

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Claudia Benacchio Nicoline

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: percepções de graduandos em
Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora**

Juiz de Fora

2010

Claudia Benacchio Nicoline

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: percepções de graduandos em
Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita de Cássia Padula Alves Vieira

Juiz de Fora

2010

Nicoline, Claudia Benacchio.

Assistência Farmacêutica no SUS: percepções de graduandos em Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora / Claudia Benacchio Nicoline. – 2010.

141 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Farmácia. 3. Recursos humanos. I. Título.

CDU 614.39(81)

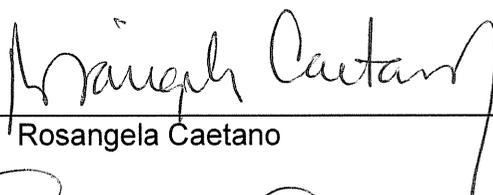
***“Assistência Farmacêutica no SUS: percepções de graduandos em
farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora”***

Cláudia Benacchio Nicoline

ORIENTADORA: Rita de Cássia Padula Alves Vieira

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

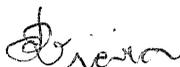
Aprovado em 23/06/2010



Rosângela Caetano



Denise Barbosa de Castro Friedrich



Rita de Cássia Padula Alves Vieira

Dedico este trabalho aos meus pais, Humberto e Clara.

AGRADECIMENTOS

Aos alunos que se dispuseram a ser entrevistados, fornecendo assim o escopo maior desta dissertação e tornando possível sua realização;

À Rita, orientadora, pela sua sensibilidade e estímulo, sua orientação competente, e por ser a pessoa bacana que é.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio e compreensão de minhas “ausências”;

Às minhas colegas de trabalho Renata, Andréia e Rita, pela amizade, pela competência e pelo convívio saudável que conquistamos;

Aos meus colegas de mestrado, pela alegria da troca e pela possibilidade de futuros encontros;

Aos professores do mestrado em Saúde Coletiva, pelo aprendizado desenvolvido em suas disciplinas.

Nossas escolas têm se dedicado a ensinar o conhecimento científico, e todos os esforços têm sido feitos para que isto aconteça de forma competente...

Isso é muito bom.

A ciência é um meio indispensável para que os sonhos sejam realizados.

Sem a ciência não se pode nem plantar nem cuidar do jardim.

Mas há algo que a ciência não pode fazer.

Ela não é capaz de fazer os homens desejarem plantar jardins.

Ela não tem o poder de fazer sonhar.

Não tem, portanto, poder de criar um povo.

Porque o desejo não é engravidado pela verdade.

A verdade não tem o poder de gerar sonhos.

É a beleza que engravida o desejo.

São os sonhos de beleza que têm o poder de transformar indivíduos isolados num povo.

Rubem Alves

RESUMO

As demandas da sociedade relacionadas aos medicamentos vêm se ampliando no Brasil, bem como o debate sobre a necessidade de qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças necessárias nas graduações em Farmácia. Políticas e iniciativas governamentais na área da saúde apontam para a responsabilização dos gestores do SUS com a formação de recursos humanos, assim como as Diretrizes Curriculares Nacionais preconizam a formação de sujeitos comprometidos com a transformação da realidade social e capacitados para a atenção à saúde. Este estudo tem como objetivo compreender as percepções de graduandos em farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora acerca da Assistência Farmacêutica no SUS, frente ao atual contexto político e educacional em saúde. Para a coleta dos dados, foi escolhida a abordagem qualitativa, usando entrevistas semi-estruturadas com dezessete alunos que cursavam o último ano letivo do curso em questão. A análise dos dados foi desenvolvida a partir da técnica de análise temática de conteúdo, sendo verificado que a Assistência Farmacêutica é considerada em processo de construção, levando ao desinteresse da maioria do grupo em atuar em tal área, determinado também pelo distanciamento do curso com vivências no âmbito coletivo. Os resultados apontam para percepções estimuladas tanto pela incipiência em que se encontra a Assistência Farmacêutica no SUS, tanto quanto pela forma como tal área é abordada no curso vivenciado, refletindo a lacuna ainda existente na formação de profissionais para a atuação nesta área. Assim, as diversas percepções partilhadas pelo grupo estudado indicam a necessidade de maior proximidade com conteúdos envolvendo a administração e o planejamento de serviços farmacêuticos, do desenvolvimento de estratégias metodológicas de ensino mais adequadas e de diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem junto aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Educação Farmacêutica. Formação de Recursos Humanos para o SUS.

ABSTRACT

Following an increase in social demands concerning pharmaceuticals in Brazil, there has been a growing debate on the need of qualification of the Pharmaceutical Assistance provided by the Unified Health System (SUS) and on the necessary changes to Pharmacy graduation. While health policies and health-targeted government initiatives point to the SUS managers' responsibility with the formation of human resources, the National Curriculum Guidelines recommend the formation of individuals committed to the transformation of social reality and qualified for health care. This study aims to understand the perceptions of pharmacy students of the Federal University of Juiz de Fora about the Pharmaceutical Assistance provided by the SUS, against the current health-related political and educational background. Data collection was through a qualitative approach, using semi-structured interviews, with seventeen final year pharmacy undergraduates. Data analysis, according to the content thematic analysis technique, showed that because Pharmaceutical Assistance is considered a process under construction, most undergraduates have no interest in the field, an attitude that is strengthened by a gap between the course curriculum and collectively experienced opportunities. The results point towards perceptions stimulated both by the incipience of Pharmaceutical Assistance in the SUS and the way the field is approached during graduation, the latter reflecting a curricular gap. Thus, the several perceptions shared by the study group indicate the following needs: greater proximity with management and planning pharmaceutical services; development of more adequate teaching methods; and diversification of teaching-learning scenarios within the health services.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Pharmacy Education. Formation of Human Resources for the SUS.

LISTA DE SIGLAS

ABENFAR	Associação Brasileira do Ensino Farmacêutico
Abenfarbio	Associação Brasileira do Ensino Farmacêutico e Bioquímico
AF	Assistência Farmacêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Atenfar	Atenção Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
COMENSINO	Comissão de Ensino do Conselho Federal de Farmácia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAF/SCTIE/MS	Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
DEGES/SGTES/MS	Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde
DNC	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNF	Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Farmácia
ENAEF	Encontro Nacional de Avaliação do Ensino Farmacêutico
ENEFAR	Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia
ESF	Estratégia Saúde da Família
FF/UFJF	Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora

FENAFAR	Federação Nacional dos Farmacêuticos
FNEF	Fórum Nacional de Educação Farmacêutica
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HU	Hospital Universitário
IES	Instituições de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Rede ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RH	Recursos Humanos
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Atividades envolvidas no ciclo da Assistência Farmacêutica: conceitos e produtos	27
Quadro 2 - Marcos nacionais relacionados ao processo de mudanças no ensino de farmácia no Brasil (1961-2001)	52
Quadro 3 - Convites para participação nas entrevistas: formas de abordagem e aceite dos alunos.....	66

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MEDICAMENTOS E O CONTEXTO POLÍTICO EM SAÚDE NO BRASIL ...	20
2.1	ANTECEDENTES E MARCOS DA VIRADA DO SÉCULO	23
2.2	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	25
2.3	INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO À SAÚDE	38
3	SUS E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	42
3.1	INTEGRALIDADE, FORMAÇÃO ACADÊMICA E RECENTES INICIATIVAS	46
4	EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA PARA ATUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	50
4.1	UMA BREVE RETROSPECTIVA	50
4.2	DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DE FARMÁCIA	54
4.3	ALGUNS MOVIMENTOS PARA MUDANÇAS	58
5	OBJETIVOS	62
5.1	OBJETIVO GERAL	62
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
6	PERCURSO METODOLÓGICO	63
6.1	CENÁRIO DO ESTUDO	63
6.2	SUJEITOS DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS PARA ENTRADA NO CAMPO	65
6.3	COLETA DOS DADOS	67
6.4	ANÁLISE DOS DADOS	68
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
7.1	BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	71
7.2	A PERCEPÇÃO DOS ALUNOS SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SUS	72
7.2.1	A Assistência Farmacêutica e suas áreas de atuação	72
7.2.2	SUS: bom só na teoria?	78
7.2.3	A Assistência Farmacêutica no SUS como um campo de trabalho em construção	82

7.2.4 Limites e possibilidades do contexto dos medicamentos no âmbito público de saúde	86
7.3 EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA PARA ATUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	93
7.3.1 O papel social do farmacêutico só no papel	95
7.3.2 Formação de competências: basta decorar oito palavras-chave?	100
7.3.3 A valorização das práticas e os cenários de ensino-aprendizagem	107
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICES	134
ANEXO	137

1 INTRODUÇÃO

A opção por este estudo, que procura discutir a Assistência Farmacêutica (AF), principalmente no que tange à formação acadêmica em nível de graduação para atuação nesta área, teve como motivação o percurso investigativo e as experiências de vida da autora. A aproximação com a questão de investigação, embora esteja mais relacionada a experiências mais recentes, tem também com o passado uma relação, mesmo que esta, de certa forma, se dê mais num sentido de resgate do que não se vivenciou logo ao se formar em farmácia.

Em 1986, quando a autora deste trabalho se graduou na então denominada Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), a formação era mais voltada para a área de análises clínicas ou de indústria de medicamentos, embora se constatasse também um processo inicial de incremento nas áreas de farmácia de manipulação e de indústria de alimentos. Embora a AF já fosse tema de debate entre alguns poucos grupos universitários no Brasil, não houve contato com conteúdos relacionados à produção de medicamentos ou à prestação e organização de serviços farmacêuticos no âmbito público de saúde, o que, na época, provocou inquietações na autora, desde então consciente do papel das universidades junto aos interesses da população brasileira, bem como da necessidade de resgate da profissão farmacêutica na atenção à saúde.

Na época, também, não se encontravam instituídas adequadamente práticas de pesquisa na área de medicamentos no curso, que era o interesse inicial da autora. A partir de 1989, o interesse voltou-se para a área de fitoterapia. Por alguns anos, atuou como consultora na área de cultivo, beneficiamento e controle de qualidade de plantas medicinais e como responsável técnica por uma farmácia de manipulação de medicamentos homeopáticos e antroposóficos.

Naquela ocasião, a partir da atuação na manipulação e dispensação de medicamentos, a autora se reaproximou da área de farmácia, num sentido mais próximo da atenção à saúde.

A partir de 2004 veio o interesse pelo campo da Saúde Coletiva e o ingresso no Curso de Especialização em Política e Pesquisa em Saúde Coletiva na UFJF, o que possibilitou perceber a amplitude, riqueza e importância deste campo, além de

um maior contato com o SUS, sendo então desenvolvido um estudo em que se discutiu a inserção da fitoterapia neste sistema.

Já no mestrado em Saúde Coletiva, a escolha pela temática que relaciona a AF com a formação de recursos humanos para o SUS se deu, inicialmente, a partir de inquietações decorrentes da vivência da autora, a partir de 2006, como farmacêutica que ocupa cargo efetivo de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), como coordenadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica da Gerência Regional de Saúde de Juiz de Fora, a qual abrange serviços junto a 38 municípios pertencentes às microrregiões de saúde de Juiz de Fora, Santos Dumont e Lima Duarte.

Tais inquietações, além das inerentes às dificuldades de se estruturar serviços de AF e de auxiliar os municípios na otimização de suas ações, decorreram também de experiências vivenciadas como aluna, em 2007, do Curso de Gerenciamento em AF na Atenção Básica (promovido pela SES-MG em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e a UFJF), juntamente com cerca de 30 farmacêuticos municipais da região. Naquele momento, foi possível perceber a necessidade de maior valorização da AF por parte de gestores de saúde, bem como de qualificação dos serviços e capacitação dos profissionais farmacêuticos.

Além disto, a opção por este trabalho também foi influenciada pela observação da fase incipiente que ainda se encontra o desenvolvimento de atividades de estágio curricular de estudantes de farmácia junto aos serviços de AF, nos âmbitos públicos de saúde municipal e estadual de saúde em Juiz de Fora.

Tal realidade vai de encontro a recentes iniciativas governamentais, acadêmicas, institucionais e da sociedade organizada, nos âmbitos da Educação e da Saúde, que indicam estar em curso um processo sócio-político que reflete maior comprometimento com a necessidade de mudanças nas graduações da área da saúde, visando à formação de Recursos Humanos (RH) para atuação no SUS, aí incluída a do profissional farmacêutico (BRASIL, 2004a; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; LEITE, 2008).

O SUS tem sua construção baseada, dentre outros princípios e valores, na ação intersetorial, na integralidade da atenção e em um conceito ampliado de saúde. No que tange à sua determinação e cuidados, a saúde adquire dimensão que extrapola ao âmbito biológico.

Os processos de adoecimento e cura nas populações, que envolvem os modos como as sociedades identificam seus problemas de saúde, buscam explicação para os mesmos e se organizam para solucioná-los, variam historicamente e se apresentam numa relação intrínseca com fatores políticos, econômicos e culturais. Tais fatores configuram e determinam os conhecimentos e práticas em saúde no nível individual e coletivo, num contexto em que "a educação dos profissionais de saúde é parte deste marco social de engendramento da sociedade" (BRASIL, 2004a, p. 6).

O debate acerca das mudanças necessárias na graduação em farmácia, do papel social do farmacêutico e da necessidade de qualificação dos serviços de AF no SUS vem se ampliando nos meios acadêmicos e governamentais, visto que os medicamentos ocupam lugar hegemônico e de destaque na terapêutica contemporânea. Embora sejam essenciais para a resolutividade das ações de saúde, estes insumos estão imbricados com vários problemas, muitas vezes interligados. Por um lado, tem-se o acesso deficitário pelas populações menos favorecidas economicamente, implicado na lógica do mercado que visa ao lucro, em detrimento dos interesses coletivos e, por outro lado, num contexto geral de medicalização¹ da sociedade, o seu uso irracional.

Neste cenário, pode-se citar, dentre outras questões relacionadas aos medicamentos: as internações hospitalares devidas aos efeitos colaterais e/ou reações adversas; a automedicação irresponsável; a falta de adesão aos tratamentos, a inadequação na gestão e planejamento de serviços farmacêuticos; a prescrição e dispensação inadequadas; e ainda, a falta de monitoramento e avaliação de sua utilização (BARROS, 2004; CORDEIRO; LEITE, 2008; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2008).

Para o enfrentamento de tais problemas, que, dada sua complexidade, implicam em várias outras necessidades, deve-se considerar a importância da qualificação e inserção do farmacêutico junto aos serviços públicos de saúde, o que envolve o papel das Instituições de Ensino Superior (IES) de lançarem, no mercado de trabalho, profissionais capacitados e sensibilizados para atuação em AF, bem como envolve o papel dos municípios, estados e união em fazerem valer o mandato constitucional de atuar na formação dos profissionais de saúde.

¹ Em Barros (2004), a medicalização é entendida como a elevada dependência dos indivíduos e sociedade para com a oferta de serviços e bens médico-hospitalares e seu consumo cada vez mais extensivo.

A AF, que no Brasil apenas há pouco mais de uma década passou a ser valorizada nos âmbitos político e educacional de saúde, envolve um conjunto de ações que devem ocorrer de forma sistêmica e integrada aos serviços de saúde e tem como objetivos principais a promoção do acesso e o uso racional de medicamentos.

A perspectiva atual é de reorientação da atuação do farmacêutico para os interesses sociais, num contexto em que a formação de competências que correspondam às necessidades em saúde da população tem se apresentado como um desafio. As mudanças decorrentes da Reforma Sanitária não tiveram, ainda, correspondência adequada nas IES formadoras de RH, apesar das iniciativas políticas e institucionais ocorridas na última década nos âmbitos da saúde e da educação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; PINHEIRO *et al.*, 2005).

No que tange à educação farmacêutica, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Farmácia (DCNF), homologadas em 2002, inovam, em relação aos currículos anteriores, vigentes a partir de 1832, 1925, 1962 e 1969, no sentido de trazer a configuração de um perfil para o farmacêutico que envolve a formação de sujeitos críticos e reflexivos, comprometidos com a transformação da realidade social e com competências para atuação na atenção a saúde (CNE, 2002).

De acordo com Ivama e colaboradores (2003), Furtado (2008) e Cordeiro e Leite (2008), dentre outros autores, embora configurem num marco para a educação farmacêutica no Brasil, muitos desafios se colocam para a formação de profissionais com este perfil. As limitações que se apresentam para a implementação das DCNF envolvem fatores como as estratégias metodológicas, a duração dos cursos, bem como a necessidade de integração das funções técnicas com as assistenciais. Outro aspecto que tem sido enfatizado nas discussões na área é o fomento à integração ensino-serviço, de forma que se desenvolvam competências para a atenção à saúde, junto a equipes multiprofissionais.

Considerando que as políticas de saúde e educacionais não são suficientes para a realização de mudanças na formação de profissionais de saúde, Ronzani (2007, p. 42) afirma que, para se “ultrapassar a barreira formal das reformas curriculares”, deva ser considerada a “mudança de crenças e atitudes em relação à prática em saúde”. Nesse sentido, argumenta que “o que os profissionais de saúde, alunos e professores pensam sobre as práticas em saúde, junto com o contexto em

que tais reformas estão inseridas, são situações suficientemente fortes para dificultar a efetividade das ações formais”.

Neste estudo, que tem como objeto as percepções de graduandos em farmácia da UFJF acerca da atuação em AF no SUS, parte-se da premissa de que, para a compreensão de processos e implementação de mudanças, relativas à formação acadêmica em Farmácia, visando ao desenvolvimento de competências para a atuação nesta área, deve-se considerar as percepções de futuros farmacêuticos acerca deste campo de trabalho, frente aos contextos sócio-político e educacional em saúde.

Na perspectiva de verificar o que representa, para esses graduandos, tal campo de atuação, a orientação desta pesquisa se deu em função dos seguintes questionamentos: qual noção os graduandos têm acerca da diversidade de áreas de atuação em AF no SUS? O que influencia o interesse ou desinteresse pela atuação e/ou pesquisas nesta área? O que os alunos consideram como problemas e como potenciais no contexto de medicamentos no âmbito público de saúde? Quais desafios a AF impõem para a sua formação? Consideram que adquiriram competência? Que relação os graduandos estabelecem entre o perfil do farmacêutico preconizado pelas DCNF e a formação que receberam? No que pensam que podem contribuir com a transformação da realidade social?

No país, a graduação em Farmácia é oferecida por mais de trezentas instituições de ensino, sendo que os egressos destes cursos se configuram, potencialmente, em futuros profissionais de saúde para atuarem em AF. Considerando as atuais demandas sociais, políticas e institucionais em saúde, que implicam na preocupação com a temática proposta, o presente estudo justifica-se pela necessidade de se fomentar a discussão acerca da educação farmacêutica para atuação no SUS, no sentido da formação de sujeitos que tenham como foco a atenção aos indivíduos e coletividades e não apenas o medicamento em seu aspecto tecnológico.

A “maior idade” do SUS - pelos mais de 18 anos transcorridos desde a publicação, em 1990, da Lei 8.080, que o institui legalmente, ou ainda, desde seu surgimento no texto constitucional, em 1988, conferiu ao ano de 2008 um significado especial, ano este em que foi elaborado o projeto da presente pesquisa. A educação farmacêutica voltada à AF nos serviços públicos de saúde tem sido temática, de

forma inédita, de iniciativas ministeriais, institucionais, estudantis e de docentes em Farmácia, bem como de publicações do Conselho Federal de Farmácia (CFF).

Contudo, salvo alguns estudos afins que abordam tal temática - a exemplo os trabalhos² de Campese (2006) e de Saturnino e colaboradores (2008), não foi possível localizar outras produções acadêmicas que contemplem, especificamente, as concepções de graduandos em farmácia sobre a AF no SUS. De acordo com Soares e colaboradores (2008, p. 274), “o debate articulado em torno da educação farmacêutica foi alvo de poucas investigações sistemáticas e poucos registros formais”.

A escolha do curso de Farmácia da UFJF se deu em função de pertencer a uma IES de categoria administrativa pública no qual ingressam oitenta estudantes a cada ano, localizado em uma cidade que tem cerca de 520.000 habitantes e que se constitui como referência regional, tanto na área educacional como da saúde. Outros aspectos que influenciaram a escolha do curso foram: ser um dos mais antigos do Estado de Minas Gerais, bem como do país; ter passado por recentes reformas em sua estrutura curricular (visando à sua adequação às DCN para os cursos de farmácia, processo este iniciado no ano de 2003, após um período de vinte anos sem sofrer modificações expressivas em sua grade curricular); aí a autora ter se graduado, o que possibilitou uma maior facilidade de entrada em campo e despertou curiosidade em saber como o curso está estruturado atualmente, no que tange à formação para a atuação em AF no SUS; e ainda, pela crença relacionada à possível contribuição para fomento, junto aos gestores, de criação de atividades de estágio/ parceria ensino-serviço através de sua atuação na SES-MG.

Esta dissertação está organizada da seguinte forma: nos próximos três capítulos é apresentado o referencial que dá o suporte teórico a este trabalho. No capítulo 2 se contextualiza os medicamentos e a AF no cenário brasileiro, no que tange às políticas de saúde e à inserção do farmacêutico na atenção à saúde. Na sequência, no capítulo 3 é discutido o tema formação de recursos humanos para o SUS, e no capítulo 4, é considerada, de forma mais específica, a educação farmacêutica e sua relação com a AF no SUS.

² Campese (2006) apresenta uma proposta para o ensino da atenção básica na graduação de Farmácia a partir de reflexão sobre a vivência dos farmacêuticos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em Curitiba, e Saturnino e colaboradores (2007) analisam o conhecimento dos alunos do Internato Rural do curso de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais sobre o SUS e sobre a atividade farmacêutica.

Posteriormente, nos capítulos 5 e 6, respectivamente, são apresentados os objetivos e os procedimentos metodológicos utilizados, sendo que a partir do capítulo 7 se segue a análise e discussão dos dados coletados em campo.

Finalizando, para concluir este trabalho, no capítulo 8 são feitas algumas considerações, onde se buscou contribuir para a reflexão de como os saberes relacionados à AF no SUS estão sendo construídos pelos graduandos em farmácia, numa perspectiva de incremento da discussão, no âmbito institucional e político de saúde e da educação farmacêutica, da necessidade de mudanças que propiciem a formação de profissionais com competências para atuação na referida área.

Com este trabalho, esperou-se, também, fornecer subsídios teóricos para futuras pesquisas ou atividades de ensino-aprendizagem em AF envolvendo graduandos em farmácia na perspectiva da integralidade em saúde, assim como para a sistematização de processos históricos em curso relativos às mudanças na educação farmacêutica.

2 MEDICAMENTOS E O CONTEXTO POLÍTICO EM SAÚDE NO BRASIL

*...no fundo, no fundo, bem lá no fundo,
a gente gostaria de ver nossos problemas
resolvidos por decreto
[...] mas problemas não se resolvem,
problemas têm família grande,
e aos domingos saem todos a passear,
o problema, sua senhora e outros pequenos probleminhas.*

Paulo Leminski

Os serviços de saúde, mesmo não compondo o único determinante da condição sanitária dos indivíduos e coletividades, formam uma dimensão importante na redução do sofrimento e da mortalidade. Nas ações ofertadas às populações, no Brasil e em vários outros países, a clínica biomédica tem como principal recurso terapêutico o medicamento sintético. Este recurso, quando bem utilizado, mostra-se como o de maior custo-efetividade, sendo que seu uso inadequado configura-se em um problema de saúde pública mundial (MARIN *et al.*, 2003; OPAS; OMS; MS, 2005).

A efetividade do uso de medicamentos resulta do encadeamento de vários fatores: “pesquisa e desenvolvimento (P&D), produção, controle de qualidade, distribuição, informações confiáveis para profissionais de saúde e público em geral, diagnóstico, prescrição, acesso financeiro, dispensação, adesão ao tratamento e farmacovigilância” (OPAS; OMS; MS, 2005, p. 31).

A complexidade dos problemas referentes aos medicamentos no contexto da atenção à saúde é determinada historicamente por aspectos econômicos, políticos e culturais. A partir da década de 40 do século passado, muitos benefícios foram conquistados em prol da manutenção e recuperação da saúde, com os avanços obtidos pela síntese química de fármacos. Porém, o grande desenvolvimento das indústrias farmacêuticas, incrementado pelo capitalismo, contribuiu com a configuração de um cenário perverso. Nos países pobres, confrontam-se os vultosos lucros aí obtidos pelas indústrias farmacêuticas com as necessidades em saúde da maioria da população (COSENDEY *et al.*, 2000; BARROS, 2004).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que, desde sua criação, em 1945, preconiza que os países desenvolvam políticas farmacêuticas,

apontam que: um terço da população mundial (cerca de dois bilhões de pessoas) não têm acesso regular aos medicamentos essenciais³, apenas 15% da população consomem 90% da produção mundial de medicamentos, aproximadamente 50% destes são “prescritos, dispensados ou vendidos inadequadamente” e, ainda, que 50% dos usuários não os usam corretamente (OPAS; OMS; MS, 2005, p.32).

O Brasil é um dos dez maiores mercados farmacêuticos do mundo, sendo que a participação do setor público é em torno de 21% deste mercado. De forma similar ao que ocorre em vários países, por um lado tem-se a falta de acesso aos medicamentos pela maioria da população e, por outro, o seu uso irracional, determinado, dentre outros fatores, pela transformação destes insumos terapêuticos em simples mercadorias, dado o significado simbólico que adquiriram junto à sociedade contemporânea e sua cultura de consumo (BARROS, 2004).

Além das reações adversas não notificadas, os medicamentos foram responsáveis, em 2006, por 28,23% das intoxicações registradas no país. Em 2003, do total das intoxicações por medicamentos, 15,48% foram em decorrência de erros de administração, de prescrição inadequada e de automedicação (FIOCRUZ, 2006).

A velocidade e dimensão da introdução de novos produtos no mercado, o aspecto simbólico do medicamento, assim como inadequações nos serviços farmacêuticos e na fiscalização e punição, por parte dos estados, no que concerne às ações antiéticas e ilegais praticadas no setor industrial e comercial farmacêutico, configuram um cenário não propício ao uso racional de medicamentos. No que tange à automedicação, embora represente uma autonomia da pessoa ao cuidar-se, nas classes sociais de baixo poder aquisitivo, esta prática encontra-se principalmente relacionada à falta de acesso aos serviços de saúde, sendo que em todas as classes sociais se dá em função da busca de solução imediata de seu problema (BARROS, 2004).

O uso racional de medicamentos (URM) é entendido como sendo um

processo que compreende a prescrição apropriada de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado. Compreende também o uso de recursos sob o fundamento de sustentabilidade econômica (BRASIL, 2005a, p. 38).

³ A OMS define medicamentos essenciais como os que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade (OPAS; OMS; MS, 2005).

Portanto, conforme colocado por Marin e colaboradores (2003), além da escolha da terapêutica adequada – medicamentosa e/ou não medicamentosa, o URM envolve:

- indicação apropriada, ou seja, a razão para prescrever está baseada em evidências clínicas;
- medicamento apropriado, considerando eficácia, segurança, conveniência para o paciente e custo;
- dose, administração e duração do tratamento apropriados;
- paciente apropriado, isto é, inexistência de contra-indicação e mínima probabilidade de reações adversas;
- dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos;
- adesão ao tratamento pelo paciente;
- seguimento dos efeitos desejados e de possíveis eventos adversos consequentes do tratamento (MARIN *et al.*, 2003, p. 287).

Os problemas relacionados aos medicamentos⁴ são reconhecidos como fatores de risco para a saúde em todo o mundo. No Brasil, o envelhecimento da população e as mudanças no perfil epidemiológico (além das doenças típicas de países em desenvolvimento, aumento da prevalência de agravos característicos de países desenvolvidos) “representam importantes desafios aos serviços de saúde e refletem diretamente na demanda e no uso dos medicamentos, particularmente porque os idosos constituem 50% dos multiusuários de fármacos”, gerando reflexos sobre os custos inerentes às ações de atenção à saúde (LYRA JÚNIOR; MARQUES, 2007, p. 14).

Tais aspectos, dentre outros, implicam na necessidade da qualificação dos serviços farmacêuticos de forma integrada ao sistema de saúde, considerando todo o processo que envolve o acesso e o uso dos medicamentos. Neste sentido, Queluz e Leite (2008, p. 27) consideram que o conceito de URM precisa “conter como premissa que as atividades de AF são partes inerentes do processo e essencial para sua promoção”, o que envolve um trabalho multidisciplinar, multiprofissional e multisetorial, onde todos os profissionais de saúde têm atribuições.

⁴ Problemas relacionados ou suspeitos de estarem relacionados à farmacoterapia, que interferem ou podem interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário (IVAMA *et al.*, 2002, p. 19).

2.1 ANTECEDENTES E MARCOS DA VIRADA DO SÉCULO

Num contexto de elogio à medicina como sinônimo de cura, de crescente demanda social por consultas médicas, de centralização do poder institucional com a predominância de um sistema de atenção médica “de massa” sobre uma proposta de medicina social e preventiva, de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população e com a saúde passando a ser vista como bem de consumo, consolida-se, nas décadas de 70 e 80 do século passado, uma “relação autoritária, mercantilizada e tecnicada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população” (LUZ, 1991, p. 82).

No entanto, com a tomada de consciência, por parte da sociedade civil, do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva, demonstrada no período através dos movimentos sociais, a saúde ineditamente no país passou a ser vista como dimensão social de cidadania.

O Movimento de Reforma Sanitária, desencadeado a partir da década de 70, reuniu esforços de diferentes atores sociais para a conformação de novos caminhos para a saúde pública no país. A perspectiva era de mudança do modelo de atenção, então hospitalocêntrico e curativista, para um modelo baseado na atenção básica, na saúde familiar, na integração das ações preventivas e assistenciais e na promoção da saúde (MENDES, 1996).

Em 1988, a institucionalização do SUS pela Constituição, que declarou a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, deu início a uma nova fase no contexto político e institucional de saúde no país, com recriação das relações entre Estado e sociedade civil, com novidades, dentre outras, relativas à universalização do acesso aos serviços, à ação integral em saúde, à descentralização institucional⁵, e à participação popular em serviços de saúde (LUZ, 1991).

Como o processo de descentralização implicava na necessidade de pactuação com diálogo e negociação, foram estabelecidas instâncias colegiadas de decisão, como os Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), sendo que a criação dos conselhos, instâncias de participação popular através de

⁵ Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização dos serviços de saúde.

representantes da comunidade organizada, foi um marco importante para as políticas sociais no país (OPAS; OMS; MS, 2005).

No que tange à AF, na lei 8.080, de 1990, que estabelece a organização básica das ações e serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência a atribuições de cada esfera de governo, em seu artigo sexto, consta que, entre os campos de atuação do SUS estão incluídas a execução de ações de “assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica”, bem como a “formulação da política de medicamentos” (BRASIL, 2007b, p. 15).

No âmbito público de saúde, da década de 70 até o final da de 90, a assistência farmacêutica era executada de forma centralizada pelo governo federal, pela Central de Medicamentos (CEME)⁶, criada em 1971 e extinta em 1997. Embora seja reconhecida a importância do papel estratégico da CEME, as suas atividades, nos anos antecedentes à sua desativação, quase que exclusivamente se resumiam na aquisição e distribuição de medicamentos. Em relação à centralização da AF, é colocado que esta implicou em

inúmeros problemas, merecendo destaque a programação de medicamentos em desacordo com as reais necessidades, resultando no excesso de alguns e em quantidades insuficientes de outros medicamentos na rede do SUS, com desperdício de insumos e de recursos financeiros. No entanto, parcelas significativas da população, especialmente aquelas portadoras de doenças crônicas ou de patologias mais raras ou que demandava medicamentos de custos elevados, eram desprovidas de qualquer acesso aos mesmos (BRASIL, 2003, p. 175).

Com os fracassos das políticas centralizadas⁷ de aquisição e distribuição de medicamentos, aprofundaram-se as discussões sobre a reformulação da AF no país. O processo de descentralização das ações de saúde, principalmente o de municipalização dos serviços e a busca pela consolidação da Atenção Básica, da universalização do acesso, da equidade e da integralidade em saúde, implicou na necessidade de conformação de novas estratégias para ampliação da capacidade

⁶ A CEME inicialmente era ligada à Presidência da República e, posteriormente, ao Ministério da Previdência e Assistência Social e ainda, com a extinção deste, ao MS. De acordo com Cosendey e colaboradores (2000, p. 172), dentre seus objetivos, constavam: “a promoção e a organização das atividades de assistência farmacêutica aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos [...] a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades [...] o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição”.

⁷ Como exemplo tem-se, em 1997, a implantação, após a desativação da CEME, do Programa Nacional de Farmácia Básica, que tinha como objetivo o redesenho do sistema de abastecimento de medicamentos, voltado às populações menos favorecidas economicamente. Consistia em um elenco de 40 medicamentos essenciais que eram adquiridos e distribuídos pelo MS para o atendimento ambulatorial de municípios com população igual ou inferior a 21.000 habitantes, com exceção dos estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais, que já possuíam seus próprios processos de organização da AF (OPAS, OMS; MS, 2005).

de gestão dos estados e municípios (MARIN *et al.*, 2003). Assim, a oferta de serviços farmacêuticos de qualidade, orientados pelos princípios do SUS, torna-se um desafio.

