crítico do estudante em questões

pertinentes à profissão (GONÇALVES, CARVALHO, TRELHA, 2012).

Existem duas disciplinas de estágio, na FCF-USP, na grade curricular: a primeira, intitulada de “Práticas Farmacêuticas”, está alocada no quarto semestre, e a segunda, no sétimo semestre. Em relação ao trabalho de conclusão de curso, existe uma disciplina no nono semestre. Há um esforço para que o estudante realize um estágio em áreas relacionadas com a prática clínica. Foi esse esforço que levou à separação da carga horária do estágio obrigatório em duas disciplinas distintas. Em geral, o estágio curricular faz com que os alunos se sintam mais preparados em atuar profissionalmente (LIMA *et al.*, 2014).

Em relação aos estágios, as disciplinas relacionadas a eles na Universidade Federal de Santa Maria são oferecidas nos sétimo e oitavo semestre. Há também o oferecimento de um estágio de maior carga horária no nono semestre. O trabalho de conclusão de curso também é dividido em duas disciplinas, oferecidas no oitavo e no nono semestre, totalizando 60 horas. Uma particularidade é a separação das áreas de estágio e de trabalho de conclusão de curso em diferentes disciplinas, fazendo com que o estudante tenha que escolher uma grande área dentro de sua formação.

A Universidade Federal Fluminense novamente é a instituição que possui maior número de disciplinas de estágio, que iniciam no quarto semestre letivo. Ao que parece, há oferecimento de diversos estágios de curta duração, numa tentativa de cobrir todas as áreas de formação. Os estágios possuem cargas horárias relativamente pequenas, variando entre 36 e 320 horas. Existe obrigatoriedade de realização do estágio em quatro áreas distintas: análises clínicas (54 horas) e alimentos (54 horas), farmácia comunitária (três estágios de 54 horas cada) e farmácia hospitalar (dois estágios com cargas horárias de 54 e 106 horas). Nesses dois últimos há o estímulo de realizar o estágio junto ao paciente, podendo despertar questões relacionadas com habilidade comunicativa e perfil emocional dos estudantes, aspectos relevantes para profissionais de saúde (QUEIROZ *et al.*, 2013).

Nesse sentido, podemos dizer que essa instituição oferece estágios profissionalizantes que estimulam o contato do farmacêutico com o usuário do medicamento, aproximando-o da atividade clínica. Dessa forma, tanto a dimensão organizacional quanto a dimensão clínica estão contempladas.

Essa aproximação, porém, não é observada nas disciplinas oferecidas, pois nenhuma delas possui carga horária prática. Parece haver uma preocupação por parte da Faculdade em estimular a integração do serviço de saúde com a escola por meio desses estágios de pequena carga horária, mas que contemplem uma diversidade de serviços. Dessa forma, pode ocorrer o desenvolvimento de competências clínicas (MESTRINER JÚNIOR *et al.*, 2011).

Na Universidade Estadual de Campinas, os estágios são oferecidos a partir do oitavo semestre, sendo o primeiro não profissionalizante, com carga horária menor. O trabalho de conclusão de curso também está presente, em uma disciplina única, oferecida no décimo semestre. Nada distinto do que já foi colocado é visível nesses programas.

4.4. Atividades extracurriculares

De acordo com o segundo parágrafo do artigo décimo das DCN, é permitido aos cursos de graduação incluir aspectos complementares na formação do aluno. Em relação a considerar essa formação complementar como carga horária propriamente dita do curso, apenas o curso de Farmácia da UNICAMP o faz. Nesse sentido, os alunos são estimulados a percorrer caminhos distintos que, muitas vezes, podem extrapolar os muros da universidade, para compor sua trajetória formativa (BRASIL, 2002).

As outras instituições apresentam algumas disciplinas que podem se aproximar de conteúdos complementares, como as monitorias e as disciplinas relacionadas com tópicos especiais nas quais os estudantes têm certa liberdade em procurar diferentes vertentes de estudo para complementar seu percurso curricular. No entanto, nenhuma delas considera formalmente atividades fora da Universidade como complemento curricular. Dessa forma, perde-se muitas vezes o interesse em buscar novas formações, que podem ser tão importantes quanto o currículo formal da instituição, como, por exemplo, as ligas acadêmicas (BARRETO *et al.*, 2012; ALMEIDA FILHO

et al., 2014)¹⁶.

4.5. Diferentes concepções de ensino: o curso de Farmácia do campus de Lagarto, da Universidade Federal de Sergipe

Outra particularidade do curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe é a existência de um segundo curso na cidade de Lagarto, na qual a matriz curricular é totalmente distinta. O curso possui apenas cinco disciplinas, organizadas em ciclos anuais, além de uma carga horária em atividades complementares e disciplinas optativas. A figura do professor orientador, associado a leituras individuais, apresenta uma oportunidade ímpar no processo de ensino aprendizagem (BLACK *et al.*, 2012)

Dentro dessas disciplinas, existem sub-conteúdos relacionados com as dimensões organizacional e clínica, porém não foi observado nenhuma referência à dimensão ético-profissional. Nesse contexto, o curso de Farmácia da cidade de Lagarto se aproxima de outra vertente e compreensão de currículo, que pode permitir uma maior compreensão dos fenômenos sociais (SILVA, 2009).

5. O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO, A LIBERDADE DE ESCOLHA E A FORMAÇÃO CLÍNICA DO FARMACÊUTICO

Partindo do pressuposto de que a escola é autônoma no seu processo de pensar a sua prática pedagógica, o aluno também deve ser autônomo no sentido de escolher a escola que mais condiz com seus objetivos e expectativas, ainda mais no caso do ensino superior. Conforme assinalado por VEIGA (2007), o Projeto Político Pedagógico (PPP) apresenta caminhos, formas operacionais e ações a serem empreendidas por todos os envolvidos no processo educativo. Dessa forma, ele aparece como uma oportunidade para o futuro candidato avaliar as experiências das quais ele poderá

¹⁶ Após a conclusão de minha graduação, durante os anos do mestrado, criei, em conjunto com o Centro Acadêmico de Farmácia e Bioquímica da FCF-USP, a Liga Acadêmica de Farmacoterapia (LAF), que resistiu durante dois anos com a participação dos alunos. Infelizmente, tive que me afastar dessa tarefa e ninguém deu continuidade à LAF.

participar ao ingressar em determinado curso universitário.

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9394/96, cada instituição de ensino é responsável por elaborar e executar sua proposta pedagógica. Além disso, é imprescindível a participação da comunidade em sua concepção e fiscalização. A organização e a operacionalização das formas de estudo e do trabalho do professor também deve ser pensando em conjunto com a comunidade (BRASIL, 1996). Dessa forma, garante-se a aproximação da formação do aluno para a realidade sociocultural na qual ele está inserido.

Achei oportuno, para considerar a análise dos PPP dos cursos de Farmácia que concordaram em participar dessa pesquisa, fazer uma análise das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (BRASIL, 2002), atentando-me para a evocação do profissional clínico e de sua relação com a Equipe Multiprofissional de Saúde e com o paciente. Assim, minha análise preserva a intencionalidade da legislação brasileira.

5.1. A formação do profissional clínico segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais

De acordo com o artigo terceiro das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Farmácia, já existe um perfil pré-estabelecido do graduando: ele deve ser generalista, humano, crítico e reflexivo. Além disso, ele deve ter a compreensão do Sistema Único de Saúde para atuar em todos os níveis de Atenção à Saúde. Finalmente, ele deve ter o domínio da realidade cultural, social e econômica a fim de poder transformar a realidade em benefício da sociedade. Dessa forma, sua atuação deve ocorrer em consonância com o contexto social e as necessidades sociais.

Sobre as habilidades e competências gerais, encontradas no artigo quarto, podemos observar que urge a necessidade de um profissional apto a atuar tanto na esfera individual de saúde quanto na saúde coletiva e da comunidade. Além disso, o mero ato técnico não deve ser encarado como um fim em si mesmo, mas o profissional deve almejar a resolução do problema de saúde, assim como os demais membros da equipe de saúde.

A tomada de decisões deve ser embasada em métodos científicos e

criteriosos, baseado em evidências – conhecido por método clínico. Para isso, também, o profissional deve ter pleno domínio do gerenciamento de informações, além da ética profissional e do comprometimento com o ser humano. Além disso, está colocado no artigo décimo que o processo de ensino-aprendizagem deve levar em consideração o contexto de pluralidade e diversidade cultural existente em nosso País.

Em relação ao próprio Projeto Político-Pedagógico, no artigo nono, é apontado que ele deve ser construído coletivamente, tendo como centro o estudante. O professor deve ser considerado como um elemento facilitador do processo de ensino-aprendizagem. Ainda, o PPP deve conter e promover a articulação entre os três pilares da Universidade: o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

5.2. Os Projetos Políticos-Pedagógicos dos cursos de Graduação em Farmácia

De forma geral, o que chama muito a atenção dos quatro Projetos Político-Pedagógicos analisados é a falta de menção das pessoas que o elaboraram. Apenas o novo PPP do curso de Farmácia da Universidade de São Paulo apresenta os membros da Comissão de Graduação, que foi responsável por elaborá-lo. Por se tratar de um documento de cunho institucional, essa informação é imprescindível e deveria constar em todos eles. Outro dado importante notado antes da análise propriamente dita foi o caráter meramente demonstrativo desse documento. Muitas vezes, o que está colocado são tabelas e mais tabelas, com pouca descrição. Além disso, podemos observar excertos enormes extraídos exatamente como escrito nas Diretrizes Curriculares para o curso de Farmácia. Essas duas fragilidades também foram encontradas em uma pesquisa envolvendo a adesão dos cursos de Fisioterapia às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (TEIXEIRA, 2012) e no percurso do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (FREITAS, GUEDES, SILVA, 2003).

É interessante notar que todos os PPP analisados possuem históricos dos cursos e as motivações que incitaram as mudanças na forma de cada Faculdade entender o seu processo de ensino-aprendizagem. No curso da

Universidade de São Paulo, por exemplo, a necessidade de sugerir um percurso de disciplinas optativas para o aluno partiu do próprio corpo docente, preocupado em ter uma formação sem nenhuma ênfase. É essencial pensar em atualizações constantes dos projetos pedagógicos, uma vez que o processo de ensino-aprendizagem, assim como o contexto no qual ele está inserido, é dinâmico e, por conseguinte, em constante mudança. O Projeto Político Pedagógico não se pode dar por acabado (OLIVEIRA *et al.*, 2003; FERNANDES *et al.*, 2003).

O contexto sociocultural aparece de forma bastante enfática no projeto do curso de Farmácia da Universidade de Sergipe, campus de Lagarto. A justificativa da implantação do curso, em 2011, partiu de uma necessidade social, conforme verificado nesse excerto:

“A implantação do novo campus de saúde auxiliará na estruturação do modelo assistencial de saúde da região, que compreenderá um conjunto de ações e serviços hierarquizados, regionalizados e municipalizados, mas com participação do estado nesse modelo e articulação entre os entes. Buscar-se-á a integralidade das ações, a racionalização dos recursos e a garantia do acesso universal, prioritário ao Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90). Essas ações deverão ser desenvolvidas através de uma rede integrada/participativa entre os serviços públicos e toda a rede do SUS, com efetiva participação dos conselhos de saúde (Lei 8142/90)” (BRASIL, 2011).

Nesse sentido ainda, a busca por formas que complementem o ensino que vão além da sala de aula e dos estágios supervisionados pode contribuir de forma eficaz para a contextualização social da prática profissional. Em estudo conduzido em um curso de Fisioterapia no Estado de São Paulo, verificou-se a mudança curricular não no aspecto do conteúdo em si, mas na forma de trabalhar esse conteúdo, aproximando para a realidade local

(TRENCH, BARZAGHI, PUPO, 2008; BISCARDE, PEREIRA-SANTOS, SILVA, 2014). O curso de Farmácia-Bioquímica da Universidade de São Paulo tem proposto diversas atividades complementares que buscam essa aproximação entre a Universidade e a população, conforme verifica no excerto que segue:

“As atividades complementares de extensão reúnem o Programa Aprender com Cultura e Extensão (PACE), da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária e também atividades tradicionais na FCF/USP como a Jornada Científica dos Acadêmicos de Farmácia-Bioquímica e as Campanhas de Saúde. São espaços importantes para o desenvolvimento pessoal e para a realização de ações sociais dos estudantes, além de possibilitar a percepção de sua atuação como profissional de saúde.” (USP, 2014).

A preocupação de uma formação ética é levantada em todos os documentos analisados. Porém, ao fazermos uma comparação com o que dizem as ementas das disciplinas, são encontrados poucos referenciais dessa formação. Pesquisa semelhante foi realizada com projetos pedagógicos do curso de Enfermagem, sugerindo que essa ausência de um referencial ético-humanista não se restringe somente à Farmácia (LIMA *et al.*, 2011).

A formação não deve ser meramente tecnicista, isto é, ela não deve se preocupar apenas em formar uma pessoa que execute uma técnica adequadamente, mas que tenha conhecimento do contexto no qual essa capacidade está inserida. Existe uma questão que permeia o ensino que é a capacidade dos alunos trabalharem o conteúdo de forma integrada, da mesma forma na qual ele aparece no dia a dia no processo de assistência à saúde (GONZALEZ, ALMEIDA, 2010). Essa preocupação aparece em todos os projetos, como no excerto que segue, extraído do PPP da Universidade Federal de Santa Maria:

“Ser Farmacêutico compreende estar pronto para enfrentar as imensas e complexas demandas existentes no sistema Público de Saúde. Mais do que nunca, os cidadãos tem direito à informação sobre seus tratamentos e caberá ao farmacêutico a obrigação de promover este repasse e aconselhamento.” (UFSM, 2014).

Observa-se aqui uma diferença marcante entre os objetivos de formação para a Universidade de Santa Maria e para a Universidade de São Paulo. Enquanto uma se preocupa com as demandas sociais, a outra tem por objetivo o preparo do profissional para o mercado de trabalho:

“O Curso de Farmácia-Bioquímica da FCF/USP tem por objetivo formar profissionais que atuem com competência, ética e compromisso social e que sejam capazes de enfrentar os desafios atuais do mercado de trabalho. A formação abrangente de base científica dá oportunidade aos alunos de desenvolver senso crítico, liderança e espírito de equipe” (USP, 2014).

Competência clínica pode ser entendida como a capacidade de realizar, aceitavelmente, aqueles deveres diretamente relacionados ao cuidado de paciente; é a capacidade de agir eficazmente em uma determinada situação, com base em conhecimentos, mas sem a eles se ater, de forma a mobilizar o todo ou parte de seus recursos cognitivos e afetivos para interagir em situações complexas. Nesse sentido, os recursos devem ser mobilizados e aplicados por meio da ação profissional, em circunstâncias reais do mundo do trabalho e durante a atuação profissional (LIMA, 2005).

Os projetos falam muito em competências, mas não em competências clínicas. As mais próximas disso são as competências humanas relacionadas com o trabalho em equipe e a tomada de decisão. Os estágios são os principais mobilizadores e formadores dessas competências e habilidades, com exceção do curso de Farmácia da Universidade de Sergipe, campus Lagarto, que estimula o desenvolvimento dessas competências durante o

tempo que o aluno passa dentro das dependências da Faculdade (ALARCÃO, RUA, 2005; MESTRINER *et al.*, 2011).

A sistemática de ensino parece ser bastante uniforme entre os cursos, com exceção do curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe, localizada no campus de Lagarto. O ensino baseado em competências é aquele no qual se define previamente competências que devem ser alcançadas através do processo de ensino-aprendizagem, devendo ser previamente comunicado ao aluno e avaliado no final do período curricular (NUNES, BARBOSA, 2009). Para poder estruturar esse sistema, dentre as estratégias do curso de Lagarto está a presença de um professor orientador, servido como um guia e um avaliador para o desempenho do aluno. Esse caso é bastante distinto dos demais, tão distinto que até demonstram sua percepção de currículo no próprio documento:

“(Consideramos) currículo como um processo de construção visando a propiciar experiências que possibilitem a compreensão das mudanças sociais e dos problemas delas decorrentes”
(BRASIL, 2011).

Nesse sentido, um modelo de ensino-aprendizagem que estimule o desenvolvimento de competências dentro do modelo de assistência à saúde que temos atualmente parece ser bastante proveitoso. Dentre outros aspectos, o trabalho em equipe e a resolução de problemas reais de saúde podem levar à formação de profissionais que entendam melhor o sistema de saúde e possam colaborar para aperfeiçoá-lo (MARQUES, 2002).

No entanto, para construir uma forma diferenciada do processo de ensino-aprendizagem é fundamental que haja capacitação, aprimoramento e, até mesmo, interesse por parte do corpo docente¹⁷. Com a estrutura atual, torna-se bastante complicada a modificação de uma estrutura tradicional de

¹⁷ Pude observar a falta de interesse por parte de muitos docentes, tanto em sala de aula, quanto em reuniões departamentais e da Comissão de Graduação. Tratou-se de um trabalho bastante delicado sensibilizar os docentes que seria extremamente frutífera a união de disciplinas para a composição do Integrado de Fisiopatologia e Farmacoterapia, oferecida para os alunos da FCF/USP.

ensino para outra mais flexível. Verifica-se a dificuldade encontrada em algumas propostas de mudança curricular sobre a atuação docente, em diversos cursos da área da Saúde, como é o caso da Enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2003; LIMA *et al.*, 2011), da Fisioterapia (TRENCH, BARZAGHI, PUPO, 2008; TEIXEIRA, 2012) e Nutrição (SANTOS *et al.*, 2005). O curso de farmácia da Universidade Federal de Sergipe, campus Lagarto, oferece um caminho para essa modificação:

“O trabalho docente deverá ser orientado por uma perspectiva crítica da educação e saúde que deverá agregar às competências técnica, prática, científica, pedagógica e político-reflexiva. A promulgação das diretrizes curriculares para a saúde visa a contribuir para a resolução desses problemas” (BRASIL, 2011).

Nesse ponto, é interessante fazermos uma reflexão sobre a dicotomia encontrada quando se compara o discurso feito pelo Projeto Político Pedagógico com o ementário e o quadro de disciplinas obrigatórias e optativas sugeridos pelos cursos. A defesa por um currículo através do qual o profissional formado consegue entender a sua realidade social, cultural e sanitária é barrada quando consideramos um conteúdo voltado para a formação técnica. Segundo a vertente de currículo utilizada nessa tese, a pedagogia crítico-social dos conteúdos (LIBÂNEO, 2008), pode-se perceber que o conteúdo escolar não é contextualizado, apesar de estar nas premissas do Projeto Político-Pedagógico.