2.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Atualmente, numa perspectiva sistêmica e multidisciplinar, que envolve, além da atuação do farmacêutico, a de outros profissionais, a AF é conceituada como sendo um

conjunto de ações voltadas à promoção, proteção, e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, que visa promover o acesso e o seu uso racional; esse conjunto de ações envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004b, p. 1).

Neste contexto também é considerado que as ações de AF envolvem aquelas exclusivamente desenvolvidas pelo profissional farmacêutico, referentes à Atenção Farmacêutica (Atenfar), que é entendida como

um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação deve envolver as concepções de seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2004b, p.1).

A construção destes conceitos, que trazem uma perspectiva de reorientação da atuação do farmacêutico para a atenção à saúde e para os interesses sociais, decorre, principalmente, da mobilização que se deu a partir do final da década de 80. A discussão envolvendo o uso de medicamentos nos serviços públicos de saúde brasileiros intensificou-se a partir do movimento de reforma sanitária, tendo como marco o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, realizado em Brasília, em 1988. A partir de seu documento, a “Carta

de Brasília”, foram lançadas as diretrizes de uma proposta nos mesmos princípios que fundamentam o SUS (PERINI, 2003).

A configuração de uma nova fase no contexto político e institucional de saúde no país implicava na construção de um conceito de AF "capaz de orientar novas posturas profissionais e institucionais que procuravam se contrapor às ações desarticuladas e submissas ao interesses econômicos" e no desenvolvimento de uma prática que articulasse áreas diversas, tendo “a utilização do medicamento como expressão que transcende uma sucessão de eventos técnicos isolados - uma expressão da realidade política, social e cultural de uma população dada” (PERINI, 2003, p. 9).

Ao longo destas quase duas décadas, esta proposta de reorientação da AF influenciou importantes avanços, como a Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998, a Lei de Genéricos, em 1999, e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004.

Contudo, Vieira (2008) aponta para a lacuna de 10 anos entre o estabelecimento do SUS e a inclusão da AF na agenda governamental, representada pela publicação da PNM, sendo notório o início tardio da estruturação da AF no país.

Entendendo a AF como parte integrante da Política Nacional de Saúde e componente fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população, a PNM é regulamentada pela Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998, após aprovação pela CIT e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A PNM tem como diretrizes:

- Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- Regulação Sanitária de Medicamentos;
- Reorientação da Assistência Farmacêutica⁸;
- Promoção do Uso Racional de Medicamentos;
- Desenvolvimento Científico e Tecnológico;

⁸ De acordo com Brasil (2001, p.8), “a reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada: na descentralização da gestão; na promoção do uso racional dos medicamentos; na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público; no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado”.

- Promoção da Produção de Medicamentos;
- Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos;
- Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2002, p. 4).

Contudo, em estudo que analisou a PNM no que tange a seu contexto, conteúdo e processos envolvidos, Alves (2009, p. vii) conclui que tal política

não abrange muitos dos problemas relacionados ao uso do medicamento, como também não conseguiu ferramentas suficientes para dar todas as respostas governamentais necessárias para muitos dos problemas por ela levantados ou até mesmo daqueles existentes e que não foram por ela contemplados.

A mesma autora chama atenção para o fato de que no documento da PNM, embora seja feita referência à importância a ser dada à educação dos usuários de medicamentos, “não é citado como seria feita essa educação e, o que é mais grave, não existe a citação da necessidade da presença do profissional farmacêutico como elemento primordial e indispensável nesse processo”, considerando os esforços da OMS no sentido de integração do profissional farmacêutico na equipe de saúde (*Ibid.*, p.173).

Para a implementação da AF no SUS, de acordo com a PNM, deve-se considerar como princípio básico norteador o *ciclo da assistência farmacêutica*, constituído por “atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização, nesta compreendida a prescrição e a dispensação”. As atividades destas etapas, em interface com as ações de saúde, visam a permanente disponibilidade dos produtos, a partir de critérios epidemiológicos (BRASIL, 2002, p. 14).

De acordo com Perini (2003), a geração, a gestão ou a utilização de medicamentos caracterizam uma ‘tecnologia farmacêutica’, cujos produtos podem vir a se constituir em “um esquema gerencial para a utilização do medicamento em instituições, ou um poder que se cria com os conhecimentos sobre como fazer ou usar adequadamente essa substância”. O mesmo autor coloca que as várias atividades envolvidas na AF devem ser entendidas como fazendo parte de um processo sistêmico, onde cada subsistema corresponde a um produto, referenciados em um fluxo tecnológico geral da AF, conforme demonstrado no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Atividades envolvidas no ciclo da Assistência Farmacêutica: conceitos e produtos

SELEÇÃO	escolha, a partir de critérios fármaco-epidemiológicos e fármaco-econômicos pré-definidos, dos medicamentos a serem utilizados na assistência à saúde de uma determinada região ou instituição. Seu produto inclui uma Relação de Medicamentos Essenciais destinada ao tratamento ou prevenção das principais patologias prevalentes na região ou atendidas na instituição e todo um complexo processo de produção e divulgação de informações sobre os medicamentos selecionados
PRODUÇÃO	aplicação de um corpo de conhecimentos para a obtenção de produtos com fins farmacêuticos, cujo processo se concretiza por meio de procedimentos controlados de transformação de substâncias, dentro de técnicas de qualidade, de acordo com o método e conhecimentos científicos atuais e em quantidades que atendam às necessidades sociais. Seus produtos serão substâncias ou formulações farmacêuticas destinadas a veicular substâncias a serem usadas como medicamentos ou insumos.
PROGRAMAÇÃO	conjunto de atividades que têm por objetivo garantir o acesso da população de uma região ou da clientela de uma instituição a terapêutica medicamentosa em quantidade e qualidade adequadas, pela determinação das necessidades nosológicas e compatibilização destas com os recursos disponíveis [...]. Seu produto deve ser um planejamento acurado das quantidades de todos os produtos necessários à terapêutica medicamentosa de uma região ou instituição, e das prioridades que as limitações de recursos impõem
AQUISIÇÃO	conjunto de atividades articuladas com vistas a garantir a disponibilidade de medicamentos em quantidade e qualidade adequadas à área e ao tempo determinado, viabilizando a racionalização terapêutica pela oferta regular dos produtos [...]. Seu produto é a oferta dos medicamentos e insumos programados, em termos quantitativos e qualitativos
ARMAZENAMENTO	conjunto de atividades destinadas a proteger os medicamentos, hemoterápicos, imunobiológicos e correlatos contra os riscos de alterações físico-químicas e microbiológicas, garantindo a qualidade e a segurança dos mesmos durante a estocagem [...]. Seu produto é a guarda dos produtos, garantindo a qualidade e a segurança dos mesmos contra perdas e danos resultantes de condições naturais adversas, manuseio inadequado ou roubo
DISTRIBUIÇÃO	conjunto de atividades necessárias para garantir, aos diferentes níveis de atendimento de saúde, a recepção dos medicamentos programados, nos prazos determinados, em quantidade e qualidade para o atendimento da demanda no momento da dispensação [...]. Seu produto é a garantia de condições para o transporte seguro e a entrega eficiente de cargas em termos de prazos e qualidade dos produtos
PRESCRIÇÃO	processo de escolha e indicação de uma terapêutica adequada para o paciente, consequência de um diagnóstico preciso e fundamentado na avaliação do seu estado geral e dos aspectos fisiopatológicos do quadro nosológico [...]. Seu produto é a indicação por escrito de medicamentos a serem usados e condutas a serem adotadas
DISPENSAÇÃO	recepção do medicamento, insumo farmacêutico ou correlato pelo usuário, fornecido por profissional habilitado a analisar condições anteriores de erro, fornecer informações para o uso correto e estabelecer condições para o acompanhamento dos resultados da terapêutica adotada. Seu produto é o avião de uma prescrição, devidamente analisada, e o fornecimento de todas as informações necessárias ao fiel cumprimento do tratamento estabelecido.

Fonte: Perini (2003, p. 22, 24).

No que se refere à importância da interface da AF com as diversas áreas do sistema de saúde, dada sua complexidade e por envolver atividades multidisciplinares, em documento do Ministério da Saúde que traz instruções técnicas para a sua organização na Atenção Básica, é colocada a necessidade de articulação permanente com áreas voltadas ao “Planejamento, Material e Patrimônio, Licitação, Auditoria, Setor Jurídico, Controle e Avaliação”, assim como com programas de saúde (Hanseníase, Tuberculose, Saúde Mental, Saúde da Mulher, PSF, dentre outros), além da Vigilância Sanitária e Epidemiologia (BRASIL, 2001, p. 23).

De acordo com Marin e colaboradores (2003, p. 290), áreas de estudo como as compreendidas no campo da farmacoepidemiologia “podem tornar-se ferramentas importantes para o diagnóstico da realidade, fornecendo subsídios técnicos e gerenciais para a tomada de decisão”. A farmacoepidemiologia, que “compreende tanto o estudo do uso como o dos efeitos dos medicamentos nas populações”, pode ser entendida, de acordo com os mesmos autores, como área que inclui os Estudos de Utilização de Medicamentos⁹, a farmacovigilância¹⁰ e a farmacoeconomia¹¹.

No ano seguinte ao da regulamentação da PNM, em 1999, dentre outras iniciativas daí decorrentes, vale destacar a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que, dentre suas competências estão a regulamentação, a fiscalização e o controle de produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, em nível federal, o que inclui os medicamentos.

Para Marin e colaboradores (2003, p. 21), a criação da ANVISA caracteriza

mais um espaço operacional no setor público para as questões emergentes na sociedade sobre os medicamentos – questão dos medicamentos falsificados, implantação da lei de genéricos, Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI dos Medicamentos, tornando esta questão e a da Assistência Farmacêutica pauta obrigatória na construção e no desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

⁹ Estes estudos, designados pela sigla EUM, abrangem “um conjunto de atividades e processos, que incluem a comercialização, a distribuição, a prescrição e uso de medicamentos nas sociedades, sendo especialmente importante o exame das conseqüências médicas, sociais e econômicas desta utilização” (MARIN *et al.*, 2003, p.294).

¹⁰ De acordo com Brasil (2002, p. 35), farmacovigilância se consiste na “identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos”.

¹¹ A farmacoeconomia pode ser definida, assim como consta no trabalho de Marin e colaboradores (2003, p. 306), “a descrição e análise dos custos de terapias com medicamentos para os sistemas de saúde e a sociedade”, estando aí compreendida “a valoração do rendimento técnico, da eficácia clínica, da segurança, da eficiência econômica, do impacto organizativo, das conseqüências sociais e das implicações éticas”.

Outra iniciativa importante, ainda em 1999, foi a promulgação da lei nº 9.787, a Lei dos Genéricos¹², estabelecendo o arcabouço legal para a introdução destes medicamentos no país, o que fomentou o acesso da população a medicamentos de boa qualidade, a partir da redução dos custos dos mesmos (OPAS; OMS; MS, 2005).

Na perspectiva de reorientação da AF, também no ano de 1999, como instrumento legal que subsidiou o processo de descentralização preconizado pela PNM, tem-se o estabelecimento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, pelo MS, através da Portaria GM nº 176/99. Este incentivo consistia em recursos financiados pelas três esferas do governo para a aquisição de medicamentos a serem utilizados no âmbito da atenção básica à saúde. Critérios e requisitos foram estabelecidos para a qualificação de municípios e estados ao recebimento do IAFAB, como a elaboração do Plano de Assistência Farmacêutica (Estadual e Municipal), a assinatura de um Termo de Compromisso e o pagamento da respectiva contrapartida de recursos (BRASIL, 2001).

Desde então, o repasse dos recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos básicos são definidos e pactuados pelas CIB, podendo ocorrer, em um mesmo estado, diversas formas de pactuação¹³, a depender do atendimento às especificidades e necessidades municipais.

Os municípios, portanto, passaram a assumir novas responsabilidades que exigiram mobilização de conhecimentos e habilidades técnicas, gerenciais e políticas no que se refere à AF.

Considerando a necessidade de conscientizar os farmacêuticos que atuam no SUS quanto à importância da gestão no contexto da descentralização e capacitá-los

¹² Medicamentos genéricos "são aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns Brasileiras ou CDB)". São produzidos por laboratórios públicos e/ou privados, a partir da bioequivalência terapêutica com os de marca, a qual corresponde ao estudo comparativo entre medicamentos administrados por uma mesma via extravascular, sendo avaliados parâmetros relacionados à absorção do fármaco a partir da forma farmacêutica administrada (BRASIL, 2002, p.36).

¹³ São possíveis as seguintes formas de repasse: a) *Totalmente Centralizada no Estado*, na qual os recursos federais, estaduais e municipais são depositados no Fundo Estadual de Saúde, sendo os processos de aquisição e distribuição dos medicamentos realizados pelo estado; b) *Parcialmente Centralizada no Estado*, em que os recursos federais e estaduais são depositados no Fundo Estadual de Saúde, sendo os processos de aquisição e distribuição dos medicamentos realizados pelo estado, e os municípios responsáveis pela aplicação dos recursos relativos à sua contrapartida; c) *Totalmente Descentralizada no Município*, em que os recursos das três esferas de gestão são depositados no Fundo Municipal de Saúde e aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos; d) *Parcialmente Descentralizada no Município*, na qual os recursos federais e municipais são depositados no Fundo Municipal de Saúde e aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos, ficando o estado responsável pela aplicação dos recursos relativos à sua contrapartida (BRASIL, 2001).

para a elaboração dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica, de 1999 a 2001 (e também posteriormente, em 2006) o MS organizou oficinas em vários estados brasileiros direcionadas, principalmente, a profissionais farmacêuticos dos municípios.

A partir do ano de 2003 inicia-se um processo que reflete aumento da importância da AF na assistência à saúde, ano em que é criada a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos no MS e, vinculado a esta, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), como responsável pela gestão das políticas farmacêuticas no âmbito federal (OPAS; OMS; MS, 2005).

Outra iniciativa governamental foi a criação, também em 2003, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos que, composta por representantes dos Ministérios da Saúde, Fazenda, Justiça e Casa Civil, foi “concebida para acompanhar os números do mercado, criar políticas de regulação, além de evitar e coibir excessos em relação a preços” (LYRA JÚNIOR; MARQUES, 2007, p. 15).

Destacam-se, porém, no mesmo ano, as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, esta última com o tema ‘Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com Controle Social’, que forneceram subsídios para a normatização das ações governamentais na área. Muitas deliberações emanadas destes eventos se concretizaram, em 2004, na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada através da Resolução nº 338.

O CNS, ao aprovar a PNAF, além de reforçar a idéia de que a AF faz parte do cuidado à saúde individual e coletiva, a estabelece como parte integrante da Política Nacional de Saúde, com a perspectiva de garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Preconiza ainda, que a PNAF “deve ser compreendida como política pública norteadora de políticas setoriais”, com destaque sendo feito para as “de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos” (BRASIL, 2004b, p. 1).

Dentre os eixos estratégicos indicados pela PNAF, constam

V - desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;

VI - modernização e ampliar [sic] a capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos;

[...] VIII - pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção;

[...] IX - implementação de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS;

[...] XIII - promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004a, p. 2).

Embora não integrada aos serviços do SUS e um tanto contraditória, outra iniciativa de 2004 foi o lançamento, pelo MS, do Programa Farmácia Popular, por meio de convênio com as prefeituras e de parceria gerencial com a Fundação Oswaldo Cruz. Dentre outros aspectos, por envolver a venda de medicamentos, mesmo que a custos mais baixos, subsidiados em até 90% de seu valor pelo MS, este programa é alvo de críticas diversas, como a de Rosenfeld (2008, p. 564), que coloca que “ele retira recursos da distribuição gratuita e seria mais produto da propaganda do que política de saúde”, além de priorizar em seu elenco medicamentos para tratar hipertensão e diabetes. Em relação a estes agravos, a mesma autora coloca que o programa deveria manter

articulação com ações preventivas do Programa de Saúde da Família e com o Programa Hiperdia do Ministério da Saúde. Entregar o controle dessas doenças aos mecanismos de mercado é andar na contramão do conhecimento epidemiológico consolidado sobre elas (*Ibid.*, p. 565).

Já na área de pesquisa em saúde, também no ano de 2004, demandada pela Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, foi construída a Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa de Saúde (ANPPS), como um instrumento para orientar investimentos em pesquisas de interesse para o SUS. A ANPPS apresenta agendas importantes para o aperfeiçoamento dos serviços que envolvem medicamentos: Pesquisa Clínica, Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde, Complexo Produtivo da Saúde¹⁴ e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2008a).

¹⁴ De acordo com os Anais da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, complexo produtivo da saúde é o espaço onde a produção em saúde ocorre, formado por indústrias de base química e biotecnológicas, indústrias com base nas ciências físicas e materiais (indústria de equipamentos médicos e insumos) e pelos serviços de saúde (BRASIL, 2008a).

Na subagenda AF, em seu eixo temático *avaliação de políticas, programas e serviços*, aponta-se para a necessidade do desenvolvimento de “estudos de avaliação da eficácia e efetividade da atenção farmacêutica”, e “de instrumentos e indicadores de avaliação de processos de organização e gestão da assistência farmacêutica” (BRASIL, 2008a, p. 63). Já no eixo temático *desenvolvimento e avaliação de farmoquímicos e medicamentos*, encontram-se indicados:

24.1.1 Estudos dos farmoquímicos e medicamentos, considerando todo seu ciclo: da pesquisa à utilização segura de medicamentos, inclusive controle de qualidade e acesso pela população.

24.1.2 Desenvolvimento de farmoquímicos e medicamentos para tratamento de doenças de grande prevalência no País e nas regiões.

24.1.3 Exploração, produção e controle de qualidade de fitoterápicos, de acordo com as potencialidades regionais, para o tratamento das doenças de maior prevalência.

24.1.4 Pesquisas de princípios ativos, desenvolvimento em química fina e produção de insumos para produção pública de medicamentos para o SUS [...].

24.1.5 Estudos em farmacoepidemiologia e farmacovigilância.

24.1.6 Atenção farmacêutica para grupos de pacientes especiais, especialmente na rede básica do SUS.

24.1.7 Pesquisa e desenvolvimento de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira. (BRASIL, 2008a, p. 62, 63).

De forma correspondente ao preconizado pela ANPPS, conforme colocado por Lyra Júnior e Marques (2007), a área da AF foi ineditamente contemplada com recursos federais para o desenvolvimento de pesquisas, sendo que, alicerçado na ANPPS,

foi lançado o Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DAF nº 54/2005 que buscou pela primeira vez financiar, acompanhar e avaliar pesquisas, de produção de conhecimento na área de Assistência Farmacêutica. Para isso, foram destinados R\$ 4 milhões, a serem alocados em pesquisas sobre: organização, gestão e prática da Assistência Farmacêutica; e qualificação de medicamentos: processos e produtos (*Ibid.*, p.16).

Contudo, no que se refere à formação de RH para atuação em pesquisas na área de AF, Schenkel e Cunha Júnior (2007, p. 38) destacam a insuficiência no país de investigações nesta área, “sendo imprescindível apontar para a importância de ampliar a formação de recursos humanos qualificados para a atividade de pesquisa nesse campo de conhecimento”.

No ano de 2005, no que se refere à produção de medicamentos no âmbito público, foi criada a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos, que tem, dentre seus objetivos, o desenvolvimento de ações com vistas à reorganização do sistema oficial de produção destes insumos, que atualmente conta com 24 laboratórios públicos, “com a adoção de estratégias para a racionalização da

produção oficial e para a sua aproximação às necessidades e prioridades do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2005b, p.2).

Outras iniciativas que envolvem a produção de conhecimento e a prática em AF se deram com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), em 2005, e com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em 2006. De forma correspondente, a recente Portaria do MS nº 2.982, de novembro de 2009, ao regulamentar a AF no âmbito da atenção básica de saúde, amplia o número de medicamentos fitoterápicos passíveis de aquisição com os recursos tripartite, o que já era previsto pela à Portaria nº 3.237, de 2007, inclusive no que tange à aquisição de medicamentos homeopáticos (BRASIL, 2005a; 2006a; 2009a).

Antes de se iniciar uma breve explanação acerca da atual organização da AF no SUS, vale esclarecer que, embora as atividades aí envolvidas sejam inerentes a serviços tanto ambulatoriais como hospitalares¹⁵, seja no âmbito público ou privado, sendo a Farmácia Hospitalar uma área de grande importância, nesta seção é considerada apenas a organização da AF envolvendo o uso ambulatorial de medicamentos.

Os problemas relacionados aos medicamentos, seja pela indisponibilidade dos mesmos, ou pelo seu uso irracional, podem implicar em internações desnecessárias, inclusive as decorrentes de doenças de importância epidemiológica e manejáveis terapeuticamente em nível ambulatorial. Conforme colocado por Marin e colaboradores (2003, p. 239), “o esforço, portanto, é para que, inicialmente, a prevenção, e a seguir, o tratamento ambulatorial, sejam resolutivos, de modo a minimizar a necessidade de internação”.

No que tange à adoção da RENAME¹⁶, embora se consista num avanço, no sentido que esta norteia a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos no âmbito do SUS, de acordo com Vieira (2010, p. 151), “ao contrário do que recomenda a OMS, a RENAME não é uma lista de oferta obrigatória nos serviços de

¹⁵ O financiamento de medicamentos na atenção hospitalar (o que inclui alguns medicamentos antineoplásicos) é feito segundo a lógica de procedimentos, onde os repasses feitos pelo MS aos estados e municípios, para pagamento aos prestadores, está organizado na forma de “pacotes” para financiamento de uma série de serviços, conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (VIEIRA, 2010).

¹⁶ Atualmente a RENAME, que se encontra em sua 6ª edição, é regulamentada pela Portaria GM/MS nº 2.012, de 24 de setembro de 2008, teve sua revisão feita pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, que é coordenada pelo DAF/SCTIE do MS (BRASIL, 2009a).

saúde”, sendo que “nem todos os medicamentos da RENAME têm financiamento definido no SUS”. Outro aspecto apontado pela mesma autora é que, considerando que os estados e municípios podem definir suas próprias relações de medicamentos essenciais, “a variedade de listas acaba confundindo a sociedade sobre os medicamentos que encontrará nos serviços” (VIEIRA, 2010, p. 151).

Considerando o fornecimento e financiamento dos medicamentos e insumos correlatos em nível ambulatorial no SUS, atualmente a AF encontra-se fragmentada em vários componentes e programas de atenção à saúde, o que, de certa forma determina uma complexidade para a sua gestão e gerência. Sua regulamentação e normatização são determinadas por um conjunto de leis, portarias ministeriais e deliberações estaduais referentes a cada uma das várias áreas específicas.

Com a divulgação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, pela Portaria GM nº 399, em 2006, foi preconizado que os recursos financeiros federais para o SUS fossem organizados em blocos de financiamento, sendo que a AF passou a se constituir um destes blocos, juntamente com o da Atenção básica, da Atenção de Média e Alta complexidade, da Vigilância em Saúde, e da Gestão do SUS. Tal diretriz foi regulamentada pela Portaria nº 204/GM, em 2007 (BRASIL, 2006b; 2007c). De acordo com Vieira (2008, p. 152), “do ponto de vista da gestão, esse agrupamento facilitou a execução financeira por parte dos gestores do SUS”.

O bloco de financiamento da AF é composto por três componentes, conforme a seguir:

- **Componente Básico** - envolve a aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica e para ações e programas específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica (Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde da Mulher e Saúde Mental). O financiamento deste componente, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.982, de novembro de 2009, é feito pela União, estados, municípios e Distrito Federal.
- **Componente Estratégico** - destina-se aos seguintes programas de saúde estratégicos: Controle de Endemias (tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional); Programa DST/Aids; Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; Programa Nacional de Imunização; Combate ao Tabagismo; e

Alimentação e Nutrição, sendo os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo MS aos estados e/ou diretamente aos municípios e ao Distrito Federal.

- **Componente Especializado**¹⁷ – destina-se ao tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de doenças cujas linhas de cuidado estejam definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicadas pelo MS. As linhas de cuidado envolvem tratamentos que demandam custo elevado e/ou uso crônico de medicamentos, tais como na Insuficiência Renal Crônica, nas doenças de Alzheimer, Parkinson, Esquizofrenia, Epilepsia, Artrite Reumatóide, dentre outras, bem como o fornecimento de imunossupressores para transplantados. De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.981, também de novembro de 2009, o financiamento deste componente se dará a partir da organização dos medicamentos em três grupos¹⁸, com responsabilidades distintas da União, estados, Distrito Federal e municípios.

Também se pode considerar, de certa forma, como um componente “paralelo” implicado no financiamento da AF no SUS, o que decorre do fenômeno da judicialização¹⁹ da saúde: o crescente fornecimento de medicamentos pelo poder público, no caso as secretarias estaduais e municipais de saúde, demandados por ações judiciais impetradas pela população em geral, uma vez que consta na Constituição que a saúde é direito de todos e dever do estado, sendo de direito do cidadão o acesso à AF (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

A necessidade de reestruturação do modelo de financiamento da AF no SUS é apontada por Vieira (2010), no sentido da importância de se dispor “de uma lista

¹⁷ Este componente, anteriormente denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, atualmente é regulamentado pela recente Portaria GM/MS nº 2.981, que altera a portaria GM/MS nº 204, de 2007.

¹⁸ Grupo 1 - medicamentos sob responsabilidade da União, cujos critérios para definição foram: a) maior complexidade da doença a ser tratada, b) refratariedade ou intolerância à primeira ou à segunda linha de tratamento, c) medicamentos que representam elevado impacto financeiro, d) medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde; Grupo 2 - medicamentos sob responsabilidade dos estados e Distrito Federal, sendo os que apresentam: a) menor complexidade da doença a ser tratada em relação aos elencados no Grupo 1; b) refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento; Grupo 3 - medicamentos sob responsabilidade dos municípios e Distrito Federal, financiados de acordo com a regulamentação do Componente Básico da AF e indicados pelos PCDT como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças aí contempladas (BRASIL, 2009b).

¹⁹ A problemática implicada nesta questão, no caso dos mandados judiciais envolvendo medicamentos, tem demandado discussões entre os âmbitos jurídicos, sanitários e da sociedade organizada no país, por envolver, dentre outros aspectos, o comprometimento da equidade em saúde, o uso irracional de medicamentos, o interesse de indústrias farmacêuticas (com seus assédios e novos produtos, que nem sempre representam inovações tecnológicas) e, inclusive, ações ilícitas que podem contar também com médicos, advogados, funcionários públicos e organizações não-governamentais (VIEIRA e ZUCCHI, 2007).

única de medicamentos financiados, contendo indicação da esfera administrativa responsável pela oferta”, sendo argumentado que a organização da AF deva se orientar

pela lógica da regionalização da atenção à saúde, pois se os pacientes de um município são referenciados para atendimento em determinada especialidade em outro município, o acesso aos medicamentos precisa também ser garantido conforme o acesso aos serviços de saúde. Isso implica em discutir mecanismos de financiamento fundamentados em fluxos assistenciais, e não apenas com base na população adstrita a determinado território (VIEIRA, 2010, p. 155).

No que se refere ao custeio de ações de AF, considerando que este quase exclusivamente, até então, se restringiu aos medicamentos, o já referido Pacto pela Saúde, de 2006, também estabelece que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis por promover a estruturação de serviços farmacêuticos. De forma correspondente, a também citada Portaria nº 204/GM, de 2007, prevê, no bloco Gestão do SUS, em seu componente para a Qualificação da Gestão do SUS, apoio a ações de estruturação de serviços e organização de ações de AF (BRASIL, 2007c).

Contudo, Vieira (2010, p. 154), aponta que, em 2008, o governo federal investiu apenas uma quantia equivalente a 0,17% dos recursos financeiros da AF para apoio à estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, sendo “claro que esses recursos estão aquém do necessário, mesmo que o Ministério da Saúde desempenhe apenas papel indutor da melhoria de sua qualidade”.

O gasto exclusivo com medicamentos representou, em 2008, 12,3% dos gastos totais do governo federal, sendo que foi superior a R\$ 5 bilhões de reais, com exceção dos recursos alocados no Programa Farmácia Popular do Brasil (MS, 2009a). Numa referência ao mesmo ano, Vieira (2010, p. 154) aponta que “quando se acrescenta a estimativa de alocação por parte de estados e municípios, chega-se ao valor estimado para o SUS de quase R\$ 7 bilhões com a aquisição de medicamentos para uso ambulatorial”.

Considerando os gastos totais do MS com a AF, verifica-se que, no período compreendido entre os anos de 2003 e 2008, houve um aumento de 31,7% dos recursos destinados à estruturação da AF, sendo que os gastos com medicamentos aumentaram 173%, com Laboratórios Públicos 163,9% e com pesquisa 664% (MS, 2008a).

Já a recente Portaria 2.982, de novembro de 2009, prevê, em seu artigo 5º, que as Secretarias Municipais de Saúde poderão, anualmente, destinar um percentual de até 15% dos recursos da soma dos recursos municipais e estaduais destinados ao componente básico da AF para a adequação do espaço físico das farmácias municipais, para a aquisição de equipamentos e mobiliário, bem como para a realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos RH da AF no âmbito da atenção básica. Esta portaria estabelece que para tais aquisições e atividades não se pode utilizar recursos federais, que as mesmas devem ser objeto de pactuação nas CIB e, ainda, que os recursos financeiros aplicados devem constar nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão) (BRASIL, 2009a).

2.3 INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO À SAÚDE

Com o objetivo de repensar o papel do farmacêutico nos sistemas de atenção à saúde, a partir de 1988 a OMS, juntamente com organizações internacionais farmacêuticas, organizou diversas conferências²⁰, sendo propostas estratégias para incorporar o farmacêutico nas equipes de saúde, por reconhecer que este profissional apresenta o melhor perfil para o desenvolvimento de ações de saúde relacionadas aos medicamentos (MARIN *et al.*, 2003).

O documento resultante da conferência ocorrida em Vancouver, em 1997, apontou para as seguintes valências formativas e profissionais do farmacêutico do futuro, o que configuraria no farmacêutico “sete estrelas”, sendo cada “estrela” correspondente ao desempenho de competências para: a prestação de cuidados; a decisão; a comunicação; a liderança; a gestão; a formação contínua; e para formar futuros profissionais (MARIN *et al.*, 2003).

²⁰ A primeira foi realizada em Nova Delhi (Índia), em 1988, onde se definiu as principais atividades a serem desempenhadas pelos farmacêuticos nos sistemas de saúde; na segunda, realizada em Tóquio (Japão), em 1993, foram ratificadas as recomendações da primeira, sendo enfocada a atuação do farmacêutico junto à comunidade e discutido o conceito de AtenFar; a terceira, realizada em Vancouver (Canadá), em 1997, enfocou a educação farmacêutica, definindo as características fundamentais do profissional farmacêutico; e a quarta, realizada em Haia (Holanda), em 1998, discutiu, basicamente, o papel do farmacêutico no auto-cuidado e na auto-medicação (MARIN, 2003).

A promoção do acesso aos medicamentos e de seu uso racional, dada a importância que estes têm na recuperação da saúde dos usuários do SUS e o volume crescente de recursos empregados para sua aquisição, justificam cada vez mais a inserção do profissional farmacêutico neste sistema.

Com esta perspectiva, o debate acerca da reorientação do papel social do farmacêutico e da sua atuação no SUS vem sendo objeto de diversas iniciativas, na última década.

Na Nota Técnica pactuada na CIT, que trata da qualificação da AF, assinada pelo Ministro da Saúde e pelos presidentes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em novembro de 2006, consta que a construção do real significado da AF e sua inserção na atenção à saúde, “exige dos gestores do SUS compromissos sérios com a estruturação e qualificação dos serviços farmacêuticos e sua necessária articulação multiprofissional e intersetorial”, e ainda, que

a inserção do profissional farmacêutico passa a ser uma necessidade e o seu papel, enquanto profissional responsável pelo uso racional e resolutivo dos medicamentos, assume caráter fundamental para a atenção à saúde” (MS; CONASS; CONASEMS, 2006, p. 1).

No SUS, além da necessária atuação junto a serviços gerenciais e de gestão, constata-se a necessidade do farmacêutico atuar no contato direto com os usuários do sistema, visando uma farmacoterapêutica racional e a produção do cuidado.

Neste sentido, nos últimos anos a atuação do farmacêutico na atenção à saúde vem sendo discutida, de forma comprometida, na perspectiva da Atenfar. Este modelo de prática aposta no restabelecimento da relação terapêutica entre este profissional e o paciente, no resgate da função assistencial do farmacêutico, sendo crescente a sua importância junto aos serviços públicos e privados em vários países.

Tendo suas bases na Farmácia Clínica desenvolvida em nível hospitalar a partir da década de 60 nos Estados Unidos, a Atenfar, conforme proposto inicialmente por Hepler e Strand (1990), envolve o acompanhamento farmacoterapêutico documentado do paciente, com o propósito de alcançar resultados específicos que melhorem a sua qualidade de vida. Esta definição apresenta o cuidado farmacêutico (*pharmaceutical care*), termo proposto pelos autores supracitados, como um componente da prática farmacêutica (MARIN *et al.*, 2003).

Embora incipiente no Brasil, a Atenfar tem sido objeto de diversas iniciativas internacionais e nacionais que, nos anos de 2001 e 2002, respectivamente, resultaram na publicação do documento *Promoção da Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos* e na proposta *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica*, a qual estabeleceu o conceito de Atenfar²¹ adotado pela PNAF, apresentado no início da seção anterior deste trabalho. De acordo com a publicação elaborada para facilitar os trabalhos em oficina organizada pelo MS, com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da OMS, no I Seminário Internacional para Implantação da Atenção Farmacêutica no SUS, em maio de 2006, tais proposições decorrem de “um processo de construção coletiva de profissionais, órgãos representativos sanitários e da classe farmacêutica” (BRASIL, 2006c, p. 4).

Este seminário teve como perspectiva a construção de uma “agenda fundamentada no cuidado ao usuário e no uso racional de medicamentos” (*Ibid.*, p. 1). A Atenfar pode ser desenvolvida junto a áreas essenciais como Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão, Diabetes, DST/AIDS, Planejamento Familiar, Saúde da Criança e Saúde Mental, bem como junto a demais serviços no âmbito da atenção básica. Com a perspectiva de redução da morbimortalidade relacionada aos medicamentos, pode-se, além de trazer benefícios aos usuários, determinar redução de gastos financeiros (com medicamentos, cuidados de profissionais de saúde, internações, equipamentos de saúde) possibilitando a transferência destes recursos para outras ações de saúde, conforme colocado por Lyra Júnior e Marques (2007).

Embora a inserção do farmacêutico na atenção à saúde não deva se limitar ao projeto assistencial ou cuidados do âmbito da atenção básica, como iniciativa governamental recente que envolve a inserção do farmacêutico no SUS, dentre outros profissionais, para atuação junto às equipes do PSF, destaca-se a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pelo MS, através da Portaria nº 154, em janeiro de 2008.

Com o objetivo de ampliação da resolubilidade, da abrangência e do escopo das ações da atenção básica, para os NASF é previsto fomento financeiro para a

²¹ Aspectos históricos, conceituais e da prática da Atenfar no Brasil encontram-se mais aprofundados em trabalhos como o de Ivama e colaboradores (2002), que apresenta a proposta do referido consenso, o de Angonesi e Sevalho (2008), o de Cordeiro e Reynaud (2008), bem como em publicações do MS, tais como Brasil (2006b) e Brasil (2007a).

contratação, a critério dos gestores municipais, de farmacêuticos nas duas modalidades²² propostas para estes núcleos (MS, 2008b).

Dentre as ações do farmacêutico no âmbito dos NASF, em conformidade com as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da PNAF, são estabelecidas:

- coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;
- auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/ Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde;
- promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso;
- assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/ Saúde da Família; [...]
- acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;
- elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade;
- estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica (MS, 2008b, p. 9).

Os NASF representam, portanto, uma abertura para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos junto à atenção básica, o que pode vir a contribuir para a ampliação e qualificação dos cuidados aí prestados.

Considerando que é facultativa a contratação de farmacêuticos para atuação junto aos NASF, o CFF, através de sua Comissão de Saúde Pública, assim como suas seções regionais, têm manifestado tentativas de se sensibilizar gestores, neste sentido (CFF, 2008a).

Outra iniciativa que o CFF tem apoiado é o Projeto de Lei nº 3.752, de 2008, da deputada federal e farmacêutica Vanessa Grazziotin, o qual prevê a obrigatoriedade de presença do farmacêutico nas UBS que possuam farmácias ou dispensários de medicamentos. Este projeto, embora já aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, em junho de 2009, e com parecer favorável da Comissão de Finanças e Tributação, em setembro do mesmo ano, ainda aguarda avaliação pela Comissão de Constituição e Justiça (*Id.*, 2009a).

²² Na modalidade NASF 1, para efeito de repasse de recursos federais, os núcleos devem ser compostos por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes dentre as seguintes: Médico Acupunturista; Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional. Já na modalidade NASF 2, com no mínimo três profissionais de nível superior dentre: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008b).

3 SUS E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

*Quem dera eu achasse um jeito
de fazer tudo perfeito,
feito a coisa fosse o projeto
e tudo já nascesse satisfeito.*

Mario Quintana

Na Constituição de 1988 consta, em seu artigo 200, que cabe ao SUS a ordenação e formação de RH em saúde e o incremento em sua área de atuação por meio de seu desenvolvimento científico e tecnológico. Ao conceber a área de formação como a que envolve, tanto ação educativa de qualificação de pessoal, como ação investigativa de pesquisa e inovação, é previsto que os órgãos gestores do SUS estruturem mecanismos de atuação educacional, que dêem conta de ambas as funções.

Nesta perspectiva, a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, reafirma as orientações da Constituição e acrescenta artigos relativos a comissões permanentes entre os serviços de saúde e as IES, responsabilizando as três esferas do governo para participação na formulação da política de formação e desenvolvimento de RH e da pesquisa (BRASIL, 1990).

A implantação do SUS implicou em diversas mudanças relacionadas à organização das práticas e dos serviços de saúde, inclusive no que tange à Estratégia Saúde da Família, que, desde a sua criação, em 1994, ainda representa um desafio para a área de RH, no sentido de capacitação para o trabalho no novo modelo assistencial proposto.

Vários problemas surgiram na área de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, conforme a seguir:

- inadequação da formação profissional, em todos os níveis de ensino, às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no tocante à expressão de cidadania conquistada pelo processo de reforma sanitária, à abertura de um processo de permanente construção do setor e à congregação de todos os atores implicados com o trabalho em saúde e com os que dele fazem uso para a produção de saúde como uma grande pactuação social;
- má distribuição das instituições formadoras e das oportunidades de formação, bem como, baixo compromisso da formação com a produção de conhecimento socialmente necessário e com a geração de perfis profissionais orientados pela educação permanente em saúde e integralidade das práticas em saúde;

• desarticulação das políticas de educação e de saúde, particularmente no que respeita à orientação da formação, à participação associada no desenvolvimento de capacidades assistenciais e pedagógicas locais/regionais para superar desequilíbrios e desigualdades sociais e regionais e as iniquidades do acesso à proteção da saúde (BRASIL, 2005c, p. 5-6).

No âmbito do ensino superior, como principais marcos regulatórios da década de 90, tem-se a promulgação da Lei 9.131, de 1995, que instituiu o Conselho Nacional de Educação (CNE) e uma proposta para a avaliação das IES e dos cursos de nível superior, e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em 1996, que extinguiu os Currículos Mínimos, até então os norteadores do ensino superior, apresentando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

No final da década de 90, a Rede UNIDA²³, dentre outros atores, contribuiu com a proposição de competências comuns para os cursos da área da saúde, posteriormente incorporadas às novas DCN (BARBIERI, 2006).

Após uma década do início do processo de consolidação do SUS são aprovadas, em 2001 e 2002, as novas DCN para os cursos da área da saúde, que elevaram em conta, a Lei 8.080, o relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde, bem como documentos da OPAS e da OMS (CNE, 2002).

A definição das DCN, além de sua implicação com a consolidação do SUS, de acordo com Pinheiro e Ceccim (2005, p. 23),

correspondeu ao esforço intelectual de romper com o paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimento e na construção das profissões.

Contudo, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1401) lembram que, apesar dos avanços verificados junto às DCN de alguns cursos da área de saúde, como a afirmação de que a formação profissional em saúde deve contemplar “o sistema público de saúde, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde”, tais diretrizes, como indica o nome, constituem-se em apenas recomendações, muitas vezes não consideradas, já que no Brasil as universidades gozam de autonomia²⁴.

²³ Esta rede tem sua origem na Universidade Federal de Minas Gerais, com a criação da Rede IDA (Rede de Integração de Projetos Docente-Assistenciais) que, em 1985, partiu da tentativa de articulação do sistema de saúde com os hospitais de ensino. A partir de 1990 incorporou os projetos do Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade), que buscava incentivar mudanças curriculares, fundamentadas na relação universidade-serviço (BARBIERI, 2006).

²⁴ Em relação à autonomia das IES, de definirem suas grades curriculares, em Ceccim e Feuerwerker (2004) é colocado que é papel dos governos, principalmente o federal, desenvolverem políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social.

Além das DCN, como outros indicativos de que está em curso um processo que reflete um maior esforço governamental na área de RH para o SUS, têm-se a configuração da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Rede ObservaRH), em 1999; dos princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), em sua versão de 2003; do Pacto pela Saúde e do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), em 2006; e da Política Nacional de Educação Permanente, em 2007.

A Rede ObservaRH é uma iniciativa do MS, sendo coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Organização Panamericana de Saúde. Esta iniciativa constitui-se, conforme colocado em Pierantoni (2001, p. 68), "um importante instrumento para ações mais articuladas, podendo viabilizar um eixo integrador dos diversificados sistemas envolvidos na área de RH em saúde". Tendo como propósito geral produzir estudos e pesquisas, bem como ampliar o acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no Brasil, esta rede busca facilitar uma melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e projetos dessa área.

A NOB/RH-SUS, considerando que a "qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifique a atenção individual e coletiva", coloca como "imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o Sistema Único de Saúde". Neste sentido, propõe, dentre outras atribuições e responsabilidades dos gestores de saúde, o estabelecimento de

mecanismos de negociação intersetorial – saúde/educação – com os respectivos gestores da educação ou dirigentes de escolas, para um progressivo entendimento, com vistas a uma ação integrada e cooperativa que busque ajustar, qualitativa e quantitativamente, a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS em âmbito dos sistemas municipais, estaduais e federal de saúde (BRASIL, 2005c, p. 53).

De forma correspondente, o já citado Pacto pela Saúde, de 2006, ao estabelecer como responsabilidade dos gestores na educação na saúde a articulação e cooperação com "a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde", considera

que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho. (BRASIL, 2006b, p.13)

Já o ProgeSUS foi criado com o objetivo de propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Este programa visa analisar os desafios para a gestão do trabalho no SUS, considerando alguns referenciais para a atual situação: a baixa resolutividade dos serviços de saúde ante o volume e as exigências das demandas sociais e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nas organizações. A cada etapa do ProgeSUS é publicado um edital, convocando as Secretarias de Saúde a apresentar Projetos de Trabalho voltados ao fortalecimento de seus setores de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Numa perspectiva de enfrentamento dos problemas que envolvem a capacitação dos profissionais de saúde que atuam no SUS, considerando a necessidade de qualificação destes para o modelo de atenção e gestão proposto, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a Educação Permanente²⁵ “é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”, e tem como objetivos “a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho”. Nesse sentido, é proposto que “os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho”, sendo considerado, ainda, “que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações”. Assim, no setor da saúde, “a Educação Permanente é o conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde” (MS, 2007a, p.13).

²⁵ De acordo com a NOB-RH/SUS a Educação Permanente constitui-se “no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha (BRASIL, 2005, p.32).

A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dá por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que

devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2007a, p. 14).

Ceccim (2005, p. 165), ao apontar a Educação Permanente em Saúde como um desafio ambicioso e necessário para a aproximação dos serviços de saúde com os “conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde”, argumenta sobre a importância da reflexão sobre as práticas vividas para o enfrentamento do desafio de se produzir transformações nas práticas de gestão e de atenção, considerando que

A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho (CECCIM, 2005, p.165).

3.1 INTEGRALIDADE, FORMAÇÃO ACADÊMICA E RECENTES INICIATIVAS

Embora seja constatado que foram poucos os avanços no que tange ao SUS como ordenador da formação de profissionais de saúde, bem como os avanços na implementação das DCN, conforme colocado por Pinheiro e colaboradores (2005, p.179), e ainda pertinente ao momento atual, “há de se reconhecer um conjunto de iniciativas em curso no sentido de formar pessoal capaz de corresponder às necessidades sociais em saúde da população”, orientadas pelos princípios do SUS, em especial a integralidade²⁶.

²⁶ A definição legal e institucional de integralidade, constante na Norma Operacional Básica nº 96 do MS, é: “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema”. Em Pinheiro e Mattos (2003, p. 17) é sugerido um conceito ampliado para a integralidade: “ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema, nos quais os aspectos objetivos e subjetivos sejam considerados”.

A integralidade, noção que engloba diversos usos, podendo ser pensada tanto na atenção, quanto na gestão de serviços, tem sido objeto de diversos estudos e práticas voltadas ao cuidado à saúde (BRASIL, 2005). A vitalidade da discussão, acerca dos seus sentidos²⁷, bem demonstrada no trabalho organizado por Pinheiro e Mattos (2001; 2003; 2004), trouxe à tona muitos potenciais a serem explorados nos âmbitos da assistência e da pesquisa, bem como da formação profissional na área da saúde.

Considerada uma das áreas menos problematizadas na formulação de políticas do SUS, a formação acadêmica é tomada em argumentações em favor de, na formação de profissionais de saúde, se considerar as necessidades de saúde da população, tomando a integralidade da atenção à saúde como eixo norteador da necessidade de mudança nas grades curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MATTOS, 2004).

De acordo com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DEGES/SGTES/MS), criado em 2003, “a integralidade é o conceito-chave para que a formação cumpra seu papel ético de formar profissionais de e para a saúde”, considerando ainda que a integralidade

pressupõe práticas inovadas em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes cenários – todos aqueles em que a produção da saúde e do cuidado ocorre – e conhecimento da realidade de vida das pessoas, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde (BRASIL, 2005c, p. 31).

Bonet (2004, p. 283), lembrando que temos que olhar para os fenômenos sociais de todas as perspectivas possíveis, toma a integralidade como um “operador-lógico” - a partir das suas diferentes possibilidades de significação e da sua própria indefinição - capaz de produzir a integração dos vários componentes envolvidos no ato de cuidar.

De certa forma correspondendo a esta idéia, a política do MS na área de educação na saúde, denominada AprenderSUS, do ano de 2004, considera que

a integralidade da atenção à saúde supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da *dimensão cuidadora* no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes

²⁷ Recomenda-se, em especial, a leitura de Mattos (2001), que, ao refletir sobre as noções de integralidade, aponta para três conjuntos de sentidos: o relacionado à prática de uma boa medicina; o que envolve a forma de organização das práticas de saúde; e o relativo às respostas governamentais na forma de políticas específicas.

de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica (BRASIL, 2004a, p. 5).

A produção do cuidado, conforme colocado por Machado e colaboradores (2004, p. 57), “tem desafiado a organização dos serviços de saúde, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico, a partir da qual as ações de saúde têm historicamente se estruturado”.

Considerando que a formação para a área da saúde deva se pautar na problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às pessoas e coletividades, de acordo com a política AprenderSUS, esta formação deve “ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL, 2004a, p. 4).

Uma das iniciativas decorrentes desta política foi o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil, o VER-SUS/Brasil, que teve como objetivo “desenvolver a implicação dos estudantes aos desafios da implantação do Sistema, inclusive como projeto de formação profissional” (*Id.*, 2005c, p. 52).

Considerando a educação da saúde como “um potencial movimento de inovação e produção de novas práticas sociais, cuja nova síntese seja o ensino da integralidade na educação dos profissionais de saúde”, também se destacam como desdobramento do Aprender SUS as pesquisas desenvolvidas pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, o LAPPIS, grupo de pesquisa do CNPq, a partir de sua linha de atuação EnsinaSUS, relativa ao ensino da integralidade em saúde (PINHEIRO *et al.*, 2005).

No âmbito do Ministério da Educação, em 2005, com a criação em parceria com o MS, da Residência em Área Profissional da Saúde²⁸, através da Portaria n.º 2.117, bem como da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, pela Lei Federal 11.129, foi possível se instituir programas “em serviço para todas as profissões da saúde, orientadas a atender necessidades prioritárias do sistema de

²⁸ A Residência em Área Profissional da Saúde, também denominada Residência Multiprofissional em Saúde, se constitui em uma “modalidade de pós-graduação *lato sensu*, envolvendo mais de uma área profissional da saúde no mesmo programa de educação profissional, mediante orientação docente-assistencial” (BRASIL, 2009c, p. 44).

saúde, como a saúde da família, a saúde mental, a saúde do idoso, entre outras” (BRASIL, 2005c, p.42).

Também em 2005, os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de promover a integração da rede de serviços com a formação dos profissionais de saúde, de forma a qualificá-los para o atendimento das necessidades da população brasileira e para a operacionalização do SUS, criaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), através da Portaria Interministerial nº 2.101 (MS; MEC, 2007b).

O Pró-Saúde apresenta, dentre seus objetivos:

- I - reorientar o processo de formação dos cursos de graduação da área da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as Instituições de Educação Superior de cursos da área da saúde, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e à integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente (MS; MEC, 2007b, p.1)

O programa prevê a seleção de projetos elaborados pelas IES conjuntamente com as Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, anunciada a partir de editais. Inicialmente o Pró-Saúde contemplou apenas cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, sendo que, em 2007 foi ampliado para demais cursos da área da saúde. (MS; MEC, 2007b).

4 EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA PARA ATUAÇÃO EM AF NO SUS

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las....
Que tristes os caminhos se não fora a presença distante das estrelas.*

Mario Quintana

4.1 UMA BREVE RETROSPECTIVA

Como uma das profissões mais antigas da humanidade, a profissão farmacêutica passou por várias mudanças, em conformidade com os diferentes cenários sócio-políticos e econômicos.

No Brasil, o ensino farmacêutico iniciou-se, formalmente, em 1832, com a criação dos cursos de Farmácia vinculados às escolas de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.

Da segunda metade do século XIX até o início do século passado, o farmacêutico em muitas vezes obteve prestígio, estabelecendo uma relação próxima com a comunidade, a partir de sua atuação como boticário, sua denominação na época. Considerando a hegemonia das fórmulas magistrais receitadas pelos médicos, por ele manipuladas e dispensadas aos pacientes,

*nessa fase o farmacêutico exerce papel importante suprimindo parcialmente a omissão do Estado na atenção individual à saúde. É ele quem responde às demandas por meio da pesquisa, produção, comercialização e da orientação do uso do medicamento (HADDAD *et al.*, 2006, p. 172).*

A partir de 1920, com o desenvolvimento da industrialização do medicamento no Brasil, incrementado pela abertura da economia ao capital estrangeiro, teve início um processo de desaparecimento das boticas (denominação da época para as farmácias), implicando na conversão do farmacêutico em um simples intermediário comercial entre o usuário e a indústria.

Principalmente a partir da década de 60, verifica-se um desdobramento da profissão para as áreas de análises clínicas e toxicológicas, bem como para a da indústria de medicamentos e de alimentos, o que envolvia habilidades para

procedimentos prioritariamente técnicos, desconectados com a atenção à saúde. Conforme colocado por Campese (2006, p. 10),

se não bastasse a luta constante para a formulação de uma política de medicamentos e independência tecnológica no setor farmacêutico, as relações envolvendo a Farmácia passaram por uma crise atribuída ao distanciamento do setor farmacêutico e hospitalar com a saúde, pois atuou sob uma ótica empresarial capitalista centrado na área tecnológica, que visava apenas o lucro e a formação de acordo com as necessidades do mercado.

Este processo de descaracterização do farmacêutico como profissional de saúde, a partir do seu entendimento como profissional do medicamento, com atuação mais voltada para sua produção industrial, bem como profissional das análises clínicas, agravou-se, também, em função das lacunas na formação acadêmica em farmácia. Conforme colocado por Haddad e colaboradores (2006, p. 176), “o afastamento do profissional das farmácias e drogarias fica evidente ao considerar-se que, já em 1973, 97% dos estudantes de Farmácia do País haviam optado pela área de análises clínicas”.

Em relação aos currículos mínimos, vigentes anteriormente às atuais DCN, tem-se que a concepção de mercado fica clara no perfil desejado do egresso, principalmente no currículo instituído em 1962 que, conforme Furtado (2008, p. 16), “refletiu o declínio dos profissionais nas farmácias e privilegiou a habilitação dos profissionais para a realização de exames laboratoriais e para o trabalho na indústria de medicamentos”.

Haddad e colaboradores (2006, p. 173) consideram que “a tendência à fragmentação do conteúdo a ser transmitido na formação do farmacêutico, evidenciado no currículo de 1962, foi fortalecida no currículo de 1969”. O Parecer 287/69, do Conselho Federal de Educação, justifica o distanciamento das atividades da Farmácia pelo fato de que “a indústria farmacêutica moderna é uma indústria de transformação, enquanto a Farmácia representa um estabelecimento predominantemente comercial, com um artesanato técnico em involução” (HADDAD *et al.*, 2006, p. 173).

A partir de 1969, a estrutura curricular passou a ser constituída

por um ciclo básico e um primeiro ciclo profissional, comum a todos e que formava o farmacêutico, apto a trabalhar em farmácia de dispensação e manipulação. Em seguida, opcional, havia o segundo ciclo profissional, que habilitava o farmacêutico ao exercício das análises clínicas (farmacêutico bioquímico), às atividades relativas

ao alimento (farmacêutico bioquímico) e das atividades da indústria de medicamentos (farmacêutico industrial)²⁹ (CAMPESE, 2006, p. 31).

Tal contexto contribuiu com a conformação de problemas com a formação tradicional do profissional farmacêutico, como alguns apontados por Leite e colaboradores (2008, p. 275):

1. A visão tecnicista, com uma atuação exclusiva ou excessivamente centrada no "produto" medicamento [...];
2. A deficiência na formação de um profissional voltado para a farmácia (ou, mais especificamente, para a dispensação do medicamento) [...];
3. O enfoque dado à formação para áreas eminentemente não privativas, como as análises clínicas e a tecnologia de alimentos [...];
4. Desarticulação do currículo tradicional (orientado nas últimas quatro décadas pelos Currículos Mínimos) com o Sistema Único de Saúde [...].

Na próxima seção deste trabalho são contempladas apenas as diretrizes curriculares para os cursos de farmácia atualmente vigentes, considerando que neste projeto não se propõe contextualizar, de forma aprofundada, os determinantes e a evolução histórica dos currículos em tais cursos. Esta temática pode ser contemplada nos estudos de Campese (2006) e de Furtado (2008), os quais, dentre outras fontes, serviram como subsídios para a conformação do Quadro 2, apresentado a seguir, onde encontram-se relacionados os principais eventos e iniciativas regulatórias ou organizacionais nacionais referentes ao processo de mudanças do ensino farmacêutico ocorridas no Brasil, no período compreendido entre os anos de 1961 e 2001.

²⁹ De forma diferente, no trabalho de Haddad e colaboradores (2006, p.173) a estrutura curricular é descrita como dividida em três ciclos, "ciclo pré-profissional, primeiro ciclo profissional e segundo ciclo profissional, correspondendo respectivamente às modalidades: Farmacêutico, Farmacêutico-Industrial e Farmacêutico-Bioquímico".

Quadro 2 - Marcos nacionais relacionados ao processo de mudanças no ensino de farmácia no Brasil (1961-2001)

ANO	EVENTOS E INICIATIVAS REGULATÓRIAS OU ORGANIZACIONAIS
1961	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que estabeleceu os Currículos Mínimos para os cursos de graduação (Lei 4.024)
1962	1º Currículo Mínimo para os Cursos de Farmácia, estabelecido pelo Conselho Federal de Educação (CFE) (parecer 268/62)
1964	Golpe de Estado, pelos militares, que deu início a um período de comprometimento das discussões políticas e da produção científica e intelectual nas IES.
1965	Aviso 823, em que o Ministro da Educação sugeriu ao CFE estudo com objetivo de supressão das Faculdades de Farmácia, sugerindo que o curso fosse ministrado nas Escolas de Química
1968	Reforma Universitária (Lei 5.540)
1969	Ato Institucional nº 5, que implicou em ações repressoras por parte do governo 2º Currículo Mínimo para os Cursos de Farmácia (parecer 287/69 do CFE)
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico para a conformação do SUS Dia Nacional de Mobilização pelo Farmacêutico na Farmácia, promovido pela Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia (ENEFAR)
1987	Seminário Nacional sobre Currículo de Farmácia (SNCF), promovido pela ENEFAR
1988	Constituição Federal, com institucionalização do SUS I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos
(1988 a 1995)	2º, 3º, 4º, 5º 6º e 7º SNCF, promovidos pela ENEFAR, algumas vezes com a participação do CFF e da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)
(1991 a 1995)	I, II, III e IV Encontro Nacional da Avaliação do Ensino Farmacêutico, promovidos pelo CFF, sendo nos dois últimos também contou com a participação da ENEFAR
1995	Lei 9.131, que instituiu o Conselho Nacional de Educação (CNE) e propõe avaliações periódicas das instituições e dos cursos de nível superior
1996	Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que estabelece que as IES, dentro de sua autonomia, devem fixar seus currículos em conformidade com diretrizes gerais, no caso, as DCN Proposta de Reformulação do Ensino de Farmácia no Brasil, formulada pela FENAFAR, em parceria com a ENEFAR, e enviada para o MEC
1997	Parecer 776/97 do Conselho Nacional de Educação (CNE) que, através da CES, delibera sobre as diretrizes propostas pelo MEC Edital 4/97 do CNE, que convoca as IES a apresentarem propostas para as novas Diretrizes a serem elaboradas por comissões de especialistas da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação. Diretrizes Gerais para a Educação Farmacêutica no Brasil, organizadas pela Comissão de Especialistas de Ensino de Farmácia (COMENSINO), ligada ao CFF
1999	Proposta para as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Farmácia (DCNF), encaminhada ao CNE pela COMENSINO
2000	1ª Conferência Nacional de Educação Farmacêutica, promovida pelo CFF
2001	2ª Conferência Nacional de Educação Farmacêutica, promovida pelo CFF Fórum Nacional de Avaliação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Farmácia, organizado pelo CFF Parecer CNE/CES nº 1.300, que publica as DCN para os Cursos de Farmácia e Odontologia (ratificado, posteriormente, pela Resolução nº 2 do CNE/CES, que institui as atuais DCNF)

Fonte: Elaboração própria a partir de Campese (2006) e Furtado (2008).

Neste contexto cabe destacar que, paralelamente ao Movimento de Reforma Sanitária e iniciativas de outros atores sociais, os estudantes de Farmácia

contribuíram com o processo de discussão sobre a identidade do profissional farmacêutico, a exemplo os eventos promovidos pela Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia (ENEFAR).

4.2 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DE FARMÁCIA

Nas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Farmácia (DCNF), instituídas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNE), através da Resolução CNE/CES-2/2002, que consta no anexo deste trabalho, tem-se como perfil do egresso, o profissional farmacêutico com formação

generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (CNE, 2002, p.1).

O objetivo da formação, de acordo com as DCNF, é dotar o profissional com conhecimentos necessários ao exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, educação permanente, administração e gerenciamento. Dentre estas, a de atenção à saúde considera que os profissionais de saúde

devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (CNE, 2002, p.1).

As novas DCNF representam, portanto, uma ampliação do perfil do farmacêutico, sendo indicadas 31 competências e habilidades específicas, conforme pode ser verificado no Anexo deste trabalho.

Considerando, principalmente, que nas DCNF consta que “a formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde”, fica clara a proposição de mudanças para o ensino farmacêutico no país, em conformidade com a PNM, a PNAF e com necessidades apontadas pela sociedade organizada (CNE, 2002, p. 3). Conforme colocado por Soares e colaboradores (2008, p. 279), as DCNF “delineiam um salto qualitativo para o Ensino de Graduação em Farmácia ao inserir o farmacêutico no contexto de atenção à saúde”.

Embora já tenham ocorrido alguns avanços decorrentes do estabelecimento das DCNF, Leite (2008), dentre outros autores, aponta para os desafios de romper com o modelo de formação tecnicista e biologicista, de inserir os farmacêuticos em equipes multiprofissionais e, ainda, de sensibilizar docentes para um maior comprometimento com as mudanças necessárias.

Os avanços e desafios da implantação das novas diretrizes curriculares nos cursos de Farmácia foram discutidos em oficinas de trabalho realizadas no V e no VI Congresso Nacional da Rede UNIDA, em 2003 e em 2005, respectivamente.

Além da dificuldade em se apreender como a atuação do farmacêutico em AF pode dar-se em equipes multiprofissionais e em promoção da saúde, considerando sua formação “para a doença”, Ivama e colaboradores (2003, p. 19) apontam, também, para o desafio de se contemplar, de forma equilibrada, as atividades “relacionadas à tecnologia (pesquisa, desenvolvimento, produção, controle de qualidade) e aquelas relacionadas à atenção a saúde (gerenciais e assistenciais do farmacêutico)”.

A ênfase nas disciplinas, como norteadoras do processo de reorganização dos currículos, em detrimento das competências e das estratégias de ensino e aprendizagem, é também considerada como um obstáculo para a implementação das DCNF, uma vez que estas “ou outra forma de organização curricular são um meio para a formação de competências e não a finalidade do processo de formação” (IVAMA *et al.*, 2003, p. 19).

Outros aspectos foram apontados como desafios para a formação dos farmacêuticos pela referida oficina, realizada em 2003, tais como os relacionados à “necessidade de inserção de atividades clínicas” e à “inserção e o enfoque das ciências humanas nos projetos pedagógicos dos cursos”, considerando a formação

de um “profissional de saúde e agente de transformação social” (*Ibid.*, p. 22).

No texto introdutório da oficina realizada em 2005, é colocada a necessidade de que

[...] a reflexão sobre o processo de formação seja feita no contexto de um movimento de mudanças dos profissionais de saúde que envolve tanto a revisão do conteúdo quanto do processo de formação como um todo, ou seja, uma mudança não mais voltada somente ao conhecimento, mas também ao desenvolvimento de competências, ao próprio cenário da formação e à inserção com os futuros ambientes de trabalho (CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 2005, p.5).

Dentre as recomendações desta oficina, tem-se a proposição de estratégias que possibilitem entender o SUS, a AF e as realidades regionais e institucionais como base para a definição das competências a serem desenvolvidas no processo de formação, e da inserção de “estágios e atividades complementares nos currículos, como forma de aprofundar a formação, contemplando os modelos de integralidade em saúde” (CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 2005, p.9).

Em relação à capacitação de farmacêuticos para a área de gestão e planejamento, muito pouco valorizada na graduação, não sendo “possível ao estudante exercer esse tipo de atividade na maior parte dos estágios”, Osório-de-Castro (2008, p. 574) coloca ainda que

todo profissional sabe que sem demonstrar competência técnica na gestão será difícil, se não impossível, exercer, com credibilidade, atividade clínica em estabelecimentos ou sistemas. Por outro lado, sabe-se que gerir sem conhecimento clínico redundará em completa inversão quanto à compreensão de seu papel sanitário, o que, por sua vez, leva a opções gerenciais equivocadas.

Considerando o contexto de diversidade de interpretações e de processos de implementação das DCNF nas faculdades de farmácia no país³⁰, o que implica na conformação de currículos distintos³¹, Soares e colaboradores (2008), ao discutirem os novos paradigmas na formação do farmacêutico implicados nas DCNF, apontam para as seguintes reflexões:

³⁰ De acordo com o CFF (2008, p.8), “o Brasil possui 306 cursos de Farmácia, das quais 40 são de instituições públicas e 266, de instituições privadas”, sendo disponibilizadas 38.143 vagas anuais. Considerando que “em 1996 existiam apenas 88 cursos no país”, o aumento do número de cursos foi de 347%. Contudo, em conformidade com os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP), referentes ao ano de 2008, país possui um total de 353 cursos de graduação presencial em Farmácia, sendo 64 de instituições públicas e 289 de instituições privadas (INEP, 2009).

³¹ Como exemplo, conforme colocado por Soares e colaboradores (2008, p. 278), tem-se que “um estudo das matrizes curriculares apenas de escolas catarinenses de farmácia revelou que existem cursos com 66% da carga horária destinada à formação específica em análises clínicas enquanto outras contam 26% [sic] de sua carga horária para este fim”.

1. A amplitude do âmbito farmacêutico é demasiadamente grande e parece improvável ser possível prover formação para todas as competências, no nível de complexidade adequado ao seu pleno exercício;
2. O termo generalista pressupõe pessoas com uma visão geral em contraposição ao especialista que detém conhecimentos específicos. O significado encaminha a interpretação de que o limite da formação está onde começam os conhecimentos específicos;
- [...] 4. As características humanista, crítica e reflexiva da formação e a atuação em todos os níveis de atenção à saúde não contam com o desenvolvimento pedagógico necessário à sua concretização;
5. O rigor científico e intelectual da formação pressupõe o desenvolvimento consistente das ciências farmacêuticas e sua articulação com o ensino e a extensão (SOARES *et al.*, 2008, p. 277).

Já com uma perspectiva mais otimista em relação às reais mudanças proporcionadas pelas DCNF, considerando-as como já implantadas, o presidente do CFF considera que a implantação destas diretrizes “modificou o sistema tecnicista em um mais humanista, que formasse o profissional para todas as atividades, e não somente para as análises clínicas, preferidas dos alunos” (CFF, 2009b, p.1).

No âmbito das seções regionais dos conselhos de farmácia, contudo, verifica-se a ocorrência de iniciativas que corroboram com uma leitura mais crítica e aprofundada do contexto da educação farmacêutica. Como exemplo, tem-se que, com base nos resultados do Fórum de Educação Farmacêutica promovido pelo Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina, ocorrido em 2006, foram apresentadas propostas para que a implementação das DCNF “se traduzam na consolidação da identidade da profissão e estabelecimento de seu papel social” (SOARES *et al.*, 2008, p. 279). Neste sentido, foi proposto um modelo para o redirecionamento da formação da graduação em farmácia, o qual envolve a adoção de um eixo central de formação, relacionado ao âmbito privativo da atuação farmacêutica e centrado nos fármacos e medicamentos, de caráter obrigatório, além de dois níveis de formação complementar: o nível estratégico, relativo aos aspectos “atitudinais, comportamentais e gerenciais”, também de caráter obrigatório; e o nível complementar, de caráter livre, relativo à formação em áreas não privativas do farmacêutico, como a tecnologia de alimentos ou de cosméticos e as análises clínicas e toxicológicas (*Ibid.*, p. 280).