Mas o que será que pensam os profissionais farmacêuticos que trabalham nos hospitais universitários dessas universidades? Em discussões durante o meu percurso formativo na faculdade, ouvi por diversas vezes que o aluno “interessado” pela área clínica deveria buscar o que a Universidade tem a oferecer.

6. OS FARMACÊUTICOS HOSPITALARES E SUA PERCEPÇÃO DO ENSINO ONTEM E HOJE

Dos quarenta e nove farmacêuticos entrevistados, houve uma curiosa surpresa: muitos deles são alunos oriundos das próprias universidades. Dessa forma, muito do que foi discutido durante a entrevista consistiu-se num *continuum* entre a formação em nível de Graduação e a continuidade em nível de especialização, ou ao campo de trabalho próprio do profissional. Tomei a liberdade de exemplificar essa análise, partindo-se do excerto para argumentar sobre a evolução do ensino e a integração deles nas equipes de saúde.

6.1. Percepção quanto à inserção dentro da EMS

A sensação de pertencimento a um grupo, aqui relacionada com a esfera ético-profissional, é extremamente variável entre os farmacêuticos entrevistados. O que é bastante nítido é que essa sensação de pertencimento está atrelada à sensação de respeito. E esse respeito, segundo muitos entrevistados, vem apenas com o tempo. A cobrança da equipe de saúde também tem sido recorrente, conforme apresentado no excerto a seguir:

“Então, quando cheguei aqui, nos primeiros meses, fiquei bem assustado, porque senti uma certa cobrança dos outros profissionais por acharem que eu deveria, como farmacêutico, saber muito sobre medicamentos. E eu não estava preparado para lidar com paciente.”

ASS, E4

Muitos deles levantam também a incapacidade de atuar, pois o ato de elaborar a prescrição não ocorre em sua presença. Nesse sentido, tem-se a percepção de que a atuação do profissional ocorre apenas antes da prescrição. Dentro das dimensões organizacional e clínica, nota-se um desconhecimento do método clínico, uma vez que essa sensação de limite de

atuação impede a continuidade da prestação de serviços. Em trabalho semelhante conduzido com equipes de saúde em Minas Gerais, o papel do farmacêutico dentro da equipe parece ser um dos mais bem esclarecidos (SAAR, TREVIZAN, 2007). Conforme indicado aqui por esse entrevistado, nota-se também certa passividade em relação à sua atuação.

“A prescrição já chega pronta para mim, eu tenho que dispensar. Ninguém pergunta se eu concordo com aquele esquema ou não. Talvez num ambulatório ou numa dispensação o farmacêutico tenha mais contato com o paciente. Eu me sinto 10% da equipe. Alguém, de vez em quando, se lembra de mim.” **KPHM, E10**

Outro fator relacionado com a interação do farmacêutico com a equipe de saúde vem ao encontro da categoria ético-profissional. A relação profissional-profissional ocorre dentro das clínicas. Como o farmacêutico, geralmente, está presente na Farmácia Hospitalar, seu contato com os demais profissionais não é presencial. Dessa forma, há um afastamento do farmacêutico da equipe de saúde. Conforme expressado a seguir, há uma percepção da necessidade da atuação profissional do farmacêutico em colaboração com a equipe multiprofissional de saúde.

“Quando eu não estou frente ao paciente, me sinto mal. E eu estando frente ao paciente, eu não tenho como trabalhar sozinha. Eu não sei mais trabalhar sozinha, tenho que trabalhar em equipe. Todo somam nessa trajetória.” **CSA, E22**

Essa concentração dos profissionais farmacêuticos dentro da Farmácia hospitalar é problemática. Em algumas realidades visitadas no decorrer desse trabalho, tive a oportunidade de acompanhar farmacêuticos em parte inseridos nas clínicas, como na Universidade de São Paulo ou na Universidade Federal de Sergipe. No entanto, a inserção desses farmacêuticos muitas vezes também é parcial. Nota-se, nesse sentido, dentro

da esfera ético-profissional, uma barreira tanto na relação farmacêutico-paciente quanto farmacêutico-profissional. É por causa desse distanciamento que eles se sentem como colaboradores em momentos específicos, conforme ilustrado abaixo:

*“Na equipe que eu atuo, vejo que sou considerado um colaborador quando há algum receio em relação a interações medicamentosas.” **RCC, E20***

Foi interessante também fazer a reflexão sobre como os farmacêuticos se sentiam vistos pelos demais profissionais do hospital. Muitas vezes, minha pergunta era seguida por um silêncio, às vezes quebrado por um suspiro. Essa experiência de tentar se perceber através dos outros profissionais trouxe a sensação do farmacêutico ser um profissional robotizado, que sabe os conhecimentos de todos os livros relacionados com a área da Farmácia. Nesse sentido, o conhecimento de Farmacologia lhe é muito cobrado (SAAR, TREVIZAN, 2007). Aqui, a esfera organizacional aparece de forma bastante expressiva, por demonstrar a percepção de acúmulo de conteúdo relacionado com medicamentos, conforme demonstrado no excerto a seguir:

*“Eu acho que o farmacêutico é visto como um profissional que sabe tudo sobre medicamentos, todas as interações. Ele é como se fosse um bulário vivo. Acho que todo mundo pensa que temos conhecimento de todas as interações possíveis de todos os medicamentos.” **NRC, E27***

De forma geral, os farmacêuticos entrevistados demonstram grande fragilidade na relação com a equipe de saúde. Tal fragilidade advém, principalmente, de um despreparo relacionado à dinâmica de funcionamento da equipe de saúde e da clínica; de um receio relacionado ao erro e aos limites de atuação impostos e auto postos; e ao distanciamento físico que impede a comunicação e a relação tanto com o paciente quanto com outros

profissionais de saúde (BARRETO *et al.*, 2012; FLINKER, CAETANO, RAMOS, 2011; NORONHA, LIMA FILHO, 2011).

6.2. Os farmacêuticos e seu contato com os alunos estagiários e com a Faculdade de Farmácia

Quando fiz o delineamento metodológico de minha pesquisa, decidi escolher investigar a relação entre o farmacêutico e as equipes de saúde dentro das dependências de hospitais universitários, por acreditar no contato entre o hospital e a faculdade, possibilitando em parte a integração ensino-serviço. Em quase todos os contextos observados, há reclamação por parte dos farmacêuticos do pouco contato que a Faculdade de Farmácia proporciona entre os seus alunos e o hospital universitário.

“A grande verdade é que a faculdade de farmácia (...) é dissociada do hospital universitário. Sempre foi. E a gente sempre buscou isso. A gente ia lá, pedia que os estagiários viessem para a farmácia.” JLB, E1

Outro ponto bastante discutido, relacionado com a categoria organizacional, é a separação que se faz entre teoria e prática. De forma geral, os farmacêuticos consideram uma segregação bastante grande entre a sala de aula e o hospital, alegando que o primeiro é onde se pratica a teoria, enquanto o segundo é o templo da prática. Nesse sentido, segundo eles, é impossível esperar um estagiário preparado para atuar, uma vez que ele somente aprenderá habilidades relacionadas com a prática no ambiente de estágio.

“Na verdade, não tem como na universidade (preparar o aluno), não tem como eles aprenderem tudo. A prática é muito diferente da teoria.” SG, E11

Muitas vezes, a oportunidade de troca que ocorre em um estágio pode ser muito rica. De forma sistemática, o estagiário adquire habilidades relacionadas com sua área profissional, além de conseguir completar seu curso, por ser uma obrigatoriedade. Em contrapartida, o local de estágio recebe mais uma pessoa para a realização de suas atividades diárias (FORTUNA *et al.*, 2011; BISCARDE, PEREIRA-SANTOS, SILVA, 2014). É assim que o estágio dentro do hospital é visto pela maioria dos farmacêuticos entrevistados.

“Não esperamos que ele já venha sabendo. A única coisa que a gente pede é ter vontade de fazer. Agente vê o estagiário como uma troca: ele nos ajuda e a gente ensina ele.” LPD, E12

Em relação à evolução dos estagiários no decorrer do tempo, muitos farmacêuticos têm demonstrado uma empolgação com os novos estagiários. Parece que os alunos que chegam para realizar o estágio estão mais interessados ou mais preparados. De forma geral, em locais nos quais houve mudança e adequação das Diretrizes Curriculares Nacionais, houve uma melhora no preparo do estagiário, independente do ano de formação no qual ele se encontra.

“Eles são mais questionadores, não sei se estão mais preparados. Eles questionam, pesquisam, e procuram bem mais. Há tempos atrás era mais difícil.” SKR, E25

Em relação às necessidades de formação por parte da Faculdade, não existe um consenso sobre os conteúdos e habilidades que devem ser adquiridos antes de iniciar os estágios dentro do Hospital. De forma geral, no entanto, os farmacêuticos consideram que conhecimentos relacionados à área de Farmacologia permitem que os estagiários tenham maior domínio em discussões envolvendo a prática.

“Nosso conhecimento integra conhecimentos de várias matérias. Nada é superior a outra. E o aluno tem que ter a capacidade de fazer essa ligação. Eu acho que o aluno tem que vir entendendo que aqui é o momento que ele vai colocar em prática esse conhecimento.” SCB, E31

É nítida a percepção que os farmacêuticos dos hospitais universitários têm tido a visão de um processo de estágio mais interessante a cada ano. O perfil dos estagiários parece ter mudado bastante. Tal mudança pode ter sido produzida por alterações curriculares sugeridas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Isso também é observado nos demais cursos de graduação em saúde (MESTRINER *et al.*, 2011; GONÇALVES, CARVALHO, TRELHA, 2012). Além disso, eles enxergam o estágio como vital para a construção do percurso acadêmico do aluno de Farmácia, uma vez que é no hospital que, segundo eles, ocorre a aquisição de habilidades e competências, e não na sala de aula (ALARCÃO, RUA, 2005; QUEIROZ *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2014).

6.3. Relembrando o passado: a formação em graduação dos Farmacêuticos

Finalmente, os farmacêuticos foram convidados a relembrar sua formação em graduação e tentar aproximá-la da sua percepção em relação aos estagiários atuais. É unânime a percepção de que a Faculdade hoje em dia possibilita maior formação dentro de atividades clínicas que antigamente. No entanto, por ser uma profissão multifacetada, a Farmácia apresenta possibilidades que, muitas vezes, cabem no curso de graduação (NICOLETTI, 2010) conforme expressado no excerto que se segue:

“Nosso curso tem um nó bem complicado. Toda vez que eu entro numa loja de departamento eu lembro do nosso curso. É uma bagunça, mas tem tudo lá!” GGF, E35

Outra questão levantada pelos farmacêuticos, que faz parte tanto da esfera clínica quanto na esfera ético-profissional, é o da continuidade do cuidado. Uma vez que nosso sistema de saúde é fragmentado, a atenção ao paciente também o é. Considerando uma clínica em que não haja trabalho colaborativo, cada profissional passa a trabalhar de forma independente do outro, sendo que as intervenções feitas pelo farmacêutico necessariamente envolvem outros profissionais, como o médico e o enfermeiro. Nesse sentido, muitos entrevistados alegam realizar intervenções na equipe, embora não consigam acompanhar a evolução da resolução do caso.

*“Por que detectar um problema relacionado com medicamentos se você não sabe o que fazer depois?” **JLAS, E3***

Existe um questionamento bastante incisivo que é o da utilidade do aprendido em sala de aula. Muitos questionamentos sobre a forma de proceder em casos reais, relacionado com a esfera categorial clínica, é um desafio para os próprios farmacêuticos. A formação para a clínica não pressupõe apenas o conhecimento dos medicamentos ou do adoecimento patológico, mas da inserção desse conhecimento no dia a dia do trabalho do profissional (ROZENFELD, 2008). De forma geral, os farmacêuticos possuem conhecimento que não é aplicável na prática clínica corriqueira, pois lhes falta compreender o processo clínico.

*“Eu não sei para que a maioria dos medicamentos é usada. Não fui formado para isso. A farmacologia clínica foi muito deficiente no meu curso.” **JLAS, E3***

Além disso, existe uma questão da esfera organizacional que é retomada por diversos entrevistados. Ela envolve a questão da contextualização do processo de ensino-aprendizagem. Muitas vezes, os alunos se deparam com medicamentos ou procedimentos clínicos que não existem na realidade brasileira e, muitas vezes, se dá mais importância a processos inovadores que ainda estão em estudo do que a técnicas antigas

que estão em uso em grande parte do sistema de saúde brasileiro (NAMEN, GALAN JÚNIOR, 2011).

“(...) muita coisa eu vi que é muito teoria e que não encaixa na prática.” LCSS, E5

Além da questão envolvendo a prática clínica, outro fator que chamou a atenção foi a deficiência relatada pelos farmacêuticos em relação às habilidades comunicativas, tanto em relação ao paciente quanto em relação aos demais profissionais. Estudo relacionado com a atuação do farmacêutico no contexto da Atenção Primária à Saúde revelou que a principal competência que o farmacêutico deve ter é a atuação direta com o paciente (KENNIE-KALBACH *et al.*, 2012) Isso torna o trabalho na clínica um receio, pois a falta de habilidade comunicativa pode impedir o sucesso das intervenções.

“Não somos preparados em vários aspectos. Tanto em comunicação: como lidar com chefe, com o paciente, com aquela pessoa resistente. Como lidar com o medo de não saber?” RSC, E8

A clínica, de acordo com a etimologia da palavra (do grego *kliné*, que significa leito), trata do trabalho à beira do leito do paciente. Conforme vimos anteriormente neste trabalho, a evolução do ensino das Ciências Farmacêuticas teve um caminho bastante ímpar quando comparado com as demais profissões da saúde. Além disso, a falta de formação humanística afasta o farmacêutico tanto do paciente quanto da equipe de saúde (NICOLETTI, 2010). Nesse sentido, muitos farmacêuticos entrevistados afirmam uma dificuldade em começar a realizar trabalhos clínicos, uma vez que sua formação é distinta da dos outros membros da equipe de saúde.

“Não fomos preparados para fazer farmácia clínica. Isso é uma crueldade. Os outros profissionais são preparados com ferramentas

para trabalhar à beira do leito. E o farmacêutico não foi preparado para isso.” MM, E9

Também envolvendo a esfera ético-profissional, alguns farmacêuticos relataram a falta de ensinamento relacionado com questões éticas relacionadas com sigilo profissional ou sobre questões humanísticas relacionadas com o processo do adoecimento. Para eles, os estudantes de Farmácia estão um passo atrás nessa questão, muitas vezes não sabendo como se comportar diante de uma questão ética presente no dia a dia da clínica. Infelizmente, esse tipo de questionamento ético não é caso exclusivo do curso de Farmácia (FLINKER, CAETANO, RAMOS, 2011).

“E bioética. Acho que mais que farmácia clínica, para você lidar com paciente você deve ter essas noções de bioética. Como nossa área não é voltada para o paciente, os alunos de farmácia estão mais despreparados nessa área.” CAT, E33

Interessante observar que, durante as entrevistas, todos os farmacêuticos estavam cientes das mudanças curriculares e da necessidade de formação de um profissional voltado para atender as demandas do sistema público de saúde brasileiro. Quando questionados sobre o futuro do curso de Farmácia, muitos profissionais citaram as formações que ocorrem nos cursos de Medicina e de Enfermagem, nas quais o profissional já começa a observar a realidade clínica desde cedo. Além disso, poucos farmacêuticos defenderam a ideia de um curso voltado apenas para a formação clínica: grande parte deles entende a necessidade de se formar um profissional generalista. No entanto, eles consideram vital a vivência clínica por meio de um internato, para os alunos que desejam seguir nessa área. A experiência de internato é vital na formação de profissionais clínicos, pois é neste estágio que o estudante começa a ter a responsabilidade pelo paciente, assistido por um profissional com mais tempo de clínica, o preceptor (BARRETO, MARCO, 2014).

“Além disso, o internato, como é no molde da medicina e da enfermagem. A farmácia precisa disso urgente, se quiser se equiparar e aumentar o leque em nível de equipe multiprofissional.” JBS, E19

Em caso de impossibilidade desse internato, devido principalmente a uma deficiência de infraestrutura, uma saída que os próprios entrevistados encontraram, de possibilitar a vivência clínica dos estudantes, seria utilizar o estágio obrigatório como forma de aproximá-los da clínica (ALARCÃO, RUA, 2005; BARRETO, MARCO, 2014). Alguns deles falam ainda do estágio observacional, que possibilitaria ao aluno obter esse contato já no começo de seu percurso acadêmico.

“Dizendo aqui pela minha formação, as disciplinas são boas em relação ao conteúdo. Mas o que falta é a vivência. Se houvesse pelo menos um estágio observacional, para que eles sintam o que foi visto na teoria.” PPR, E30

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É nítido o descompasso entre a mudança do sistema de saúde dominante no Brasil e o preparo dos profissionais de saúde. Em se tratando de um sistema que tem por base questões relativas à integralidade do processo assistencial, aliada ao trabalho em equipe, uma formação separada de cada profissional e o distanciamento entre o ensino e os locais de atuação atrapalham a coesão entre as ações em saúde, prejudicando, em última instância, o processo assistencial para o paciente e a comunidade. A integração ensino-serviço é urgente para a consolidação do nosso sistema de saúde universal, integral e contínuo (MARQUES, 2002; GONZÁLEZ, ALMEIDA, 2010; FORTUNA *et al.*, 2011)

A falta da inserção de conteúdos relacionados com o Sistema Único de Saúde, com Saúde Pública e Saúde Coletiva é bastante problemática. Além de ir contra as DCN, que impõem a formação de um profissional que

conheça e saiba interagir com o nosso sistema público de saúde, a formação do profissional fica defasada quando comparada com a dos demais profissionais de saúde. Nesse sentido, ao não entrarmos em contato com temas relacionados com Saúde Pública, a probabilidade dos egressos irem para o sistema público é mínima (MARTINS, 2006; ROZENFELD, 2008; GONÇALVES, CARVALHO, TRELHA, 2012).

Sobre a questão curricular, SILVA, em 2009, propôs algumas bases para a formação de um currículo integrado na perspectiva de formação do profissional farmacêutico para o entorno clínico. Ele define dimensões epistemológicas que permitiriam a construção de um processo de ensino-aprendizagem que utilizaria os mesmos conteúdos do ensino atual, modificando-os no sentido de compreensão dos fenômenos socioculturais existentes. Essas dimensões epistemológicas (dimensão biológica do desenvolvimento humano, dimensão social do processo saúde doença e dimensão integradora, com interface biológica, social, emocional e espiritual do ser humano) se aproximam do que proponho nesta tese. Infelizmente, receio em dizer a este autor que, seis anos após seu trabalho, pouco tem mudado o ensino no sentido de formação social do farmacêutico (SILVA, 2009).