De acordo com esta proposta, “cabe ao conselho profissional o aspecto regulatório, autorizando a atuação do farmacêutico em determinadas áreas apenas com a formação específica”, trazendo o diferencial de que o “profissional terá uma visão de atenção à saúde”, mesmo atuando em outras áreas diferentes da de medicamentos, correspondentes ao nível complementar da formação (*Ibid.*, p. 283).

4.3 ALGUNS MOVIMENTOS POR MUDANÇAS

No que tange à integração do ensino farmacêutico com o SUS, os Ministérios da Educação e da Saúde, em novembro de 2007, ampliaram o Pró-Saúde para demais cursos da área da saúde, através da Portaria Interministerial 3.019, conforme já abordado no capítulo 3. Na seqüência, em fevereiro de 2008, com a Portaria 362, o MS aprova um incentivo financeiro para apoio das ações de AF no âmbito deste programa, sendo em março homologado, pela Portaria nº 7 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do MS, o resultado do processo de seleção de projetos enviados pelas IES em parceria com secretarias municipais de saúde, contemplando 73 municípios e cerca de 70 instituições de ensino (MS; MEC, 2007b; MS, 2008b).

Ainda no ano de 2007, destaca-se também a criação da Associação Brasileira do Ensino Farmacêutico (ABENFAR), durante o 4º Encontro Nacional de Coordenadores de Curso de Farmácia, promovido pelo CFF, no mês de maio. Com a proposta de “representar as aspirações dos cursos de Farmácia no contexto da Política Nacional de Saúde” a ABENFAR deixa clara sua orientação para o atendimento das necessidades do SUS (CRF-MG, 2007, p. 20).

No mês de dezembro, fechando o ano de 2007, é realizado o I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica (FNEF), promovido pelo DAF/SCTIE/MS, em parceria com ABENFAR. Com o tema central *O Farmacêutico que o Brasil necessita*, o evento teve como objetivo “debater, com entidades representativas da classe farmacêutica, estudantes, professores de farmácia e representantes dos serviços de saúde, as prioridades para a formação do profissional farmacêutico para atender as necessidades do país e do SUS” (LEITE, 2008, p. 461).

Dentre as proposições do I FNEF encontra-se a de não utilização “do termo generalista para o farmacêutico”, considerando que as atuais DCNF “não permitem a formação de um generalista, e sim um profissional polivalente em generalidades” (BRASIL, 2008b, p. 35). Também foram sugeridos: o aumento da carga horária na área de AF; a garantia da formação para a atuação em Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica; a inclusão “de conteúdos de antropologia, sociologia, filosofia, psicologia e saúde coletiva, de preferência de forma obrigatória, nos currículos dos cursos de farmácia”; e o estímulo ao “desenvolvimento de trabalhos

interdisciplinares durante a graduação, onde se trabalhe a integralidade e aspectos humanísticos do cuidado em saúde” (BRASIL, 2008b, p. 36, 41, 42).

Como desdobramento do I FNEF, considerando as potencialidades do Pró-Saúde no redirecionamento da formação em farmácia, o DAF/SCTIE/MS, com ajuda do DEGES/SGTES/MS, da FENAFAR e da ABENFAR, apresentou prioridades para a formação do profissional farmacêutico, divulgadas pelo Ofício Circular nº 04/2008, de janeiro de 2008. Com a intenção de contribuir na elaboração de projetos para concorrer ao Pró-Saúde, os norteadores aí publicados indicam “conhecimentos, habilidades e competências considerados essenciais para garantir que a formação farmacêutica seja reorientada no sentido de atender as demandas da sociedade e do sistema de saúde brasileiro” (BRASIL, 2008b, p. 22).

O documento aponta para a formação de profissionais

1. Com domínio e capacidade de aplicação dos princípios e diretrizes do SUS no processo de gestão do sistema, com impactos na tomada de decisão e suas conseqüências na estruturação de serviços e ações de assistência farmacêutica nos diferentes níveis de atenção à saúde.
2. Preparados para a gestão e execução de ações de promoção e proteção da saúde, na perspectiva da integralidade da atenção.
3. Para o processo de estruturação, gestão e desenvolvimento dos serviços de assistência farmacêutica.
4. Para desenvolver ações de saúde voltadas para o uso racional dos medicamentos e resolubilidade da atenção.
5. Para a gestão e execução do processo de seleção, programação, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos necessários para as ações de atenção à saúde.
6. Para a gestão e desenvolvimento do processo de monitoramento, controle e avaliação dos serviços de assistência farmacêutica.
7. Para a gestão e desenvolvimento do processo de avaliação de tecnologias em saúde.
8. Para a gestão e o desenvolvimento de tecnologias relacionadas ao âmbito profissional farmacêutico, de interesse da saúde pública (incluindo medicamentos e produtos afins, métodos diagnósticos e de análises de produtos, materiais e alimentos).
9. Para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde (Sanitária, Epidemiológica e Ambiental).
10. Para a gestão e desenvolvimento de sistemas de tecnologia de informação necessários às ações de atenção à saúde.
11. Para desenvolver ações multiprofissionais direcionadas à farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.
12. Para o acompanhamento e avaliação da utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2008b, p. 23, 24).

Embora o Pró-Saúde, por si só, provavelmente, não dê conta de viabilizar o necessário fomento à integração ensino-serviço para o redirecionamento da

formação em farmácia, para o que se faz necessário, dentre outros aspectos, um maior comprometimento das instâncias gestoras estaduais e municipais neste sentido, considera-se que seus desdobramentos possam vir contribuir com a construção de um novo momento para a educação farmacêutica no país.

Também contribuindo com a perspectiva deste novo momento, porém parecendo se configurar, de certa forma, num movimento paralelo³² ao desenvolvido pela parceria do DAF/SCTIE/MS com a ABENFAR, o CFF promoveu, em abril de 2008, a V Conferência Nacional de Educação Farmacêutica.

Nesta busca por mudanças também vale citar a divulgação de dois estudos desenvolvidos pela Comissão de Especialistas de Ensino de Farmácia (COMENSINO) do CFF, embora não tenham sido consultados por dificuldades no acesso aos mesmos. Anunciados como “fundamentais para uma compreensão abrangente e crítica do ensino de Farmácia no Brasil”, tais estudos, embasando a proposição de uma carga horária de 4.800 horas/aula para os cursos de Farmácia, abordam a dificuldade que estes têm tido para cumprir as DCNF e indicam estratégias a serem seguidas para a adaptação destes às mudanças implantadas por tais diretrizes (CFF, 2008b, p. 3).

Considerada pelo CFF como uma conquista resultante do trabalho da COMENSINO e da Associação Brasileira do Ensino Farmacêutico e Bioquímico (Abenfarbio), o CNE publicou, no Diário Oficial da União, do dia 22 de outubro de 2008, parecer da Câmara de Educação Superior que dispõe sobre a carga horária e procedimentos relativos à integralização e duração de alguns cursos da área da saúde. Este parecer indicou a fixação de, no mínimo, quatro mil horas (o que corresponde a 4.800 horas/aula, no caso de aulas com duração de 50 minutos) para os cursos de Farmácia, Enfermagem e Fisioterapia, sendo homologado pelo Ministério da Educação, através da Resolução nº 4, de abril de 2009, que estabeleceu parâmetros a serem seguidos pelas IES (CFF, 2008c).

Considerando que a maioria das áreas de atuação do farmacêutico são muito técnicas, exigindo ampla qualificação, integrantes da COMENSINO argumentam em prol desta carga horária e ressaltam a habilitação deste profissional para as diversas

³² Considerando a existência, atualmente, de duas associações relacionadas ao ensino farmacêutico: a recente ABENFAR, e a Abenfarbio, ligada ao CFF e criada em 1965. Conforme colocado em CRF-MG (2007, p. 20), a criação da ABENFAR envolveu intensos debates, incluindo questões relacionadas à situação jurídica da Abenfarbio e à ingerência do CFF, que tentou “impor uma diretoria à sua semelhança”, tendo o presidente deste conselho, neste sentido, demonstrado “arrogância e autoritarismo”.

“áreas específicas, como controle de qualidade e segurança de alimentos, cosméticos, correlatos, fitoterápicos, medicamentos, nutracêuticos, quimioterápicos, radiofármacos, nutrição parenteral, análises clínicas e toxicológicas”, embora também apontem para o crescimento da AF, com ênfase na Atenfar, e para o papel social do farmacêutico junto às políticas de saúde (CFF, 2008c).

No âmbito do movimento estudantil de farmácia, a Comissão Nacional de Educação da ENEFAR, ao debater sobre a contradição ainda existente “entre a retomada do farmacêutico enquanto agente social e profissional de saúde, atrelado ao movimento sanitaria” e a “defesa dos interesses da categoria figurando um corporativismo orientado pelos interesses do mercado”, atribui a tal contradição³³ “um dos principais entraves para a construção de uma educação farmacêutica que atenda aos anseios da comunidade” (ENEFAR, 2008, p. 3).

Para finalizar esta contextualização, pondera-se que as iniciativas abordadas fazem parte da busca pela qualificação da AF e do ensino farmacêutico no Brasil, embora muitas vezes se desenvolvam de forma desarticulada, com conflitos de interesse e/ou se constituam em experiências pontuais, não implicando em mudanças profundas e abrangentes, em função, dentre outros fatores, da dimensão do país e da complexidade da interface educação e saúde.

³³ De acordo com a ENEFAR (2008, p. 3), esta contradição “pode ser materializada sob a forma das entidades que atuam no debate, estando nitidamente em um pólo” a Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), a recém criada ABENFAR e o movimento estudantil de farmácia, “e no contra-ponto” o CFF e a Abenfarbio.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção de graduandos em Farmácia da UFJF sobre a atuação do farmacêutico em Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- . Conhecer a visão que os graduandos têm da Assistência Farmacêutica, do SUS e das áreas de atuação relacionadas;
- . Identificar quais aspectos encontram-se relacionados ao interesse ou ao desinteresse dos graduandos em atuar em Assistência Farmacêutica no SUS;
- . Verificar o que os graduandos consideram como problemas e como potenciais no cenário que envolve os medicamentos no âmbito público de saúde;
- . Identificar qual é, para os graduandos, o papel social do farmacêutico;
- . Compreender a relação que os graduandos estabelecem entre o perfil do farmacêutico preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, a formação que receberam e a atuação em Assistência Farmacêutica.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, cujos referenciais metodológicos decorrem dos princípios da pesquisa qualitativa. Tal abordagem permite a apreensão do significado e da intencionalidade inerentes aos atos, às estruturas sociais e às relações, que não podem ser captados e interpretados na forma reduzida da operacionalização de variáveis. Na busca por um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos, de acordo com Minayo (2006), esta abordagem trabalha com significados, crenças, motivos, valores e atitudes, visando uma aproximação com o objeto de estudo.

As estruturas sociais, na pesquisa qualitativa, são consideradas tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas. A realidade é tomada como uma construção social da qual o investigador participa, sendo que os fenômenos só podem ser compreendidos dentro de uma perspectiva multidimensional, em que se leve em consideração os sujeitos e seus contextos em interações recíprocas (MINAYO, 2006).

Entende-se que na apreensão do objeto estão implicados os conhecimentos e valores do pesquisador, e que estes poderão influenciar na forma que os resultados serão apresentados. De acordo com Turato (2003), tal entendimento não implica no estudo ser menos científico, e sim na necessidade de consciência deste fato, para que seus resultados possam contribuir com estudos futuros, a partir de olhares de outro investigador, permitindo melhor compreensão de determinada realidade.

6.1 CENÁRIO DO ESTUDO

Conforme já explicitado, como campo de pesquisa foi escolhido a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora (FF/UFJF). Esta faculdade se situa em prédio próprio, no Centro das Ciências da Saúde do campus universitário, no Bairro Martelos, localizado no município de Juiz de Fora, município este que conta também com mais dois cursos de graduação em Farmácia, oferecidos por instituições privadas.

Trata-se de um curso que teve seu início em 1905, com a criação da Escola de Farmácia e Odontologia do Instituto Grambery. Com a criação da UFJF, em 1960, o curso foi incorporado por esta, sendo que a partir de 1969 passou a ser ministrado no prédio atual, no campus universitário (YASBECK, 1999).

Atualmente, o curso de Farmácia da UFJF conta com um quadro efetivo de 23 docentes, dos quais 21 estão em regime de dedicação exclusiva. Esses são auxiliados por professores mediante contrato temporário, cujo número varia de acordo com as necessidades da instituição. No semestre da coleta de dados (segundo de 2009) existia um registro de sete professores com esta modalidade de contrato, totalizando trinta professores no curso.

A Unidade de Ensino é organizada de acordo com a seguinte estrutura administrativa: (1) a Congregação, órgão máximo do curso, que compõe-se pelo(a) Diretor(a) (presidente), pelo(a) Vice-Diretor(a), por representantes do corpo docente de cada Departamento, por representantes do corpo discente e do corpo técnico-administrativo; (2) os três departamentos - o de Alimentos e Toxicologia, o de Análises Clínicas e o Farmacêutico, que se compõem de um chefe, um vice-chefe, docentes do quadro permanente e docentes substitutos, além de representação discente, cabendo aos departamentos a elaboração, a organização e a implementação dos planos de ensino das disciplinas, bem como das atividades de extensão e pesquisa, coordenados por um professor eleito a cada três anos (informação verbal)³⁴.

O período de integralização do curso é de dez semestres (cinco anos), sendo que semestralização é entendida como a forma de organização do curso em períodos semestrais, na qual os alunos cursam, a cada seis meses, blocos de disciplinas previamente definidas, seguindo uma lógica de pré-requisitos.

De forma correspondente ao modelo proposto por Soares e colaboradores (2008), citado no quarto capítulo deste trabalho, a estrutura curricular está organizada a partir de três núcleos: o central de formação, o estratégico – estes de caráter obrigatório, e o complementar, de caráter livre, que permite ao aluno escolher as disciplinas de seu maior interesse dentre as áreas de Medicamentos, Alimentos e/ou Análises Clínicas, ao final do oitavo período, quando já ocorreu a integralização de 3450 horas. A partir do nono período, a depender do planejamento

³⁴ Informações repassadas pela atual coordenadora do curso de Farmácia da UFJF, Rita de Cássia Padula Alves Vieira, em outubro de 2010.

dos alunos, o currículo pleno compreenderá 4305 horas no caso de ênfase na área de medicamentos, 4365 horas na de Alimentos ou 4860 na de Análises Clínicas.

A carga horária é organizada na forma de créditos (um crédito corresponde a uma hora de aula), sendo que, além de três estágios, é distribuída em um total de 73 disciplinas, onde 59 são obrigatórias, 13 complementares obrigatórias (eletivas) e uma corresponde ao Trabalho de Conclusão de Curso, introduzido em agosto de 2006. Das disciplinas eletivas, cinco correspondem às Análises Clínicas e as áreas de Alimentos e Medicamentos contam com quatro disciplinas cada.

As atividades de estágio são desenvolvidas nas duas Farmácias Universitárias, (uma unidade localizada no campus da UFJF e outra no centro da cidade), na farmácia do Hospital Universitário (HU), nos laboratórios de Análises Clínicas do HU e da FF/UFJF, sendo que, mediante convênios, também em laboratórios privados, indústrias farmacêuticas e na Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, neste caso principalmente em UBS (FF/UFJF, 2009).

De acordo com o Plano Político e Pedagógico (PPP) que, em 2003, institui um novo currículo para o curso, aprovado pelo Conselho Setorial de Graduação da UFJF através da Resolução 01/2003-CONGRAD de 13/02/2003 e alterado pela Resolução 30/2003-CONGRAD de 04/09/2003,

O egresso terá uma "formação generalista com caráter humanista, crítico e reflexivo, tendo como atribuições essenciais a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde humana, desenvolvendo atividades associadas ao fármaco e ao medicamento, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos". Assim, a formação do Farmacêutico deve ser centrada no medicamento, com característica generalista, apto a atuar na atenção à saúde, com participação social e ética em políticas de saúde nos diferentes setores da indústria de medicamentos, do diagnóstico clínico-laboratorial e da garantia de qualidade de alimentos para a população" (FF/UFJF, 2006).

6.2 SUJEITOS DO ESTUDO E PROCEDIMENTOS PARA ENTRADA NO CAMPO

Os sujeitos deste estudo constituíram-se nos alunos do curso de Farmácia da UFJF, sendo que o critério inicial de escolha dos que fariam parte do grupo de estudo foi que estivessem cursando disciplinas do último ano letivo do curso (ou seja, dos dois últimos períodos letivos do curso, o nono e o décimo). Tal grupo corresponde, de forma geral, à quinta e à sexta turma de alunos a se formar sob a

orientação do novo currículo, vigente a partir do primeiro período letivo de 2003. Dentre os discentes do nono e do décimo período, considerando a necessidade de aprofundamento, da abrangência e da diversidade para o processo de compreensão, se buscou, assim como indicado em Minayo (2006, p. 197), uma “amostra que reflita a totalidade das múltiplas dimensões do objeto”. Nesse sentido, buscou-se selecionar alunos que tivessem optado por disciplinas, ao final do curso, que refletissem diferentes áreas de interesse.

Após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, através do Parecer nº 027/2009, de 19 de março de 2008, foram feitos contatos com a direção e com a coordenação do curso de Farmácia da FF/UFJF, de forma a viabilizar o acesso às suas instalações, aos documentos que descrevessem a estrutura curricular e o PPP do curso, bem como a listagens dos alunos, organizados por período, com dados como telefone e endereço eletrônico.

No caso dos alunos do nono período, inicialmente o contato foi feito a partir da participação da autora como ouvinte em duas aulas teóricas, em setembro de 2009, de disciplinas obrigatórias e comuns a todas as ênfases, a fim de se buscar uma aproximação com os mesmos.

Posteriormente, alguns dos convites para participação na pesquisa foram feitos pessoalmente, nas instalações da FF/UFJF, da Farmácia Universitária (Centro) e do HU, sendo que outros foram feitos através de correio eletrônico.

Considerando a inviabilidade para encontro presencial com a totalidade dos alunos do décimo período, que, em sua maioria, já não mais desenvolviam atividades no prédio da FF/UFJF, este grupo foi abordado principalmente através de telefone e/ou correio eletrônico. Nas situações em que o convite enviado eletronicamente era recusado, ou seja, “voltava”, foi tentado contato telefônico, com preocupação de se procurar deixar o aluno à vontade para eventual recusa. No caso das mensagens que não tiveram resposta, o que foi entendido como uma recusa, pelo menos em parte, não se tentou manter o contato com estes alunos pelo telefone.

Considerando o número de 76 alunos como a totalidade dos alunos efetivamente cursando o último ano letivo do curso no segundo semestre de 2009, para melhor compreensão de como se deu o processo de abordagem aos sujeitos para convidá-los a participar da pesquisa, foi organizado o Quadro 3, a seguir:

Quadro 3 – Convites para participação nas entrevistas: formas de abordagem e aceite dos alunos.

Formas de abordagem	Convites para participação na pesquisa				
	feitos	sem retorno ou não recebidos	aceitos		
			total	9º período	10º período
presencial	10	1 (recusado)	9	6	3
correio eletrônico	24	1 (a princípio aceito) 10 (sem retorno) 8 (recusado pela caixa de entrada)	5	3	2
telefonema	11	1 (a princípio aceito) 7 (não atendido ou desatualizado)	3	1	2
total	45	28	17	10	7

6.3 COLETA DOS DADOS

De forma a atingir os objetivos propostos, este estudo utilizou para coleta de dados uma estratégia típica da investigação com abordagem qualitativa: a entrevista semi-estruturada.

Na pesquisa qualitativa as entrevistas se assemelham a uma conversa, se constituindo numa técnica que permite tratar de temas complexos que não poderiam ser explorados adequadamente por um questionário. Neste trabalho, como instrumento para a realização das entrevistas semi-estruturadas se utilizou um roteiro de perguntas previamente elaborado (APÊNDICE A), que foi testado previamente junto a três estudantes de farmácia da UFJF (no caso, um cursando o oitavo período e dois o nono). Estas entrevistas-piloto permitiram adequá-lo aos objetivos propostos, antes da entrada no campo, bem como permitiram estimar o tempo médio que seria consumido nas entrevistas.

Algumas das perguntas previamente elaboradas para a abordagem aos alunos foram modificadas após as entrevistas-piloto, a partir da observação de sua possível inadequação.

O roteiro foi elaborado com perguntas abertas baseadas nas questões norteadoras/objetivos desta pesquisa, envolvendo os seguintes aspectos: (1)

significado da AF e noção das áreas de atuação relacionadas; (2) problemas e potenciais da AF no SUS; (3) interesse em atuar em AF no SUS; (4) papel social do farmacêutico; (5) relação do perfil e competências preconizadas pelas DCNF e a formação recebida.

Foram realizadas dezessete entrevistas, sendo que os sujeitos vieram a participar da pesquisa após a leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), aprovado pelo já referido Comitê de Ética em Pesquisa. As entrevistas duraram em média quarenta minutos e ocorreram, em sua maioria, em salas de aula do prédio da FF/UFJF, sendo que duas delas no prédio da Gerência Regional de Saúde de Juiz de Fora, local de trabalho desta pesquisadora. Este local se mostrou viável em função da facilidade de acesso destes alunos (os quais faziam estágio no HU, localizado em bairro próximo), bem como pela disponibilidade de ambiente propício às entrevistas (no caso, sala vazia sem possibilidade de interferências).

O registro das entrevistas foi feito por meio de gravação em fitas-cassete e também em um gravador digital, de forma a se minimizar a ocorrência de perdas das falas.

A definição da quantidade de entrevistados se deu a partir do critério da saturação, conhecimento formado em campo, após o entendimento das homogeneidades e das diferenciações internas do grupo. O “ponto de saturação”, ou seja, o momento em que se cessou a inclusão de entrevistados foi determinado pelo pesquisador (após parecer concordante da orientadora do trabalho), a partir da recorrência das informações das entrevistas.

6.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos para a análise dos dados foram desenvolvidos a partir da análise temática de conteúdo, que é uma das modalidades da técnica de análise de conteúdo.

A análise temática se apóia na noção de *tema*, que pode estar relacionada a uma afirmação ou a uma alusão. O tema, termo também utilizado como *unidade de registro* ou *unidade de significação*, pode se apresentar como uma palavra-chave ou

frase. De acordo com Minayo (2006, p. 316), esta técnica de tratamento de dados “consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. A respeito dessa técnica, a autora coloca ainda que “para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso”.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas, textual e literalmente, e posteriormente impressas, tendo seu conteúdo organizado e categorizado a partir de operacionalização sintetizada em 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 diversas tabelas onde cada uma delas correspondia a uma pergunta do roteiro, contendo as respostas individuais dos alunos, sendo feitos destaques gráficos nas falas mais significativas, bem como anotações de impressões acerca do aluno e de sua postura diante da pergunta. No caso, foram elaboradas e impressas treze tabelas com dezessete respostas cada, sendo que na formatação da impressão foi deixado espaço em branco ao lado de cada resposta, o que permitiu a posterior anotação escrita das unidades de significação (temas) correspondentes, facilitando o processo de categorização e análise dos dados.

Como em várias circunstâncias durante as entrevistas os sujeitos não responderam diretamente ao foco do questionamento feito, e sim, apontaram aspectos relacionados à temática geral da pesquisa, estes foram considerados, em alguns casos, junto a outros temas, a partir do processo de categorização.

Para a exploração do material, após a apreensão das unidades temáticas, estas foram classificadas e reagrupadas a fim de se definir e constituir categorias, que, segundo Minayo (2006), “são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado”. No caso, foram escolhidas duas categorias, com suas respectivas sub-categorias, conforme demonstrado a seguir:

Categoria I - A percepção dos alunos sobre a AF e o SUS

- A AF e suas áreas de atuação
- SUS: bom só na teoria?

- AF no SUS como um campo de trabalho em construção
- Limites e possibilidades do contexto de medicamentos no âmbito público de saúde.

Categoria II - Educação farmacêutica para atuação em AF no SUS: desafios e perspectivas

- Papel social do farmacêutico só no papel
- Formação de competências: basta decorar oito palavras-chave?
- A valorização das práticas e os cenários de ensino-aprendizagem.

Estas 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, onde se buscou relacioná-los com o referencial teórico adotado, no sentido de se compreender a percepção dos sujeitos da pesquisa frente à AF no SUS.

Na apresentação dos resultados e discussão deste trabalho, a seguir, os alunos entrevistados encontram-se codificados pela letra 'E' seguida de numeração (E. 1, E. 2 , E. 3...).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Eis um problema? E cada sábio nele aplica
as suas lentes abismais.
Mas quem com isso ganha é o problema, que fica
sempre com um x a mais.*

Mario Quintana

7.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Dos dezessete alunos que aceitaram participar da pesquisa, no caso seis do sexo masculino e onze do feminino, com idade média de 23 anos, nove deles tinham como disciplinas de interesse do chamado “núcleo complementar” as relacionadas às Análises Clínicas, seis aos Medicamentos e dois aos Alimentos.

Inicialmente, estes foram abordados quanto à motivação para se estudar farmácia e à área para a qual se sentem mais bem preparados para atuação no mercado de trabalho.

A maioria dos alunos alegou como motivação para se estudar farmácia o gosto pela química, biologia e/ou matemática, sendo que apenas dois se referiram à atuação profissional futura, no sentido do curso proporcionar um campo amplo. Os demais se referiram ao fato de se gostar de “entender de medicamento”, ou ao perfil pessoal voltado para administração, bem como a influência familiar voltada para atuação política. Referências à atenção à saúde, no sentido de se ajudar as pessoas, do papel cuidador do farmacêutico, foram feitas por apenas dois dos alunos, sendo percebido que o aspecto técnico da profissão foi o que mais se mostrou relacionado à opção pelo curso.

Em relação à área que se sentem melhor preparados, a maioria se referiu às análises clínicas, dois se referiram à manipulação e dois não indicaram uma área, alegando que depende do estágio, sendo que apenas um considerou a AF, valorizando o aspecto do curso da FF/UFJF passar a contemplar conteúdos relacionados à inserção do farmacêutico no SUS, na perspectiva da Atenfar.

7.2 A PERCEPÇÃO DOS ALUNOS SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SUS

7.2.1 A Assistência Farmacêutica e suas áreas de atuação

O entendimento dos alunos acerca do significado da AF e de suas atividades relacionadas envolveu dois tipos principais de interpretação, a saber, a AF entendida como a prática de Atenfar ou como um campo amplo, discutidos logo a seguir. Nas seções subseqüentes são abordados os depoimentos dos alunos que não se pronunciaram diretamente sobre o questionamento feito, o que envolveu colocações diversas, como as relativas a aspectos da formação acadêmica, bem como a de que a AF ainda não se encontra devidamente implantada nos serviços, percepção esta observada na maioria dos entrevistados.

Na primeira perspectiva, em que a AF foi vista como um campo amplo, a maioria considerou o aspecto logístico para o acesso ao medicamento, o que pode ser exemplificado por estas falas:

é um campo extremamente amplo, porque pode atuar tanto na área de saúde básica, dando assistência numa UBS, organizando, porque faz falta alguém que saiba organizar o estoque, como fazer um pedido de compra [...] abrange tudo na questão do medicamento, da organização, planejamento, aquisição, em volta do planejamento de distribuição do medicamento. (E.4)³⁵

you tem que implantar o ciclo, as etapas, pra você ter o acesso, tanto no particular como no público [...] a assistência é mais para manter um fluxo pra manter as pessoas atendidas. (E. 8)

Ao se argumentar sobre a limitação da idéia de ciclo da AF, em Perini (2003), é colocado que o termo *etapas* pode prejudicar a compreensão da AF como um sistema complexo, levando ao entendimento de uma simples sequência de atividades, sendo considerada a

necessidade de um redirecionamento do campo: é preciso ampliar essa percepção, extrapolando a cadeia de gestão do medicamento como foco da conceituação, para que o paciente seja assumido como o usuário do medicamento que necessita ou que participa da assistência à saúde (PERINI, 2003, p. 16).

³⁵ As falas foram reproduzidas literalmente. Desta forma, foi dispensada a introdução da expressão *sic et simpliciter* (sic), considerando-se a mesma implícita em todas as falas.

Conforme colocado por Barreto (2007, p. 108), no âmbito das práticas dos serviços farmacêuticos “vigora o enfoque no fornecimento dos medicamentos”, sendo que este entendimento limitado da AF “leva a supor que o conceito adotado na Legislação Federal ainda não está consolidado no país”. A mesma autora argumenta que a dificuldade de se avançar para um entendimento mais adequado da AF relaciona-se à sua vinculação com o ciclo operacional limitado à seleção, aquisição, controle de estoque e distribuição de medicamentos que, embora represente um avanço, não abrange todas as dimensões desta área.

Ainda considerando uma maior amplitude do campo, poucos alunos entrevistados fizeram menção à produção dos medicamentos e/ou à Atenfar, nestes casos, como fazendo parte da AF:

[...] compreende desde o momento que você está fazendo o medicamento, que você está pensando o desenvolvimento daquilo, porque você sabe que tudo vai ter um impacto depois [...] até depois a parte que você chega na atenção, que você vê o resultado daquilo que você fez lá no começo. (E. 6)

[...] eu tenho uma visão melhor, porque o estágio me exigiu isto [...] a gente participava desde a compra, do processo de escolha dos medicamentos, e depois da parte administrativa de licitação, faz o pregão, até a chegada do medicamento, de colocar na prateleira de acordo com a validade pra sair primeiro, até o momento de entrega do medicamento [...] às vezes a pessoa chegava lá e não sabia a que horas ia tomar, às vezes ela estava com dor de cabeça e o médico tinha passado antibiótico, enfim, acaba que a parte específica de atenção, era muito exigida de mim (E. 3).

No caso específico deste último depoimento, do único aluno do grupo que fez estágio em uma farmácia municipal por um período mais prolongado, tem-se uma visão construída a partir de sua prática, o que aponta para a importância da integração ensino-serviço para que os alunos apreendam de forma mais adequada os conceitos abordados teoricamente em sua formação.

Outros alunos, quando questionados se estabeleciam alguma relação da AF com a produção de medicamentos, a maioria não considera relação entre as áreas, sendo que no caso de dois a relação estabelecida foi com o controle de qualidade de medicamentos, e apenas um aluno fez referência à existência de Laboratórios Oficiais.

No âmbito das políticas farmacêuticas e no entendimento de diversos autores a produção de medicamentos se encontra incorporada ao conjunto de ações que constituem a AF (BRASIL, 2004; PERINI, 2003). A ênfase na participação dos Laboratórios Oficiais para a promoção da produção de medicamentos consta como

uma das diretrizes da PNM, o que foi reforçado pela PNAF, que considera a produção de medicamentos no conceito de AF, além de incluí-la dentre seus eixos estratégicos, conforme exposto no capítulo 2 (ACÚRCIO *et al.*, 2003; BRASIL, 2002; 2004b).

A visão da AF exclusivamente voltada à atuação em hospitais foi também verificada, no caso, a partir do depoimento de alguns dos entrevistados:

[...] a gente pode trabalhar em farmácia hospitalar, isso eu acho interessante. (E. 13)

Eu vejo o farmacêutico na área hospitalar, na farmácia hospitalar. (E. 11)

No que tange à área de Farmácia Hospitalar, conforme lembrado por Marin e colaboradores (2003, p. 123) “no âmbito da profissão farmacêutica, a retomada do medicamento como objeto de trabalho avançou na década de 80, principalmente por meio da organização dos serviços de farmácia hospitalar”. A partir daí, iniciou-se um processo de desenvolvimento desta área, que se constitui em um importante mercado de trabalho para o farmacêutico. Contudo,

a assistência farmacêutica em âmbito hospitalar é exercida primordialmente por instituições privadas prestadoras de serviços ao SUS. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a esfera administrativa de 58% do total de leitos de internação em hospitais especializados, hospitais gerais e hospitais-dia do SUS é privada (VIEIRA, 2010, p. 150).

Aspectos relacionados ao lucro a se obter a partir de ações de AF, neste caso no âmbito privado da saúde, também foram colocados pelos alunos:

Acho que é muito amplo [...] não é só quem está no SUS, a gente vê assistência farmacêutica e só liga ao SUS, eu não acho que seja isto, eu acho que a partir do momento que eu estou comprando a minha matéria prima, eu tenho que comprar ela com qualidade, eu tenho que qualificar o meu fornecedor, eu tenho que produzir da melhor maneira possível, buscando o meu lucro, claro, mas buscando também um preço justo. (E. 5)

[...] é importante tanto no público, que garante o acesso às pessoas que não têm condições, como no privado, porque você atende a necessidade do hospital, que quer gerar lucro, você vai garantir o fluxo de dinheiro, você não vai parar dinheiro, se você controla bem o estoque, se você planeja bem, conversa bem com o seu fornecedor. (E. 8)

No estudo de Furtado (2008, p. 109), junto a coordenadores de cursos de farmácia, também foi verificado um entendimento da atuação do farmacêutico como restrita aos hospitais, não sendo vislumbrado “os demais níveis de atenção, a gestão do sistema e o ciclo de Assistência Farmacêutica”.

No último depoimento apresentado, além do aluno ter demonstrado um foco em serviços farmacêuticos gerenciais no âmbito hospitalar privado no sentido de ganhos financeiros, se constata a noção de que o fornecimento de medicamentos no SUS se dá apenas para pessoas de classes menos favorecidas economicamente. Tal aspecto, também verificado nas falas de outros alunos, implica numa noção limitada acerca do acesso de indivíduos de boa condição econômica aos medicamentos disponibilizados pelo SUS, considerando, principalmente, os medicamentos que fazem parte dos componentes estratégico e especializado, e ainda, os medicamentos custeados pelo poder público demandados por ações judiciais.

Quanto à segunda perspectiva que preponderou nos depoimentos dos alunos quando questionados sobre AF, que envolve orientações aos usuários dos medicamentos, ficou nítido um entendimento voltado à Atenfar como principal ou exclusiva área de atuação, ou seja, as falas de diversos alunos de referiram somente a esta prática.

A atenção farmacêutica engloba todas as áreas que a gente aprendeu até hoje [...] orientar o paciente a melhor forma dele comprar e utilizar o medicamento [...] ajudar o paciente ali com todas as informações pra auxiliar no uso do medicamento da forma correta e também avaliar a prescrição juntamente com ele ali, pra evitar que ele faça o uso indevido do medicamento, ou mesmo o médico passe pra ele o medicamento errado. (E.1)

A assistência farmacêutica é como se fosse um apoio pro paciente pra ele estar sabendo como ele deve tomar o medicamento, porque às vezes o médico não explica direito como ele deve tomar. (E.12)

[...] a parte de ficar de frente pro paciente, ver todos os medicamentos que ele usa, e conversar, e explicar que ele deve fazer isto e aquilo (E. 2)

Conforme já colocado anteriormente, as conceituações relativas aos serviços farmacêuticos voltados aos medicamentos e aos usuários destes, como as de AF e de Atenfar, estabelecem uma gama de interpretações e usos, a depender do referencial teórico adotado pelos docentes na formação dos profissionais e de particularidades de seu *lôcus* de aplicabilidade nas vivências práticas.

Considerando que a Atenfar deva ser compreendida como fazendo parte das ações da AF, como é indicado na PNAF e por diversos autores, a limitação da compreensão da AF como Atenfar parece demonstrar falta de apreensão adequada dos conceitos das mesmas durante a formação, embora seja positivo e desejável

que o foco da assistência tenha sido colocado como sendo o usuário do medicamento.

Conforme colocado por Marin e colaboradores (2003, p. 123),

É importante compreendermos que, para o Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde. Assim, podemos entender que a Assistência Farmacêutica engloba, entre suas diversas atividades, as ações de Atenção Farmacêutica quando se referir às ações específicas do profissional farmacêutico no contexto da assistência à população – individual e coletiva – quanto à promoção do uso racional de medicamentos.

Ainda na visão de AF como exclusivamente relacionada às orientações quanto ao uso dos medicamentos, na fala a seguir também fica nítida a desvinculação da AF com pesquisas.

eu não tenho um contato muito grande porque eu foquei na faculdade em fazer pesquisa, eu acredito que a assistência farmacêutica deva ser a atuação do profissional objetivando auxiliar o paciente e dar conhecimento suficiente para que ele possa ter um melhor emprego do fármaco e que este fármaco tenha sua total eficácia, menor risco de interações medicamentosas e efeitos colaterais. (E. 16)

O fato da maioria dos alunos perceberem a AF como desvinculada da área de pesquisa e produção de medicamentos, como limitada ao cumprimento das etapas do ciclo para o acesso da população aos medicamentos ou como sendo a Atenfar, parece indicar que os conceitos estão sendo trabalhados de forma fragmentada na formação em farmácia, ou seja, que não está ocorrendo uma integração dos conteúdos, de maneira a garantir a percepção de um cenário abrangente das práticas e áreas de atuação em AF.

Considerando a amplitude da AF, é demonstrado pelos sujeitos entrevistados um entendimento limitado quanto às áreas investigativas potenciais para o profissional farmacêutico. Como exemplo destas, tem-se os estudos preconizados na ANPPS, que refletiu diretamente nas linhas temáticas do Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DAF nº 54/2005, abordados no capítulo 2 deste trabalho. Em trabalho que discute a construção deste Edital, Tolentino (2007, p. 21) argumenta que a pesquisa em AF pode “auxiliar a estruturação organizacional das atividades relacionadas ao medicamento”, sendo considerado que

A pesquisa emoldurada como ação de saúde na promoção do acesso da população aos medicamentos e seu uso racional, subsidia a reorientação da Assistência

Farmacêutica, no (re) conhecimento das relações Política de Saúde/Política de Medicamentos, Política de Medicamentos/ Assistência Farmacêutica e Assistência Farmacêutica/Usuário (TOLENTINO, 2007, p. 21).

A limitação à abordagem quantitativa mais voltada à área de administração empresarial e a desconsideração ou desconhecimento acerca de estudos com outras abordagens, aplicáveis na área da saúde, como as de cunho qualitativo que abordam as percepções de usuários dos serviços de saúde, fica bem exemplificada na fala deste aluno:

como que você quantifica uma atenção dada? Como que você quantifica quando chega um paciente chorando porque está desesperado, você vai lá, perde meia hora com ele, explica e faz uma coisa ou outra, não tem como você quantificar estes resultados, porque o SUS não tem uma pesquisa de satisfação de clientes. (E. 5)

O fato do produto nos serviços de saúde ser produzido e consumido ao mesmo tempo, o que o diferencia dos demais “produtos”, implica na necessidade de olhares mais aprofundados para sua apreensão do que os proporcionados somente pelos estudos com abordagem quantitativa.

Conforme colocado por Lyra Júnior e Santos (2007, p. 8), para comprovar o impacto da Atenfar, a pesquisa “deve ter um desenho adequado demonstrando toda a amplitude da prática por meio dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos obtidos”. Ao propor a abordagem qualitativa como uma alternativa eficaz para avaliação do impacto humanístico da Atenfar, Oliveira (2007, p. 75), observa que

na prática farmacêutica tradicional, entender o efeito de um medicamento a partir de seu mecanismo de ação é relativamente simples, mas numa prática centrada na pessoa, entender o efeito de um medicamento em um indivíduo que desempenha vários papéis na sociedade, que tem uma variedade de experiências anteriores com o sistema de saúde e com medicamentos, que está situado em um contexto social com uma cultura específica, isto é certamente muito diferente e mais complexo (SHOEMAKER; OLIVEIRA, 2006 *apud* OLIVEIRA, 2007, p. 75).

O tema pesquisa também surgiu, posteriormente, nos depoimentos de vários alunos, quando questionados acerca dos potenciais no Brasil, considerando o atual contexto de medicamentos no âmbito público de saúde, o que é abordado em seção mais adiante.

Numa análise simplificada, no que tange às áreas de atuação em AF apontadas pelos alunos, tem-se as atividades relacionadas ao ciclo da AF ou à Atenfar, em especial em UBS, farmácia de manipulação e hospital. Com exceção dos depoimentos de dois alunos, que fizeram estágio junto a secretarias municipais

de saúde, não foram mencionadas, pelo menos de forma direta, possíveis atuações em farmácias centrais ou outros departamentos de Secretarias municipais ou estaduais de saúde, em órgãos reguladores, em instituições de ensino e/ou de pesquisa e em Laboratórios Oficiais.

7.2.2 SUS: bom só na teoria?

O entendimento do SUS como um sistema efetivo, importante para a população brasileira, foi demonstrado a partir dos depoimentos de poucos alunos.

Apesar dos problemas, ele ainda é um sistema muito efetivo e que está aí presente na vida, e sem ele a gente estaria, vamos dizer assim, defasado na área da saúde, a maioria do povo brasileiro, que é de baixa renda tem acesso à saúde em função do SUS. (E. 1)

Eu tenho uma visão linda do SUS, eu acho que é um sistema que, por mais que todo mundo reclame que não atende todo mundo, é o maior sistema público do mundo (E. 14)

[...] em algumas pequenas cidades o SUS funciona da maneira que ele tem que funcionar, na minha cidade ele funciona [...] tem os médicos de família, do PSF, bem estruturados, eles fazem visitas regulares, todas as consultas que são encaminhadas pra uma central maior você tem este retorno pra sua UBS. (E. 17)

Apesar dos problemas envolvidos na trajetória da política de saúde brasileira, que implicam na limitação da universalização da atenção, avanços do SUS devem ser reconhecidos, na medida em que

A predominância do SUS e seu impacto na população é substancial: o sistema público possui o maior número de estabelecimentos de saúde, é responsável pela maior parte dos procedimentos e pela cobertura de três quartos da população. Além disso, é no SUS que a população encontra cobertura para procedimentos tipicamente de saúde coletiva, além do fornecimento de medicamentos na atenção ambulatorial – um dos itens de maior gasto privado em saúde (MENICUCCI, 2009, p. 1622).

Também são consideradas como avanços decorrentes do SUS, a “difusão da consciência do *direito à saúde* na população, mesmo reconhecendo a distância entre a sua formalização jurídica e a garantia concreta”, e, considerando a dimensão continental do país, com seus mais de 5.500 municípios e grandes desigualdades regionais e sociais, a “obra de engenharia política que possibilitou, em menos de

duas décadas, uma *gestão descentralizada* para estados e municípios” (VAISTMAN *et al.*, 2009, p. 900).

Aspectos relacionados à dificuldade de gestão do SUS foram colocados como inerentes ao mesmo, considerando sua amplitude e que ainda está em processo de implantação.

[...] o SUS está começando ainda, o SUS não está implantado completamente. (E .4)

Acho o SUS um sistema bom, pedras em mim [...] no papel ele é lindo e na prática ele também é bom, se espera na fila, mas não tem como, ele tem várias falhas ainda, é um sistema que está amadurecendo [...] é um sistema muito grande, difícil de gerir. (E.16)

A expressão “pedras em mim”, presente nesta última fala, denota a idéia que o usual é as pessoas criticarem o SUS, e que fazer elogios pode suscitar posições contrárias a esta visão.

De forma mais preponderante, numa perspectiva mais crítica, o que se apresentou a partir das falas, embora estas muitas vezes superficiais, e também das posturas dos alunos diante do tema SUS, é que o mesmo é teoricamente bem elaborado, porém que na prática não funciona.

[...] ele é muito bem elaborado, as leis, as diretrizes do SUS, ele é maravilhoso né, mas tem muita coisa que não funciona não. (E. 13)

No SUS eu acho que é complicado [...] o SUS tem tudo para funcionar bem, né, a gente vê na teoria o que é, só que não funciona desta forma. (E. 2)

no papel ele é bonito, muito bonito mesmo, mas realmente funcionar é complicado, porque os pacientes sentem uma falta de atenção dos profissionais, há uma carência, mesmo por parte do governo, de não ter incentivo. (E. 15)

De fato, muitos desafios se colocam para a consolidação deste sistema, principalmente o de “promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 562).

Considerando que “o alcance dos objetivos finalísticos do SUS está associado a questões cuja solução está fora dele, localizando-se no âmbito político da definição das políticas públicas”, Menecucci (2009, p. 1623), no que se refere ao financiamento do sistema, argumenta que a “instabilidade e insuficiência de recursos alocados” implicam em “constrangimentos para efetivação do SUS na sua completa aceção”.

Em entrevista prestada a Vaistman e colaboradores (2009, p. 900), além “dos gargalos do financiamento”, Paim considerou que os maiores problemas do SUS relacionam-se à infra-estrutura restrita, à questão dos recursos humanos, “à persistência do modelo médico hegemônico” e à “organização deficiente entre a atenção básica e os serviços de média e alta complexidade”, sendo destacado ainda “os impasses decorrentes da gestão e gerência atreladas a interesses partidários, situação em que a saúde das pessoas transforma-se em objeto de clientelismos e moeda de troca política”, o que, segundo o mesmo, “compromete a legitimidade do SUS perante a opinião pública, a profissionalização da gestão e a continuidade e eficiência administrativas”.

A percepção que a maioria dos alunos entrevistados tem do SUS, de certa forma, reflete um distanciamento dos mesmos para com a construção deste sistema que, no caso, é colocada como sendo exclusiva dos órgãos gestores, ficando nítida a falta de noção da possibilidade de participação como atores na construção do SUS, através das instâncias de Controle Social ou de entidades estudantis e profissionais. De forma correspondente, Saturnino e colaboradores (2007), em trabalho junto a graduandos de farmácia apontam que o

despreparo dos profissionais recém-formados para atuarem na complexidade inerente ao sistema público de saúde é uma constatação freqüente, assim como a dificuldade encontrada por eles em compreender a gestão e o controle da sociedade sobre o setor.

Também no trabalho de Furtado (2008) é verificado que, no caso, docentes de farmácia não se sentem responsáveis por contribuir para os avanços do sistema.

Embora considerem que ainda é incipiente a aproximação das IES com os Conselhos de Saúde, alguns autores apontam que está ocorrendo um avanço das experiências de inserção dos estudantes nos espaços de controle social do SUS, destacando que os estudantes que participam destas atividades se sentem como fazendo parte de um processo de construção” (SAIPPA-OLIVEIRA *et al.*, p. 220).

Outra percepção dos sujeitos entrevistados é a de que os profissionais que atuam no SUS são descompromissados e/ou desqualificados, o que é exemplificado pelas seguintes falas:

[...] tem muita gente que vai pro SUS e não quer nada com nada, só quer ganhar o dinheirinho no final do mês. (E.10)

[...] está faltando pessoas que saibam o que fazer com o SUS, que saibam quais que são os princípios do SUS mesmo e aplicar estes princípios [...] apesar de ser uma boa idéia ainda falta gente que saiba o que está fazendo pra botar a coisa pra funcionar de verdade (E. 4)

[...] a parte pública é aquela coisa, né, não é todo mundo que trabalha da mesma forma, que corre atrás (E. 2)

Tem médicos que são horríveis, mas a culpa não é do SUS, sabe, às vezes a culpa maior é do médico porque ele é ruim, mas não dá pra mandar embora, isto é um problema do SUS, é um problema do Brasil, por pessoas ruins dentro do sistema público, isso é inatingível, é no Brasil inteiro, no setor público (E. 16)

[...] tudo não tem jeito, muita burocracia [...] esta estagnação que o funcionário público tem [...] faça ou não faça que ele vai ganhar do mesmo jeito. (E. 5)

[...] você vê que não tem um comprometimento dos profissionais que estão ligados diretamente com a implantação. (E. 17)

Em estudo que busca confrontar o discurso que se encontra difundido na sociedade, de que a prestação de serviços públicos “seria lenta e descompromissada em contraposição a que ocorre na iniciativa privada, que seria rápida e eficiente”, Meirelles e Figueiredo (2009) defendem que tal discurso decorre da opção político-ideológica, ocorrida na década de 90, “que visava o desmonte e o sucateamento dos serviços públicos que viabilizaram a reforma do Estado alinhada ao projeto neoliberal”.

Contudo, no atual contexto de atenção à saúde, de fato, muitos são os problemas relacionados ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores que atuam no SUS, o que foi brevemente abordado no capítulo 3 deste trabalho. Conforme colocado por Ceccim (2005, p. 163),

Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores.

Essas questões, relacionadas à desqualificação dos profissionais, também emergiram das falas quando os alunos foram indagados sobre o que influencia seu interesse ou desinteresse em atuar em AF no SUS, aspecto a ser discutido na próxima seção.

7.2.3 A Assistência Farmacêutica no SUS como um campo de trabalho em construção

Assim como Barreto (2007), Cordeiro e Leite (2008) e Mayorga (2004), dentre outros autores, a maioria dos alunos considera a AF no SUS como não devidamente implantada, ainda em processo de construção.

[...] área que tá crescendo, agora, mas que não é todo mundo que tem conhecimento. (E.2)

[...] o farmacêutico não tem espaço no SUS, eu acho que não tem, e a assistência farmacêutica ainda tá muito engatinhando mesmo, precisa de muita coisa pra melhorar [...] a assistência farmacêutica ainda tem que acontecer. (E.13)

Eu acho que está numa fase ainda muito inicial, até quando durante o curso a gente viu, desde o 1º, do 2º período a gente teve uma disciplina, que a gente acompanhou, foi em UBS e tal, mas eu acho que tá muito longe de ter uma extensão do campo, na minha visão atual tá muito longe ainda de incluir o farmacêutico em UBS. (E.15)

O aspecto de que o farmacêutico não tem espaço no SUS foi o mais enfatizado pelos alunos, permeando as respostas de muitos dos questionamentos feitos no decorrer das entrevistas. Esta temática, da inserção do farmacêutico no SUS, mais focada na atenção básica à saúde, nos serviços em UBS, esteve presente também nas respostas aos questionamentos sobre os problemas e os potenciais no contexto dos medicamentos no SUS e em várias situações em que o foco do questionamento feito não foi abordado diretamente pelo entrevistado, a exemplo dos seguintes depoimentos:

Eu acho que tem poucos farmacêuticos no SUS, e os que estão, tem que dar o máximo pra fazer valer a nossa função, e tem que aumentar, porque só isso não dá conta, eu acho que é isso, eu não falei muito porque eu não sei muito (E. 6).

[...] a gente deveria ser inserido no SUS, em todas as UBS ter um farmacêutico, todos os professores falaram isso. Eu vejo o SUS da seguinte forma, paciente chega lá, o médico sapeca consulta e taca receita nele e ele nem sabe o que está tomando, às vezes passa remédio sem necessidade, eu acho que o SUS precisava mesmo do farmacêutico. (E. 12)

[...] o SUS, que seria um sistema que teria que ser exemplo, teria que ter uma assistência farmacêutica boa, em todas as UBS caberia o farmacêutico pra prestar essa assistência boa, não é o que a gente vê hoje, simplesmente você chega no balcão e há uma distribuição de medicamentos. (E. 7)

[...] para melhorar precisa começar, porque o que a gente vê é a falta de farmacêutico no SUS, a gente não tem nem uma UBS com farmacêutico [...] tá faltando profissional pra fazer funcionar, porque pode ter os planos mais bonitos no papel, mas enquanto não tiver recurso humano pra fazer, não vai ter [...] você vê no Programa Saúde da Família, tem médico, tem enfermeiro, tem assistente social, mas nunca tem o farmacêutico. (E. 4)

A falta do profissional farmacêutico no sistema de atenção à saúde como característica do cenário atual também foi verificada por diversos autores, tais como Alves (2003), que discutiu a realidade da dispensação de medicamentos em UBS no município de Juiz de Fora; Mayorga e colaboradores (2004), que discutiu a efetivação da AF no SUS, a partir da análise de vários estudos nacionais; e Barreto (2007), que analisou a gestão da AF em municípios baianos.

Conforme abordado no capítulo 2, apesar de alguns documentos do MS ressaltarem a importância e a necessidade da inserção do farmacêutico no SUS, considerando que esta é fundamental para a atenção à saúde, além da recente Portaria nº 2982, vigente apenas a partir de março de 2010, que prevê a possibilidade dos municípios utilizarem recursos financeiros da AF para a estruturação destes serviços, a única iniciativa federal no sentido de inclusão deste profissional na atenção à saúde foi a criação dos NASF.

Embora as disciplinas que abordem o SUS e a AF terem sido cursadas pelos alunos em época anterior à criação destes núcleos, apenas um dos alunos entrevistados fez menção a esta iniciativa, de certa forma como um marco inicial no processo de inserção do farmacêutico no âmbito do PSF.

o governo já começou a pensar um pouco mais a respeito disso, principalmente agora com a criação dos NASF, que tem a inserção do farmacêutico, pra promoção da saúde, junto a equipe multidisciplinar, tarde, mas está se atentando pra isso, está havendo a inserção do farmacêutico aos poucos, todo processo de transição é um processo demorado (E. 7).

Embora estudos que abordem a atuação de farmacêuticos junto aos NASF ainda sejam quase inexistentes, ou não acessíveis, no trabalho de Destro (2009, p. 23) foi sugerido que os farmacêuticos muito podem contribuir, no caso, na atenção na Saúde Mental no município de Belo Horizonte, a partir da integração da AF na rede de cuidados nesta área, sendo colocado que “ainda em 2008, houve aumento significativo do número de Farmacêuticos que passaram a compor as equipes do NASF”.

A discussão sobre a situação dos farmacêuticos frente à implantação destes núcleos também foi pauta na 56ª Reunião Geral dos Conselhos de Farmácia, realizada em março de 2010, sendo colocado pelo farmacêutico Wilson Hiroshi, Vice-Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Mato Grosso do Sul que “ainda falta esclarecimento ao farmacêutico e à população sobre o papel dos NASF e quais as atividades que o farmacêutico pode exercer nesses Núcleos” (CFF, 2010).

Quando questionados sobre os aspectos que influenciam seu interesse ou desinteresse em atuar em AF no SUS, no caso do desinteresse, os alunos o relacionam não só à desqualificação dos profissionais e à característica teórica e burocracia do SUS, exemplificadas na seção anterior. Também foram colocados como motivos pelo desinteresse em se atuar na área aspectos relacionados à formação recebida, à incipiência da inserção do farmacêutico no SUS, além da falta de retorno financeiro e desvalorização profissional nesta área de atuação, como observado nas falas abaixo:

Não tem retorno no sentido de haver reconhecimento do seu trabalho [...] às vezes as pessoas não julgam aquilo como sendo uma coisa importante, o importante é que tem que ter médico [...] e até financeiramente falando, o farmacêutico no SUS não recebe tão bem, não ganha tão bem quanto um médico. (E. 2)

[...] não dá dinheiro, a gente vai trabalhar com assistência farmacêutica aonde, pensando diretamente? (E. 11)

[...] quando oferece oportunidade de emprego é por um salário muito baixo [...] se você trabalha no comércio você ganha mais. (E. 14)

O interesse seria trabalhar com a população, cuidar da saúde, e o desinteresse seria pela desvalorização. (E. 15)

Não foram localizados estudos acerca das condições salariais dos profissionais farmacêuticos que atuam em AF no âmbito público de saúde, sendo que Vieira (2008) aponta para o fato de que não foram desenvolvidos estudos, no âmbito do SUS, acerca da relação do número de farmacêuticos que atuam em AF nos municípios e estados.

Salvo remunerações de profissionais farmacêuticos que atuam no serviço público há muito tempo ou que ocupam cargos de gerência nos âmbitos estaduais ou federais de gestão da AF, a vivência prática da autora e os salários dos farmacêuticos constantes em recentes editais de concursos para seleção de farmacêuticos municipais permitem constatar que é real a desvalorização

profissional, sendo que dificilmente os farmacêuticos que atuam em AF na maioria dos estados e municípios recebam o piso salarial proposto pelos Conselhos Regionais de Farmácia.

Contudo, embora de forma pontual, algumas experiências indicam que, nos últimos anos, está sendo estimulado o aumento do número de contratação de farmacêuticos para atuação em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme colocado por Nascimento Júnior (2007), em referência ao estado de Santa Catarina. No caso do estado de Minas Gerais, a implantação, em curso, da Rede Farmácia de Minas prevê o repasse estadual de incentivo financeiro para complementação do salário do farmacêutico responsável pelas unidades municipais, para atuação em regime de 40 horas semanais (SES-MG, 2008).

Quanto aos poucos alunos que declararam ter interesse em atuar em AF no SUS, tal interesse é relacionado com a possibilidade de inovação na área, consideração que vai ao encontro da percepção de uma área de trabalho em construção.

[...] eu quero fazer alguma coisa que faça diferença, e você vê que no SUS que se você trabalhar direito você consegue fazer diferença [...] é um campo que dá muita oportunidade de você inovar, é claro que se tiver como. (E. 4)

Interesse porque o acesso a medicamentos agora é complicado, então eu gostaria de trabalhar nesta área pra tentar mudar algumas políticas, mais nessa área mesmo, na área burocrática, na área de gestão de saúde. (E. 6)

[...] o que me motiva a trabalhar é a vontade de mudar, já que não pode continuar da maneira que está, mas muita coisa vem melhorando. (E.17)

Considerando o contexto em que vem sendo esboçada uma mudança de paradigma para a profissão farmacêutica e de demandas por serviços farmacêuticos de qualidade, necessários para o aperfeiçoamento do SUS, Cordeiro e Leite (2008, p. 21, 22), ao discutirem sobre comentários de que “a profissão farmacêutica está em crise”, argumentam que “é muito bom estar em crise”, no sentido de que

etimologicamente, crise (crítica) vem de busca da verdade. Assim, o que a profissão fez, no decorrer de todos estes anos, foi encontrar caminhos para servir à sociedade ao mesmo tempo em que procurou alcançar satisfação com o seu trabalho. Na verdade, a tão propalada “crise” ou “procura de identidade” são aspectos salutares, dinâmicos, geradores de reflexões e de uma práxis motivacional direcionadas para as mudanças exigidas por um novo século (CORDEIRO; LEITE, 2008, p. 22).

7.2.4 Limites e possibilidades do contexto dos medicamentos no âmbito público de saúde

Ao exporem a visão dos problemas e desafios que existem no contexto da AF no SUS, dentre os alunos que se pronunciaram de forma menos superficial (considerando que três dos alunos não se consideraram em condições de responder ao questionamento feito), a maioria deles colocou a inadequação na gestão das atividades que envolvem os medicamentos como principal problema, principalmente as relacionadas à aquisição, programação e ao controle de estoque:

Faltam medicamentos, alguns sobram, tem desperdício e tem problema de gestão. (E. 10)

Eu acho que é mal gerenciado... falta gerenciamento, esta visão, de você fazer controle de estoque. (E. 2)

[...] nem sempre o farmacêutico é responsável pela compra dos medicamentos da unidade básica, normalmente isso acarreta um maior custo para o município, falta planejamento. (E. 11)

Alguns estudos revelam que para que a AF cumpra seu papel de modo satisfatório, tem-se ainda um longo caminho a ser trilhado. Um estudo do Banco Mundial constatou que

90% dos municípios brasileiros apresentaram pelo menos um dos 15 problemas identificados por um órgão de controle da administração pública no que se refere à gestão da assistência farmacêutica, especialmente em relação a estoques: dos municípios com problemas de gestão, 70% não tinham controle de estoque ou apresentavam controle deficiente (VIEIRA, 2010, p. 150).

O mesmo estudo “estimou que o gerenciamento da logística de medicamentos absorve cerca de 20% dos recursos financeiros da saúde, podendo ser uma importante causa de ineficiência e perda” (VIEIRA, 2010, p. 150).

Já uma pesquisa realizada pelo MS em parceria com a OPAS, em 2005, mostrou que

a disponibilidade em estoque dos medicamentos principais foi de 73% nas unidades de saúde, 76% nas centrais de abastecimento farmacêutico municipais (CAF-M) e 77% nas estaduais (CAF-E), mostrando que mesmo os medicamentos essenciais não estavam disponíveis nos serviços (VIEIRA, 2010, p. 150).

Como possíveis atuações do farmacêutico no enfrentamento dos problemas gerenciais que envolvem a AF foi colocado pelos alunos que o farmacêutico

pode ser uma peça centralizadora [...] na organização, pra poder gerar os pedidos, organizar o almoxarifado, que é uma coisa muito importante. (E. 4)

tem que fazer com que o município gaste menos com medicamento [...] atuar com médico, com enfermeiro, eu acho importante porque pode melhorar o tratamento do paciente e o orçamento para o município. (E. 11)

tem que provar que o planejamento é que vai levar à melhor distribuição, se planejar bem, ver o que a UBS precisa, começar pelo pequeno mesmo, porque a partir do pequeno que a gente vai fazer o planejamento da prefeitura e do estado. (E. 6)

Com exceção de um só aluno, que fez estágio em uma farmácia municipal, não foram abordados pelos demais alunos questões que envolvem o financiamento e a programação de medicamentos no âmbito do SUS em referência aos seus componentes (Básico, Estratégico e Especializado), embora uma visão mais sistêmica acerca da programação a partir de UBS tenha sido exemplificada no último depoimento supracitado, no sentido desta se relacionar com a do município e a do estado.

No caso da fala do aluno que teve contato com a programação de medicamentos em nível municipal, fica clara a exposição da problemática decorrente da falta de integração entre prescritores e responsáveis pela aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos:

A visão que eu tenho é que falta diálogo entre as diferentes áreas do sistema de saúde [...] essa falta de diálogo entre o almoxarifado e o setor de compras e os setores que usam o medicamento, acaba gerando uma confusão e fica remédio estragando num lugar e remédio faltando no outro, eu acho que este é o principal problema, é falta de gestão na aquisição e distribuição do medicamento. (E. 4)

O processo de gestão da AF, de acordo com Marin e colaboradores (2003), deve contar com uma gerência efetiva, capaz de garantir a articulação das várias etapas envolvidas, com objetivo de assegurar racionalidade, eficiência, eficácia e qualidade nos serviços prestados. Considerando que o acesso e o uso racional de medicamentos são os principais objetivos do processo de gerência da AF, a qual não deve se restringir apenas ao abastecimento de medicamentos, os mesmos autores apontam que os resultados obtidos do conjunto de ações que envolvem a AF “dependerão, essencialmente, da elaboração de diretrizes claras por parte do

gestor envolvido e da capacidade de gerenciamento existente na equipe” (MARIN *et al.*, 2003, p. 55).

O uso irracional de medicamentos também foi abordado por outros alunos como um problema no contexto da AF no SUS:

[...] o problema não é o acesso, mas o excesso, e outra, a gente já teve este problema, de a pessoa ir num mês, pegar o medicamento, vai no outro pega, de repente a pessoa chega na farmácia com uma sacola cheia de remédio. (E. 3)

Relacionado ao paciente, o que mais, o maior problema é o uso errado e excessivo dos medicamentos, a população não tem consciência do quanto mal que ele provoca. (E. 14)

Características do itinerário terapêutico dos usuários e da prática clínica no SUS, bem como da AF prestada, de fato, em algumas situações contribuem com a existência de ‘estoques caseiros’ de medicamentos. Tais ‘estoques’, tanto revelam o uso irracional dos medicamentos, como favorecem o mesmo, tanto pela possibilidade de promover a automedicação irresponsável de entes próximos ao usuário, como pelo desperdício de recursos públicos.

Numa perspectiva mais ampliada da problemática na área de AF no SUS, a partir de sua vivência em estágio em uma UBS, um aluno abordou também os problemas relacionados à prescrição médica, expondo um contexto no qual todo o processo que envolve o medicamento está inadequado, com implicações negativas para o uso racional de antibióticos:

[...] a prescrição começa errada da gerente da unidade, por quê? Se tem muita cefalexina ela manda prescrever cefalexina, se tem muita amoxicilina com clavulanato ela manda prescrever amoxicilina com clavulanato, tem paciente pediátrico, tudo tomando amoxicilina com clavulanato como primeira opção, aí vai, passando pelo prescritor, ele tem informação pra isso, ele tem autoridade suficiente pra prescrever o que é certo, ele faz errado, chegando no dispensador ele não tem formação pra isso, ele é um mero entregador de medicamentos, então vai errado, aí pensando antes de chegar na UBS, a compra é feita errada, o estoque não é gerenciado, por isso que acontece isso de estar vencendo muito, o fornecedor demora três meses pra entregar, aí, vai, descarta [...] se a criança que é atendida pelo posto desde os dois anos, chega com dezoito tendo que operar praticamente, pra poder curar amigdalite, inflamação, porque não tem medicamento que salve, ou então ela faz um mandato pra conseguir o tal antibiótico que ela quer, simplesmente porque as etapas não foram cumpridas da maneira correta. (E. 5)

Condutas equivocadas ou erros de prescrição estão entre as principais causas do uso irracional ou incorreto de medicamentos, o que pode acarretar, conforme colocado por Marin e colaboradores (2003, p. 141), “falhas terapêuticas,

efeitos indesejáveis, agravos à saúde dos usuários e, sem dúvida, maiores despesas para o sistema de atenção à saúde”.

Podem ser vários e complexos os motivos que explicam a falta ou o uso irracional de medicamentos na rede pública de saúde, sendo considerado que os problemas atuais não são decorrentes apenas das limitações financeiras e da falta de RH e infra-estrutura, “mas também reflexo da atitude e da conduta de governos, prescritores, dispensadores, consumidores, e da própria indústria farmacêutica” (MAYORGA *et al.*, 2004, p. 206).

Os interesses mercadológicos relacionados aos medicamentos, embora abordados como problemas por poucos alunos, fizeram parte de considerações pertinentes, no que tange ao contexto nacional.

[...] tem o interesse do laboratório, ele pode influenciar na compra de remédios pela prefeitura. (E. 6)

Este tema deveria ser mais debatido, o que não acontece muito isso, é por causa da pressão comercial, o que a gente vê aqui no Brasil, é um domínio principalmente de multinacional, mas a gente não pode ver só o lado ruim das coisas, mas a maioria vem pra obter lucro, e o medicamento, como eu já disse antes, fica utilizado como uma moeda comercial, uma moeda de troca. (E. 7)

A indústria farmacêutica, conforme colocado por Barros e colaboradores (2008 p.37), constitui “um dos mais poderosos e influentes ramos industriais, com a ambiguidade que a faz detentora do epíteto de benfeitora da humanidade”, considerando o sucesso de tantos medicamentos na cura de enfermidades e alívio do sofrimento humano. No entanto, é enfatizado que

pelas práticas que adota ao erigir a lucratividade como móvel maior de sua atividade, tem sido incriminada pelo uso inadequado e dos efeitos adversos dos fármacos, sobretudo ao institucionalizar estratégias de comercialização e promoção intensificadoras da medicalização, isto é, da crença que extrapola o razoável e o cientificamente justificável no valor e na ação dos fármacos (BARROS *et al.*, 2008, p.37).