Mais que a questão curricular, que permite uma mudança no plano institucional e como projeto de ensino, alterações nas formas de ensino por parte do professor dentro da sala de aula pode contribuir de forma bastante eficaz na integração de conceitos e criação de posturas éticas para o aluno de Farmácia. Um exemplo é a inserção de leituras obrigatórias e complementares que integram conteúdos básicos com questões clínicas (BLACK *et al.*, 2012). Além disso, investir na capacidade do farmacêutico em trabalhar na clínica é possibilitar mais uma forma de individualização da terapêutica (MCKINNON, ANDERSON, 2011).

Além disso, aproveitar o suporte que uma Universidade oferece, tanto em relação à interação com os demais cursos, quanto à realização de projetos voltados para a pesquisa e à extensão universitária, incentivam o aluno a ter contato com a realidade local, aprender com ela e poder refletir em meios de transformá-la, tonando assim, o ato educativo mais contextualizado e politizado (BISCARDE, PEREIRA-SANTO, SILVA, 2014).

Um questionamento bastante interessante levantado a partir das entrevistas com os farmacêuticos, que não estava presente na concepção das entrevistas, é relacionado com a pós-graduação. Para a maioria deles, o contato com a área clínica foi levantado após a entrada deles em um serviço clínico, e esse contato estimulou a busca por cursos de pós-graduação. Também, em conversas relacionadas com este trabalho, me foi colocado inúmeras vezes que “se a pessoa quer trabalhar na área clínica, ela deve procurar fazer um curso após o término de sua graduação”. Não discordo dessa consideração, apenas afirmo que a graduação deve preparar o aluno em certa instância para este trabalho, assim como ela o prepara para os demais. Quanto antes os estudantes tomarem consciência de seu papel social, melhor para o sistema de saúde e para a comunidade (NAMEM, GALAN JÚNIOR, 2011).

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, I.; RUA, M. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto e Contexto – Enfermagem**, 14(3): 373-382, 2005.
- ALMEIDA FILHO, N.A.; SANTANA, L.A.A.; SANTOS, V.P.; COUTINHO, D.; LOUREIRO, S. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 38(3): 337-348, 2014.
- AYRES, J.R.C.M.; RIOS, I.C.; SCHAIKER, L.B.; FALCÃO, M.T.C.; MOTA, A. Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 37(3): 455-463, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.
- BARRETO, V.H.L.; MARCO, M.A. Visão de preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem no internato. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 38(1): 94-102, 2014.
- BARRETO, I.C.H.C.; ANDRADE, L.O.M.; MOREIRA, A.E.M.M.; MACHADO, M.M.T.; SILVA, M.R.F.; OLIVIERA, L.C.; MOURA, W.V.B.; GÓIS, C.W.L.; CAVALCANTE, C.G.C.S.; ÁVILA, M.M.M.; ARAÚJO, M.F.M.; SILVA, L.M.S.; PEIXOTO, M.G.B. Gestão participativa no SUS e a integração

- ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde e Sociedade**, 21(1): 80-93, 2012.
- BISCARDE, D.G.S, PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde: conexões necessárias entre conhecimento e intervenções centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Comunicação, Saúde, Educação**, 18(48): 177-186, 2014.
- BLACK, E.B.; POLICASTRI, A.; GRACES, H.; GOKUN, Y.; ROMANELLI, F. A pilot common reading experience to integrate basic and clinical sciences in pharmaceutical education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 76(2), artigo 25, 2012.
- BLOM, L.; WOLTERS, M.; HOOR-SUYKERBUYK, M.; VAN PAASSEN, J.; VAN OYEN, A. Pharmaceutical education in patient counseling: 20h spread over 6 years? **Patient Education and Counseling**, 83: 465-471, 2011.
- BRANGHINI, K.M.Z. A história dos estudantes “excedentes” nos anos 1960: a superlotação das universidades e um “torvelinho de situações improvisadas”. **Educar em Revista**, 51:123-144, 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Lei nº 9493, de 23 de Dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional**. Brasil: Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Farmácia**. Brasil: Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Educação. Universidade Federal de Sergipe. Resolução nº 16/2011/CONEPE. **Aprova alterações no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Farmácia, do Centro Campus de Ciências da Saúde de Lagarto e dá outras providências**. Brasil: Lagarto, 2011.
- BRUGNEROTTO, F.; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, 19(1): 149-172, 2009.

- CASATE, J.C.; CORREA, A.K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(1): 219-226, 2012.
- FADEL, C.B.; BALDANI, M.H. Percepções de formandos do curso de Odontologia sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Trabalho, Educação, Saúde**, 11(2): 339-354, 2013.
- FERNANDES, J.D.; FERREIRA, S.L.; LA TORRE, M.P.S.; ROSA, D.O.S.; COSTA, H.O.G. Estratégias para a implantação de uma proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 56(4): 392-395, 2003.
- FLINKER, M.; CAETANO, J.C.; RAMOS, F.R.S. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em Odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(11): 4481-4492, 2011.
- FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B.; OGATA, M.N. A pesquisa e a articulação ensino-serviço na consolidação do Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45(2): 1696-1700, 2011.
- FREITAS, M.C.; GUEDES, M.V.C.; SILVA, L.F. Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará: a história e o projeto político pedagógico atual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 56(4): 385-387, 2003.
- GONÇALVES, F.G.; CARVALHO, B.G.; TRELHA, C.S. O ensino da saúde coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. **Trabalho, Saúde, Educação**, 10(2): 301-314, 2012.
- GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(3): 757-762, 2010.
- KENNIE-KAULBACH, N.; FARRELL, B.; WARD, N.; JOHNSTON, S.; GUBBELS, A.; EGUALE, T.; DOLOVICH, L.; JORGENSEN, D.; WAITE, N.; WINSLADE, N. Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. **BMC Family Practice**, 13(27): 1-9, 2012.
- LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

- LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 24^a ed. São Paulo: Loyola. 2008.
- LIMA, J.O.R.; ESPIRIDIÃO, E.; MUNARI, D.B.; BRASIL, V.V. A formação ético-humanista do enfermeiro: um olhar para os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Enfermagem de Goiânia, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 15(39): 1111-1125, 2011.
- LIMA, T.C.; PAIXÃO, F.R.C.; CANDIDO, E.C.; CAMPOS, C.J.G.; CEOLIM, M.F. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 67(1): 133-140, 2014.
- LIMA, V.V. Competências: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Comunicação, Saúde, Educação**, 9(17): 269-279, 2005.
- MARQUES, C.M.S. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. **Formação**, 5: 17-27, 2002.
- MARTINS, L.P. **Assistência Farmacêutica em Saúde Pública e sua abordagem no curso de Farmácia de uma universidade do sul de Santa Catarina**. Monografia de Especialização em Metodologia e Didática do Ensino Superior. Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma: Brasil. 78 p. 2006.
- MCKINNON, R.; ANDERSON, C. Transforming pharmaceutical education to accelerate the acceptance and implementation of personalized medicine. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 75(6), artigo 107, 2011.
- MESTRINER JÚNIOR, W.; MESTRINER, S.F.; BULGARELLI, A.F.; MISHIMA, S.M. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência do projeto Huka-Katu. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(1): 903-912, 2011.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 11^a Edição. São Paulo: Huitec. 406p. 2006.
- NAMEM, F.M.; GALAN JÚNIOR, J. Reflexão sobre a educação de profissionais da área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(1): 1611-1619, 2011.

- NICOLETTI, M.A. O ensino farmacêutico atual: uma reflexão. **Revista Educação**, 5(2): 2010.
- NORONHA, M.G.R.C.S.; LIMA FILHO, D.L. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(3): 1745-1754, 2011.
- NUNES, S.C.; BARBOA, A.C.Q. Formação baseada em competências? Um estudo em cursos de graduação em administração. **Revista de Administração Mackenzie**, 10(5): 28-52, 2009.
- OLIVEIRA, B.R.G.; SCHNEIDER, J.F.; RIZZOTTO, M.L.F.; RODRIGUES, R.M. Avaliação e construção de um projeto político pedagógico para a graduação em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 56(4): 369-373, 2003.
- OLIVEIRA, M.M. As origens da educação no Brasil. Da hegemonia católica às primeiras tentativas de organização do ensino. **Ensaio: políticas públicas na Educação**, 12(45): 945-958, 2004.
- OLIVEN, A.C. A marca da origem: comparando *colleges* americanos e faculdades brasileiras. **Cadernos de pesquisa**, 35(125): 111-135, 2005.
- PUGLISI, M.L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2ª ed. Brasília: Líber Livro, 2005.
- QUEIROZ, M.A.S.; TEIXEIRA, C.L.V.; BRAGA, C.M.; ALMEIDA, K.A.; PESSOA, R.X.; ALMEIDA, R.C.A.; MESQUITA, T.M.; MUNIZ, M.C.M.C. Estágio curricular supervisionado: percepções do aluno-terapeuta em fonoaudiologia no âmbito hospitalar. **Revista CEFAC**, 15(1): 135-145, 2013.
- ROZELFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(sup.): 561-568, 2008.
- SÁ, D.A.B.O.; SILVA, W.B. **Avaliação das matrizes curriculares dos cursos de graduação em farmácia das universidades federais brasileiras**. Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia. Universidade Federal de Sergipe. Aracajú: Brasil. 25p. 2011.
- SAAR, S.R.C.; TREVIZAN, M.A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Lation-americana de Enfermagem**, 15(1): 106-112, 2007.

- SACRISTÁN, J.G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- SANTOS, L.A.S.; SILVA, M.C.M.; SANTOS, J.M.; ASSUNÇÃO, M.P.; PORTELA, M.L.; SOARES, M.D.; ARAÚJO, M.P.N.; SANTOS, A.Q.; MELO, A.L.; NASCIMENTO, L.M. Projeto pedagógico do programa de Graduação em Nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia: uma proposta em construção. **Revista de Nutrição**, 18(1): 105-117, 2005.
- SEVERINO, A.J. O ensino superior no Brasil: novas configurações e velhos desafios. **Educar**, 31: 73-89, 2008.
- SILVA, W.B. **A emergência da Atenção Farmacêutica: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Tecnológica. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Brasil, 305 p. 2009.
- TEIXEIRA, R.C. Aderência dos cursos de Fisioterapia da região Norte às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Fisioterapia e Movimento**, 25(1): 47-54, 2012.
- TRENCH, M.C.B.; BARZAGHI, L.; PUPO, A.C. Mudança curricular: construção de um novo projeto pedagógico na formação na área de Fonoaudiologia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 12(27): 697-711, 2008.
- UFSM. Universidade Federal de Santa Maria. **Projeto Político-Pedagógico para o Curso de Graduação em Farmácia**. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/prograd/cursos/FARMACIA>. Acesso em 01/11/2014.
- USP. Universidade de São Paulo. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Farmácia-Bioquímica**. Disponível em: <http://www.fcf.usp.br/Ensino/Graduacao>. Acesso em 01/11/2014.
- VEIGA, I.P.A. Perspectivas para reflexão em torno do projeto político-pedagógico. In: VEIGA, I.P.A.; RESENDE, L.M.G (Orgs.). **Escola: espaço do Projeto Político-Pedagógico**. 12ª Ed. São Paulo: Papirus. 200 p. 2007.

CAPÍTULO 6

**Paradigma teoria-prática: proposta de
construção coletiva de um currículo que
contemple a formação clínica do farmacêutico**

1. INTRODUÇÃO

Após o percurso feito até agora neste trabalho, seria no mínimo uma contradição propor um currículo para a formação clínica do profissional farmacêutico por dois motivos. Primeiro, pois a construção de um currículo é algo coletivo, que deve ser planejado e estruturado de acordo com uma confluência de fatores. Segundo LOPES e MACEDO (2011), nenhum currículo deve ser tomado tal qual e aplicado: ele deve ser contextualizado. Tendo visto algumas realidades diferentes e, até mesmo, divergentes, a proposição de algo tão engessado quanto um currículo disciplinar seria um risco.

Durante minha trajetória acadêmica, tive contato com uma ferramenta bastante simples que permite representar o delineamento do raciocínio de acordo com uma pergunta-guia: o mapeamento conceitual. Esta ferramenta, desenvolvida por pesquisadores americanos, auxilia o processo de aprendizagem, permitindo também o trabalho colaborativo (NOVAK, CAÑAS, 2006).

Como contribuição concreta para o tema discutido neste trabalho, pensei em elaborar e interpretar mapas conceituais a partir de perguntas que podem ser feitas no processo de elaboração de um currículo de graduação em Farmácia que leve em conta a formação clínica do aluno. Foi a forma mais coerente de dar minha opinião, sem oferecer uma receita pronta e reproduzível. Ao promover questionamentos concretos sobre a formação clínica, cada grupo poderá refletir sobre sua própria realidade e adaptar da melhor forma possível a formação do profissional farmacêutico.

Aproveito, neste capítulo, para fazer aproximações das diferentes vertentes pedagógicas que utilizei durante a tese, pois acredito que seja importante, tanto como pesquisador quanto como professor, ter um discurso coerente que possa ser utilizado na prática pedagógica.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O principal objetivo deste capítulo foi elaborar e propor um modelo de questionamentos a serem feitos durante a elaboração de um projeto pedagógico de Graduação em Farmácia que queira contemplar a formação em área clínica dos novos profissionais.

2.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos deste capítulo, pretendi:

- Elaborar perguntas focais com base no que foi analisado e discutido nos capítulos anteriores sobre as competências, habilidades e atitudes do farmacêutico para atuar na área clínica junto à Equipe Multiprofissional de Saúde;
- Utilizar mapeamento conceitual para responder a essas perguntas, de acordo com o ponto de vista de um pesquisador e docente na área;
- Capacitar minimamente os leitores desta tese a compreender a construção e a interpretação de um mapa conceitual;
- Apresentar uma ferramenta de organização que possibilite discussão no momento de se discutir o projeto político pedagógico de um curso de Graduação em Farmácia.

3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Nesta etapa, o trabalho foi realizado em três frentes: levantamento bibliográfico, reflexão sobre as questões a serem abordadas, elaboração e tradução do mapa conceitual realizado.

O levantamento bibliográfico foi realizado no sentido de estabelecer uma base sólida sobre o mapeamento conceitual e a teoria epistemológica da qual ele surgiu, para permitir ao leitor compreender e capacitar-se na elaboração e interpretação de mapas conceituais. Para tanto, foi realizada

uma pesquisa bibliográfica em bases de dados tais como PubMed, ISI Web of Science e SCielo. Foram incluídos artigos que se limitavam à descrição do mapeamento conceitual e da Teoria da Assimilação de David Ausubel. Em complementação, foram utilizados livros-texto dos próprios autores.

Considere importante também realizar uma aproximação entre as teorias pedagógicas abordadas nesse capítulo com as vertentes referenciadas no estudo sobre currículo – Pedagogia Histórico-Crítica e Pedagógica Crítico-Social dos Conteúdos – uma vez que se trata de um esforço em consolidar uma linha pedagógica única nesta tese.

A reflexão sobre as questões a serem utilizadas na elaboração dos mapas conceituais foi um esforço individual meu. Como veremos adiante, o mapa conceitual pode ser utilizado tanto para a aprendizagem colaborativa quanto para a individual. Optei por apresentar uma reflexão individual sobre essa questão, para que houvesse um ponto comum para os pesquisadores que utilizarem este trabalho. A reflexão se baseou em todos os capítulos anteriores, ou seja, leva em consideração todos os pontos apresentados pelos profissionais entrevistados e pelas pesquisas elaboradas.

Finalmente, com as perguntas formadas, procedi à elaboração e interpretação do mapa conceitual. Achei necessária a interpretação tanto para facilitar extrair conclusões deste trabalho quanto para demonstrar formas de interpretação para aqueles que, lendo este trabalho, se interessem em utilizar os mapas conceituais em suas rotinas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, foram selecionados sessenta e quatro documentos de diversas fontes, alguns dos quais já utilizados nessa tese em capítulos anteriores, com predominância de artigos científico (cinquenta e sete documentos), seguido por livros referenciais (quatro documentos), teses, dissertações ou trabalhos de conclusão de curso (dois documentos) e um documento de entidades representativas de classe nacionais e internacionais. Apesar de muitos deles tratarem de temas diversos, decidi organiza-los de acordo com sua principal área de assunto, a saber: integração ensino-serviço (quinze documentos), educação em saúde (treze

documentos), métodos diferenciados de ensino-aprendizagem (dez documentos), atenção farmacêutica (nove documentos), educação farmacêutica (seis documentos), mapas conceituais (seis documentos) e generalidades sobre pedagogia (cinco documentos).

Em relação ao ano de publicação, dei prioridade para publicações recentes, sendo que cinquenta e um documentos são referentes aos últimos cinco anos (2010 a 2014), e treze referentes a anos anteriores. Novamente, existe a predominância da língua portuguesa, com cinquenta documentos, seguida da língua inglesa, com doze textos, e finalmente, a língua espanhola, com dois documentos.

4.1. Aprendizagem significativa e suas aproximações com a Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos

Dentro das Ciências da Educação, o construtivismo¹⁸ é uma vertente pedagógica que considera que o processo de ensino-aprendizagem ocorre quando o aprendiz¹⁹ transforma um conceito já presente dentro de sua cognição a partir de uma nova informação dada. Dessa forma, podemos observar que este processo é individual: cada pessoa possui um conceito prévio, dentro do seu campo histórico, e, assim, transforma a informação fornecida de forma diferente (AUSUBEL *et al.*, 1980)²⁰.

Segundo Ausubel, a aprendizagem significativa no processo de ensino necessita fazer algum sentido para o aprendiz e, nesse processo, a informação deverá interagir e ancorar-se nos conceitos relevantes já existentes na estrutura dele. O autor entende que a aprendizagem significativa é verificada quando o banco de informações no plano mental do

¹⁸ O construtivismo é uma teoria que parte dos estudos de Jean Piaget sobre a Psicologia do Desenvolvimento Humano.

¹⁹ Utilizo esta palavra com o intuito de manter uma aproximação do jargão do construtivismo, que considera sem sentido a palavra aluno (do latim, *a*=sem *lumni*=luz, em alusão à pessoa que não possui conhecimento).

²⁰ Segundo o próprio David Ausubel, “O fator isolado mais importante que influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já conhece. Descubra o que ele sabe e baseie nisso os seus ensinamentos.”

aluno se revela, por meio da aprendizagem por descoberta e por recepção. O processo utilizado para as crianças menores é o de formação de conceito, envolvendo generalizações de interesses específicos para que, na idade escolar já tenham desenvolvido um conjunto de conceitos, de modo a favorecer o desenvolvimento da aprendizagem significativa. Esses conceitos deverão ser adquiridos através de assimilação, diferenciação progressiva e reconciliação integrativa de conceitos. Para tanto, Ausubel sugere para esse processo, a utilização de organizadores prévios para, de fato, ancorar a nova aprendizagem, levando o aluno ao desenvolvimento de conceitos subsunçores, de modo a facilitar a aprendizagem subsequente (AUSUBEL *et al.*, 1980).

Organizadores prévios, segundo o autor, são informações e recursos introdutórios, que devem ser apresentados antes dos conteúdos da matriz curricular, uma vez que tem a função de servir de ponte entre o que o aluno já sabe e o que ele deve saber para que o conteúdo possa ser realmente aprendido de forma significativa. Os organizadores se tornarão mais eficazes se forem apresentados no início das tarefas de aprendizagem para que suas propriedades possam integrar-se como elemento atrativo para o aluno, visando provocar o interesse e desejo de aprender. Sua formulação deve contar com um vocabulário bastante familiar ao aluno, de modo que, sua organização, bem como a aprendizagem sejam consideradas como material de valor pedagógico (AUSUBEL *et al.*, 1980).

Para que a aprendizagem significativa ocorra, o autor assinala duas condições essenciais: disposição do aprendiz para aprender; e o material didático desenvolvido, que deve ser, sobretudo, significativo para ele. Somente dessa forma é que se dará a verdadeira compreensão de conceitos e proposições, o que implica na posse de significados claros e intransferíveis. Para a avaliação consistente da aprendizagem significativa, o método válido e prático, segundo Ausubel, consiste em buscar soluções de problemas diversos através de testes de compreensão, utilizando-se de recursos diferentes daqueles, utilizados anteriormente no material instrucional. Para que se possa constatar, de fato, se o aluno desenvolveu ou não, as habilidades necessárias à aquisição da aprendizagem significativa. A Teoria da aprendizagem de Ausubel objetiva, portanto, facilitar a aprendizagem do

aluno, através da psicologia da aprendizagem significativa. A aprendizagem significativa é elemento essencial ao processo de aquisição do conhecimento do aluno, fundamental para o novo papel do docente e a função social da escola (AUSUBEL *et al.*, 1980).

O processo de transformação do conhecimento humano deve apresentar uma hierarquização que permita organizar os conceitos mais gerais e inclusivos e os mais específicos de uma determinada área. Dentro dessa perspectiva, o objetivo principal é que o aprendiz possa empoderar-se ²¹. O processo educacional, dentro da vertente pedagógica da Aprendizagem Significativa, necessita de papéis e responsabilidades. Os dois atores envolvidos nesse processo são o aprendiz e o mestre²². A função principal do mestre é trazer material potencialmente significativo, enquanto que a função do aprendiz é motivar-se a aprender. Existe uma responsabilidade compartilhada entre eles que é a construção de um ambiente potencialmente favorável para que ocorra o processo educacional (AUSUBEL *et al.*, 1980).

Dentro da pedagogia crítico-social dos conteúdos, o trabalho docente é uma função multifacetada. Nesse sentido, um professor deve ter a capacidade de conduzir o processo educativo, de tornar sua prática inovadora e envolver processos e dinâmicas econômicas, socioculturais e históricas.

Vale lembrar, inicialmente, que a pedagogia crítico-social determina como principal função da escola a promoção da escolarização para todos, colocando ferramentas de desenvolvimento na mão de todos para que eles possam se emancipar. Assim, o processo educativo deve levar em consideração os interesses da maioria da população, partindo da realidade concreta da sociedade, ou seja, a luta de classes.

Libâneo faz uma comparação entre a didática pretendida pela pedagogia crítico-social dos conteúdos e as outras, oriundas de outras tendências pedagógicas. A didática tradicional é assentada na transmissão cultural, de caráter dogmático, sendo o aluno um ser receptivo. A didática

²¹ O empoderamento diz respeito da capacidade de um indivíduo compreender os estímulos externos de forma a poder transformá-los.

²² Novamente, utilizo o termo “mestre” em consonância com o termo “aprendiz”.

renovada-tecnicista acentua o caráter técnico-prático e assume uma postura neutra em relação às questões sociais. Finalmente, a didática com tendência sociopolítica possui uma tendenciosidade em relação às questões sociais, mas em muitas tendências pedagógicas ocorre um abandono das questões puramente pedagógicas (LIBÂNEO, 2008).

A crítica que Libâneo faz dessas tendências didáticas é a separação entre a transmissão do ensino (material) e sua aquisição (formal) por parte dos alunos. A solução é assumir que as duas práticas são inseparáveis, embora sejam distintas e dotadas de especificidades próprias. Dessa forma, valoriza-se a especificidade da pedagogia, tornando-o uma prática social contextualizada.

A pedagogia crítico-social dos conteúdos tenta realizar essa junção entre os aspectos material/formal do ensino e os movimentos de transformação da sociedade. No entanto, a formação do professor deve possibilitar que ele possa fazer essa associação. O docente crítico, como é nomeado por Libâneo, deve compreender a educação enquanto ação prática transformadora, sabendo que é impossível atingir seus objetivos em sua plenitude, uma vez que ela é condicionada pelas condições de produção capitalista (LIBÂNEO, 2008).

A transmissão do conhecimento escolar, outra atividade específica do docente, deve ser um processo simultâneo de transmissão e assimilação ativa, no qual o professor deve intervir de forma a trazer um conhecimento sistematizado e colaborar junto com o aluno para criar um ambiente que permita ao aluno reelaborar o conhecimento de forma crítica com os próprios recursos (LIBÂNEO, 2008).

Diferente das outras tendências pedagógicas, o professor na pedagogia crítico-social dos conteúdos possui uma dualidade em sua atividade. Por um lado, ele deve estar preparado para selecionar e transmitir um conteúdo socialmente significativo. Por outro lado, ele necessita adequar esse conteúdo à realidade concreta do aluno. Para isso, é extremamente necessário em sua formação as disciplinas anexas à pedagogia (filosofia, psicologia, sociologia). De certa forma, Libâneo considera que a formação do professor é um fator determinante do sucesso desse em sala de aula (LIBÂNEO, 2008).

4.2. Aprendizagem significativa e mapeamento conceitual

Uma vez que, de acordo com a vertente construtivista, o processo de construção do conhecimento de cada pessoa é individual, torna-se dificultosa a etapa de avaliação desse conhecimento. É dentro desse contexto que foi criado o mapeamento conceitual. Trata-se de uma ferramenta elaborada pelo grupo dos pesquisadores Joseph Novak e Alberto Cañas, do *Institute for Human and Machine Cognition*, nos Estados Unidos. Ele nasceu no começo dos anos 1970 como uma necessidade de representar de forma mais clara o processo cognitivo de seus alunos.

O grupo realizava um estudo longitudinal sobre uma forma diferenciada de aprendizagem, baseada na Teoria da Assimilação da Aprendizagem Cognitiva, de David Ausubel. De acordo com esta, podemos falar de aprendizagem significativa a partir do momento que o novo conhecimento se funde com um conhecimento prévio da estrutura cognitiva do aluno e, juntos, formam um terceiro conhecimento. Observa-se aí uma forte influência construtivista no trabalho do Novak e Cañas que culminou na elaboração do mapa conceitual.

Após cerca de vinte anos de uso do mapeamento conceitual, houve um desdobramento bastante interessante. Durante a década de 1990 houve o desenvolvimento de diversos programas computacionais de desenvolvimento de mapas conceituais. O mais utilizado – até mesmo pelo grupo dos pesquisadores do IHMC – é o CMapTools. Ele permitiu o desenvolvimento de redes de mapas conceituais nas quais os usuários poderiam compartilhar e participar colaborativamente na construção de mapas conceituais (NOVAK, CAÑAS, 2006).

O mapeamento conceitual é uma técnica extremamente versátil que pode ser utilizada tanto em projetos pessoais quanto profissionais em diferentes situações: instrumento de análise do currículo, técnica didática, recurso de aprendizagem, meio de avaliação, entre outros. É importante ressaltar que mapas conceituais não devem ser confundidos com mapas mentais, que são livres e não pretendem estabelecer ligações semânticas ou epistemológicas entre conceitos (NOVAK, CAÑAS, 2006).

4.2.1. Elementos essenciais de um mapa conceitual

A construção de mapas conceituais na maneira proposta inicialmente por Novak e Gowin considera uma estruturação hierárquica dos conceitos que serão apresentados tanto através de uma diferenciação progressiva quanto de uma reconciliação integrativa. Esses mapas hierárquicos se estruturam de acordo com a Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel, e desse modo contribuem, de maneira mais eficiente, para a construção do conhecimento do aprendiz. Na diferenciação progressiva um determinado conceito é desdobrado em outros conceitos que estão contidos, em parte ou integralmente, em si (NOVAK, 1998; NOVAK, GOWIN, 1999). Vale a pena citar que mapas conceituais são diagramas de significados: não apresentam relação hierárquica de poder, sequência, temporalidade ou direcionalidade (NOVAK, CAÑAS, 2006).

A construção de um mapa conceitual se inicia segundo uma pergunta problematizadora, chamada de pergunta focal. Essa pergunta geralmente é uma pergunta que necessita de reflexão, mais do que uma classificação ou descrição. Quanto mais reflexão a pergunta focal incentivar, mais desenvolvido e mais complexo o mapa conceitual será. Além disso, a pergunta focal determinará o domínio cognitivo do mapa focal. Vale ressaltar que a pergunta focal pode ser estabelecida para uma unidade didática temporal (por exemplo: “O que foi aprendido nesta aula”), ou como uma pergunta conceitual (por exemplo: “O que são equipes multiprofissionais de saúde?”).

Com a pergunta focal determinada, devem ser pensados diferentes conceitos, que serão enquadrados em diferentes retângulos. Conceitos são palavras ou grupo de palavras que são selecionados de acordo com o conhecimento da pessoa que está construindo o mapa. É importante salientar que a forma com que o conceito é escrito diferencia a sua relação com os demais no mapa. Por exemplo, o conceito “*equipe*” é diferente do conceito “*equipe multiprofissional de saúde*”: o primeiro se refere a um grupo de pessoas, já o segundo contextualiza esse grupo e delimita os participantes. Esses conceitos devem, em seguida, por uma situação hierárquica, se relacionar por meio de uma flecha. Além da ligação hierárquica, deve haver

um sentido na ligação entre os conceitos, formando o que chamamos de proposição. É importante que a proposição, como a ilustrada a seguir na **figura 16**, faça sentido por si só (NOVAK, CAÑAS, 2007).

Figura 16: Exemplo de proposição existente em um mapa conceitual.

Como se trata de uma ilustração do caminho cognitivo percorrido por uma pessoa ou um grupo em relação a uma determinada pergunta, o mapa conceitual possui diversas proposições, relacionando alguns conceitos. Nesse sentido, podem existir relações hierárquicas em diferentes níveis entre as proposições (TAVARES, 2007). Vários conceitos podem ligar-se entre si, formando diversas proposições, o que torna a imagem um mapa. Ocasionalmente, observa-se a formação de um conceito inicial, mais geral (diversas setas saindo dele) e um conceito mais específico, final (setas chegando nele).

Outra característica marcante dos mapas conceituais é que eles nunca são finitos: por apresentarem o percurso cognitivo, eles são sempre passíveis a mudanças uma vez que, a todo momento, estamos recebendo e processando informação e modificando nossos constructos cognitivos. Dessa forma, os mapas podem ser estudados e refeitos várias vezes. O grupo de pesquisadores do IHMC, ao criar o programa CMapTools, desenvolveu uma plataforma na qual os pesquisadores que utilizam essa ferramenta podem inserir seus mapas conceituais, para que eles sejam estudados, analisados e modificados por outros pesquisadores.

Nesse sentido, achei oportuno trazer essa ferramenta para sintetizar a pesquisa elaborada neste trabalho, uma vez que, assim como o próprio currículo, o mapa conceitual funciona como uma fotografia situacional. O contexto espaço-temporal no qual ele está inserido o modifica de forma dinâmica e ininterrupta. Dessa forma, esta técnica pode ser utilizada em qualquer realidade, muito diferente da proposta de currículos em si, e mais direcionada do que propostas temáticas de mudanças. Além disso, ela vem sendo introduzida aos poucos no campo da Saúde, em relação ao próprio

processo de ensino-aprendizagem (FERREIRA, COHRS, DOMENICO, 2012).

Figura 15: Mapa conceitual inicial sobre este projeto de doutorado.

Para ilustrar essa modificação no decorrer do tempo, apresento a seguir, nas **figuras 15 e 16**, dois mapas conceituais com a mesma pergunta focal: Como é meu projeto de doutorado. O primeiro mapa foi construído no começo do meu doutorado, alguns meses após iniciá-lo. Já o segundo foi escrito meses antes a defesa de minha tese. Percebe-se diversas mudanças, ocasionadas por diversos fatores, como o entendimento mais aprofundado de certos fatores, novas situações encontradas no decorrer do caminho, ou ideias trazidas por agentes externos. Interessante notar que o conceito mais aprofundado do mapa conceitual (aquele no qual chegam as setas direcionadas das proposições) modificou-se de “pesquisa qualitativa” para “prática”, ilustrando de forma bastante clara que a preocupação inicial era o método da pesquisa e agora são seus resultados.

Um último conceito que considero abordar sobre os mapas conceituais é que eles podem ser feitos em colaboração. É possível, a partir de diferentes estratégias, que um grupo de pessoas reflita sobre uma mesma pergunta focal e realizem um mapa conceitual de forma conjunta. Na verdade, essa breve descrição realizada nas páginas iniciais desse capítulo tem por objetivo também capacitar minimamente os leitores desta tese, hipoteticamente pessoas interessadas ou que trabalham com temas próximos ao desenvolvido aqui, para que possam entender e utilizar os mapas que apresentarei a seguir, e os discutam com o objetivo final de realizar mudanças e elaborar um currículo de forma colaborativa. Com os conceitos mais superficiais do mapeamento conceitual apresentados, apresentarei a seguir minhas reflexões sobre a formação do farmacêutico no Brasil.

Figura 16: Mapa conceitual sobre este projeto de doutorado, elaborado no final do percurso.

4.3. Questionamentos sobre a formação clínica do farmacêutico

É necessário salientar que essas reflexões sobre o processo formativo do farmacêutico em uma perspectiva clínica são fruto de minha própria experiência. Nesse sentido, os questionamentos a seguir são fruto tanto das pesquisas realizadas neste trabalho quanto de minha trajetória como estudante e docente na área clínica das Ciências Farmacêuticas e aluno do curso de Pedagogia.

4.3.1. Como permitir ao estudante a vivência clínica?

Um fator bastante analisado nas entrevistas e na literatura foi a necessidade de incentivo à vivência clínica do estudante de cursos das Ciências da Saúde. O ensino das profissões de saúde precisa ir além dos muros da Universidade para que os alunos conheçam o seu entorno e possam agir em função de tomadas de decisão. A integração ensino-serviço, nesse sentido, é fundamental e já ocorre de forma institucionalizada em diversos locais no mundo (FRENK *et al.*, 2010; CAVALHEIRO, GUIMARÃES, 2011; LADIM, SILVA, BATISTA, 2011; MARIN *et al.*, 2013; ELLERY, BOSI, LOIOLA, 2013).

Dentro das Universidades, a vivência clínica pode, e deve, ser estimulada de forma interessante dentro da sala de aula. Os conteúdos das disciplinas podem servir como um meio para a resolução de problemas de saúde fictícios ou reais. Nesse sentido, o método da aprendizagem baseada em problemas e os objetos simulados de experiências clínicas se tornaram fortes aliados para a percepção da vivência clínica simulada dos alunos (GALATO *et al.*, 2011; SOBRAL, CAMPOS, 2012).

Observando o mapa conceitual feito utilizando essa pergunta como pergunta focal, observamos três pontos de partida e um ponto de chegada. Os conceitos “estudante”, “estudo de casos” e “centros de saúde” estão na parte superior, indicando conceitos mais amplos, enquanto o conceito “problemas de saúde” está no local mais sistematizado do mapa. Podemos inferir que é necessário ao estudante tanto estudo de casos quanto os próprios centros de saúde para que ele tenha contato com problemas de

saúde que, em última instância, representa o ponto central da vivência clínica: ao se deparar com a sua atuação enquanto profissional de saúde, essa será a função do farmacêutico.

Figura 17: Mapa conceitual para a pergunta focal: Como permitir ao estudante a vivência clínica?

É interessante notar também que alguns conceitos elencados também representam necessidades curriculares. “Conteúdo” e “estágio” fazem parte dos panoramas curriculares analisados neste trabalho. Isto quer dizer que, invariavelmente, a Faculdade deve se responsabilizar por estimular a vivência clínica de seu aluno, mesmo da forma mais primordial possível: permitir a interação com conteúdos significativos para a prática clínica e permitindo estágios observacionais. Nesse sentido, todas as situações apresentadas contemplam essa visão.

Além disso, surge uma figura extremamente necessária para permitir a vivência clínica ainda durante a graduação: o “preceptor”. Mais que um docente, o preceptor, ou tutor, é o profissional que está na ponta do trabalho em clínica e pode transmitir o conhecimento adquirido em anos de trabalho para os estudantes. Diferente do docente, que tem por trabalho estimular o processo ensino-aprendizagem em suas diferentes perspectivas, o preceptor representa mais a figura do mestre, que ensina um ofício ao seu pupilo. Em cursos como Medicina, Enfermagem, e Fisioterapia, a figura do preceptor está amplamente divulgada, consolidando um fortalecimento da integração ensino-serviço, panorama extremamente favorável para o Sistema Único de Saúde (RIBEIRO, PRADO, 2013; BARRETO, MARCO, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2014; FONSECA, JUNQUEIRA, 2014).

Outro ponto de destaque que este mapa conceitual apresenta é a necessidade da “tomada de decisão” dentro da perspectiva de formação clínica. Fica evidente, dentro da sociedade, que a tomada de decisão por parte de qualquer profissional é baseada no seu repertório de conhecimentos, habilidade e ética. Nesse sentido, a multifatorialidade do processo de adoecimento do ser humano faz com que existam múltiplas formas de se amenizar ou resolver os problemas de saúde, e isso, por muitas vezes, não é entendido por parte do corpo discente²³. Existe a tendência à abordagem puramente biologicista desse processo, deixando-se de lado questões sociais e culturais (ALMEIDA-FILHO, 2013; FERNANDEZ, 2014).