Em relação ao assédio da indústria farmacêutica junto aos prescritores, um dos alunos se manifestou, no sentido de que

o médico receita qualquer coisa, o cara deu uma garrafinha de uísque pra ele receitar agora o pantoprazol? [...] o SUS passa a ficar na mão de médico, isso não dá certo, porque médico não é um bicho independente. (E. 16)

De fato, assim como argumentado por Barros (2002), a falta de independência dos prescritores e das autoridades sanitárias em relação aos interesses dos laboratórios farmacêuticos está entre as principais causas de erros e problemas nas ações de assistência à saúde. Diante deste contexto, Rosenfeld (2008, p. 563) lembra que a “pressão dos fabricantes sobre os médicos e pesquisadores sempre foi intensa. Ainda hoje, os brindes são moeda corrente para a compra das consciências”.

De certa forma, a princípio como um contraponto, considerando a interpretação de que no último depoimento apresentado se crítica a ação praticada pela indústria, e de que o SUS também está implicado com ações desta natureza, na opinião deste mesmo aluno a quebra de patentes é colocada como algo perigoso, uma vez que a partir desta prática multinacionais não teriam interesse em investir no Brasil, sendo ainda colocado que

Alguém tem que ter lucro, a coisa é importante, é, acesso a medicamentos, ah, mas tem que produzir e alguém tem que ter lucro pra botar pra funcionar, podia ser mais barato, o SUS, a ANVISA não estão querendo, com aquela determinação de que não poderia vender nada mais que medicamento numa farmácia. (E. 16)

Embora a temática que envolve a recente Resolução da Diretoria Colegiada nº 44 da Anvisa, que passou a vigorar a partir de fevereiro de 2010, limitando os itens autorizados para comercialização em farmácias comunitárias e drogarias, fuja ao escopo deste trabalho, vale a observação de que a referência feita a esta resolução, manifesta mais os interesses comerciais do que os relacionados à saúde, dada a relação feita aos riscos que esta representa para a manutenção financeira destes estabelecimentos, desconsiderando, de certa forma, a necessidade de transformação dos mesmos em estabelecimentos de saúde. O mesmo aluno declara ainda que:

[...] farmácia vai ser uma casa de saúde, nada de havaianas, nada de cremes pra cabelo e tal, só que quem vai pagar o pato? As coisas têm seu preço. É isso mesmo, não vamos utopicamente e tal, ia encarecer demais o medicamento [...]. (E. 16).

De acordo com a avaliação do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, instituído em 2007 e que apóia a referida resolução da Anvisa, esta medida tende a garantir o direito do cidadão a uma orientação adequada e a promoção do URM (MS, 2009b).

Já em relação às possibilidades ou potenciais relacionados ao contexto de medicamentos no âmbito público de atenção à saúde no Brasil, grande parte dos alunos apontou para a fitoterapia e o potencial brasileiro para a pesquisa com plantas medicinais, tema a ser discutido mais adiante. Os demais alunos, além dos que considerarem como potenciais para a área a inserção do farmacêutico no SUS e a formação dos profissionais farmacêuticos, foi feita referência também ao Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), embora mais no sentido da qualidade deste, no que tange ao fornecimento de medicamentos anti-retrovirais, conforme estes depoimentos:

[...] pacientes com HIV, eles tem uma cobertura muito boa, tanto de atendimento no SUS, eles tem medicamento pra eles não falta, isso no Brasil é um ponto forte da assistência farmacêutica, que o Brasil lutou pra poder fabricar os medicamentos, isso eu acho que é um lado forte. (E. 12)

O Brasil tem alguns programas que funcionam muito bem, por exemplo, da AIDS, funciona muito bem, em relação à tudo, á distribuição, tratamento, diagnóstico. (E. 13)

O referido programa é considerado internacionalmente como referência mundial, fruto de uma resposta coletiva que envolveu gradualmente vários setores da sociedade brasileira: governo, universidades, igreja e sociedade civil, ao longo das últimas três décadas. Conforme lembrado por Alves (2009, p. 47), “entre os avanços que elevaram o país ao *status* de modelo contra a epidemia”, na medida em que houve redução, de forma sustentada, da mortalidade por AIDS e da incidência da doença no país, destaca-se a distribuição por parte do Estado dos anti-retrovirais e de medicamentos para tratamento de doenças oportunistas, de forma universal e gratuita aos portadores do vírus da imunodeficiência humana e doentes de AIDS, “além da realização de exames diagnósticos, da busca pela quebra de patente de medicamentos, dos programas de educação veiculados na mídia, entre outros”.

Embora as áreas de pesquisa com plantas medicinais ou de produção de fitoterápicos não tenham sido consideradas pelos alunos quando indagados acerca das possíveis áreas de atuação em AF, esta temática emergiu das falas como possibilidades para esta área em dois sentidos, do potencial da biodiversidade vegetal brasileira e das condições de pesquisa na área.

Potencial no Brasil é a biodiversidade, se a gente tivesse dinheiro, principalmente as universidades, pra investir em pesquisa, eu acho que a gente conseguiria medicamentos muito bons, provenientes da nossa fauna e flora, potencial outro, eu

acho que as universidades, elas tem potencial de pesquisa e muita gente com vontade de aprender. (E. 14)

[...] a gente tem uma fauna, uma flora, um potencial que o mundo tá de olho na gente e a gente mesmo tá deixando isso passar, então eu acho que a gente tem potencial desde esse começo, da matéria-prima em si, até a mão de obra, pessoas competentes, pra gerir, pra fazer, pra pesquisar, então eu acho que a gente tem competência pra fazer isso, eu acho que falta é inserir isso, colocar isso como prioridade também, você vê, a gente tem excelentes universidades, excelentes pesquisadores. (E. 9)

De fato, apesar do Brasil possuir em torno de 55.000 espécies vegetais catalogadas, representando a maior diversidade genética vegetal do planeta, cerca de “apenas 8% foram estudadas para pesquisas de compostos bioativos e 1.100 espécies foram avaliadas em suas propriedades medicinais” (BRASIL, 2005a, p. 10).

Os alunos que fizeram referência à inserção da fitoterapia no SUS, no entanto, deixaram transparecer o ceticismo existente em relação ao uso de fitoterápicos, conforme demonstrado nas falas a seguir:

[..] tem até uns projetos aí de medicamentos fitoterápicos, que eles fazem horta pra distribuir medicamentos fitoterápicos, homeopatia, eu não sou lá muito fã, mas tá provado que funciona, quem sou eu, um simples acadêmico que vai falar que não funciona, então tudo é válido, acho que a cabeça tem que ser aberta pra mudança, se a mudança é pro bem, tem que ser feita. (E. 10)

Acho que pelo fato de não acreditar, de não existirem provas concretas, de fazer experimentos e tal, isso faz com que as pessoas não queiram se aprofundar, é preciso estudos, mas tem muita gente que é a favor, tem muita gente que não acredita em fitoterápico, mas é uma coisa que vai ser implantada no SUS, acho que tem um projeto. (E. 11)

Na fitoterapia o farmacêutico tem uma formação muito pequena, deveria ter uma formação maior, acho que é uma área excelente pra ter contato com a população, e ela é de bases biológicas, é uma forma de você cuidar da população [...] vem da planta e tal, mas é mais concentrado, a questão da dose que é complicada [...] farmacêutico tinha que ter esse tipo de informação mais enraizada no currículo. (E. 16)

A complexidade que envolve a ação farmacológica das plantas medicinais é desafio para muitos e motivo de ceticismo para outros. A matéria prima vegetal – conceito que envolve a planta medicinal fresca, a droga vegetal e seus derivados (extratos secos e fluidos, tinturas e óleos, dentre outros produtos extrativos) – possui vários compostos de substâncias – os compostos secundários³⁶ - ao contrário dos fármacos obtidos sinteticamente, que são substâncias puras isoladas (YUNES *et al.*, 2001).

³⁶ Mesmo a ação terapêutica de tais compostos se dando, de forma geral, a partir de ação predominante de alguma de suas substâncias, esta envolve a interação com um conjunto de outras aí existentes, através de mecanismos complexos ainda não totalmente esclarecidos, apesar dos avanços científicos nas áreas de farmacologia e de química de produtos naturais (YUNES *et al.*, 2001).

Apesar de ainda serem tímidos os investimentos em estudos e na utilização da fitoterapia no SUS, tendo, portanto, sua institucionalização e pesquisa se dado de forma desarticulada, é crescente a legitimação de seu uso no âmbito público de assistência à saúde. Iniciativas governamentais, legislativas, acadêmicas e da sociedade relacionadas à sua inserção nos serviços de atenção vêm sendo tomadas no sentido de conhecer, legitimar, implementar e regular esta prática (BRASIL, 2005a; 2006a; 2009a; UDRY, 2001).

A ANPPS, abordada no capítulo 2 deste trabalho, também traz subagendas importantes para o aperfeiçoamento e ampliação do uso da fitoterapia no país, o que encontra correspondência na PNAF, que contempla, dentre seus eixos estratégicos, ações que envolvem a produção de fitoterápicos e a utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde.

Para finalizar esta seção, e de certa forma introduzir a próxima, vale um último depoimento acerca das possibilidades no contexto dos medicamentos no SUS:

potencial é em quem está sendo formado agora, porque é muito difícil você colocar na cabeça de um profissional que já está formado a 30 anos que a atenção farmacêutica, por exemplo, é uma coisa importante [...] se as pessoas estejam formando tivessem esta consciência, porque elas que vão atuar no mercado daqui um tempo e durante muito tempo. (E. 17)

7.3 EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA PARA ATUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Assim como no último depoimento supracitado, a percepção de que o momento é de transição também no âmbito da educação farmacêutica também fica demonstrada nas falas de outros alunos, numa perspectiva de que a qualidade da formação está imbricada com a dos serviços de saúde:

Tem que melhorar um pouco a graduação, mas principalmente se isso partir do governo federal, inserindo o farmacêutico no SUS, eu acho que isso implicaria imediatamente numa melhora do sistema educacional mesmo, da formação do farmacêutico, acho que isso vai vir de cima, mas eu acho que já está mudando [...] futuramente vai ter um impacto positivo. (E. 9)

[...] a cabeça de todo mundo está mudando, mas, igual eu te falei, que tem gente procurando melhorar esta área, seis anos atrás, quando eu entrei na faculdade, a

turma que saiu formada, não tinha a menor idéia do que era o SUS [...] o trabalho que eles fazem na universidade com os alunos, tá abrindo a cabeça da gente pra poder melhorar este sistema [...] mudando a nossa cabeça, começa a mudar a cabeça dos outros, começa a mostrar qual a diferença a gente pode fazer no SUS, aí a coisa anda. (E. 10)

Todos estão aprendendo, como fazer o farmacêutico, que era técnico, laboratório só, incluir ele no atendimento ao paciente, é uma coisa que vai leva tempo. (E. 15)

Tal momento de mudanças também é avaliado por estudantes de farmácia ligados ao movimento estudantil em nível nacional, sendo percebido, em relação às dificuldades inerentes à implantação das DCNF, que

estamos em uma zona cinzenta. Um momento de transição que provoca certa inquietude, desconhecimento e ansiedade. Isso é gerado pelo momento atual, onde temos a implantação parcial do novo projeto de educação farmacêutica (ENEFAR, 2008, p.4)

Apesar da intensidade do processo de debate que vem marcando a história da profissão e da educação farmacêutica no país, de acordo com Soares e colaboradores (2008), o contexto destas ainda é de indefinição.

Considerações acerca da formação recebida também se apresentam como relacionadas ao interesse dos alunos pela atuação na área.

A minha é uma das primeiras turmas, e não tava muito bem estruturada esta área aqui, a gente não teve aulas assim, interessantes, que despertasse nosso interesse. (E.10)

[...] eu não sei se o que é dado na faculdade inspira tanto os alunos a querer trabalhar no SUS, porque a idéia que se tem é que você vai trabalhar muito pra ganhar pouco e ser mal tratado [...] falta um direcionamento pra saúde pública, porque você faz indústria de medicamento, de alimentos, mas você fica meio perdido, se você quiser estudar isto tem que ser autodidata [...] eu acho que tem uma consciência que tem que ser gerada: que tem que estudar e ir pra lá e fazer o negócio funcionar. (E. 4)

Desinteresse não, eu acho que é bem legal e interessante, o que eu acho é que não existe é um apoio internamente aqui dentro da universidade, quer dizer, a gente não tem preparação pra isso, não na graduação, mas isso já está melhorando, porque hoje a gente tem uma residência em farmácia que eu entendo que vai ajudar um pouco isso, trabalho com assistência farmacêutica, trabalho em farmácia hospitalar, muda um pouco o quadro. (E. 9)

No estudo de Saturnino e colaboradores (2007) também foi apontado por estudantes de farmácia a falta de apoio e incentivo da faculdade como fatores que contribuem “para o desinteresse dos alunos para as atividades relativas ao SUS”.

Conforme percebido pelos participantes do I FNEF, evento comentado no capítulo 4, a situação da educação farmacêutica envolve, dentre outros problemas, “o distanciamento entre a realidade social (especialmente da saúde pública) e a

academia”, além das “demandas da sociedade e do SUS para o farmacêutico, que não são atendidas plenamente pelo aparelho formador” (BRASIL, 2008b, p. 5).

No estudo de Furtado (2008) também é apontado que alguns docentes de farmácia consideram que direcionar a educação farmacêutica para atender ao SUS, tal como é indicado pelas DCNF, pode representar a perda de espaço profissional no mercado de trabalho.

7.3.1 O papel social do farmacêutico só no papel

Conforme colocado nos capítulos 2 e 4, o papel do farmacêutico na sociedade tem sido temática recorrente nos debates nacionais sobre os caminhos da profissão, o que pode ser verificado junto ao meio institucional e político da saúde e da educação, aos conselhos federal e regionais da classe, ao movimento estudantil, ao meio acadêmico, bem como a associações da classe, sejam estas ligados ao ensino ou à prática profissional farmacêutica.

Diante do questionamento feito aos alunos quanto ao que eles consideram o papel social do farmacêutico, onde foi colocado que as DCNF preconizam a formação de um farmacêutico que atue em prol da transformação da realidade, com vistas ao atendimento das necessidades sociais, a maioria deles focou na perspectiva da Atenfar, o que é discutido mais adiante. Os demais alunos, ou manifestaram falta de motivação para atuar em prol de questões sociais, ou se referiram a aspectos da formação em farmácia, bem como ao papel de se garantir o acesso aos medicamentos.

A desmotivação com os aspectos sociais que envolvem a atuação do farmacêutico fica bem demonstrada no depoimento de alguns alunos, a partir da decepção com questões político-governamentais e da percepção da desvalorização deste profissional nos serviços de saúde e de sua falta de comprometimento social com a atenção à saúde, conforme pode-se verificar:

[...] tem estas questões de lucro e tal, acaba que a pessoa pensa assim, bom, se eu prestar uma atenção melhor, eu vou ganhar 1000 reais, se não, eu também vou ganhar os mil reais, então não vou prestar não, então falta a consciência da pessoa e por outro lado falta até mesmo a remuneração, porque é baixa. (E. 3)

Isto é muito teoria, é muito vamos falar bonito, vamos fazer bonito, isso não funciona na prática [...] apesar dos pesares e do governo e dos políticos e da política de uma forma geral, que não dá muito ânimo pra gente correr atrás, você pensa, pra que eu vou fazer a minha parte, não vai adiantar, eu ficar sozinho lutando contra isso. (E. 2)

Eu acho que tem que sair um pouco do papel [...], cansei de teoria já, cansei de ouvir o farmacêutico e seu papel, tá bom, mas você tá exercendo onde e quando? [...] não adianta nada ter um papel no papel e na prática não ter nada, eu acho que a nossa classe é desunida neste ponto, então cansei de papel, quero ver o papel na prática. (E. 5)

Esta percepção, de que o papel social do farmacêutico não é exercido de fato, da incipiência da atuação de farmacêuticos junto à atenção à saúde e o aspecto teórico implicado na temática que envolve a inserção do farmacêutico no SUS, de certa forma vai de encontro à categoria anterior em que se discute a AF no SUS como um campo em construção.

A relação, estabelecida por alguns alunos, da temática 'social' com a formação recebida, revela, de certa forma, um distanciamento do curso com conteúdos ou vivências no âmbito coletivo, conforme percebido a partir das seguintes falas:

Nas necessidades sociais, a gente não tem tanto contato [...] quanto às ações sociais, acho que pra gente ter mesmo, incentivar isso na gente, a gente teria que ter mais contato, na forma de campanha, igual tem na enfermagem, na medicina, dentro da farmácia eu não vejo, talvez eu desconheça, porque a minha parte é mais alimentos. (E. 14)

[...] apesar de estar escrito, isso é uma coisa que eu sinto falta no curso, não tem nada de humanista, pelo contrário, a gente chega aqui e fica assim, focado, mais nesse caso de orientar sobre o medicamento, orientar como deve usar, não é nem uma atenção farmacêutica. (E. 6)

[...] a gente não tem a consciência de trabalhar com atenção farmacêutica, com atenção à saúde, eu acho que é isso, o problema é consciência. (E. 11)

As pessoas formam e pensam, eu vou trabalhar, mas não pensam no comprometimento social. (E. 17)

Em estudo desenvolvido junto a graduandos de farmácia no Estado do Paraná, onde foram analisados relatórios de estágio supervisionado, também fica demonstrada a necessidade de uma maior aproximação da formação com a prática social, a partir da interação com a comunidade na qual se insere (ARAÚJO, 2008).

No que tange à necessidade de aproximação dos estudantes da área da saúde com a sociedade, de acordo com Feuerwerker e Cecílio (2007),

as questões de aprendizagem devem ser significativas do ponto de vista social (cultural, epidemiológico, social, econômico, etc.), porque somente assim são capazes de propiciar a produção de conhecimento e a conformação de um perfil

profissional que dialogue com a realidade social e com os problemas e as políticas de saúde do país (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 968).

Nesta perspectiva, considerando que “a organização da educação é uma das dimensões da formação em saúde e não pode estar dissociada das demais”, Ceccim e Carvalho (2005, p. 87) apontam para temáticas que devem ser debatidas durante a graduação:

A acessibilidade das pessoas às ações e serviços de saúde, a qualidade do acolhimento, a responsabilidade com que as equipes estabelecem o assistir ou se referem às populações usuárias e os procedimentos metodológicos adotados para ampliar a autodeterminação das pessoas no cuidar de si e construir ativamente sentidos à sua saúde.

Numa perspectiva mais coletiva, mais voltada aos interesses sociais, dentre os alunos, no caso dois, que consideram o papel social do farmacêutico como sendo o de se garantir o acesso aos medicamentos, um deles, muito provavelmente pela vivência prática em estágio numa secretaria Municipal de Saúde e por ter parente próximo que atua no âmbito público, entende tal garantia como uma forma se de gerar cidadania.

[...] um farmacêutico que trabalha com ética, com responsabilidade, ele vai garantir o acesso, a maioria da população tem que trabalhar sempre em direção a isso e isso é uma forma de gerar cidadania, porque você dando saúde pra uma pessoa ela consegue exercer melhor a cidadania, então é um papel muito importante o do farmacêutico, de estar lá para brigar pelo direito do paciente. (E. 4)

A limitação ao aspecto da garantia do acesso ao medicamento fica nítida no depoimento a seguir, que ainda aponta para a percepção de uma postura não adequada do farmacêutico, no caso, pelas características de impaciência e impessoalidade no trato com os usuários.

[...] o papel dele é garantir o acesso [...] geralmente no serviço público o último lugar que você passa é na farmácia, e você não quer perder tempo, o farmacêutico também não tem paciência também, quando ele atende, é muito impessoal, não é nada considerando o indivíduo como um todo, eu acho que ele garantindo o acesso ele já fez o papel dele, profissional, social... 8

Considerando a necessidade, dentre outras, da inserção da AF no conjunto das ações de saúde para o enfrentamento dos desafios deste campo no âmbito do SUS, Leite, em apresentação do DAF/SCTIE/MS, argumenta que não se trata de apenas se promover o acesso a medicamentos, mas sim, o acesso a serviços de saúde de qualidade que promovam a integralidade da assistência (BRASIL, 2009a).

A importância da inserção, na estrutura curricular do curso de farmácia, de disciplinas da área das ciências humanas, no caso a antropologia, é colocada na fala a seguir, no sentido desta favorecer a humanização do profissional farmacêutico.

o nosso curso, da área de saúde, é o único que não tem antropologia, pode ser muito banal, igual o pessoal fala ah, antropologia, não é nada, mas é uma coisa que poderia humanizar o profissional [...] a gente, farmacêutico que é industrial, que vai fazer indústria, é totalmente desumanizado, não que ele não seja sensível, mas ele é desumanizado, porque a indústria prega a venda de medicamentos, não importa, eles tem que vender, não importa se vai fazer bem ou mal pra pessoa, o negócio é produzir e vender [...]. (E. 11)

As deficiências da formação em farmácia, no que tange ao desenvolvimento de habilidades humanísticas para melhor interação do farmacêutico com os usuários e a equipe multidisciplinar, além de apontadas por outros autores, como Campese (2006) e Leite (2008), foram também verificadas por Pauferro (2008), em estudo junto a farmacêuticos hospitalares no Estado de São Paulo.

De forma correspondente, no relatório do I FNEF, citado no capítulo 4, consta dentre suas proposições para o ensino de farmácia a inclusão de disciplinas comuns às áreas das ciências humanas e sociais, o que também é proposto pelas DCNF, em seu artigo sexto. Porém, tal inclusão tem sido considerada como um dos maiores desafios da implementação destas diretrizes, conforme lembrado por Furtado (2008).

No que tange à abordagem da temática Atenfar, tem-se que as discussões nos meios governamentais, acadêmicos e da sociedade organizada, no âmbito nacional e internacional, apontam para que o papel social do farmacêutico tenha seu resgate a partir do desenvolvimento deste modelo de prática.

Conforme colocado por Angonesi e Sevalho (2008, p. 1), “quando o farmacêutico assume a responsabilidade pelo cuidado do paciente, direcionando as suas ações pelo estabelecimento de uma relação terapêutica de respeito e confiança, reafirma o seu papel na equipe de saúde e revela o seu valor social”.

Também vários dos alunos entrevistados consideram o papel social do farmacêutico como relacionado a práticas referentes à Atenfar:

Na promoção da saúde, voltado principalmente para o uso racional de medicamentos. Na verdade é o seguinte, o farmacêutico fazer o seu dever, que é prestar atenção farmacêutica. (E. 7)

A gente tem que atuar na área que a gente conhece, e a área que a gente conhece é o medicamento [...] na casa de todo mundo tem uma caixinha com um monte de coisa ali, eu acho que isso é um problema social [...] a gente tem que ter a noção que é nossa função educar as pessoas acerca dos medicamentos, evitar que elas tenha problemas com eles, enfim, e como o país é um enorme consumidor de medicamento eu acho que sobra trabalho. (E. 10)

O papel social do farmacêutico estaria mais ligada à parte de atenção farmacêutica em si, este contato mais ligado ao paciente, pra poder instruir ele em relação aos medicamentos, como que deve administrar o medicamento, em relação aos efeitos adversos, até mesmo indicações em relação à saúde mesmo, alimentação, exercício físico, porque é uma coisa que o farmacêutico pode realizar. (E. 13)

Eu acho que é orientar o paciente quanto ao uso da medicação, quanto a como fazer o exame, higiene pessoal. (E. 5)

A aproximação com o 'social', na visão destes alunos, além do contato com o usuário de medicamentos para lhe fornecer orientações, passa também pela idéia da Educação em Saúde, no sentido de se prover aconselhamentos acerca da higiene e dieta pessoal e de se promover palestras e campanhas junto à comunidade.

A idéia de atuação do farmacêutico como limitada ao repasse de informações técnicas reflete a permanência

do modelo hegemônico na prática profissional que, verticalmente, preconiza a adoção de novos comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa. Cabe às pessoas, informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. Desconsidera-se que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente (GAZZINELLI *et al.*, 2005, p. 201).

Com um sentido que vai além das ações que garantam o acesso aos medicamentos e a seu uso racional, parte-se da idéia de que o papel social do farmacêutico, considerando a complexidade dos fatores que estão implicados nos processos de adoecimento e cura dos indivíduos e coletividades, envolve, além da educação em saúde, também a sua atuação na promoção de saúde, expressão que, durante as entrevistas, só foi mencionada por apenas um dos alunos entrevistados.

Nem sempre bem compreendida entre estudantes, profissionais e pesquisadores da área da saúde, inclusive sendo frequentemente confundida com a prevenção, a promoção da saúde evoca um sentido de pertencimento social e pressupõe, dentre outros aspectos, a participação do profissional de saúde junto às comunidades em que estão inseridos, no sentido de contribuir para a autonomia dos indivíduos diante do cuidado e da gestão social das políticas públicas de saúde.

Embora represente uma perspectiva mais humanista da atuação do farmacêutico, de certa forma, a característica de simples transmissão de conhecimentos aos indivíduos e comunidades, que fica nítida na maioria dos depoimentos, se apresenta como limitada, considerando-se a Atenfar e a promoção da saúde tal como são entendidas nas políticas de saúde brasileiras.

7.3.2 A formação de competências para atuação em Assistência Farmacêutica no SUS: basta decorar oito palavras-chave?

Inicialmente, nesta abordagem à temática que envolve a formação de competências, ainda sem focá-la na atuação específica em AF, e também considerando como contexto o perfil do egresso preconizado pelas DCNF, os alunos foram questionados a respeito de qual relação eles estabelecem entre a capacitação para se atuar em todos os níveis de atenção à saúde e a formação que receberam. Alguns alunos manifestaram dúvidas e receios relativos ao preparo para esta atuação, embora seja reconhecida a tentativa do curso para tal.

Eu teria medo de atuar numa área que eu não tenho conhecimento, que nem eu te falei, a gente aprende muito de várias coisas, mas não tem o domínio total daquela coisa, então eu acho que isso precisa melhorar um pouco ainda pra gente ter esta segurança. (E. 6)

[...] não sei se a gente foi tão bem preparado assim não, eu acho que vai precisar muito empenho [...] a gente é mais laboratorista mesmo, fazer, olhar documento, é, fazer essas coisas, não sei se a gente sai preparado pra isso não, eu acredito que não, pra atuar em tantos setores assim. (E. 8)

Eu não sei, mas tem bastante disciplina a esse respeito, neste sentido, o enfoque do nosso curso mudou bastante, pelo menos eles tentaram. (E. 13)

Já outros alunos percebem uma relação de proximidade entre o que é preconizado e a realidade do curso, em função das atividades orientadas, sendo considerado que

[...] pra esta parte de atenção a gente foi bem preparado [...] aqui na UFJF chamadas de atividades orientadas, que a gente aprende um pouco mais sobre o SUS e tal, eu acho que se a intenção era preparar o estudante pra esta área o objetivo foi alcançado. (E. 2)

Eu acho que a formação foi bem próxima deste perfil assim, as atividades orientadas aqui são bem focadas pra este tipo de perfil, que tenta ser mais humanista, mais

voltado pro SUS [...] pecou eu acho, porque a gente perdeu alguma coisa de química, porque às vezes a pessoa gosta de outra área. (E. 16)

Contudo, além do aspecto da inclusão de disciplinas voltadas à atenção em saúde comprometerem a carga horária de disciplinas como a química, também foi considerada pelos alunos a baixa importância das atividades orientadas em relação às demais disciplinas, o que pode ser verificado em vários depoimentos:

Chega nestas matérias, assim, a gente sempre desconsidera um pouco, é a matéria que você menos estuda, é a matéria que você acredita que lendo meia hora antes da prova você já vai fazer bem a prova [...] a gente acredita que uma matéria de assistência farmacêutica, você usa o bom senso, decora umas oito palavras chave, então a gente acaba que não dedica tanto assim, são matérias que a gente lê. (E. 8)

[...] eu acho que toda disciplina que tem crédito demais o professor não cumpre, raramente, igual as atividades orientadas, a gente sempre tem as matérias mais difíceis, a gente sempre dá mais atenção pra elas, e essas aí a gente um dia antes da prova dá uma lida. (E. 2)

[...] a parte de assistência farmacêutica a gente vê a assistência e noutro semestre a gente vê a atenção, acaba que a gente vê muito aquilo, mas acaba que assim, o que acontece, eles misturam estas matérias com matérias muito puxadas, num mesmo período [...] se a gente tivesse só esta matéria, tudo bem, só que hoje tem isso, amanhã tem prova de química, depois farmacotécnica e tem não sei o que lá, então naquela escala de pesos, no que eu vou tomar pau? (E. 3)

Trabalhar com atenção à saúde, eu acho que, por exemplo, a gente tem as matérias e tal, direitinho, mas a gente na verdade não leva estas matérias a sério [...] o professor ele dá aula, dá caso clínico, que é importante, ele dá prova, dá trabalho, e as notas não são altas porque ninguém leva esta matéria a sério. (E. 11)

Refletindo um longo período de distanciamento da educação farmacêutica em relação aos serviços públicos e políticas de saúde, Nascimento Júnior (2007, p.59), a partir da colocação de Campos (2006) de que “a maioria dos alunos de medicina detesta os cursos de Saúde Pública ou de Saúde Coletiva porque são teóricos e os professores não conseguem vinculá-los à prática”, considera que esta pode ser acatada para os alunos e professores dos cursos de farmácia.

Outros aspectos abordados pelos alunos, no que tange à formação para se atuar na atenção em saúde, foram os relativos à necessidade de maior vivência prática, a serem abordados na próxima seção, os relacionados à estratégia metodológica utilizada e ao pouco aproveitamento do tempo nas atividades orientadas, sendo ainda considerado que ocorre demasiada repetição de conteúdos referente à AF e à Atenfar.

Eu acho que quando teve a mudança de currículo eles adicionaram um monte de atividades orientadas e não pensaram em como estas atividades orientadas seriam dadas, eu acho que elas são importantes, que elas tem que ter, que foi ótimo elas serem incluídas no currículo, alguns professores realmente fizeram valer aquilo que

era proposto, mas em muitas atividades orientadas, que é onde a gente teria o suporte pra isso, a gente não teve, quantas vezes não tinha a atividade orientada e a gente tinha ela no currículo, constando como disciplina, contando como crédito, mas não existia uma aula, não existia um direcionamento. (E. 17)

[...] as atividades orientadas que temos no curso, mesmo na atenção farmacêutica, que são 3 horas, 4 horas de aula prática, sempre eu fiz uma hora, uma hora e meia no máximo, nunca mais que isso. (E. 1)

[...] tem que redistribuir os horários, e muitas destas matérias, tipo assistência farmacêutica, aquela atenção farmacêutica, você nos seus horários de aula prática, você não tem nada, você fica a toa. (E. 8)

A questão de atenção eu acho que está bem dado, a gente vê até demais, a gente vê em cinco períodos praticamente a atenção farmacêutica, SUS, precisa de SUS [...] o conceito de assistência farmacêutica eu devo ter visto ele em mais de 10 matérias durante a faculdade, acho que tem que rever a ementa, porque é dado a questão de atenção, eu consigo pegar o paciente, pegar o método Dáder, e fazer, um plano de cuidado dele todinho, se você me perguntar os princípios eu te falo todos, o que cada um significa, porque é muito dado, nesse ponto a faculdade supriu, até demais, até repetitivo. (E. 5)

Contudo, os depoimentos dos alunos acerca destas atividades apontam para a necessidade de se ampliar a discussão em torno de estratégias de capacitação docente de forma que os professores atuem com uma nova perspectiva em relação ao processo de ensino e aprendizagem.

Furtado (2008), ao discutir sobre a deficiência dos docentes em utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem, argumenta que tal deficiência pode decorrer do fato da formação dos professores geralmente se dar a partir de cursos de mestrado e doutorado onde é dada maior ênfase em pesquisa do que na formação pedagógica.

Posteriormente, ao serem questionados quanto a como se avaliam, no que se refere a terem adquirido competências para atuar, especificamente, em AF no SUS, embora boa parte dos alunos tenha manifestado possuir tais competências, a referência a estas se deu a partir de aspectos mais relacionados à racionalização de custos financeiros e a conhecimentos técnicos sobre alguns medicamentos.

Eu acho que se a prefeitura me contratasse eu ia fazer um ótimo trabalho, desde o diagnóstico, pra ver como que a situação se encontra, até plano de meta pra melhorar em tantos por cento, tipo assim, o gasto e tal. (E. 5)

[...] às vezes, eu aprendi sobre um medicamento, lá em casa tem, aí eu falo, enfim, eu conheço muita gente, a empregada é hipocondríaca, então é o dia inteiro falando de doença, de medicamento, eu converso com ela, então nestas pequenas demonstrações a gente vai vendo que a gente adquiriu um conhecimento, é claro que nós não temos conhecimentos de medicamentos mais incomuns, mas os comuns nós temos conhecimento. (E. 10)

[...] somos farmacêuticos, no mínimo entendemos de medicamentos, e a gente se pergunta, o que o captopril faz? Eu sei por causa do estágio, eu fiquei vendo aquilo dois anos, três anos [...] então se a gente é farmacêutico, por que a gente teve estas

matérias lá no terceiro ou quarto período e a gente vai formar sem saber, você forma em farmácia sem saber de remédio? [...] eu acho que meu conhecimento, assim, quarenta por cento vem da faculdade, mas o resto é porque eu busquei. (E. 3)

Considerando a AF num sentido amplo, tal qual é entendida nos meios acadêmico e político-institucional da saúde, de certa forma os depoimentos acima demonstram que o foco ainda é dirigido ao produto medicamento. Tal aspecto pode decorrer, dentre outros fatores, do fato das DCNF apresentarem parâmetros “amplos e genéricos, marcados pela possibilidade de variadas interpretações”, conforme colocado por Nascimento Júnior (2007, p. 59), não garantindo a existência de “componentes curriculares que assegurem a formação de farmacêuticos qualificados no âmbito do medicamento e da assistência farmacêutica”.

Outro aspecto importante é a relação que os alunos estabelecem entre a aquisição de competências com as atividades de estágio, estas, em sua maioria, buscadas pelos próprios alunos, conforme verificado também nos depoimentos abaixo:

Eu fiz um estágio em Matias Barbosa, na policlínica, nesta parte de assistência farmacêutica, aí eu fazia o controle do almoxarifado, olhava um pouquinho as compras e fazia dispensação de medicamento também, eu fiz isso por seis meses, mas isso é uma coisa que eu corri atrás. (E. 13)

[...] talvez alguns alunos eles tenham a competência de trabalhar em todas as áreas, mas porque procuraram coisas além, mas se a pessoa fica só na faculdade, se ela ficar só no que ela é obrigada, ela não vai ser um profissional generalista, de maneira nenhuma, mas tem também a questão das análises clínicas que eu já disse e reafirmo. (E. 17)

[...] eu já tive uma vivência diferente do que a maioria da faculdade tem [...] eu acho que é interessante, mas por causa da vivência que eu tenho [...] Eu acho que eu daria conta de trabalhar no SUS. (E. 4)

Também dentre os poucos alunos que manifestaram não possuir competências, estas se relacionaram aos conhecimentos técnicos acerca dos medicamentos, conforme, de certa forma, demonstrado nos depoimentos a seguir:

A gente faz as disciplinas e tudo, mas eu não me sinto preparada pra exercer assistência farmacêutica antes de passar por um estudo mais profundo, eu não acho que não é essa coisa mais, superficial, eu acho que é bem mais, o professor falava que você tem que saber muito de interação medicamentosa, pra você falar com o paciente usa isso, não usa isso, um simples antibiótico com anticoncepcional, isso não dá certo, você tem que saber bastante pra conseguir fazer que aquele paciente tenha um tratamento efetivo, você pode ser atencioso com eles, é importante também, mas o que importa é a sua técnica, o seu trabalho, o que você vai proporcionar pra ele, então eu não me avalio muito bem não. (E. 11)

[...] vou ter que aprender muito ainda, com certeza, pra conhecer as reações adversas, aconselhar da melhor forma, [...] é preciso conhecer mais de

medicamento, das formas farmacêuticas, acho que ainda tem que se aprender muito. (E. 15)

A necessidade de formação complementar para o exercício em AF no SUS também é percebida por outros alunos, sendo também demonstrado que esta área é pouco valorizada no curso.

Eu acho que tudo depende de no momento que você se forma você correr atrás daquilo [...] a graduação ela norteia, ela vai te dar uma noção de tudo [...] daí eu acho que é necessário uma pós, um mestrado, pra quem gosta desta parte de dar aula, de lecionar e tal, ou então uma pós pra você se especializar naquilo, pra você ter realmente saber e fazer bem feito. (E. 2)

[...] o que a gente sabe sobre o SUS é muito no início do período, depois aquilo acaba, parece que não existe mais dentro do nosso currículo, principalmente eu que fiz indústria [...] o que eu não tenho é informação, e nem formação suficiente pra atuar, acho que eu fazendo uma especialização, com certeza seria um campo que eu atuaria feliz. (E. 9)

Conforme apontado por Soares e colaboradores (2008, p. 284), “o farmacêutico deve apresentar a característica de gerenciar o seu desenvolvimento profissional, por meio da educação permanente”, de forma a se instrumentalizar para o desempenho de determinadas atividades, considerando o vasto campo possível de atuação.

No contexto da pós-graduação na área de Farmácia, que, de acordo com Schenkel e Cunha Júnior (2007), apresentou uma evolução tardia no Brasil, a AF só passou a ser considerada um campo de investigação, como uma subárea das Ciências Farmacêuticas, a partir de reuniões realizadas entre 2000 e 2005 no âmbito da Capes e do CNPq. A subárea AF envolve as seguintes especialidades: “Atenção Farmacêutica; Educação Farmacêutica; Farmácia Clínica; Farmácia Hospitalar; Farmacoeconomia; Farmacoepidemiologia; Farmacovigilância e Gestão em Assistência Farmacêutica” (SCHENKEL; CUNHA JÚNIOR, 2007, p. 38).

Ainda no que tange à auto-avaliação feita pelos alunos, relativa a terem adquirido competências para atuar em AF no SUS, foi também manifestada por vários deles a necessidade de uma maior proximidade com conteúdos e práticas envolvendo a administração e o planejamento de serviços farmacêuticos.

Eu já descartaria a gente como profissional que gerencia alguma coisa, a gente não aprende a gerenciar, mesmo tendo uma disciplina que chama planejamento e gerenciamento em saúde [...] o farmacêutico acima de tudo deve ser um gestor, motivando funcionários, um administrador mesmo, entendendo a parte científica, mas eu acho que esta coisa de administração tem tudo a ver com o curso e inclusive é o que eu acho que falta aqui [...] a gente chega e não sabe gerenciar um estoque,

a gente não aprende isso aqui, só vai ver na prática, isso é um absurdo, as noções de administração tem que dar. (E. 5)

[...] eu fiz uma disciplina que chamava 'gerenciamento e planejamento', no primeiro período, no primeiro período você cai aqui assim: o quê que estou fazendo aqui? [...] gerenciamento e planejamento eu não tenho a menor noção, no primeiro período, a gente é muito infantil, a gente não tem noção do que está acontecendo, a gente cai de pára-quedas aqui e tem que aprender isto, planejar e gerenciar o quê? Se não tem nada ainda. (E. 2)

Considerando o planejamento como uma ferramenta fundamental para a organização da AF, Marin e colaboradores (2003, p. 127) destacam que “o profissional farmacêutico necessita, para fazer frente aos novos desafios, desenvolver competências e habilidades técnicas, gerenciais, políticas e cognitivas”.

A falta de continuidade dos aprendizados iniciados também foi percebida por alguns dos alunos, o que reflete que a construção dos conhecimentos ocorre de forma fragmentada.

[...] alguns períodos você tem uma inclinação muito grande pra determinado assunto e nos próximos você não teve uma continuidade daquele aprendizado. (E. 17)

Eu acho que falta é estabelecer uma relação assim, chegar no final agora, e a gente não tem isso, de a gente conseguir ver tudo como se fosse uma coisa só [...] algumas matérias que a gente às vezes fala, ah, pra quê que eu estou fazendo isto [...] acho que falta chegar agora, que a gente está terminando e falar assim, nada do que vocês viram foi em vão, nada, porque até a gente ter esta percepção é difícil, você entender porque você estudou certas coisas, onde você vai usar e porque você vai usar, acho que falta isso. (E. 3)

Conforme colocado por Koifman e Saippa-Oliveira (2005, p. 208), “são poucos os estudantes que conseguem vislumbrar algo que permita unir ou interagir os conteúdos ou o trabalho das diferentes disciplinas, uma vez que estas se apresentam claramente separadas umas das outras, fragmentando e isolando o conhecimento”.

Esta fragmentação, característica das graduações na área da saúde, além de implicar em um desafio para os estudantes, no sentido destes encontrarem um eixo integrador dos vários conteúdos e disciplinas, difunde

um conhecimento que produz saberes descontextualizados e que consideram o cotidiano, sobretudo daqueles que deveriam ser o centro da “sociedade epistêmica” da saúde: o usuário, o cidadão, a sociedade (PINHEIRO; CECCIM, 2005, p. 30).

No âmbito da produção de conhecimento e da atenção à saúde, a integração da Assistência Farmacêutica com o campo da Saúde Coletiva, por exemplo, pode ser pensada a partir das várias áreas que constituem tal campo, a saber, a de

Planejamento e Política em Saúde, de Epidemiologia e das Ciências Humanas em Saúde. Contudo, de acordo com a fala a seguir, fica nítida a desvinculação da área de AF com a da epidemiologia.

[...] apesar de não querer trabalhar com assistência farmacêutica, eu gosto muito de Saúde Coletiva, na área de epidemiologia, acaba que envolve um pouco o SUS também, mas, ir pra UBS, prefeitura, política, não é a minha área, porque eu não gosto muito de política, apesar de saber que eu tenho que gostar, que saber, o que é uma tristeza. (E.10)

No que tange à fragmentação dos saberes e práticas em saúde em geral, de forma correspondente, no âmbito dos serviços de saúde, Ceccim (2005, p.164) observa que

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado.

Também é observada por alguns alunos a necessidade de ampliação e de qualificação do quadro docente da graduação da FF/ UFJF.

[...] dentro da faculdade deveria ter um direcionamento melhor de professores capacitados pra determinada disciplina, porque às vezes eles colocam um profissional que já tá lá dentro, e vai dando uma aula aqui, uma aula ali, e na verdade ele não está preparado para aquela aula. (E. 17)

Hoje em dia eu acho que a faculdade na questão de medicamentos é fraca, temos pouco professores, o quadro é pequeno, tem muito professor substituto. (E. 16)

[...] mais especialistas nesta área seria muito interessante [...] sei que é mais difícil encontrar especialista nesta área porque é uma área nova [...] trazer visões diferentes, conhecimentos diferentes pra faculdade. (E. 10)

Num contexto de dificuldades para a construção do conhecimento em AF e em sua apropriação pelos estudantes de farmácia, Nascimento Júnior (2007, p. 59) ao apontar para o questionamento de “como conseguir a “adesão” do aluno se os próprios professores não acompanham a evolução cotidiana do SUS, e não dispõem de conhecimentos e vivências no sistema de saúde”, argumenta que

Os professores dos cursos de farmácia (todos, não só aqueles titulares das disciplinas da área) devem conhecer o sistema de saúde vigente, suas características, as normas operacionais que regem, o pacto de gestão vigente, as políticas que estão definidas e como estão definidas, as formas de controle social, como se dá o financiamento do sistema, as instâncias de pactuação, os mecanismos de regulação e auditorias, os sistemas de informações existentes e suas finalidades.

Todos os professores deveriam conhecer o sistema de saúde e relacioná-lo com os conteúdos que estão sendo ministrados.

No estudo de Furtado (2008), que avalia a implantação das DCNF em IES no estado do Rio de Janeiro a partir das concepções de coordenadores de cursos de Farmácia, aponta-se para a importância do desenvolvimento docente e da diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, bem como para a necessidade de adoção de novas concepções educacionais que utilizem metodologias ativas de ensino, sendo demonstrado que

a maioria dos coordenadores expressou um entendimento limitado no que tange à participação do farmacêutico no Sistema de Saúde. Esse entendimento percebe basicamente o trabalho nos hospitais, não vislumbrando os demais níveis de atenção, a gestão do próprio sistema e o ciclo da Assistência Farmacêutica como um todo (FURTADO, 2008, p. 109).

Considerando que, de maneira geral, os estudantes da área da saúde vivenciam o SUS de forma isolada, sem compreender propriamente sua dinâmica de funcionamento, numa perspectiva de se romper com a própria desarticulação no ensino dos diferentes âmbitos de atenção à saúde, Pontes e colaboradores (2005, p. 264), acreditando “que deva existir necessariamente uma responsabilização dos estudantes e dos docentes no cuidado dos usuários”, argumentam em prol da idéia de se trabalhar a partir de redes de cuidado, o que pressupõe um acompanhamento contínuo do estudante junto a grupos específicos de usuários ou comunidades, de forma que este “obtenha uma vivência do sistema nas suas redes, fluxos e itinerários”.

7.3.3 A valorização das práticas e os cenários de ensino-aprendizagem

A formação em saúde, de acordo com Macêdo e colaboradores (2005, p. 234), e em conformidade com diversos outros autores, “acontece necessariamente com a passagem por cenários concretos de serviço”, sendo que o aprendizado junto à rede de atenção à saúde “permite que o aluno se aproprie da realidade” e exercite “seu potencial criativo de articulação entre saberes e prática”.

De forma correspondente a esta premissa, quase a totalidade dos alunos apontou para a necessidade de uma maior vivência prática junto aos serviços de saúde, quando abordados acerca de sugestões para melhoria do enfoque da AF no curso da FF/UFJF:

Eu acho que tem que ter coisa mais prática, porque eu acho que o SUS não é só teoria, ficar falando integralidade, equidade, não é isso, isso na teoria você vê lei 8080, não é de agora, nós estamos em 2009, então eu acho que tem que ser diferente o enfoque [...] já que a faculdade se propôs a fazer a formação generalista, toda atividade orientada pra isso, acho que poderia ter mais coisa. (E. 5)

Também no trabalho de Saturnino e colaboradores (2007), junto a graduandos de farmácia da UFMG participantes do Internato Rural, foi verificada a importância dada pelos alunos à articulação entre a teoria e a prática, e a “pobreza dessa articulação no ensino”.

Considerando que as vivências práticas dos graduandos de farmácia da UFJF em AF, em sua maioria, ocorrem não como estágios obrigatórios, mas sim como atividades práticas das atividades orientadas, ou como atividades vinculadas a projetos pontuais que dependem da concessão de bolsas, os alunos demonstraram insatisfação em relação a esse aspecto:

Tem que colocar mais em prática, porque nós não temos esta prática em si, pra nós, como se fosse um estágio obrigatório igual a gente tem na farmácia de manipulação, temos número de horas no balcão, pelo menos ali no balcão, na venda de medicamentos, pega a prescrição e vamos vender, fazer um pedido e tá pronto, obrigado, boa tarde, essa é nossa função, hoje o que a gente faz é isso. (E. 1)

[...] o estágio do 8º período, que é quando a gente vai pra manipulação, existe uma sala de atenção que não é usada, só é usada quando o professor responsável tem bolsas e disponibilizam e os alunos fazem, mas se não tem bolsa, não existe, então ninguém faz? A pessoa forma sem fazer, por quê? É complicado porque é uma coisa que todo mundo devia fazer, independente de ter bolsa ou não [...] se existe a teoria da atenção farmacêutica, por que não ter uma prática da atenção farmacêutica? (E. 3)

[...] ali na farmacinha, de manipulação, tem alguns acadêmicos que têm bolsa de assistência farmacêutica, que ficam lá, eles aferem pressão, vê medicamentos que a pessoa tá tomando, vê tratamento, eu acho que ali tem um trabalho mais aprofundado nesta área, mas não são todas as pessoas que passam por ali, só as pessoas que têm bolsa, então eu acho que tinha que ter um estágio mais planejado. (E. 11)

Macêdo e colaboradores (2005, p.233), ao apontarem que “o ato de levar os alunos aos serviços de saúde não faz com que esses serviços constituam cenários de aprendizagem”, chamam a atenção para a importância da definição e dos pressupostos de seleção dos cenários de aprendizagem, já que estes “impactam de

forma singular a formação dos profissionais de saúde e seu aprendizado sobre a prática do cuidado, política de gestão e prática política de exercício da profissão”.

A estruturação das atividades de estágio, portanto, são muito importantes para o processo de aprendizagem, sendo que, em relação à necessidade de uma melhor condução das atividades práticas, no caso em UBS, um aluno ainda considerou que:

o estágio que a gente faz é muito ridículo, porque eles mandam a gente procurar é qualquer pessoa, nas UBS, é enfermeiro, é técnico, é gente nada a ver, é peixada de prefeito, eles não vão dar abertura pra gente ficar dispensando, conversando com paciente, eu acho que tinha que ter um estágio onde a gente fosse só pra fazer isso, mas que fosse supervisionado pelos professores que ministram a matéria, tinha que ser um planejamento bem feito, senão não adianta, a gente ficar lá horas e horas. (E. 11)

Outro aspecto levantado por alguns alunos foi o relativo à abordagem metodológica do ensino, no sentido de se partir do processo de problematização e do contato com a população:

[...] olha tem esta UBS, tá com esse e esse problema, alguma coisa deste tipo, algo mais palpável, e não só ficar assistindo aula em data show, porque isto é prática, assistência farmacêutica é prática, não adianta você ficar vendo a teoria, tem que fazer pra aprender, acho que falta muito isso. (E. 6)

[...] teria que o farmacêutico ir mais em UBS, conviver mais com a população, ter mais projetos pra buscar assim, pesquisa mesmo, epidemiológica, várias pesquisas com a população pra tentar humanizar o farmacêutico. (E. 15)

Conforme apontado por Feuerwerker e Cecílio (2007, p. 968), os problemas da realidade devem ser considerados como “centrais na produção da aprendizagem em saúde, fundamentais para a aprendizagem significativa e para a articulação das várias áreas de saber constitutivas da saúde”.

Embora a atenção básica esteja sendo mais valorizada para o desenvolvimento do ensino-aprendizagem em AF, conforme apontado por Campese (2006), além de Cordeiro e Leite (2008), dentre outros autores, o HU é o local predominante dos estágios. Assim, a valorização dada por alguns dos alunos entrevistados à área de Análises Clínicas, em detrimento da área de Atenfar, deixa clara sua relação com a qualidade do estágio como analista clínico no HU, de acordo com os depoimentos abaixo:

A gente tem sempre que procurar caminhos fora da universidade, fazer estágios pra estar capacitado mesmo, e eu procurei isso, mas não são todos, na minha sala pouquíssimos alunos fizeram estágio voltado pra essa área, ainda as pessoas falam:

pra quê atenção farmacêutica? não precisa, é uma besteira, e ainda estão naquele velho conceito de que farmacêutico é analista clínico e o estágio do HU é o melhor, é aqui que eu vou fazer estágio e é aqui que eu vou ficar, ainda existe muito esta consciência. (E. 17)

[...] análises clínicas é forte por quê? Eu mesmo sem gostar pensei em fazer, os professores ficam 15 créditos com o aluno no CAS [HU/Centro de Atenção à Saúde], o tempo todo, e à tarde tem as aulas, esse casamento de prática e teoria é tudo de bom, é eficaz, agora, eu vir aqui, estudar a teoria e não ver a prática, isso é muito complicado. (E. 5)

Ao argumentar que não se deve “conferir exclusividade à atenção básica” quando se fala em “reordenamento das práticas de atenção e de formação em saúde”, March e colaboradores (2005, p. 189) lembram que

é nos espaços de serviço de alta incorporação de tecnologias para apoio diagnóstico ou terapêutico, em geral hospitais, que “se dá a modelagem de corações e mentes dos profissionais de saúde, de forma que, na maioria das vezes, as abordagens mais holísticas e humanísticas desenvolvidas nos primeiros anos da faculdade”, marcadas por vivências junto às ações e aos serviços da atenção básica à saúde, “vão ficando para trás e os alunos se vêem frente a frente com a dura realidade da tecnicidade de um saber instrumental superespecializado e fragmentado e, infelizmente, ainda hegemônico” (CECÍLIO, 1999, p. 135 *apud* MARCH *et al.*, 2005, p. 189).

Embora haja a preocupação com o fato das experiências práticas, se predominantemente vivenciadas nos HU, poderem “induzir a uma especialização precoce e acarretar uma visão distorcida da rede de serviços, gerando uma apreensão desfocada da ampla realidade de saúde da população”, conforme lembrado por Macêdo e colaboradores (2005, p. 234), outros autores observaram que

a integralidade, dentro do ambiente hospitalar, ao ser praticada, confere um caráter constituinte ao estudante, capaz de exercer um protagonismo, pela possibilidade do exercício de um olhar amplo sobre o acolhimento, a responsabilização pela terapêutica, o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários e a multiprofissionalidade no trabalho em saúde, de forma geral (PONTES *et al.*, p. 268-9).

Mesmo não se tratando se atividades que envolvem diretamente a AF, vale aqui citar estes depoimentos acerca de experiências no HU, no sentido destas propiciarem um contato multidisciplinar:

No hospital, acaba assim, que existe integração porque os médicos vão no laboratório pegar os resultados e as vezes a gente conversa e a gente coleta o sangue na enfermaria, então a gente tem contato com o paciente, o médico e o laboratório [...] o mais interessante mesmo é você acompanhar o paciente, quando ele está internado quase todo dia tem exame. (E. 3)

[...] do Sintoxfar, que inaugurou lá no CAS, eu participei de vários grupos, de hanseníase, de diabetes, de HIV, e lá a gente estava tentando resolver as dúvidas

dos pacientes, era muito interessante, igual aquele medicamento que tem que aplicar, que dava muito caroço aonde aplicava [...] os pacientes iam trazendo as dúvidas pra gente, ah, será que eu contagio desse jeito, era sobre medicamentos e era sobre outras coisas era um grupo bem interdisciplinar, tinha médico, enfermeiro e a gente também participava destes grupos. (E. 12)

Eu tive muita sorte, porque eu trabalhei com gente de muita área, eu fiz estágio no CAS, tenho hoje uma admiração por assistente social, que antes eu não conhecia o trabalho delas e hoje assim, apaixonado, eu acho que elas fazem um trabalho muito bonito [...] eu trabalhei com médico, com enfermeiro, com a equipe, quando eu fiz um projeto [...] do Nates, então a gente circula, eu tive muita sorte de ter este exercício multidisciplinar, mas na faculdade você não faz isso não, isso é por sua conta, porque eu tive sorte de encontrar pessoas que me levaram pra este caminho, mas tem gente que nunca sentou com médico pra conversar, nem sentou com enfermeiro, eu tive sorte, mas a faculdade não te leva pra isso, isso é extra curricular. (E. 10)

A necessidade de ampliação dos cenários de ensino aprendizagem para outros setores, além dos ligados à AB, foi verificada por um dos alunos entrevistados:

[...] não é só conhecer UBS, vamos conhecer hospital público, conhecer um serviço que nem é do Pam Marechal, vamos conhecer o Palácio da Saúde, vamos ver o que tem de SUS em Juiz de Fora, por exemplo, levando em consideração a faculdade aqui, vamos ver onde estão os farmacêuticos, o que eles estão fazendo, mas isto não depende só da vontade da faculdade, depende da vontade dos gestores também, o que não é fácil, então você tendo não só a visão de UBS, mas de outros setores do SUS eu acho que seria mais interessante, ia gerar mais interesse dos alunos. (E. 4)

De acordo com Ceccim e Carvalho (2005, p. 89),

os cenários de aprendizagem devem envolver a gestão e a atenção de saúde, assim como a vivência nas instâncias de controle social em saúde, a compreensão do trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar. Devem envolver a rede de serviços como um todo, pois todos os ambientes de saúde devem ser conhecidos ao longo da formação.

Também Pontes e colaboradores (2005, p. 266), considerando que “o estudante deve ter uma dimensão das atribuições, possibilidades e limitações de cada âmbito da rede”, enfatizam a importância do estudante “entender como ocorre a relação de um serviço com o outro – ou seja, o estudante precisa compreender como ocorre o encaminhamento, entrada, fluxo e saída em cada serviço”.

Numa referência a médicos, bem como a técnicos de enfermagem e/ou a demais profissionais que atuam na dispensação de medicamentos, no caso em UBS e policlínica regional, fica clara a idéia de um ambiente de estágio um tanto limitador para os alunos, sendo comentado que:

Nas matérias que falam de SUS, eles falam deste papel do farmacêutico, de gerenciar e de exercer um papel de conexão entre os outros serviços, mas lá no estágio a gente vê que os farmacêuticos estão tentando, mas está difícil por causa da resistência dos outros profissionais. (E. 4)

[...] os médicos tem aquela barreira, porque às vezes você fala alguma coisa de prescrição e o médico entende como ofensa. (E. 3)

[...] há um pouco de frustração, quando você chega na UBS, tem capacidade de prestar esta assistência farmacêutica e o próprio sistema te reprime, por enquanto, porque o que tem havido hoje é uma distribuição de medicamentos. (E. 7)

[...] eu fiz lá no regional leste, o cara que fica lá é um fotógrafo, ele toma conta do lugar onde os medicamentos ficam estocados, e o outro moço que tá lá ele sempre mexeu com poesia e ele fica lá dispensando medicamento, então eles são já de uma idade mais avançada, eles não deram abertura pra gente ficar fazendo assistência farmacêutica lá na regional leste, então a gente fica lá conversando... isso não é assistência farmacêutica, ah, pegar o omeprazol, tá aqui, não é né, eu acho que tinha que ser um estágio bem feito sabe, bem elaborado. (E. 11)

Embora seja constatado que em “qualquer que seja o espaço, é possível verificar a influência exercida pela inserção dos estudantes e docentes na reorganização do trabalho nesses locais”, como decorrência da desnaturalização do trabalho que tal inserção provoca, e ainda, que “a tradicional inserção em unidades de saúde e em outros espaços para estágios não concorre para a transformação do ensino”, conforme colocado por March e colaboradores (2005, p. 194), os últimos depoimentos deixam transparecer que a participação dos alunos junto aos serviços de saúde, tanto não possibilitou experiências práticas mais abrangentes, como não os motivou e/ou proporcionou condições para influenciarem nos processos de trabalho em curso.

De acordo com Pontes e colaboradores (2005, p. 270), “as escolas buscam formar um tipo de profissional que atue segundo uma lógica diferente da que se encontra nos serviços” sendo, porém, solicitado ao estudante, que tenha “postura, prática e discurso diferentes dos trabalhadores na realidade dos serviços”. Considerando que esta problemática se aplica á formação em farmácia, considera-se que a dificuldade de se encontrar serviços onde a AF esteja implantada representa um paradoxo para os cursos de farmácia. Esta situação, de certa forma, se confirma nesta fala de um dos alunos:

A gente aprende na teoria como é lindo a atuação do farmacêutico na assistência farmacêutica, mas a prática demonstra outra realidade. (E. 14)

Contudo, ainda conforme os autores supracitados, as dificuldades ou limitações vivenciadas pelos estudantes “podem funcionar como objeto de produção

de conhecimento e de novas práticas”, a partir “do questionamento e do posicionamento crítico em relação às situações vividas e observadas”, sendo que para tal, “é muito importante que os docentes tenham a competência de discutir politicamente as abordagens e as perspectivas da atuação em saúde” (PONTES *et al.*, 2005, p. 270).

Para finalizar esta discussão, vale lembrar Ronzani (2007, p. 40) para quem

os professores são uma fonte importante de aprendizagem social sobre como um profissional deve se comportar e que tipos de comportamento são valorizados no meio em que se situam. Assim, não somente o conteúdo formal das disciplinas é importante para a formação dos alunos, mas também o que pensam, de fato, os professores e como eles se comportam frente às práticas de saúde [...] (RONZANI, p. 40).

Considera-se, portanto, que o docente “é uma importante referência para o compartilhamento de crenças e a motivação para mudanças”, num contexto em que são relevantes tanto o modelo pedagógico quanto as atitudes adotadas por este (*Ibid.*, p. 42).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender as percepções de graduandos em farmácia da UFJF acerca da atuação em AF no SUS, frente ao atual contexto político e educacional em saúde no país. Considerando que a eventual futura ação profissional destes sujeitos nesta área se dará, a princípio, sob influência de tal contexto, e em conformidade com suas concepções deste campo de atuação, entendeu-se como relevante o seu conhecimento, diante das crescentes demandas da sociedade relacionadas ao medicamento.

As políticas de saúde e de educação em saúde e demais iniciativas e estudos que embasaram teoricamente este trabalho fazem parte de um cenário, não só de busca pela qualificação da AF e do ensino farmacêutico no Brasil, como também de luta pela reorientação do modelo de atenção à saúde e pela consolidação do SUS. Contudo, muitas vezes algumas destas políticas e iniciativas se desenvolvem de forma desarticulada, com conflitos de interesse e/ou se constituem em experiências pontuais, não implicando em mudanças profundas e abrangentes, em função, dentre outros fatores, da dimensão do país e da complexidade da interface educação e saúde.

Apesar de alguns avanços terem sido reconhecidos, caracterizando um momento de mudanças, as diversas percepções partilhadas pelos alunos pesquisados demonstram a lacuna existente na formação de profissionais farmacêuticos para a atuação em AF no SUS. Nota-se que as transformações ocorridas nos âmbitos político e educacional em saúde na última década parecem não refletir adequadamente a importância da capacitação para tal área. Paralelamente a este contexto, também no âmbito das práticas em saúde, muitos são os desafios para a qualificação da AF, o que inclui a sua adequada inserção nos serviços do SUS, com vistas à integralidade da atenção.

O trabalho contou com depoimentos de estudantes cuja maioria demonstrou ter recebido uma formação mais voltada para a área de análises clínicas e, como motivação para se estudar farmácia, o gosto pela química, biologia e/ou matemática. Embora o aspecto tecnicista e “de bancada”, ainda característico da educação e da prática profissional farmacêutica tradicional, esteja refletido na motivação inicial destes alunos, que, de forma geral, não foi vinculada diretamente ao futuro exercício

profissional na atenção em saúde, a formação obtida permitiu a alguns destes, mesmo que com limitações, a oportunidade de vislumbrarem a atuação neste sentido.

Na visão que os alunos têm da AF e das áreas de atuação relacionadas, destacam-se alguns aspectos. Inicialmente, aponta-se para algumas limitações no entendimento deste campo de atuação, sendo percebida uma diversidade de interpretações do significado da AF, o que inclui confusões conceituais com a Atenfar, considerando que esta deva ser entendida como um modelo de prática desenvolvida no contexto da AF.

Embora seja positiva e visível a percepção dos alunos acerca da necessidade de se focar no cuidado do usuário do medicamento, e não só neste em seus aspectos técnicos, o fato da maioria dos alunos perceberem a AF como sendo a Atenfar, ou como limitada às etapas do ciclo para o acesso da população aos medicamentos, ou ainda, como desvinculada da área de pesquisa e produção de medicamentos, parece indicar que os conceitos estão sendo trabalhados de forma fragmentada na formação em farmácia, ou seja, que não está ocorrendo uma integração dos conteúdos, de maneira a garantir a percepção de um cenário abrangente das práticas e áreas de atuação em AF.

A limitação da visão da AF também se encontra refletida na idéia desta sendo desenvolvida apenas em UBS, farmácia de manipulação ou hospital, considerando que poucos alunos mencionaram possíveis atuações em farmácias centrais ou outros departamentos de secretarias municipais ou estaduais de saúde, ou então em órgãos reguladores, em instituições de ensino e/ou de pesquisa e em Laboratórios Oficiais.

No que se refere ao SUS, embora alguns poucos sujeitos percebam este sistema como efetivo e importante para a população brasileira, e colocando-se como interessados em aí atuar, verificou-se que a maioria dos alunos o considera como “bom só na teoria”, com profissionais descompromissados e/ou desqualificados, ficando também nítido o distanciamento da maioria dos alunos com a idéia de participar de sua construção. Considerando de forma específica a atuação em AF no SUS, as percepções dos alunos refletem, principalmente, que tais serviços não se encontram devidamente implantados, ou seja, uma AF ainda em processo de construção, em um contexto que o farmacêutico não tem espaço neste sistema.

Estas questões e o uso irracional de medicamentos pela população também são apontadas como problemas do contexto que envolve a AF no SUS, sendo que na visão de muitos dos alunos estes se limitam na inadequação na gestão da AF, principalmente no que tange à aquisição, programação e ao controle de estoque, o que de fato também se constitui num desafio atual. Contudo, outros alunos, principalmente os que tiveram experiências de estágio em secretarias municipais de saúde, demonstram uma noção mais ampliada acerca da problemática na área, envolvendo também a influência da prescrição médica no uso racional de medicamentos e questões relacionadas aos mandatos judiciais, além das inerentes à necessidade de melhor gerenciamento e integração das ações.

Já quanto às percepções acerca dos potenciais no contexto dos medicamentos no âmbito do SUS, além dos alunos apontarem para a formação dos profissionais farmacêuticos e para a necessidade da inserção do farmacêutico nas UBS, muitos consideraram como possibilidades para a área o potencial brasileiro para a pesquisa com plantas medicinais e para a produção de fitoterápicos, com vistas à sua utilização no SUS. Porém, embora o desenvolvimento destas áreas seja preconizado por políticas de saúde e envolva diretamente o exercício profissional do farmacêutico, de acordo com os alunos são abordadas de forma incipiente na formação que receberam.

No que tange ao interesse em atuar em AF no âmbito do SUS, embora alguns alunos o tenham demonstrado, atribuindo-o à possibilidade de inovação nesta área, a maioria dos sujeitos se desinteressa por esta. Tal desinteresse encontra-se associado à percepção de um SUS teórico, que não funciona, onde atuam profissionais desqualificados, bem como à falta de retorno financeiro e reconhecimento profissional e à formação recebida.

Verifica-se que as percepções apresentadas pelos alunos sobre o tema desta pesquisa reforçam significativamente a possibilidade de se estar diante de concepções estimuladas, tanto pela incipiência em que se encontra a AF no SUS, tanto pela forma com que tal área é abordada no curso da FF/UFJF, o qual, embora demonstre fornecer um melhor preparo para a área das Análises Clínicas, tem buscado, de acordo com os alunos, capacitá-los para a área de medicamentos.