Dessa forma, diversas lacunas foram observadas nos cursos analisados neste trabalho. A falta de estágios voltados para a vivência clínica foi significativa, o descompasso entre o discurso apresentado no projeto político pedagógico e o conteúdo que deixa de lado a abordagem voltada para o Sistema Único de Saúde e para a Saúde Pública.

No entanto, a proposição “Estágios devem desenvolver a Tomada de decisão” é proposta pelos projetos pedagógicos em relação aos estágios. Além disso, a ideia de um curso com uma abordagem voltada para o método

²³ Ao utilizar o método de estudo de casos e aprendizagem baseada em problemas em minhas aulas, é corriqueiro o seguinte questionamento dos membros da sala: “Professor, mas qual é a resposta correta?” Faço questão de não apresentar uma resposta, mas de discutir possíveis resoluções dos problemas partindo deles.

de Aprendizagem Baseada em Problemas, como é o curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe, campus de Lagarto, ou a interação de disciplinas em conjuntos quer horizontalizam conteúdos, como ocorre na Universidade de São Paulo e na Universidade Estadual de Campinas, permitem que o estudante possa ter contato com o conteúdo curricular de uma forma já articulada com a vivência clínica, sendo a primeira vivência clínica um momento extremamente prazeroso e temido pelos estudantes (VIANA *et al.*, 2012; GALLO-BELLUZZO, CORBELLI, AIELLO-VAISBERG, 2013).

4.3.2. Como formar um profissional com a capacidade de entender, atuar e modificar junto ao Sistema Único de Saúde?

Inicialmente, é importante ressaltar que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Ciências da Saúde, que datam do início do século XXI, foram criadas com o intuito de estimular a formação de profissionais capazes de compreender o funcionamento, atuar e promover mudanças para o Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma obrigatoriedade. A **figura 18** ilustra o mapa conceitual referente à formação de um profissional que entenda, atue e modifique o Sistema Único de Saúde.

Podemos observar que, como conceitos iniciais, temos novamente o “estudante”, e como conceitos de chegada, “Problemas de saúde” e “Sistema Único de Saúde”. Algo que chama bastante a atenção nesse mapa conceitual é o fato de não se ter apenas um conceito de chegada, mas dois. Percebemos uma divisão entre questões práticas, como “habilidades e competência clínicas” e “população”, contrastando com áreas temáticas de conteúdo, como “Saúde Pública” e “Diretrizes de Saúde”. Essa separação reforça a necessidade do estudante vivenciar questões relacionadas com os problemas de saúde, utilizando-se do conteúdo teórico de áreas de conhecimento diversas.

Figura 18: Mapa conceitual para a pergunta focal: Como formar um profissional com a capacidade de entender, atuar e modificar junto ao Sistema Único de Saúde?

Uma das questões mais fortes observadas no estudo do ementário das Faculdades de Farmácia selecionadas nesse trabalho foi a pequena proporção de disciplinas ou de áreas de conhecimento que envolvam o Sistema Único de Saúde. Geralmente, nenhuma disciplina formal se preocupa com a apresentação do SUS, embora em algumas delas essa temática faça parte. Aliado a isso, apesar de fazer parte do currículo, a temática referente à Saúde Pública permanece uma questão afastada da formação curricular, ainda não integrando o centro da formação, conforme indicado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Essa situação, infelizmente, não é única da formação em Farmácia (CAMPOS, ELIAS, CORDONI JÚNIOR, 2009; SILVA, SOUSA, FREITAS, 2011; MARINHO, 2013).

O que foi percebido também é a particularização da apresentação do Sistema Único de Saúde para o aluno de Farmácia apenas pelo viés do medicamento. Em todos os cursos analisados, há uma relação entre o SUS e a Assistência Farmacêutica. Isso prejudica a compreensão mais ampla desse

sistema, embora a ênfase nas Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica permita talvez uma formação mais direcionada. De todo modo, isso parece direcionar a formação profissional do farmacêutico diretamente para o medicamento, deixando de lado sua atuação como profissional de saúde de forma mais abrangente, com maior compreensão da dimensão humana (MARTINS, 2006; SILVA, SANTANA, 2014).

Em relação às posturas do estudante, observa-se o conceito “habilidades e competências clínicas”, que está relacionado de forma hierárquica com o conceito população”. Por se tratar de capacidades relacionadas à interação com diferentes corpos, as intervenções clínicas são difíceis de avaliar em sala de aula, necessitando a vivência clínica. Sem essas competências, a tomada de decisão e a resolução de problemas de saúde fica prejudicada. É crescente o número de estudos realizados buscando entender a aquisição de competências e habilidades em saúde, além da compreensão dessas competências e a reflexão sobre seu ensino por parte dos docentes (SILVA *et al.*, 2005; GONTIJO *et al.*, 2013; NUNES *et al.*, 2013; FRANCO *et al.*, 2014).

4.3.3. Como promover a educação interprofissional dentro do curso?

Nos cursos analisados, fica nítida a formação do aluno de Farmácia segregada dos demais. É provável que isso se aplique para as outras profissões de saúde. Com exceção de uma disciplina optativa encontrada na Universidade Federal de Santa Maria, não há nenhum indício, nem no ementário nem o projeto político pedagógico de um esforço no sentido de promover uma formação em graduação com as demais profissões da saúde. Conforme mencionado anteriormente neste trabalho, a formação interprofissional contribui de forma considerável no preparo do estudante e na consolidação de equipes de saúde mais bem preparadas para a solução de problemas de saúde (OPAS, 2010).

Além disso, nas entrevistas realizadas com profissionais de saúde não farmacêuticos fica claro o desconhecimento deles em relação às atividades do farmacêutico, quando observamos um percentual bastante significativo que desconhece o fato do farmacêutico poder se recusar a dispensar algum

medicamento ou a solicitar exames laboratoriais complementares para acompanhar a farmacoterapia do paciente. Em adição, verificou-se ainda nessas entrevistas que a equipe de saúde considera o farmacêutico bem integrado com os demais profissionais, enquanto os próprios farmacêuticos muitas vezes não se sentem integrados, ou sentem que podem contribuir mais com a equipe. Nesse sentido, buscou-se refletir sobre formas de promover essa interação entre as diferentes profissões de saúde, o que resultou na elaboração do mapa conceitual apresentado na **figura 19**.

Nota-se, novamente, o conceito mais amplo do mapa sendo o “estudante de Farmácia” e o conceito mais específico o “problema de saúde”. Nota-se, também, a introdução de “centros multiprofissionais de saúde” como o local mais propício para essa interação, por apresentar “estudantes das Ciências da Saúde” e “profissionais de saúde”. Novamente o conceito “habilidades e competências clínicas” aparece em destaque, como facilitador da integração do conceito geral com o mais específico. Interessante notar o aparecimento do conceito “Farmácia Clínica”. Ao que parece, a introdução dessa área de conhecimento no currículo de formação do estudante de Farmácia permite o fortalecimento desse com os demais profissionais de saúde. Infelizmente, a literatura científica brasileira é muito pobre em relação a essa temática, limitando-se apenas a estratificar as ações de intervenção do farmacêutico clínico (ALANO, CORREA, GALATO, 2012; MIRANDA *et al.*, 2012; REIS *et al.*, 2013).

Além disso, propostas inovadoras para a educação interprofissional podem ocorrer em nível institucional, como é o caso do currículo apresentado pelos cursos de saúde da Universidade de Sergipe, campus de Lagarto. Estimular a interação dos estudantes dentro dos cursos e da sala de aula proporciona um ambiente favorável para o trabalho em equipe. Nesse sentido, diversas experiências tem sido propostas buscando essa interação dentro da formação em nível superior. Muitas delas exitosas, porém com muitas dificuldades em diferentes níveis, desde resistência da própria instituição à falta de preparo do corpo docente (TEIXEIRA, COELHO, ROCHA, 2013).

Figura 19: Mapa conceitual para a pergunta focal: Como promover a educação interprofissional dentro do curso?

4.3.4. Quais habilidades e competências clínicas do estudante devem ser trabalhadas no decorrer do curso?

Conforme mencionado durante todo este trabalho, uma característica que envolve a atuação clínica de um estudante está pautada na aquisição e treinamento de diferentes habilidades e competências. As entrevistas com os farmacêuticos sugerem que uma boa parte deles chegou se sentindo despreparado para atuar junto ao paciente e à equipe de saúde. Por causa disso, talvez, muitos deles não se sentem integrados à equipe. Quando perguntados sobre os conteúdos apresentados durante sua Faculdade, os farmacêuticos formados há mais tempo sugerem a Farmácia Clínica, a Atenção Farmacêutica e a Assistência Farmacêutica, enquanto que os mais

jovens consideram a necessidade de habilidades de comunicação e a resolução de problemas de saúde. Nesse intuito, a **figura 20** apresenta-se um mapa conceitual buscando pensar nas diferentes habilidades e competências que o estudante de Farmácia deve trabalhar durante o curso para estar mais preparado para atuar na perspectiva clínica. Podemos observar a persistência do conceito “problemas de saúde” como conceito mais aprofundado. Dessa vez, surge a “Atenção Farmacêutica” como conceito mais amplo. Esse mapa conceitual apresenta mais níveis hierárquicos quando comparado com os demais, revelando talvez um processo mais profundo relacionado com a aquisição de habilidades e competências.

Relembremos que a visão sobre a Atenção nesse trabalho está relacionada com uma filosofia de prática profissional na qual o farmacêutico se torna corresponsável junto com o paciente e os demais profissionais de saúde na resolução dos problemas de saúde. Trata-se de uma visão apresentada formalmente à comunidade científica no começo da década de 1990, sendo uma mudança de área de atuação profissional que inicia na década de 1960. Sem dúvida, há uma melhora constante na prestação de serviços baseados nessa filosofia, muito embora os resultados tardem em aparecer (HEPLER, STRAND, 1990; PEREIRA, FREITAS, 2008). Infelizmente, em questão de produção científica, o Brasil ainda não chegou ao patamar de outros países, embora a qualidade e a quantidade de pesquisas vem aumentando em relação às atividades clínicas (FUNCHAL-WITZEL *et al.*, 2011; ANDRADE *et al.*, 2013).

Nesse sentido, uma oportunidade de inserção da Atenção Farmacêutica seria no acolhimento ao paciente²⁴. Dentre as habilidades e competências clínicas, o acolhimento ao paciente se mostra como uma necessidade urgente, tendo visto o processo de desumanização do processo assistencial que vem surgindo aos poucos. A Atenção Farmacêutica surge como uma proposta de intervenção do profissional farmacêutico para quebrar

²⁴ Muitas vezes em minha prática clínica ouvi relatos do quão atencioso o farmacêutico é para com o paciente. Talvez por ser uma atividade em crescimento, o acolhimento ao paciente é mais intensificado.

esse processo de desumanização. Pesquisas vem demonstrando sua significância tanto para o processo assistencial quanto para sua interação com a equipe de saúde (VIEIRA, 2007; PÁDULA *et al.*, 2014).

A habilidade comunicativa dentro do processo clínico é fundamental para que se possa alcança melhores resultados em saúde. O profissional de saúde deve ser capaz de entender a complexidade de cada caso e comunicar-se tanto com o paciente quanto com a equipe de saúde, de formas distintas, porém harmoniosas. No caso do farmacêutico, observa-se que essa habilidade comunicativa pode ser trabalhada dentro da perspectiva da Atenção Farmacêutica (POSSAMAI, DACOREGGIO, 2008).

Observa-se também a Farmácia Clínica como uma habilidade essencial no processo de atuação clínica do profissional. Diversos modelos de estrutura de prestação de serviços de Farmácia Clínica têm surgido, com o intuito de promover a filosofia da Atenção Farmacêutica dentro da formação do farmacêutico. Resultados em saúde consideráveis tem sido alcançados dentro dessa perspectiva (CHEMELLO *et al.*, 2014).

Interessante notar nesse mapa conceitual que os conceitos “paciente” e “equipe de saúde” se encontram em um nível hierárquico semelhante, e estão inseridos no centro do mapa conceitual. Podemos inferir que, para que as habilidades e competências clínicas sejam adquiridas e utilizadas na resolução de problemas de saúde da população, elas devem ser trabalhadas de forma harmoniosa com esses dois sujeitos. Dessa forma, a promoção da educação interprofissional auxiliaria no processo de desenvolvimento de algumas habilidades e competências clínicas (AGUILA-DA-SULVA, SCAPIN, BATISTA, 2011; CARDOSO, HENNINGTON, 2011; PEDUZZI *et al.*, 2013).

Figura 20: Mapa conceitual com a pergunta focal: Quais habilidades e competências clínicas do estudante devem ser trabalhadas no decorrer do curso?

Observa-se também, a partir desse mapa conceitual, dois aspectos referentes aos conteúdos trabalhados durante o curso de graduação em Farmácia. Conforme observado anteriormente, há uma necessidade de abordar temáticas relacionadas à Saúde Pública e ao Sistema Único de Saúde. Por outro lado, a temática relacionada às Análises Clínicas também é fundamental para o desenvolvimento de habilidades e competências clínicas. O observado no ementário das instituições participantes neste trabalho permite verificar que esse tipo de conteúdo pode não estar presente nas temáticas obrigatórias do curso (como é o caso da Universidade de São Paulo, por exemplo). Apesar disso, observa-se um esforço em alinhar o processo de ensino-aprendizagem para o entendimento da interpretação desse tipo de exame e sua aproximação com as condições de saúde do paciente, associando-o às questões envolvendo o Sistema Único de Saúde e a Assistência Farmacêutica (SATURNINO *et al.*, 2009; SILVA, SOUSA, FREITAS, 2011; MARINHO, 2013).

4.3.5. Como trabalhar o currículo na perspectiva de formação clínica?

É nítido que muito do que é apresentado aos estudantes durante o seu percurso acadêmico é utilizado dentro de diversas perspectivas de formação, uma vez que o papel social do profissional é múltiplo. O conhecimento do funcionamento do organismo e das bases concretas das Ciências Exatas possibilitam uma ampliação da interpretação de fenômenos importantes quando se está na clínica, como a fisiopatologia de uma doença ou o uso de determinada formulação farmacêutica. No entanto, o currículo deve se atentar não somente a isso, uma vez que é necessário para o profissional utilizar esses recursos de conteúdo para um objetivo determinado. No caso da clínica, conforme observado no decorrer deste trabalho, infere-se a capacidade do profissional em resolver problemas de saúde da população. Nesse sentido, formulou-se o questionamento de como o currículo pode incentivar a formação clínica do estudante de farmácia, conforme apresentado na **figura 21**.

Inicialmente, comparado com os demais mapas conceituais apresentados aqui, esse mapa conceitual possui, pela primeira vez, uma

mudança considerável em relação aos conceitos de partida e de chegada: o mais amplo é o “projeto político-pedagógico” e o mais específico é o “processo de ensino-aprendizagem”. Nota-se, nesse sentido, uma necessidade de mudança em relação à elaboração do projeto pedagógico, conforme analisado anteriormente. Currículos que pretendem uma perspectiva mais integradora dos conhecimentos, como é o caso do campus de Lagarto, da Universidade Federal de Sergipe, possibilitam uma horizontalização dos conteúdos. A mudança para um aprendizado mais problematizador, como pode ser a Aprendizagem Baseada em Problemas, pode gerar resultados mais eficazes (AGUILAR-DA-SILVA, MIGUEL, TEIXEIRA, 2011; LIMBERGER, 2013).

Observa-se também a necessidade de formação profissional para o mercado de trabalho, levando-se em consideração também a realidade social. Isso fica bastante nítido nos projetos pedagógicos analisados, muito embora poucos deles dão ênfase à contextualização da formação para as necessidades sociais. Sendo o currículo muito mais do que um mero orientador do percurso do estudante ao longo de sua formação, muitas oportunidades devem e são apresentadas aos estudantes. Disso resulta uma formação paralela ao currículo que aos poucos vem ganhando espaço como conteúdo extracurricular. Parece que é nesse contexto que se dá a formação clínica do aluno das Ciências da Saúde. Diversas formas de incentivos para programas voltados para a área assistencial tem surgido e impulsionado a formação clínica desses alunos, tais como o Programa de Educação pelo Trabalho e os estágios de vivência profissional em centros de saúde (PIZZINATTO *et al.*, 2012; SANTOS, ALMEIDA, REIS, 2013; PINTO *et al.*, 2013; FONSECA, JUNQUEIRA, 2014).

Conforme foi verificado neste trabalho, existem muitos conteúdos que não são discutidos, ou são muito pouco discutidos, e que são potencialmente importantes na perspectiva de formação clínica. As entrevistas com os farmacêuticos que trabalham em hospitais universitários permitiu observar uma evolução nesse sentido, com a inserção de conteúdos voltados para a Atenção Farmacêutica e a Farmácia Clínica. No entanto, ainda são necessárias diversas mudanças curriculares que permitam uma formação clínica mais consolidada. Dessa forma, espera-se que o sujeito que conheça

o método clínico tenha maior articulação em seu trabalho, tornando-se também ativo no processo de ensino-aprendizagem. Para isso, é necessário que o docente tenha formalizada sua concepção de competência clínica (ALMEIDA, BATISTA, 2013; FRANCO *et al.*, 2014; MERIGHI *et al.*, 2014).

Figura 21: Mapa conceitual para a pergunta focal: Como trabalhar o currículo na perspectiva clínica?

Se o projeto político-pedagógico não oferece perspectivas claras sobre o processo, as perspectivas e as ideias de formação que determinada

instituição de ensino propõe, fica claro que o processo de ensino-aprendizagem fica comprometido. No entanto, iniciativas que partem do próprio docente, por meio de aulas diferenciadas ou, como é o caso de algumas disciplinas apresentadas pelas faculdades de Farmácia da Universidade Estadual de Campinas e da Universidade de São Paulo, pela integração de conteúdos em uma visão interdisciplinar, podem auxiliar no desenvolvimento de habilidades e competências clínicas (LOPES, AZEREDO, RODRIGUES, 2012; GRANERO-MOLINA *et al.*, 2012).

4.3.6 Como trabalhar a perspectiva clínica sem comprometer as demais perspectivas de formação?

Esse talvez seja um questionamento que todos os docentes envolvidos com a área clínica da Farmácia tenham enfrentado. O curso de Graduação em Farmácia permite a formação de um profissional multifacetado, e a inserção de mais um local de atuação, inicialmente vista como extremamente interessante, acaba por causar certo desconforto em docentes de outras áreas de formação, muito embora, conforme já verificado neste trabalho, muitos conteúdos já propostos para o curso são utilizados dentro da perspectiva clínica de formação. O mapa conceitual ilustrando esse questionamento está exposto na **figura 22**.

Analisando esse mapa conceitual, observamos dois conceitos iniciais que envolvem os outros agentes responsáveis pelo processo de ensino-aprendizagem, o “docente” e a “faculdade”. O conceito mais interno são as “áreas de atuação profissional”. Observamos também uma repetição de alguns conceitos que apareceram em outros mapas conceituais, como “disciplinas”, “método de ensino” e “estudo de casos”. Surge, de forma similar ao mapa conceitual elaborado em relação ao currículo, o viés da sociedade influenciando a formação profissional no ensino superior.

Figura 22: Mapa conceitual para a pergunta focal: Como trabalhar com a perspectiva clínica sem comprometer as demais perspectivas de formação?

Nas entrevistas com os profissionais farmacêuticos, pude observar diversos relatos de pessoas que acabaram trabalhando no hospital e na área clínica por acaso, principalmente entre os profissionais formados há mais tempo. Percebe-se também que existem muitos recém-formados que buscam capacitação profissional na área clínica, principalmente pelo aumento da oferta de residências multiprofissionais no País. No entanto, esses mesmos profissionais relatam que o curso de graduação apresentou apenas um panorama geral, impedindo um preparo adequado para sua atuação. Muitas vezes também, a unilateralidade do docente é um impeditivo para que o estudante tenha uma noção mais ampliada sobre o conteúdo que está trabalhando (BOMFIM, GOULART, OLIVEIRA, 2014).

Um ponto que talvez seja o mais dificultoso e que torne a discussão da formação clínica na área da Farmácia uma ameaça para as demais perspectivas de formação é a falta de preparo docente. Conforme verificamos ao longo deste trabalho, o farmacêutico se distanciou dos outros profissionais de saúde e do paciente para zelar pela produção industrial de medicamentos de qualidade. Muitos dos docentes que atuam hoje em universidades são oriundos dessa realidade: muito não tiveram a perspectiva de formação clínica em sua trajetória. Em um contexto diferenciado, como pode ser a aprendizagem baseada em problemas, extremamente proveitosa para a formação clínica, sua atuação se apresenta prejudicada. Já existem estratégias institucionalizadas nesse sentido (ALMEIDA, BATISTA, 2013; LONGHI *et al.*, 2014).

Além disso, muitos desses docentes são oriundos de áreas não-clínicas. São áreas tecnológicas, que distanciam os estudantes da perspectiva social da profissão. Além disso, muitos deles não possuem formação pedagógica, pois não se é exigido em concursos docentes, e isso dificulta a elaboração de estratégias de ensino. Fica nítida a falta de incentivo para o aprimoramento dos docentes, com a crescente demanda de publicação de artigos científicos, sendo que existe pouco espaço para se pensar no ensino (GOMES, ORTEGA, OLIVEIRA, 2010; ARBEX, SOUSA, MENDONÇA, 2013).

Conforme mencionado anteriormente, é importante levar em consideração o contexto social no qual a formação superior do estudante

ocorrerá, para que ele possa intervir nela de forma eficaz e transformadora. Quando se fala de saúde e, ainda por cima, de um sistema de saúde universal e público como é o Sistema Único de Saúde, é impossível não se pensar na questão social. Talvez a maior dificuldade seja a inserção dessa compreensão social da profissão farmacêutica, que já ocorre dentro das demais profissões da área da saúde (BECCHI *et al.*, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapeamento conceitual é o exemplo de uma ferramenta que pode ser utilizada de diversas formas e que permite trabalhar a vertente epistemológica da Aprendizagem Significativa. Tal vertente, ao se aproximar de uma leitura de educação que considera o processo de ensino-aprendizagem dinâmico e bilateral (docente e estudante são agentes ativos), traz consigo uma possibilidade de modificar o ensino das Ciências Farmacêuticas nos cursos de Graduação.

Nesse mesmo sentido, a Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos nos permite enxergar o conteúdo educacional como algo plástico, localizado temporal e espacialmente, ou seja, ele deve sempre se aproximar do contexto no qual ele está inserido. Assim, pensando em uma perspectiva de ensino que aproxime o estudante de Farmácia das atividades clínicas em conjunto com a equipe multiprofissional de saúde e dos pacientes, os métodos de ensino devem se modificar, não somente dentro da sala de aula, mas no contexto do projeto político-pedagógico e também do próprio currículo.

Dentre os mapas conceituais criados, gerados a partir de perguntas focais diversas, podemos observar quatro questões que ocorrem de maneira contínua: o estudante, o currículo, os problemas de saúde e o Sistema Único de Saúde. Não é por acaso, uma vez que esses quatro conceitos são discutidos de forma sistemática tanto neste trabalho quanto em outros que se propõem a estudar a dinâmica do processo de ensino-aprendizagem dentro das Ciências da Saúde.

Fica claro também que não é necessária uma modificação radical do currículo de Farmácia para que os estudantes possam ter contato com a área

clínica. Iniciativa em todos os níveis hierárquicos curriculares (professor, disciplina, instituição) podem ocorrer para promover esse encontro. De forma recorrente, deve-se evitar o foco no conteúdo a ser apresentado e investigar as formas de articular o processo de ensino-aprendizagem com os desafios que serão enfrentados no dia-a-dia do futuro profissional, além de incentivá-lo a ser um sujeito autônomo em seu aprendizado.

Dentro da perspectiva de Ausubel, essa autonomia parte da vontade do aprendiz em aprender, da responsabilidade do docente em trazer um material potencialmente significativo e da necessidade de ambos os atores em promover um ambiente que estimule essa aprendizagem significativa. Dentro deste último, a instituição e o currículo podem interferir de forma mais direta, promovendo ambientes físicos propícios para que ocorra esse processo. Não somente os estágios curriculares, mas esquemas de preceptoria e, no melhor dos casos, internato dos estudantes em instituições de saúde. Dessa forma, ao lidar com problemas reais, o estudante se depara também com dilemas ético-profissionais, impulsionando assim a compreensão social de seu trabalho.

Dentro da sala de aula, partimos de um patamar não muito animador: por ser uma área relativamente nova no Brasil, isto é, com a inserção das Diretrizes Curriculares Nacionais no começo do século XXI, poucos docentes tiveram formação em nível superior dentro desses parâmetros. Isso ocasiona certa dificuldade no diálogo entre a construção do conhecimento dentro da sala de aula e a realidade da clínica. Mesmo não tendo este tipo de formação, docentes tem experimentado formas diferenciadas de aulas – conhecidas popularmente por metodologias ativas de aprendizagem – o que vem estimulando pouco a pouco mudança na formação do farmacêutico brasileiro.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, 16(1): 167-184, 2011.

- AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; MIGUEL, S.S.; TEIXEIRA, L.S. Problematização como método ativo de ensino-aprendizagem: estudantes de farmácia em cenário de prática. **Trabalho, Educação, Saúde**, 9(1): 77-93, 2011.
- ALANO, G.M.; CORRÊA, T.S.; GALATO, D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17(3): 757-764, 2012.
- ALMEIDA, E.G.; BATISTA, N.A. Desempenho docente no context PBL: essência para a aprendizagem e formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 37(2): 192-201, 2013.
- ALMEIDA-FILHO, N. Towards an unified theory of health-disease: I. Health as a complex model-object. **Revista de Saúde Pública**, 47(3): 433-450, 2013.
- ANDRADE T.U.; BARBOSA, J.L.C.; LAIGNIER, L.L.M.; MATA, E.F.; CASSARO, K.O.F.; LENZ, D.; SAMPAIO, K.N.; BOËCHAT, G.A.P.; ENDRINGER, D.C. Scientific production in pharmaceutical care: comparison between Brazil, USA and Spain. **Brazilian Jorunal of Pharmaceutical Sciences**, 49(1): 39-47, 2013.
- ARBEX, A.P.S.; SOUSA, K.R.; MENDONÇA, A.L.O. Trabalho docente, readaptação e saúde: a experiência de professores de uma universidade pública. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 23(1): 263-284, 2013.
- AUSUBEL, D.P.; NOVAK, J.D.; HANESIAN, H. **Psicologia Educacional**. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1980.
- BARRETO, V.H.L.; MARCO, M.A. Visão de preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem no internato. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 38(1): 94-102, 2014.
- BECCHI, A.C.; ALBIERO, A.L.M.; PAVÃO, F.O.; PINTO, I.S.; GODOI, A.V.; DIAS, B.C.; GONÇALVES, E.C.A.; CAVALHERO, R.F. Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do grupo de trabalho de humanização na atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**, 22(2): 653-660, 2012.
- BOMFIM, M.I.; GOULART, V.M.P.; OLIVEIRA, L.Z. Formação docente na área da saúde: avaliação, questões e tensões. **Comunicação, Saúde e Educação**, 18(51): 749-758, 2014.

- CAMPOS, J.J.B.; ELIAS, P.E.M.; CORDONI JÚNIOR, L. Teaching public health in undergraduate medical courses: a case study in three universities in Paraná. **São Paulo Medical Journal**, 127(6): 335-341, 2009.
- CARDOSO, C.G.; HENNINGTON, E.A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, 9(1): 85-112, 2011.
- CAVALHEIRO, M.T.P.; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. **Caderno FNEPAS**, 1:19-27, 2011.
- CHEMELLO, C.; SOUZA, F.; PATRICIO, E.S.; FARIAS, M.R. Pharmaceutical care as a strategy to improve the safety and effectiveness of patients' pharmacotherapy at a pharmacy school: a practical proposal. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, 50(1): 185-193, 2014.
- ELLERY, A.E.L.; BOSI, M.L.M.; LOIOLA, F.A. Integração pesquisa, ensino e serviços de saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde e Sociedade**, 22(1): 187-198, 2013.
- FERNANDEZ, J.C.A. Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção da equidade. **Saúde e Sociedade**, 23(1): 167-179, 2014.
- FERREIRA, P.B.; COHRS, C.R.; DOMENICO, E.B.L. Software CMAPTOOLS para a construção de mapas conceituais: a avaliação dos alunos de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(4): 967-972, 2012.
- FONSECA, G.S.; JUNQUEIRA, S.R. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (campus capital): o olhar dos tutores. **Ciência e Saúde Coletiva**, 19(4): 1151-1162, 2014.
- FRANCO, R.S.; FRANCO, C.A.G.S.; PORTILHO, E.M.L.; CUBAS, M.R. O conceito de competência: uma análise do discurso docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 38(2): 173-181, 2014.
- FRENK J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z.A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; KE, Y.; KELLEY, P.; KISTNASAMY, B.; MELEIS, A.; PABLOS-MENDES, A.; REDDY, S.; SCRIMSHAW, S.; SEPULVEDA, J.; SERWADDA D. **Health professionals for a new century, transforming education to strengthen health systems in an independent world. The Lancet Comissions** 2010.

- FUNCHAL-WITZEL, M.D.R.; CASTRO, L.L.C.; ROMANO-LIEBER, N.S.; NARVAL, P.C. Brazilian scientific production on pharmaceutical care from 1990 to 2009. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, 47(2): 409-420, 2011.
- GALATO, D.; ALANO, G.M.; FRANÇA, T.F.; VIEIRA, A.C. Exame clínico objetivo estruturado (ECOE): uma experiência de ensino por meio de simulação do atendimento farmacêutico. **Comunicação, Saúde e Educação**, 15(36): 309-319, 2011.
- GALLO-BELLUZZO, S.R.; CORBETT, E.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. The first experience of clinical practice in psychology students' imaginary. **Paideia**, 23(56) 389-396, 2013.
- GRANERO-MOLINA, J.; FERNÁNDEZ-SOLA, C.; CASTRO-SANCHEZ, A.M.; JIMENEZ-LOPEZ, F.R.; AGUILERA-MARINQUE, G.; MARQUEZ-MEMBRIVE, J. The clinical seminar as a learning methodology: an evaluation of nursing student's views. **Acta Paulista de Enfermagem**, 25(3): 441-447, 2012.
- GOMES, A.J.P.S.; ORTEGA, L.N.; OLIVEIRA, D.G. Dificuldades da avaliação em um curso de Farmácia. **Avaliação**, 15(3): 203-221, 2010.
- GONTIJO, E.D.; ALVIM, C.; MEGALE, L.; MELO, J.R.C.; LIMA, M.E.C.C. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 37(4): 526-539, 2013.
- HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**. 47: 533-543, 1990.
- LADIM, S.A.; SILVA, G.T.R.; BATISTA, N.A. A vivência clínica na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64(3): 558-562, 2011.
- LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 24^a ed. São Paulo: Loyola. 2008.
- LIMBERGER, J.B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. **Comunicação, Saúde, Educação**, 17(47): 969-975, 2013.
- LONGHI, A.L.; BERMUDEZ, G.M.A.; ABENSUR, P.R.D.; RUIZ-MORENO, L. Una estrategia didáctica para la formación de educadores de salud en

- Brasil: la indagación dialógica problematizadora. **Comunicação, Saúde, Educação**, 18(51): 759-769, 2014.
- LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Teorias de currículo**. 1ª Edição. São Paulo: Editora Cortez, 2011. 279 p.
- LOPES, R.C.C.; AZEREDO, Z.A.S.; RODRIGUES, R.M.C. Competências relacionais: necessidades sentidas pelos estudantes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 20(6): 1-10, 2012.
- MARIN, M.J.S.; OLIVIERA, M.A.C.; CARDOSO, C.P.; OTANI, M.A.P.; MORAVCIK, M.Y.A.D.; CONTERNO, L.O.; SIQUEIRA JÚNIOR, A.C.; BRACIALLI, L.A.D.; NUNES, C.R.R. Aspectos da integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 37(4): 501-508, 2013.
- MARINHO, M.C. **As políticas nacionais de formação profissional de nível superior em saúde à luz de princípios e diretrizes do SUS, no período de 2003 a 2010**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fundação FIOCRUZ. 141 p. 2013.
- MARTINS, L.P. **Assistência Farmacêutica em Saúde Pública e sua abordagem no curso de farmácia de uma universidade do sul de Santa Catarina**. Monografia de Especialização em Metodologia e Didática no Ensino Superior. Universidade do Extremo Sul Catarinense; Criciúma. 78 p. 2006.
- MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P.; DOMINGOS, S.R.F.; OLIVEIRA, D.M.; ITO, T.N. Ensinar e aprender no campo clínico: percepção de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 67(4), 505-511, 2014.
- MIRANDA, T.M.M.; PETRICCIONE, S.; FERRACINI, F.T.; BORGES FILHO, W.M. Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. **Einstein**, 10(1): 74-78, 2012.
- NOVAK, J.D. **Conocimiento e Aprendizaje: Los mapas conceptuales como herramientas facilitadoras para escuelas y empresas**. Madrid: Editorial Alianza, 1998.
- NOVAK, J.D.; CAÑAS, A.J. **The theory underlying concept maps and how to construct them**. Relatório técnico apresentado junto ao programa IHMC CMapTools, 2006. Disponível em: <http://cmap.ihmc.us/Publications>.

Acesso em Junho 2014.

- NOVAK, J.D.; CAÑAS, A.J. Theoretical origins of conceptual maps, how to construct them, and uses in education. **Reflecting Education**, 3(1): 29-42; 2007.
- NOVAK, J.D.; GOWIN, D.B. **Aprender a aprender**. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 1999.
- NUNES, S.O.V.; MURAGUCHI, E.M.O.; FERREIRA FILHO, O.F.; PONTES, R.M.A.; CARDOSO, L.T.Q.; GRION, C.M.C.; DIP, R.M.; CARVALHO, L.C.L. O ensino de habilidades e atitudes: um relato de experiências. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 37(1): 126-131, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra, 2010.
- PÁDULA, M.; PINTO, A.V.; MATOS, G.C.; SIQUEIRA, D.T.; VIEIRA, R.C. Atenção farmacêutica e atenção flutuante: formações de compromisso entre farmácia e psicanálise. **Ciência e Saúde Coletiva**, 19(2): 609-618, 2014.
- PEDUZZI, M.; NORMAN, I.J.; GERMANI, A.C.C.G.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, G.C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Faculdade de Enfermagem da USP**, 47(4): 977-983, 2013.
- PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, 44(4): 601-612, 2008.
- PINTO, A.C.M.; OLIVEIRA, I.V.; SANTOS, A.L.S.; SILVA, L.E.S.; IZIDORO, G.S.L.; MENDONÇA, R.D.; LOPES, A.C.S. Percepção de alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 18(8): 2201-2210, 2013.
- PIZZINATTO, A.; GUSTAVO, A.S.; SANTOS, B.R.L.; OJEDA, B.S.; FERREIRA, E.; THIESEN, F.B.; CREUTZBERG, M.; ALTAMIRANO, M.; PANIZ, O.; CORBELLINI, V.L. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 36(1): 170-177, 2012.

- POSSAMAI, F.P.; DACOREGGIO, M.S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. **Trabalho, Educação, Saúde**, 5(3): 473-490, 2008.
- REIS, W.C.T.; SCOPEL, C.T.; CORRER, C.J.; ANDRZEJEVSKI, V.M.S. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. **Einstein**, 11(2): 190-196, 2013.
- RIBEIRO, K.R.B.; PRADO, M.L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 161-165, 2013.
- RODRIGUES, A.M.M.; FREITAS, C.H.A.; GUERREIRO, M.G.S.; JORGE, M.S.B. Preceptorial na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 35(2): 106-112, 2014.
- SANTOS, D.S.; ALMEIDA, L.M.W.S.; REIS, R.K. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: experiência de transformação e prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 47(6): 431-1436, 2013.
- SATURNINO, L.T.M.; LUZ, Z.P.; PERINI, E.; MODENA, C.M. Pharmaceutical assistance within the SUS: the experience of students in rural internship from a pharmacy school. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, 45(4): 819-827, 2009.
- SILVA, C.C.; SILVA, A.T.M.C.; OLIVEIRA, I.C.C.; LEON, C.G.R.M.P.; SERRÃO, M.C.P.N. Abordagem por competências no processo de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 58(1): 91-94, 2005.
- SILVA, M.J.; SOUSA, E.M.; FREITAS, C.L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos da atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64(2): 315-321, 2011.
- SILVA, V.O.; SANTANA, P.M.M.A. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. **Comunicação, Saúde, Educação**. Publicado eletronicamente antes de impresso. 2014.
- SOBRAL, F.R.; CAMPOS, C.J.G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(1): 208-218, 2012.
- TAVARES, R. Construindo mapas conceituais. **Ciência e Cognição**, 12: 72-85; 2007.

- TEIXEIRA, C.S.F.; COELHO, M.T.A.D.; ROCHA, M.N.D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação em saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 18(6): 1635-1646, 2013.
- VIANA, R.V.; MOREIRA, G.M.; MELO, L.T.M.; SOUSA, N.P.; BRASIL, A.C.O.; ABDORI, A.P.V. O estágio extracurricular na formação profissional: a opinião dos estudantes de fisioterapia. **Fisioterapia em Pesquisa**, 19(4): 339-344, 2012.
- VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(1): 213-220, 2007.

CAPÍTULO 7

Considerações finais da Tese

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Quando devemos fazer escolhas em nossas vidas, a informação é o principal veículo que permite tomar uma decisão. Em se tratando de uma carreira profissional, diversos aspectos são levados em consideração, dentre eles o tipo de formação que a instituição de ensino superior oferece e as oportunidades profissionais após a conclusão do curso. Nesse sentido, a carreira na área de Farmácia possui um desafio ainda maior para o aluno recém-ingressado, uma vez que ela apresenta um leque de opções bastante amplo, além de que possui mais de 400 cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação. Talvez essa grande variedade de opções de carreira possam levar a uma falta de identidade profissional do farmacêutico.

A evolução da profissão farmacêutica passou por etapas bastante diferentes, seguindo as necessidades da população e as inovações tecnológicas. Por causa disso nos afastamos da frente de atuação com o paciente na assistência à saúde para atuar dentro da indústria farmacêutica, após a Segunda Guerra Mundial, no preparo e garantia da qualidade do principal insumo utilizado na medicina ocidental: o medicamento. Hoje em dia, com muitos processos automatizados nas indústrias e nos hospitais, dentro das análises clínicas, o nicho de atuação se volta para outras necessidades sociais: na pesquisa clínica, na farmacovigilância e na farmácia clínica.

O conceito de saúde, mutável ao longo dos anos, hoje em dia fala de um completo bem estar bio-psico-social e não só a ausência de doenças. Aliado a isso, a mudança conhecida como inversão do processo de assistência à saúde levou ao reconhecimento da necessidade dos profissionais de saúde intervirem de forma mais efetiva nos problemas de saúde primários, impedindo casos de agravamento do estado de saúde da comunidade. Em relação aos profissionais farmacêuticos, desde o começo da década de 1990, órgãos internacionais defendem uma reorientação da prática profissional, para que ele tenha uma visão mais focada no paciente e não somente no medicamento. Inicialmente denominada *Pharmaceutical Care* (frequentemente traduzido como "atenção farmacêutica" no Brasil), nos Estados Unidos em 1990, essa filosofia da prática farmacêutica defende um

compromisso do farmacêutico com o usuário do medicamento, assegurando uma individualização da terapia medicamentosa e um uso racional dos medicamentos.

O movimento do *Pharmaceutical Care* é posterior a outro movimento norte-americano, surgido na década de 1960, a partir do descontentamento de farmacêuticos hospitalares: a Farmácia Clínica. Com o aumento da produção de medicamentos, houve um aumento também no seu consumo, o que levou ao surgimento de diversos problemas relacionados com o uso desses medicamentos. Nesse momento, os farmacêuticos hospitalares americanos entendiam que poderiam contribuir com a segurança do tratamento dos pacientes fornecendo informações relevantes aos membros da equipe de saúde sobre medicamentos. Hoje em dia, alguns pesquisadores e entidades profissionais nacionais e internacionais defendem a prática clínica do farmacêutico junto ao paciente, seja no leito hospitalar, em uma consulta ambulatorial ou na residência do próprio paciente, de forma similar ao que ocorre com os outros profissionais de saúde.

Além da questão de mercado de trabalho, é importante frisar a necessidade de retorno do farmacêutico para a atuação junto ao paciente e à equipe de saúde. Muitos problemas relacionados com os medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica revelam que o próprio insumo pode ser uma causa do adoecimento. Fica claro que há necessidade de se acompanhar o processo do uso do medicamento pela população, tentando impedir a morbimortalidade por medicamentos. Aliado a isso, a Atenção Farmacêutica aparece como uma filosofia profissional que visa aproximar o farmacêutico do paciente e da equipe de saúde, em consonância com aspectos éticos e de responsabilidade pelo processo de assistência à saúde.

Nesse sentido, fica claro que o currículo de uma instituição de ensino superior é um constructo social no qual ela deve apresentar seus ideais formativos. O projeto político-pedagógico não deve ser considerado apenas um documento de cunho legal para o reconhecimento do curso, e foi essa a impressão que me foi passada ao analisar as produções das instituições participantes desse trabalho. Há certo descuido, que pode ser resultado de diferentes questões (administrativas, de interesse ou de tempo), mas que, no

final, faz com que este documento não represente o que pode ser oferecido ao estudante. Por vezes, esses documentos nem estão acessíveis.

Além disso, fica claro também que a construção do projeto político-pedagógico não deve ser privativa dos docentes da instituição de ensino, mas devem fazer parte discentes, ex-alunos e a própria comunidade local, numa busca pela verdadeira inserção social do currículo. Infelizmente, minhas observações tanto dos projetos analisados quanto em minha experiência pessoal como discente e docente do curso de Farmácia é que o projeto político-pedagógico é criado por um grupo restrito – geralmente membros da Comissão de Graduação – e as discussões permeiam lugar práticos, técnicos e, na maioria dos casos, extremamente superficiais. Já presenciei discussão sobre o encaixe das disciplinas na matriz curricular mais longas do que a reflexão sobre a aproximação do estudante à realidade social que o envolve. Segundo um docente que participou dessa reunião, quando questionei as prioridades de discussão, “a gente deixa isso (a questão de inserção social) para o estágio, estamos aqui para colocar conteúdo na cabeça de vocês”.

O ensino jesuítico, ou aquele que “coloca conteúdo na cabeça dos alunos” já é muito discutido e tido como uma forma de aula que não favorece o processo de ensino-aprendizagem. Novas formas de se pensar o conteúdo como um meio para se atingir um objetivo, e não um fim em si só, vem surgindo e justificando novas práticas docentes que podem acarretar em novas práticas curriculares. Uma das mais conhecidas é a aprendizagem baseada em problemas, que se torna extremamente interessante quando devemos refletir sobre os problemas de saúde da população e a forma técnica, ética e clínica da prestação da assistência à saúde.

Outra questão envolvendo o currículo é sua aproximação espaço-temporal com a sociedade na qual ele está inserido. O panorama apresentado reflete uma sociedade na qual há uma urgência da presença e atuação do farmacêutico de forma mais direta com o processo assistencial de saúde, interagindo tanto com o paciente quanto com a equipe de saúde. As próprias Diretrizes Curriculares Nacionais, instituídas em 2002, apelam para a formação de um profissional que possa compreender a atuar no nosso Sistema Único de Saúde. No entanto, é possível compreendermos a

dimensão e a importância de tal sistema de saúde se não existem, ou se são pouco contemplados, no ementário dos cursos de Farmácia, conteúdos envolvendo questões como Saúde Pública, Saúde Coletiva e Sociologia? Como se pensar em uma equipe de saúde mais bem preparada para atuar em colaboração para a melhoria das condições de saúde da sociedade se as profissões não se encontram em ambientes de reflexão pedagógica?

Essas questões esbarram em um momento contemporâneo no qual se repensa a especificação e a segregação do conhecimento humano e, dentro dele, da forma de se pensar no processo saúde-doença de forma mais ampla. Desejamos não tratar de um pé diabético ou de uma úlcera gástrica, mas de proporcionar ao paciente melhores condições de saúde. Nesse sentido, a opção por cursos generalistas na área de Farmácia é um acerto ao proporcionar bases sólidas de formação para o estudante. Infelizmente, a formação de um profissional de Farmácia para questões clínicas ainda é recente e pouco inserida nos cursos, mas já apresenta um avanço quando comparado com anos atrás.

Além disso, o farmacêutico aparece pouco a pouco como um membro efetivo da equipe de saúde. Prova disso é a presença desse profissional de forma cada vez mais elevada dentro das clínicas. As entrevistas realizadas puderam comprovar que ainda existem diversos caminhos a serem desbravados dentro da Farmácia Clínica e da Atenção Farmacêutica: os profissionais que trabalham dentro dessa perspectiva possuem cada vez mais reconhecimento como membros da equipe, embora ainda possam realizar mais.

Pude observar em minha pesquisa de campo que um fator que parece determinante para a união dos membros de equipes multiprofissionais de saúde é a instituição da residência multiprofissional. Parece que é a partir dela que os profissionais mais antigos do hospital começam a se deparar com um tipo de ensino diferenciado, que faz mudar sua prática. Algo que chamou minha atenção nos hospitais que oferecem a residência multiprofissional é a liberdade e a autonomia que essa equipe possuía dentro do hospital e em relação ao seu trabalho. Não digo liberdade de trabalhar independente da equipe contratada, mas o fluxo de informação parece correr com maior facilidade por entre esses profissionais.

Além disso, percebi que a segregação do profissional médico em sua própria residência pode ser uma explicação viável para o ainda pequeno contato dele com os demais profissionais de saúde. A própria regulação do oferecimento de residências multiprofissionais defende uma prática segregada da prática médica, uma vez que nenhum médico pode fazer residência multiprofissional.

Adicionalmente, as visitas aos hospitais me trouxeram duas constatações reconfortantes: os profissionais recém-formados sabem que possuem um lugar na equipe de saúde, e os diretores de todos os serviços estão preocupados em inserir o farmacêutico nessa equipe. Isso mostra não somente que o ensino de Farmácia tem avançado nessa área de atenção ao paciente, mas que ainda são necessárias melhorias, tanto de infraestrutura dos locais de estágio, como de adequação a uma formação mais clínica e desenvolvimento de habilidades que possam equiparar o farmacêutico aos outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde.

Acredito que mais que observar e analisar as questões pertinentes à formação profissional do farmacêutico brasileiro, este trabalho pretendeu ser um espaço de reflexão para a própria questão da Farmácia. Não podemos nos colocar como “os profissionais do medicamento”, expressão simplista que ouvi por diversas vezes desde que comecei minha graduação. Não podemos ser profissionais de um produto, mas sim de serviços prestados dentro da assistência à saúde, melhorando a qualidade de vida de pessoas e comunidades.

Em cem anos, a sociedade terá outras necessidades. Serão essas necessidades novamente que irão moldar a função do farmacêutico. Pensando bem, talvez em cem anos não exista mais o farmacêutico. Talvez exista algum novo nome, mas a sua pedra fundamental estará lá: o cuidado ao paciente, o comprometimento com a melhora da sua condição de saúde. Se não pensarmos nisso, que condições teremos de sobreviver como profissão? A produção, o estoque e mesmo a distribuição dos medicamentos já são robotizados em muitos lugares, ou realizados por outros profissionais. Será que precisamos de tantos farmacêuticos em indústrias, em distribuidoras de medicamentos, em indústrias de matéria-prima? Farmacêuticos são e serão importantes em todos os lugares nos quais haja

uma necessidade em relação ao uso do medicamento: na drogaria, no posto de saúde, no hospital, nas equipes de saúde da Família.

Mas, para isso acontecer, a formação dos novos profissionais deve ser repensada, deve se adequar ao que a sociedade necessita. Uma educação estagnada no tempo não consegue preparar o profissional para os desafios do futuro. Uma formação atrelada às mudanças sociais, dentro da qual se dê um valor significativo ao reconhecimento da realidade local, permitirá ao farmacêutico transformar o mundo e promover saúde em qualquer lugar que ele estiver.

Anexo 1

Afirmatório e entrevista semi-estruturada aplicados aos Farmacêuticos

Questionário de Avaliação
Interação Farmacêutico – Equipe Multiprofissional de Saúde (EMS)

Parte I – Dados Socioeducativos

Idade: _____

Sexo

Masculino ☐

Feminino ☐

Grau máximo de formação

Bacharelado ☐
Doutorado ☐

Especialização ☐
Pós- Doutorado ☐

Mestrado ☐

Há quanto tempo está formado(a)

Até 1 ano ☐
Entre 11 e 15 anos ☐

Entre 1 e 5 anos ☐
Acima de 16 anos ☐

Entre 6 e 10 anos ☐

Tempo trabalhando com a atual Equipe Multiprofissional de Saúde

Até 1 ano ☐
Entre 11 e 15 anos ☐

Entre 1 e 5 anos ☐
Acima de 16 anos ☐

Entre 6 e 10 anos ☐

Média semana de horas trabalhadas

Até 30 horas ☐

Entre 30 e 40 horas ☐

Acima de 40 horas ☐

Realiza plantão (12 horas seguidas ou mais de trabalho)?

Sim ☐

Não ☐

Cargo atual

Residente ☐
Responsável Técnico ☐

Farmacêutico ☐
Diretor ☐

Farmacêutico-Chefe ☐
Outro: _____ ☐

Dentre as opções abaixo, selecione a mais próxima da sua área principal de trabalho

Gerenciamento ☐
Clínica Médica ☐
UTI Pediátrica ☐

Depósito ☐
Clínica Pediátrica ☐
Ambulatório ☐

Dispensação ☐
UTI Adulto ☐
Farmacotécnica ☐

Outra: _____

Assinale os profissionais com os quais você já compartilhou informação sobre pacientes

Médico ☐
Fisioterapeuta ☐
Fonoaudiólogo ☐
Psicólogo ☐

Enfermeiro ☐
Odontólogo ☐
Educador Físico ☐

Nutricionista ☐
Terapeuta Ocupacional ☐
Assistente Social ☐

Assinale os profissionais com os quais você trabalha diariamente

Médico ☐
Fisioterapeuta ☐
Fonoaudiólogo ☐
Psicólogo ☐

Enfermeiro ☐
Odontólogo ☐
Educador Físico ☐

Nutricionista ☐
Terapeuta Ocupacional ☐
Assistente Social ☐

Assinale quais atividades você mais realiza em sua prática diária

Análise de prescrições ☐
Verificação de incompatibilidades ☐
Informação sobre medicamentos ☐

Verificação de interações ☐
Orientação a pacientes ☐
Contato com indústrias ☐

Farmacovigilância ☐
Dispensação ☐
Manipulação ☐

Outra(s): _____

Parte II – Avaliação da interação com a Equipe Multiprofissional de Saúde (EMS)

Refleta sobre as seguintes afirmações assinalando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) seu grau de concordância com elas. Caso não queira emitir opinião sobre alguma afirmação, assinale a alternativa 4 (não concordo nem discordo).

	1	2	3	4	5	6	7
As minhas intervenções são analisadas e aceitas pela Equipe Multiprofissional de Saúde							
Quando rejeitadas as minhas intervenções, me são apresentadas razões (fundamentadas em evidência ou não) que me satisfazem							
Há respeito mútuo entre os membros de minha Equipe Multiprofissional de Saúde							
Sou apresentado formalmente pelos profissionais da EMS aos estagiários, internos e residentes							
Forneço informações relevantes acerca de paciente com outros membros da Equipe Multiprofissional de Saúde							
Recebo espontaneamente informações sobre condições clínicas do paciente associadas com medicamentos (alergias...)							
Sinto resistência por parte dos outros membros da Equipe Multiprofissional de Saúde sobre a minha atuação							
Minhas atividades em relação à terapia medicamentosa são limitadas							
Proponho mudança de terapia medicamentosa baseada em evidência clínica quando há melhor opção							
Proponho mudança de terapia medicamentosa baseada em evidência clínica quando há risco de interações/incompatibilidades negativas e desaconselhadas							
Proponho mudança de terapia medicamentosa quando há alternativa padronizada							
Minha colaboração só é solicitada quando há necessidade de orientar o paciente quanto ao uso correto de medicamentos							

Já fui advertido quanto a passar dos limites de minha competência profissional em relação à terapia medicamentosa.

Sou chamado para resolver problemas para os quais não possuo preparo adequado

Trabalho tanto com a Equipe Multiprofissional de Saúde quanto com o paciente

Reservo a maior parte do meu tempo para exercer atividades dentro da clínica/consultório

Passo grande parte do tempo dentro da farmácia/ afastado da Equipe Multiprofissional de Saúde

Passo grande parte do tempo com atividades administrativas (participação em reuniões, arquivamento...)

Passo grande parte do tempo analisando prontuários e/ou prescrições médicas

Passo grande parte do tempo junto ao leito, com pacientes e profissionais, exercendo atividades clínicas

Cubro constantemente áreas das quais tenho pouco conhecimento/ experiência prática

Gostaria de mudar a distribuição de tempo gasto em minhas atividades diárias

Sinto que a Equipe Multiprofissional de Saúde me cobra mais do que sou capaz de atender

Trabalho tanto com a Equipe Multiprofissional de Saúde, quanto com o paciente

Sinto que deveria estudar mais nas horas vagas para atender às necessidades da Equipe Multiprofissional de Saúde

Após um período de férias, demoro alguns dias para restabelecer o contato diário com minha EMS

Sou receoso ao cobrir a área de outro colega farmacêutico

1	2	3	4	5	6	7

Ainda tenho que me adaptar na parceria com a Equipe Multiprofissional de Saúde para atuar melhor

Acredito que o maior desafio seja estar atualizado com as novidades terapêuticas e legislações vigentes

Já percebi mudanças em prescrições depois de repetidas intervenções realizadas

Já percebi mudanças no uso de medicamentos dentro da clínica depois de repetidas intervenções realizadas

A Equipe Multiprofissional de Saúde instituiu-me um papel exclusivo em relação ao cuidado com o paciente

Quando estou de férias, a Equipe Multiprofissional procura outro farmacêutico para sanar suas dúvidas

Estou satisfeito com minha interação com a Equipe Multiprofissional de Saúde

Sou cobrado diariamente para passar informação acerca de medicamentos

1	2	3	4	5	6	7

Avaliação baseada na escala Likert (Zillich *et al.*, Value in Health; 8(1):59-66. 2005)

Muito obrigado por sua participação!

Anexo 2

Afirmatório aplicado aos outros profissional de Saúde

Questionário de Avaliação
Interação Farmacêutico – Equipe Multiprofissional de Saúde

Parte I – Dados Socioeducativos

Idade: _____

Sexo

Masculino ☐

Feminino ☐

Grau máximo de formação

Bacharelado ☐
Doutorado ☐

Especialização ☐
Pós- Doutorado ☐

Mestrado ☐

Há quanto tempo está formado(a)

Até 1 ano ☐
Entre 11 e 15 anos ☐

Entre 1 e 5 anos ☐
Acima de 16 anos ☐

Entre 6 e 10 anos ☐

Tempo trabalhando com a atual ou última Equipe Multiprofissional de Saúde

Até 1 ano ☐
Entre 11 e 15 anos ☐

Entre 1 e 5 anos ☐
Acima de 16 anos ☐

Entre 6 e 10 anos ☐

Média semana de horas trabalhadas

Até 30 horas ☐

Entre 30 e 40 horas ☐

Acima de 40 horas ☐

Realiza plantão (12 horas seguidas ou mais de trabalho)?

Sim ☐

Não ☐

*Profissão (caso seja residente, assinalar **também** a alternativa RESIDENTE)*

Médico ☐
Psicólogo ☐
Fonoaudiólogo ☐
Fisioterapeuta ☐

Enfermeiro ☐
Odontólogo ☐
Educador Físico ☐
Residente ☐

Nutricionista ☐
Terapeuta Ocupacional ☐
Assistente Social ☐

Na sua prática diária, você possui contato com o Farmacêutico?

Sim ☐

Não ☐

Se a resposta for negativa, não preencha a parte II, mas explique a que você atribui essa falta de contato: _____

Parte II – Avaliação da interação com a Equipe Multiprofissional de Saúde (EMS)

Refleta sobre as seguintes afirmações assinalando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) o seu grau de concordância com elas. Se a afirmação não corresponder com sua área de atuação, ou se você não quiser emitir opinião, assinale a alternativa 4 (nem concordo, nem discordo).

	1	2	3	4	5	6	7
Aceito as sugestões do(s) farmacêutico(s) quando bem evidenciadas							
Consulto o(s) farmacêutico(s) quando tenho dúvidas sobre o uso adequado de medicamentos							
Respeito as decisões tomadas pelo(s) farmacêutico(s)							
O(s) farmacêutico(s) me foi(foram) apresentado(s) formalmente							
Distribuo informações relevantes acerca de pacientes com o(s) farmacêutico(s)							
O(s) farmacêutico(s) aparece(m) apenas quando o paciente apresenta reação adversa ao tratamento							
Confio nas decisões clínicas tomadas pelos membros da minha Equipe Multiprofissional de Saúde							
O(s) farmacêutico(s) deve(m) sugerir mudança de tratamento medicamentoso quando há risco para o paciente							
O(s) farmacêutico(s) deve(m) participar de orientação ao paciente sempre que houver dúvida relacionada com medicamentos							
O(s) farmacêutico(s) pode(m) se recusar a dispensar medicamentos							

	1	2	3	4	5	6	7
É função do(s) farmacêutico(s) nos alertar sobre interações medicamentosas e alimentares							
O(s) farmacêutico(s) auxilia(m) na segurança do paciente em relação à nutrição parenteral							
O(s) farmacêutico(s) pode(m) solicitar exames laboratoriais complementares							
O(s) farmacêutico(s) auxilia(m) na informação sobre disponibilidade de medicamentos no hospital e na rede pública							
A presença do(s) farmacêutico(s) me traz maior segurança em relação ao tratamento medicamentoso							
A atuação do(s) farmacêutico(s) mudou minha prática clínica diária							
Quando o(s) farmacêutico(s) da minha Equipe Multiprofissional de Saúde não está(ão) presente(s), procuro outro para me auxiliar							
O(s) farmacêutico(s) ajudou(aram) a reduzir o uso de medicamentos na equipe multiprofissional de saúde							
O(s) farmacêutico(s) ajudou(aram) a reduzir o custo de medicamentos							

Avaliação baseada na escala Likert (Zillich *et al.*, Value in Health; 8(1):59-66. 2005)

Muito obrigado por sua participação!

Anexo 3

Termo de Consentimento Livre Esclarecido para Farmacêuticos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**O Farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde: Formação,
Atribuições, Necessidades e Demandas no Contexto Brasileiro**

Informações do Voluntário

Nome:		
Documento de Identidade nº:	Sexo: () M () F	
Data de Nascimento:		
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Endereço Eletrônico:	

Projeto de Pesquisa

Título: “O Farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde: Formação, Atribuições, Necessidades e Demandas no Contexto Brasileiro”	
Duração: 4 anos	
Pesquisador responsável: Sílvia Storpirtis	
Cargo/ Função: Prof. Associado	Nº do Registro do Conselho Regional: CRF-SP no. 9794
Instituição: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo	

Prezado voluntário,

Você foi convidado para participar da pesquisa “O Farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde: Formação, Atribuições, Necessidades e Demandas no Contexto Brasileiro”. Este é o trabalho de Doutorado de Marc Strasser, aluno da FCF/USP, sob orientação da Profa. Sílvia Storpirtis. O objetivo deste trabalho é analisar a interação entre o farmacêutico e os outros profissionais da Equipe Multiprofissional de Saúde. É importante que você leia este consentimento e compreenda que a participação neste estudo é inteiramente voluntária, e que você

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

não precisa responder a nenhuma pergunta que não se sentir a vontade de responder.

Você só será considerado incluído no estudo quando concordar com o que está escrito neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Existem duas formas de fazer isso. Ou você pode assinar e datar este documento e enviá-lo aos cuidados do pesquisador; ou, caso você tenha recebido este formulário por e-mail, você pode copiar o corpo do texto do TCLE no e-mail de resposta, seguido pela frase “Li a explicação sobre este estudo e tive a oportunidade de discuti-lo e fazer perguntas. Aqui consinto minha participação neste estudo.”, além de escrever seu nome completo e número do Registro Geral (RG).

Caso você concorde em participar da pesquisa, lhe forneceremos um questionário, dividido em duas partes: a primeira parte é uma lista de perguntas de múltipla-escolha que tem por objetivo avaliar o grupo amostral de voluntários. A segunda parte é composta por diversas afirmações, para as quais você deverá informar em uma escala numerada de 1 a 7 se você discorda completamente (1) ou se concorda completamente (7) com as afirmações sugeridas. A seguir, você será entrevistado pelo pesquisador, que fará cinco perguntas abertas com o objetivo de observar a sua participação dentro da equipe de saúde e a forma com que a educação superior que você teve influencia em seu trabalho diário. A entrevista durará cerca de 5 (cinco) minutos e será realizada em uma sala fechada. O pesquisador deverá gravar a entrevista para posterior análise de discurso.

Serão contatados apenas farmacêuticos. Os possíveis riscos e desconfortos que este estudo pode gerar são mínimos. Você não obterá nenhum benefício direto neste estudo, porém estará contribuindo para a ampliação do entendimento da interação Farmacêutico - Equipe Multiprofissional de Saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de modo que não permitam a sua identificação.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você possui total liberdade em recusar ou desistir de participar desta pesquisa. Caso deseje desistir, comunique-se com a orientadora do trabalho, ou com o próprio aluno. Você tem a garantia de que não haverá qualquer prejuízo em relação ao seu trabalho na Instituição.

Caso você tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, você pode entrar em contato com a orientadora do trabalho, Profa. Sílvia Storpirtis, ou com o aluno Marc Strasser, no telefone: 11 3091-3623 no Departamento de Farmácia da FCF/USP, Av. Lineu Prestes, 580, Bloco 13, andar inferior, Cidade Universitária Armando de Salles Oliveira, Butantã, São Paulo – SP, CEP 05508-900.

Consentimento Pós-Esclarecido:

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

_____, _____
(local) (data)

_____ Assinatura do sujeito de pesquisa Ou responsável legal	_____ Assinatura do pesquisador responsável
--	--

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo – Av. Prof. Lineu Prestes, 580 - Bloco 13A – Butantã – São Paulo – CEP 05508-900. Fone: 3091-3622, fone-fax: 3091-3677 – e-mail: cepfcf@usp.br

Anexo 4

Termo de Consentimento Livre Esclarecido para outros profissionais de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**O Farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde: Formação, Atribuições,
Necessidades e Demandas no Contexto Brasileiro**

Informações do Voluntário

Nome:		
Documento de Identidade nº:	Sexo: () M () F	
Data de Nascimento:		
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Endereço Eletrônico:	

Projeto de Pesquisa

Título: “O Farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde: Formação, Atribuições, Necessidades e Demandas no Contexto Brasileiro”	
Duração: 4 anos	
Pesquisador responsável: Sílvia Storpirtis	
Cargo/ Função: Prof. Associado	Nº do Registro do Conselho Regional: CRF-SP no. 9794
Instituição: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo	

Prezado voluntário,

Você foi convidado para participar da pesquisa “O Farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde: Formação, Atribuições, Necessidades e Demandas no Contexto Brasileiro”. Este é o trabalho de Doutorado de Marc Strasser, aluno da FCF/USP, sob orientação da Profa. Sílvia Storpirtis. O objetivo deste trabalho é analisar a interação entre o farmacêutico e os outros profissionais da Equipe Multiprofissional de Saúde. É importante que você leia este consentimento e compreenda que a participação neste estudo é inteiramente voluntária, e que você não precisa responder a nenhuma pergunta que não se sentir a vontade de responder.

Você só será considerado incluído no estudo quando concordar com o que está escrito neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Existem duas formas de fazer isso. Ou você pode assinar e datar este documento e enviá-lo aos cuidados do

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

pesquisador; ou, caso você tenha recebido este formulário por e-mail, você pode copiar o corpo do texto do TCLE no e-mail de resposta, seguido pela frase “Li a explicação sobre este estudo e tive a oportunidade de discuti-lo e fazer perguntas. Aqui consinto minha participação neste estudo.”, além de escrever seu nome completo e número do Registro Geral (RG).

Caso você concorde em participar da pesquisa, lhe forneceremos um questionário, dividido em duas partes: a primeira parte é uma lista de perguntas de múltipla-escolha que tem por objetivo avaliar o grupo amostral de voluntários. A segunda parte é composta por diversas afirmações, para as quais você deverá informar em uma escala numerada de 1 a 7 se você discorda completamente (1) ou se concorda completamente (7) com as afirmações sugeridas.

Serão contatados farmacêuticos e outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, fonoaudiólogos, educadores físicos, psicólogos e assistentes sociais). Os possíveis riscos e desconfortos que este estudo pode gerar são mínimos.

Você não obterá nenhum benefício direto neste estudo, porém estará contribuindo para a ampliação do entendimento da interação Farmacêutico - Equipe Multiprofissional de Saúde.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo sobre sua participação. Os dados serão divulgados de modo que não permitam a sua identificação.

Você possui total liberdade em recusar ou desistir de participar desta pesquisa. Caso deseje desistir, comunique-se com a orientadora do trabalho, ou com o próprio aluno. Você tem a garantia de que não haverá qualquer prejuízo em relação ao seu trabalho na Instituição.

Caso você tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, você pode entrar em contato com a orientadora do trabalho, Profa. Sílvia Storpirtis, ou com o aluno Marc Strasser, no telefone: 11 3091-3623 no Departamento de Farmácia da FCF/USP, Av. Lineu Prestes, 580, Bloco 13, andar inferior, Cidade Universitária Armando de Salles Oliveira, Butantã, São Paulo – SP, CEP 05508-900.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Consentimento Pós-Esclarecido:

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

_____, _____
(local) (data)

Assinatura do sujeito de pesquisa
Ou responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo – Av. Prof. Lineu Prestes, 580 - Bloco 13A – Butantã – São Paulo – CEP 05508-900. Fone: 3091-3622, fone-fax: 3091-3677 – e-mail: cepfcf@usp.br

Anexo 5

**Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de
Ciências Farmacêuticas da Universidade de São
Paulo**

PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer CEP/FCF/73/2011
Protocolo CEP/FCF/578
CAAE: 0018.0.018.000-11

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa:	O Farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde: Formação, Atribuições, Necessidades e Demandas no Contexto Brasileiro.
Pesquisador Responsável:	Profa. Dra. Sílvia Storpirtis
Aluno de Pós-Graduação	Marc Strasser
Instituição:	Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP

II - Sumário Geral do Protocolo:

As mudanças ocorridas no Sistema Único de Saúde nos últimos anos, como a instituição de políticas setoriais, dentre as quais as Políticas Nacionais de Medicamentos e Assistências Farmacêutica, associadas às mudanças nas políticas educacionais, forçaram uma modificação na atuação do profissional farmacêutico. Nesse sentido, o farmacêutico necessita adquirir capacitação para atuar em conjunto com a Equipe Multiprofissional de Saúde. O objetivo deste trabalho é verificar se o ensino superior capacita o farmacêutico a atuar em colaboração com a Equipe Multiprofissional de Saúde. Com base em metodologia qualitativa, este trabalho analisará projetos político-pedagógicos de algumas instituições brasileiras, estudará, a partir de questionários qualitativos, as necessidades da Equipe Multiprofissional de Saúde da presença do farmacêutico e avaliará a inserção do farmacêutico dentro da Equipe Multiprofissional de Saúde. Com este trabalho, espera-se elaborar um panorama do ensino das Ciências Farmacêuticas voltado para a Atenção Básica em Saúde, Atenção e Assistência Farmacêuticas.

Os objetivos do presente estudo são:

O objetivo deste trabalho é discutir a inserção do profissional Farmacêutico dentro da Equipe Multidisciplinar de Saúde (EMS), buscando verificar o preparo deste profissional para atuar na área e as necessidades desta equipe multidisciplinar.

Como objetivos secundários, este trabalho pretende:

- Avaliar as necessidades dos profissionais de saúde em relação ao que o farmacêutico pode contribuir para a sua prática diária;
- Verificar a adequação do currículo do profissional farmacêutico para a inserção dele na Equipe Multidisciplinar de Saúde;
- Avaliar a inserção do profissional farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde nos Hospitais Universitários do Brasil.

Descrição da Casuística:

O levantamento das atividades farmacêuticas exercidas dentro da Equipe Multiprofissional de Saúde será obtido a partir de: questionários qualitativos enviados aos profissionais de nível superior; questionários qualitativos específicos enviados aos farmacêuticos da equipe e de entrevistas dos mesmos. Assim, serão utilizados dois roteiros distintos: um direcionado para farmacêuticos, outro voltado para outros profissionais de saúde de nível superior

(médico, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educador físico, odontólogo e assistente social).

III – Situação do Projeto: APROVADO em reunião de 30 de maio de 2011.

Cabe ao pesquisador:

- Comunicar ao CEP:
 - Eventuais modificações no projeto aguardando a apreciação e aprovação do CEP;
 - A interrupção do projeto;
- Apresentar relatório parcial em dez/2012 e relatório final em dez/2014.

São Paulo, 01 de junho de 2011.

Profa. Dra. Mariza Landgraf
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/FCF/USP

Anexo 6

Ficha do Aluno – Sistema Janus

(currículo Lattes do aluno disponível em:

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4266895D2>)

Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

9139 - 5155493/2 - Marc Strasser

Email: marc.strasser@usp.br
Data de Nascimento: 30/04/1985
Cédula de Identidade: RG - 21.952.377-0 - SP
Local de Nascimento: Estado de São Paulo
Nacionalidade: Brasileira
Graduação: Farmacêutico-Bioquímico - Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Universidade de São Paulo - São Paulo - Brasil - 2008
Mestrado: Mestre em Ciências - Área: Insumos Farmacêuticos - Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Universidade de São Paulo - São Paulo - Brasil - 2011

Curso: Doutorado
Programa: Fármaco e Medicamentos
Área: Produção e Controle Farmacêuticos
Data de Matrícula: 04/03/2011
Início da Contagem de Prazo: 04/03/2011
Data Limite para o Depósito: 04/03/2015
Orientador: Prof(a). Dr(a). Silvia Storpiris - 04/03/2011 até o presente. E.Mail: sstor@usp.br
Coorientador: Prof(a). Dr(a). Maria Isabel de Almeida - 26/10/2011 até o presente. E.Mail: mialmei@usp.br
Proficiência em Línguas: Inglês, Aprovado em 04/03/2011
Data de Aprovação no Exame de Qualificação: Aprovado em 11/04/2013
Data do Depósito do Trabalho: 27/02/2015
Título do Trabalho: "Da sala de aula à práxis clínica no contexto do Sistema Único de Saúde: o currículo de Farmácia frente às necessidades da população brasileira"
Data Máxima para Aprovação da Banca: 28/04/2015
Data de Aprovação da Banca:
Data Máxima para Defesa:
Data da Defesa:
Resultado da Defesa:
Histórico de Ocorrências: Ingressou no Doutorado em 04/03/2011
Matrícula de Acompanhamento em 03/02/2015

Aluno matriculado no Regimento da Pós-Graduação USP (Resolução nº 5473 em vigor de 18/09/2008 até 19/04/2013)

Última ocorrência: Matrícula de Acompanhamento em 03/02/2015

Impresso em: 27/02/15 17:11:27

Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

9139 - 5155493/2 - Marc Strasser

Sigla	Nome da Disciplina	Início	Término	Carga Horária	Cred.	Freq.	Conc.	Exc.	Situação
FBF5794-1/3	Tópicos Gerais de Fármaco e Medicamentos II	15/03/2011	23/05/2011	30	0	0	-	N	Pré-matrícula indeferida
FBC5733-3/1	Ciências Farmacêuticas na Educação em Saúde	16/05/2011	29/05/2011	60	4	95	A	N	Concluída
FBC5737-3/1	Farmacocinética Avançada	04/08/2011	12/10/2011	120	8	100	A	N	Concluída
FBF5794-1/4	Tópicos Gerais de Fármaco e Medicamentos II	16/08/2011	24/10/2011	30	2	100	A	N	Concluída
EDM5103-1/2	Aprendizagem Colaborativa e Mapas Conceituais: Fundamentos, Desafios e Perspectivas (Faculdade de Educação - Universidade de São Paulo)	19/08/2011	10/11/2011	120	8	100	A	N	Concluída
VPT5771-2/2	Preparação Pedagógica: A Comunicação no Processo de Ensino-Aprendizagem (Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia - Universidade de São Paulo)	09/04/2012	22/04/2012	60	0	0	-	N	Matrícula cancelada
FSP5703-1/2	Aspectos Pedagógicos do Ensino Superior em Saúde (Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo)	17/08/2012	18/10/2012	45	0	0	-	N	Pré-matrícula indeferida
EDM5032-3/1	Questões Atuais de Currículo (Faculdade de Educação - Universidade de São Paulo)	11/03/2013	28/06/2013	120	8	75	C	N	Concluída

	Créditos mínimos exigidos		Créditos obtidos
	Para exame de qualificação	Para depósito de tese	
Disciplinas:	0	20	30
Estágios:			
Total:	0	20	30

Créditos Atribuídos à Tese: 167

Conceito a partir de 02/01/1997:

A - Excelente, com direito a crédito; B - Bom, com direito a crédito; C - Regular, com direito a crédito; R - Reprovado; T - Transferência.

Um(1) crédito equivale a 15 horas de atividade programada.

Última ocorrência: Matrícula de Acompanhamento em 03/02/2015

Impresso em: 27/02/15 17:11:27