Cabe aqui ressaltar que, embora a abordagem da educação farmacêutica em referência à atuação em AF no SUS já estivesse prevista na conformação inicial desta pesquisa, tal temática foi enfatizada na fala dos sujeitos, sendo percebida por

alguns dos alunos a óbvia imbricação entre a qualidade da formação com a dos serviços de saúde.

Caracterizando, de certa forma, o momento de transição que passa a educação farmacêutica, o que inclui a ambigüidade e a dificuldade de implantação das DCNF no que se refere à formação de um profissional com perfil para atuação na atenção à saúde, voltado para o atendimento das necessidades sociais, a relação estabelecida pelos alunos entre tal perfil e a formação que receberam envolve alguns aspectos que merecem ser considerados.

Embora seja percebida uma maior proximidade entre o que é preconizado e a realidade do curso em função das Atividades Orientadas, disciplinas estas que, mesmo não sendo devidamente conduzidas e valorizadas pela maioria dos alunos, procuram uma aproximação com conteúdos e práticas relativos à AF, Atenfar e o SUS, a relação estabelecida pela maioria dos alunos da temática 'social' com a formação recebida, revela, de certa forma, um distanciamento do curso com conteúdos ou vivências no âmbito coletivo, sendo apontada a falta de apoio e incentivo da faculdade como fatores que contribuem para o desinteresse destes pelo SUS.

As deficiências da formação em farmácia, no que tange ao desenvolvimento de habilidades humanísticas para melhor interação do farmacêutico com os indivíduos e com equipes multidisciplinares de saúde, também ficam claras nos depoimentos analisados, que indicam para a necessidade da inserção de disciplinas da área das ciências humanas.

No entanto, a perspectiva do foco nos indivíduos e coletividades se faz presente nos depoimentos analisados, embora a maioria dos alunos manifeste desmotivação com os aspectos sociais que envolvem a atuação do farmacêutico, em decorrência, tanto da formação recebida e do reconhecimento da falta de compromisso deste profissional com a atenção à saúde no âmbito coletivo, como também de decepções com questões governamentais que não favorecem a sua inserção e valorização no SUS.

No que se refere ao papel social do farmacêutico, para parte do grupo pesquisado este se consiste na garantia do acesso aos medicamentos pela população, refletindo, de certa forma, a idéia de uma atuação voltada ao aspecto logístico do medicamento, o que pode limitar a compreensão de que não se trata

apenas de se promover o acesso a medicamentos, mas sim, o acesso a serviços de saúde de qualidade que promovam a integralidade da assistência.

Numa perspectiva mais próxima do cuidado em saúde, a maioria considera o papel social do farmacêutico como relacionado à prática da Atenfar. No entanto, prevaleceu uma noção de se atuar no repasse de informações sobre os medicamentos, além de aconselhamentos acerca da higiene e dieta pessoal, para uma população desinformada, refletindo a permanência de uma idéia limitada de Educação em Saúde, com caráter prescritivo de comportamentos, o que pode comprometer o alcance de resultados abrangentes e satisfatórios no que tange ao URM e à produção do cuidado junto a equipes multiprofissionais.

Na abordagem ao grupo quanto a ter adquirido competências para atuar em AF no SUS, embora alguns alunos reconheçam a tentativa do curso para tal, estes manifestaram dúvidas e receios relativos ao preparo para esta atuação. Porém, boa parte dos alunos manifestou possuir tais competências, sendo que a referência a estas, também no caso dos que manifestaram não possuí-las, se deu considerando aspectos relacionados à racionalização de custos financeiros ou aos conhecimentos técnicos sobre alguns medicamentos.

Apesar de permeada pela própria confusão conceitual que envolve a AF e a Atenfar, tais aspectos indicam a evidência de um enfoque nestes insumos, considerando a recorrência de referências feitas por vários dos estudantes à necessidade de domínio de conteúdos relacionados às interações medicamentosas e aos novos produtos que são lançados no mercado. No sentido de uma melhor orientação aos usuários de medicamentos, é reconhecida por estes a necessidade de formação complementar para o exercício profissional.

Considerando os desafios que a AF impõe para a formação, grande parte do grupo estudado, ao opinar sobre possíveis melhorias no curso da FF/UFJF, além de perceber a necessidade de uma maior proximidade com conteúdos envolvendo a administração e o planejamento de serviços farmacêuticos, do desenvolvimento de estratégias metodológicas de ensino mais adequadas e da continuidade e integração dos aprendizados, apresentou discursos enfáticos no sentido da valorização das práticas junto aos serviços de saúde. Nesta perspectiva, a maioria dos alunos relaciona a aquisição de competências com as atividades de estágio em AF no SUS, estas, em sua maioria, buscadas pelos próprios alunos.

A partir da análise dos depoimentos dos alunos pode-se perceber que os poucos que fizeram estágio em farmácia municipal ou em UBS por um período mais prolongado, possuem uma visão de AF mais ampliada, construída a partir de sua prática, o que aponta para a importância da integração ensino-serviço para que os alunos apreendam de forma mais adequada os conceitos abordados teoricamente em sua formação.

Embora tenha sido reconhecido pelos alunos o empenho dos professores na transmissão do conhecimento sobre a AF, são observadas as seguintes necessidades: de ampliação e de qualificação do quadro docente da graduação da FF/UFJF, de maiores oportunidades de estágio curricular e de diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, que devem contemplar todos os níveis de atenção à saúde e outros locais além das UBS e hospitais.

Considera-se, assim como apontado por diversos dos autores já referenciados e a partir dos depoimentos dos sujeitos entrevistados neste trabalho, que a adequada estruturação e condução das atividades de estágio, bem como das demais disciplinas que mantêm interface com a realidade dos serviços de saúde, se reveste de grande importância para o processo de aprendizagem, pelo impacto que estas vivências proporcionam na formação dos futuros profissionais.

Os estágios, assim como os projetos de extensão, além do desenvolvimento de habilidades específicas, sejam estas técnicas ou assistenciais, devem oportunizar aos estudantes entender o SUS, como ocorre a relação entre os serviços e as características dos itinerários dos seus usuários em busca de cuidado em saúde, de forma que os espaços onde são prestados ou gerenciados serviços de saúde de fato se constituam em cenários de aprendizagem, e ainda, de forma que a participação dos alunos nos serviços possa contribuir com a reorganização dos processos de trabalho nestes espaços.

Mostra-se preocupante a incipiência do desenvolvimento da AF no “mundo do trabalho” e no “mundo da escola”, num momento em que são crescentes as demandas da sociedade relacionadas aos medicamentos. Diante disto, e considerando que a qualificação da AF depende, em grande medida, da adequada formação de profissionais farmacêuticos sensibilizados e aptos a atuar em prol da atenção à saúde no âmbito coletivo, parece conveniente ressaltar a importância de se desenvolver outros estudos, mesmo porque o presente trabalho, sem ter

esgotado a temática proposta, se constitui apenas num olhar para tal cenário, que deve ser melhor investigado.

Por exemplo, dentre outras pertinentes, sugere-se o desenvolvimento de investigações que contemplem o desenvolvimento de metodologias de ensino inovadoras e suas interfaces com serviços de AF, o que pode envolver, também, as percepções de docentes de cursos de farmácia (inclusive os oferecidos em instituições privadas de ensino), bem como gestores de saúde. Conforme apontado por Ronzani (2007, p. 38) em relação às crenças compartilhadas sobre o modelo de formação ou a atuação profissional em saúde, estas “têm o papel de fortalecer e manter determinadas práticas e ideologias em saúde”.

Outros estudos relevantes seriam os que fornecessem diagnósticos do cenário da inserção deste profissional no SUS, inclusive no que tange à sua remuneração, bem como os relacionados aos processos de trabalho de farmacêuticos que atuam em AF, sendo que investigações envolvendo os NASF, ou mesmo a recente implantação da Rede Farmácia de Minas, podem vir a proporcionar aprofundamentos pertinentes.

Por fim, entendendo como fértil o momento de transição pelo qual passa a profissão farmacêutica e a produção de conhecimento em AF, de certa forma como um “x a mais” (“x” este que busca correspondência com o da epígrafe do capítulo 7 deste trabalho), aponta-se para o desafio de como se formar para a AF no SUS, diante de um contexto em que não se tem a AF devidamente implantada nos serviços de saúde e que grande parte dos professores das IES não se apresenta devidamente sensibilizada para a importância da formação e pesquisa nesta área e não conhece adequadamente o sistema. Também caracterizando tal cenário, ainda não se encontram devidamente implementadas formas adequadas de regulamentação e regulação dos profissionais farmacêuticos formados a partir das DCNF, as quais envolvem diversas interpretações e formas de implementação nos cursos de farmácia do país.

Acredita-se que tal desafio só será enfrentado a partir do entendimento de que a construção de uma AF de qualidade no país passa, necessariamente, não só pela capacidade de controle social no âmbito da saúde e da educação e pelo papel e compromisso do governo federal, dos dirigentes das IES, dos Conselhos de Farmácia e dos legisladores. Mas também, já que é no cotidiano das práticas que os conhecimentos e as políticas se materializam, é nítida a importância da educação

permanente para tal construção, o que implica na necessidade das IES, SMS e SES, através de seus gestores, docentes e profissionais, investirem mais esforços na conformação de parcerias que subsidiem pesquisas e o desenvolvimento de práticas voltadas à qualificação da AF.

Entende-se que tais parcerias devam ter como objetivo principal a promoção de mudanças que possam dar conta da complexidade dos fatores implicados nos serviços farmacêuticos, na perspectiva da integralidade em saúde, de forma que as ações de fato estabeleçam o acesso e o uso racional de medicamentos, considerando estes num contexto maior de iniciativas para o atendimento às necessidades sociais.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. 124 p.

ALVES, T. N. P. **Política Nacional de Medicamentos**: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos. 188 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2009.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008. No prelo. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2884>. Acesso em: 4 set. 2009.

ARAÚJO, F. Q. **A formação do graduando em Farmácia e o estágio curricular supervisionado como uma atividade integradora**: limites e possibilidades. 171 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Tuiuti do Paraná, 2008. Resumo.

BARBIERI, F. B. **A Rede UNIDA e o Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde**. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, 2006.

BARRETO, J. L. **Análise da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica**: um estudo em municípios baianos. 160 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, 2007.

BARROS, J. A. C. **Políticas Farmacêuticas**: a serviço dos interesses de saúde? Brasília: UNESCO, 2004. 272 p.

BARROS, J. A. C. et al. **Os fármacos na atualidade**: antigos e novos desafios. Brasília: ANVISA, 2008. 320 p.

BONET, O. Educação em Saúde, Cuidado e Integralidade. De Fatos Sociais Totais e Éticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as Fronteiras da Integralidade. Hucitec-IMS-UERJ-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 2004. p. 279-292

BRASIL. Lei 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: **Diário Oficial da União**, 20 set., 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua Organização** (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 140) - Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p.

_____. _____. _____. _____. **Política Nacional de Medicamentos** (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25) – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 40 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>>. Acesso em 27 ago. 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília, 2004c.

_____. _____. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, 2005a.

_____. _____. **Portaria nº 2.438, de 7 de dezembro de 2005**. Cria a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria2438_07dez05.pdf>. Acesso em 12 de abr. 2010.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS: Notas sobre o Desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Período de fevereiro de 2004 a junho de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/oficinasussbfa/doc/RelatorioDeges2004_2005.pdf> Acesso em: 11 abr. 2010.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais: Pactos Pela Vida, em Defesa dos SUS e de Gestão. **Série Pactos pela Saúde 2006**, v. 1. Brasília, DF: MS, 2006b, 75p.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Oficina de Trabalho para Implantação da Atenção Farmacêutica no SUS: Manual do Facilitador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/MATERIAL_DO_FACILITADOR.pdf>. Acesso em 20 out. 2007.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 107 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS** (Coleção Progestores, vol. 7). Brasília : CONASS, 2007b. 186 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** (Série B. Textos Básicos em Saúde) – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008a. 68 p.

_____. _____. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico de que o Brasil necessita - relatório final** (Série D. Reuniões e Conferências). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. _____. **Portaria nº 2.982, de 01 de dezembro de 2009 (Republicação)**. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101557-2982>. Acesso em: 12 abr 2010.

_____. _____. **Portaria nº 2.981, de 29 de novembro de 2009**. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html> Acesso em: 12 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

CAMPESE, M. **Proposta para ensino da atenção básica na Farmácia**. 125 f. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Paraná, 2006.

CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 871 p.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005, 2005.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 69-92.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2005.

CECÍLIO, L. C. Programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. *In*: ALMEIDA, M. FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, C. M. (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**. Teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo I: Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 129-136.

CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 6., 2005, Belo Horizonte. **Oficina 04 – A implantação das diretrizes curriculares nos cursos de Farmácia: avanços e desafios**. Disponível em <<http://www.ufmg.br/redeunida/oficinas>>. Acesso em: 26 ago. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. CFF tem estratégia para sensibilizar gestores. **Pharmácia Brasileira**, Brasília, v. 21, n. 63, p. 19, jan./fev., 2008a.

_____. Mudanças no ensino farmacêutico. **Pharmácia Brasileira**, Brasília, v. XI, n. 66, p. 3-4, jul./ago., 2008b.

_____. **CNE aprova carga horária de 4 mil horas para a graduação em Farmácia**. Brasília: CFF, 23 de outubro de 2008c. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/cff/default.asp>>. Acesso em 28 out. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **CFF apóia Projeto de Lei nº 3752.** Brasília, 15 de julho de 2009a. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/#\[ajax\]noticia&id=232](http://www.cff.org.br/#[ajax]noticia&id=232)>. Acesso em: 10 ago. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Sua excelência, o ensino farmacêutico.** Brasília, 13 de novembro de 2009b. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/#\[ajax\]noticia&id=308](http://www.cff.org.br/#[ajax]noticia&id=308)>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. **O papel do farmacêutico no NASF e diante da RDC 44 é debatido na Reunião Geral.** Brasília, 26 de março de 2010. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/#\[ajax\]noticia&id=308](http://www.cff.org.br/#[ajax]noticia&id=308)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de Fevereiro de 2002.** Brasília, 2002. Disponível em: < <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES022002.pdf> >. Acesso em: 20 set. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Abenfar realiza I Fórum de Educação Farmacêutica. **Revista Farmácia**, Belo Horizonte, n. 12, p. 20, Dez., 2007.

CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. (Org). **O Farmacêutico na Atenção à Saúde.** 2. ed. rev. e amp. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2008. 286 p.

CORDEIRO, B. C.; REYNAUD, F. Atenção Farmacêutica: evolução ou revolução? *In*: CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. (Org). **O Farmacêutico na Atenção à Saúde.** 2. ed. rev. e amp. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2008. p. 85-102.

COSENDEY, M. A. E.; BERMUDEZ, J. A. C.; REIS, A. L. A. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171-182, jan./mar., 2000.

DESTRO, R. D. **Terapêutica medicamentosa e suas implicações para os portadores de transtornos mentais.** 115 p. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/DelciaRDestro.pdf>>. Acesso em: fev. 2010.

EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE FARMÁCIA. Comissão Nacional de Educação. **Relatório I: É preciso avançar!**, 2008. Disponível em: <<http://enefar.files.wordpress.com/2008/08/relatoriocne.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2009.

FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/farmbio/>>. Acesso em: 28 mai. 2009.

FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Relatório Processo Reforma Curricular II. Juiz de Fora: Conselho Setorial de Graduação da UFJF, 2006.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.12, n. 4, p. 965-971, Ago., 2007

FRANÇA, J. L. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 7. ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2004. 242 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Centro de Informação Científica e Tecnológica. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/sinitox/2006/umanalise2006..htm>>. Acesso em: 23 out. 2008.

FURTADO, V. S. **Análise do processo de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Curso de Graduação em Farmácia no Estado do Rio de Janeiro**: um estudo exploratório. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 21, n.1, p. 200-206, jan./fev., 2005.

HADDAD, A. E. *et al.* (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**, Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Censo 2008 – resumo técnico. Brasília, 15 de dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/download/censo/2008/resumo_tecnico_2008_15_12_09.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2010.

IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M. S.; JARAMILO, N. M.; RECH, N. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**: Proposta. Brasília, Organização Pan-americana de Saúde, 24 p, 2002.

IVAMA, A. M.; MELCHIOR, S. C.; CASTRO, M. S.; RECH, N. Estratégias para a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Farmácia. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 4, p. 18-25, out./dez., 2003.

LEITE, S. N. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. **Revista Interface**, v. 12, n. 24, p. 461-462, jan./mar., 2008.

KOIFFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção de conhecimento e saúde. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, ABRASCO, 2005. p. 111-130.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil da transição democrática. Anos 80. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl, p. 145-176, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312005000300008&script=sciabstract&lng=pt> >. Acesso em 22 set. 2006.

LYRA JÚNIOR, D. P.; MARQUES, T. C. Prioridades Estratégicas do SUS: Realidade e Desafios. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. p. 13-18.

LYRA JÚNIOR, D. P.; SANTOS, M. R. C. Introdução. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 7-12.

MACÊDO, M. C. S.; ROMANO, R. A. T.; HENRIQUES, R. L. M. Transformação na graduação em enfermagem na UERJ. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 277-294.

MACHADO, F. R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As Novas Formas de Cuidado nos Espaços Públicos de Saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Ed. Hucitec/ IMS-UERJ/ ABRASCO: Rio de Janeiro, 2004, p. 57-73.

MARCH, C.; FERNANDEZ, V. S.; PINHEIRO, R. Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 179-204.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (org.). **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro, RJ: OPAS/OMS, 2003. 334 p.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. p. 39-64.

_____. Integralidade como Eixo da Formação dos Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 2, n. 2, mai./ago., 2004. Disponível em: <http://www.abemeducmed.org.br/rbem/pdf/volume_28_2/editorial.pdf>. Acesso em 24 nov. 2005.

MAYORGA, P.; FRAGA, F.; BRUM, C. K.; CASTRO, E. F. Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? *In*: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre : Dacasa, 2004. p. 197-215.

MEIRELLES, C. M.; FIGUEIREDO, J. C. Público versus privado: a questão da qualidade na prestação de serviços. **Cadernos do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense**, Série Estudos e Pesquisas, jan./jun., 2009. Disponível em: <www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/cadernosdoichf/article/.../352>. Acesso em: 2 mar. 2010.

MENDES, E. V. **Uma Agenda Para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MENICUCCI, T. M. G.. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, Jul., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200900070002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 abr. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Nota Técnica Conjunta** - Assunto: Qualificação da Assistência Farmacêutica. Brasília: MS/CONASS/ CONASEMS, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde 2007a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 154, de 25 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 362, de 27 de fevereiro de 2008**. Aprova Incentivo Financeiro para apoio as ações de assistência farmacêutica no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. _____: _____. **Dispensação de medicamentos e a visão institucional**. 29 slides. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <www.prosaude.org/not/PriSemProll/.../assist_farm_pro-saude.ppt>. Acesso em: 12 jun. 2009.

_____. Comitê apóia medida que põe remédios atrás dos balcões de farmácias. Brasília 20 de agosto de 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10472>. Acesso em: 28 out. 2009.

MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões** Porto Alegre : Dacasa, 2004. 236 p.

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. A Universidade Concebendo o Farmacêutico Generalista para o Sistema Único de Saúde – SUS: “As necessidades do gestor estadual da Assistência Farmacêutica”. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 56-61.

OLIVEIRA, D. R. Resultados humanísticos em Atenção Farmacêutica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 74-78.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil** (Série Técnica de medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde) – Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 260 p., 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_ASF_REM_1205.pdf>. Acesso em: 18 set. 2008.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Farmacêutico: ser profissional de saúde e cidadão exige responsabilização. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, supl. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700005 &lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700005&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 27 set. 2008.

PAUFERRO, M. R. V. Reflexão bioética sobre a relação entre farmacêuticos e usuários de medicamentos. 116 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade São Camilo, 2008. Resumo.

PERINI, E. **Assistência Farmacêutica**: fundamentos teóricos e conceituais. *In*: ACÚRCIO, FA, (Org.). Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte: COOPMED; 2003. p. 9-30.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; SANTOS, M. R.; FRANÇA, T.; GARCIA, A. C. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. 336 p.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 13-35.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001. 180 p.

_____. _____. **A Construção da Integralidade**: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde, IMS-UERJ-Abrasco, Rio de Janeiro, 2003. 232 p.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Ed. Hucitec/ IMS-UERJ/ ABRASCO: Rio de Janeiro, 2004. 320 p.

PONTES, A. L. M. et al. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 251-274.

QUELUZ, T. H. A. T.; LEITE, S. N. Uso Racional de Medicamentos: conceito e alguns elementos para discussão. *In*: CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. (Org). **O Farmacêutico na Atenção à Saúde**. 2. ed. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2008. p. 25-40.

RONZANI, T. M. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: Qual o Papel das Crenças? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 38-43, 2007.

ROZENFELD, Suely. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, supl., p. 561-568, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000700002&lng=&nm=iso>. Acesso em: 27 Ago. 2008.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em Saúde. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESQ, ABRASCO, 2005. p. 205-227.

SATURNINO, L. T. M.; LUZ, Z. P.; PERINI, E.; MODENA, C. M. O internato rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007. No prelo. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2676>. Acesso em: 12 abr. 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MINAS GERAIS. **Rede Farmácia de Minas** – Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. 87 p.

SHENKEL, E. P; CUNHA JÚNIOR, A. S. Panorama Sobre a Educação Superior na Área de Farmácia no Brasil. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

SHOEMAKER, S. J.; OLIVEIRA, D. R. The medication experience. **Social Science and Medicine**, [S.l.], mar. 2006.

SOARES, L., BOFF, P. R.; VALGAS, C.; COSTA, L. H.; LEITE, S. N. Educação farmacêutica e identidade profissional. *In*: CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. (Org). **O Farmacêutico na Atenção à Saúde**. 2. ed. rev. e amp. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2008. p. 263-286.

TOLENTINO, M. A Construção do Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DAF nº 54/2005. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS** (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 19-25.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003. 685 p.

UDRY, M. C. F. V. **Saúde e Uso da Biodiversidade**: Caminhos para a incorporação do Conhecimento Tradicional na Política de Saúde Pública. 2001. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) - Universidade de Brasília. Disponível em: <www.abdl.org.br/filemanager/fileview/153> Acesso em: 15 dez. 2004.

VAITSMAN, J.; MOREIRA, R.; COSTA, N. R. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)". **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, Jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000300025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, cap. 16, p. 531-562.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

_____. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Publica**, Washington, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010. Disponível em: <<http://journal.paho.org/uploads/1268236482.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

YAZBECK, L. As origens da Universidade de Juiz de Fora. Juiz de Fora: UFJF, 1999. 169 p.

YUNES, R. A.; PEDROSA, R. C.; CECHINEL FILHO, V. Fármacos e fitoterápicos: a necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil. **Química Nova**, vol. 24, n. 1, p. 147-152, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas

PARTE 1 - IDENTIFICAÇÃO

Número:

Data:

Nome completo:

PARTE 2 - CARACTERIZAÇÃO PRELIMINAR:

Ano de ingresso na UFJF:

Idade:

Se veio transferido de outra IES, qual:

1 - Qual foi a sua motivação para estudar farmácia?

2 - Na sua opinião, ao longo do curso de farmácia, para qual área de atuação no mercado de trabalho você considera que foi mais bem preparado?

PARTE 3 – EXPLORAÇÃO DA TEMÁTICA

3 - O que significa para você Assistência Farmacêutica, como você vê as áreas, os campos de trabalho que existem para se atuar?

4 - E quanto ao SUS? Me fala um pouco deste sistema e como você vê a sua participação, ou a participação do farmacêutico nele?

5 - O que influencia o seu interesse, ou seu desinteresse, em atuar na área de Assistência Farmacêutica no SUS?

6 - Considerando o contexto dos medicamentos e da saúde pública no Brasil, o que você considera como os principais problemas, os desafios na área da Assistência Farmacêutica no SUS?

7 - Como você pensa que o farmacêutico pode atuar no enfrentamento destes problemas, como pode ajudar a solucioná-los?

8 - Ainda no contexto dos medicamentos no âmbito público de saúde no Brasil, o que você vê como potenciais ou como possibilidades?

9 - As Diretrizes Curriculares Nacionais foram estabelecidas pelo Ministério da Educação para nortear os cursos de graduação, no caso das diretrizes para os cursos de farmácia, de 2002, elas preconizam a formação de um farmacêutico humanista, crítico e reflexivo, voltado para as necessidades sociais. Como você acredita que pode vir a contribuir para a transformação da realidade social do nosso país? Para você qual é o papel social do farmacêutico, enquanto profissional de saúde?

10 - Ainda considerando as diretrizes curriculares, um aspecto importante é o perfil do formando, que indica para a formação de um farmacêutico capacitado para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, junto a equipes multidisciplinares, no gerenciamento de serviços e para diversas outras competências.

Considerando este perfil do formando, que relação você estabelece entre este perfil e a formação que receberam no curso de Farmácia?

11 - Como você se avalia, no que se refere a ter adquirido competências para atuar em Assistência Farmacêutica no SUS?

12 - Para você, quais estratégias, conteúdos ou práticas podem melhorar o enfoque sobre a Assistência Farmacêutica, ou dos medicamentos, no curso de Farmácia aqui da UFJF?

13 - Há algum comentário adicional que você considera pertinente, alguma consideração sobre a atuação do farmacêutico em Assistência Farmacêutica no SUS?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Assistência Farmacêutica no SUS: percepções de graduandos em Farmácia da UFJF” por se enquadrar no critério de inclusão, ou seja, ser aluno do último ano letivo do curso de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Neste estudo pretendemos compreender a percepção de graduandos em Farmácia da UFJF sobre a atuação do farmacêutico em Assistência Farmacêutica (AF) no Sistema Único de Saúde (SUS), no que tange aos aspectos interesse, áreas de atuação, perfil e competências preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e políticas em saúde.

O motivo que nos leva a estudar é, através dos dados levantados, contribuir para o fomento da discussão acerca da educação farmacêutica para atuação no SUS, considerando as atuais demandas sociais, políticas e institucionais em saúde e que os egressos dos mais de trezentos cursos de graduação em Farmácia no país configuram, potencialmente, em futuros profissionais de saúde para atuarem em AF.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: entrevistas semi-estruturadas (nas quais são feitas algumas perguntas norteadoras do diálogo pesquisador-pesquisado, enfocando o tema do trabalho de pesquisa em tela), com posterior análise e interpretação dos dados. Tal instrumento é típico da abordagem qualitativa de pesquisa.

Coloco ao seu dispor o texto do citado projeto de pesquisa para o seu exame pormenorizado, onde constam dados relativos aos objetivos, material e métodos empregados. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Este estudo enquadra-se na categoria de pesquisa com risco mínimo, ou seja, o mesmo risco que têm atividades rotineiras como conversar, ler, etc.; porém, caso haja eventual dano que possa ser comprovado, será providenciada a indenização relativa ao mesmo. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Medicina da UFJF e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Assistência Farmacêutica no SUS: percepções de graduandos em Farmácia da UFJF” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2009.

Nome _____ Assinatura participante _____ Data _____

Nome _____ Assinatura pesquisador _____ Data _____

Nome _____ Assinatura testemunha _____ Data _____

EM CASO DE DÚVIDAS COM RESPEITO AOS ASPECTOS ÉTICOS DESTE ESTUDO, VOCÊ PODERÁ CONSULTAR O CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF - FONE: 32 3229 3788

ANEXO

Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Farmácia

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES 2, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.300/2001, de 6 de novembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 4 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Farmácia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Farmacêuticos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Farmácia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Farmácia tem como perfil do formando egresso/profissional o Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º A formação do Farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

V - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico-profissional, a formação e a

cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

VI - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

VII - desenvolver assistência farmacêutica individual e coletiva;

VIII - atuar na pesquisa, desenvolvimento, seleção, manipulação, produção, armazenamento e controle de qualidade de insumos, fármacos, sintéticos, recombinantes e naturais, medicamentos, cosméticos, saneantes e domissanseantes e correlatos;

IX - atuar em órgãos de regulamentação e fiscalização do exercício profissional e de aprovação, registro e controle de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissanseantes e correlatos;

X - atuar na avaliação toxicológica de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissanseantes, correlatos e alimentos;

XI - realizar, interpretar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises clínico-laboratoriais, incluindo os exames hematológicos, citológicos, citopatológicos e histoquímicos, biologia molecular, bem como análises toxicológicas, dentro dos padrões de qualidade e normas de segurança;

XII - realizar procedimentos relacionados à coleta de material para fins de análises laboratoriais e toxicológicas;

XIII - avaliar a interferência de medicamentos, alimentos e outros interferentes em exames laboratoriais;

- XIV - avaliar as interações medicamento/medicamento e alimento/medicamento;
- XV - exercer a farmacoepidemiologia;
- XVI - exercer a dispensação e administração de nutracêuticos e de alimentos de uso integral e parenteral;
- XVII - atuar no planejamento, administração e gestão de serviços farmacêuticos, incluindo registro, autorização de produção, distribuição e comercialização de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissanearios e correlatos;
- XVIII - atuar no desenvolvimento e operação de sistemas de informação farmacológica e toxicológica para pacientes, equipes de saúde, instituições e comunidades;
- XIX - interpretar e avaliar prescrições;
- XX - atuar na dispensação de medicamentos e correlatos;
- XXI - participar na formulação das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica;
- XXII - formular e produzir medicamentos e cosméticos em qualquer escala;
- XXIII - atuar na promoção e gerenciamento do uso correto e racional de medicamentos, em todos os níveis do sistema de saúde, tanto no âmbito do setor público como do privado;
- XXIV - desenvolver atividades de garantia da qualidade de medicamentos, cosméticos, processos e serviços onde atue o farmacêutico;
- XXV - realizar, interpretar, avaliar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises de alimentos, de nutracêuticos, de alimentos de uso enteral e parenteral, suplementos alimentares, desde a obtenção das matérias primas até o consumo;
- XXVI - atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de produtos obtidos por biotecnologia;
- XXVII - realizar análises físico-químicas e microbiológicas de interesse para o saneamento do meio ambiente, incluídas as análises de água, ar e esgoto;
- XXVIII - atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de hemocomponentes e hemoderivados, incluindo realização, interpretação de exames e responsabilidade técnica de serviços de hemoterapia;
- XXIX - exercer atenção farmacêutica individual e coletiva na área das análises clínicas e toxicológicas;
- XXX - gerenciar laboratórios de análises clínicas e toxicológicas;
- XXXI - atuar na seleção, desenvolvimento e controle de qualidade de metodologias, de reativos, reagentes e equipamentos.

Parágrafo único. A formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Farmácia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

- I - Ciências Exatas - incluem-se os processos, os métodos e as abordagens físicos, químicos, matemáticos e estatísticos como suporte às ciências farmacêuticas;
- II - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, bem como processos bioquímicos, microbiológicos, imunológicos, genética molecular e bioinformática em todo desenvolvimento do processo saúde-doença, inerentes aos serviços farmacêuticos;
- III - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais e conteúdos envolvendo a comunicação, a economia e gestão administrativa em nível individual e coletivo, como suporte à atividade farmacêutica;
- IV - Ciências Farmacêuticas – incluem-se os conteúdos teóricos e práticos relacionados com a pesquisa e desenvolvimento, produção e garantia da qualidade de matérias primas, insumos e produtos farmacêuticos; legislação sanitária e profissional; ao estudo dos medicamentos no que se refere à farmacodinâmica, biodisponibilidade, farmacocinética,

emprego terapêutico, farmacoeconomia, incluindo-se a farmacovigilância, visando garantir as boas práticas de dispensação e a utilização racional; conteúdos teóricos e práticos que fundamentam a atenção farmacêutica em nível individual e coletivo; conteúdos referentes ao diagnóstico clínico laboratorial e terapêutico e conteúdos da bromatologia, biosegurança e da toxicologia como suporte à assistência farmacêutica.

Art. 7º A formação do Farmacêutico deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Farmácia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Parágrafo único. O estágio curricular poderá ser realizado na Instituição de Ensino Superior e/ou fora dela, em instituição/empresa credenciada, com orientação docente e supervisão local, devendo apresentar programação previamente definida em razão do processo de formação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Farmácia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Farmácia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Farmácia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Farmácia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Farmácia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Farmácia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Farmácia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Farmácia deverá:

I - abordar as áreas de conhecimento, habilidades, atitudes e valores éticos, fundamentais à formação profissional e acadêmica;

II - contemplar a abordagem de temas observando o equilíbrio teórico-prático, desvinculado da visão tecnicista, permitindo na prática e no exercício das atividades a aprendizagem da arte de aprender;

III - buscar a abordagem precoce de temas inerentes às atividades profissionais de forma integrada, evitando a separação entre ciclo básico e profissional;

IV - favorecer a flexibilização curricular de forma a atender interesses mais específicos/atualizados, sem perda dos conhecimentos essenciais ao exercício da profissão;

V - comprometer o aluno com o desenvolvimento científico e a busca do avanço técnico associado ao bem estar, à qualidade de vida e ao respeito aos direitos humanos;

VI - ser organizada de forma a permitir que haja disponibilidade de tempo para a consolidação dos conhecimentos e para as atividades complementares objetivando progressiva autonomia intelectual do aluno.

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Farmácia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Farmácia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior