

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA

ALINE APARECIDA FOPPA

**EDUCAÇÃO PARA O CUIDADO EM SAÚDE NOS ESTÁGIOS DOS CURSOS
DE FARMÁCIA: UM OLHAR SOBRE O CONTEXTO COMUNITÁRIO**

Belo Horizonte

2021

ALINE APARECIDA FOPPA

**EDUCAÇÃO PARA O CUIDADO EM SAÚDE NOS ESTÁGIOS DOS CURSOS
DE FARMÁCIA: UM OLHAR SOBRE O CONTEXTO COMUNITÁRIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Chemello

Coorientadora: Profa. Dra. Alessandra Rezende Mesquita

Coorientadora: Profa. Dra. Simone de Araújo Medina Mendonça

Belo Horizonte

2021

F691e

Foppa, Aline Aparecida.

Educação para o cuidado em saúde nos estágios dos cursos de farmácia: um olhar sobre o contexto comunitário / Aline Aparecida Foppa. – 2021. 376 f. : il.

Orientadora: Clarice Chemello.

Coorientadora: Alessandra Rezende Mesquita.

Coorientadora: Simone de Araújo Medina Mendonça.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Ensino superior – Teses. 2. Educação baseada em competências – Teses. 3. Educação farmacêutica – Teses. 4. Atenção farmacêutica – Teses. 5. Serviços de saúde comunitária – Teses. 6. Competência profissional – Teses. 7. Currículo – Brasil – Teses. I. Chemello, Clarice. II. Mesquita, Alessandra Rezende. III. Mendonça, Simone de Araújo Medina. IV. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. V. Título.

CDD: 362.1042



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
FOLHA DE APROVAÇÃO

EDUCAÇÃO PARA O CUIDADO EM SAÚDE NOS ESTÁGIOS DOS CURSOS DE FARMÁCIA: UM OLHAR SOBRE O CONTEXTO COMUNITÁRIO.

ALINE APARECIDA FOPPA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, como requisito para obtenção do grau de Doutora em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA.

Aprovada em 06 de agosto de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Clarice Chemello - Orientadora (FAFAR-UFMG)
Profa. Simone de Araújo Medina Mendonça - Coorientadora (FAFAR-UFMG)
Profa. Alessandra Rezende Mesquita (UFS)
Profa. Djenane Ramalho de Oliveira (FAFAR-UFMG)
Profa. Denise Bueno (UFRGS)
Profa. Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha (Farmácia da Freguesia/Portugal)
Profa. Fabiane Ribeiro Ferreira (EEFFTO-UFMG).



Documento assinado eletronicamente por Denise Bueno, Usuário Externo, em 20/07/2021, às 16:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Clarice Chemello, Professora do Magistério Superior, em 06/08/2021, às 15:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Simone de Araújo Medina Mendonça, Membro, em 06/08/2021, às 16:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Djenane Ramalho de Oliveira, Professora do Magistério Superior, em 06/08/2021, às 16:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Inês Isabel Lopes Nunes da Cunha, Usuário Externo, em 07/08/2021, às 08:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Fabiane Ribeiro Ferreira, Membro de comissão, em 09/08/2021, às 00:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Alessandra Rezende Mesquita, Professora do Magistério Superior, em 09/08/2021, às 17:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_organizacao_externa=0, informando o código verificador 0847300 e o código CRC 2B3E4E0C.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte inesgotável de sabedoria e amor, que guiou minhas escolhas, fortaleceu meus ideais e me concedeu encontros maravilhosos ao longo dessa caminhada.

Às minhas orientadoras, Clarice, Simone e Alessandra, que oportunizaram a realização desse trabalho e me permitiram ter liberdade para escolher o caminho que trilharia ao longo desse percurso. Seus ensinamentos, incentivos e direcionamentos foram essenciais para eu chegar até aqui. Muito obrigada por tanta gentileza e carinho com que me conduziram. Aprender com amor torna a caminhada muito mais estimulante e prazerosa.

Aos meus pais, Cleurice e Antônio, meus maiores exemplos de humildade, determinação, força e generosidade, que sempre apoiaram minhas escolhas e me incentivam a correr atrás dos meus sonhos. Nada seria sem vocês ao lado. Amor e gratidão por tudo que fizeram, e ainda fazem, por mim.

Ao meu noivo, por ter apoiado meu desejo de viver essa fase tão importante da minha carreira profissional, mesmo que isso significasse estarmos longe fisicamente. A minha pequeninha Lully, por ter estado comigo durante todos os dias da escrita dessa tese - de Florianópolis à Belo Horizonte. Se a caminhada até aqui não foi tão pesada, muito disso, devo a você, que trouxe doçura, alegria e amor aos meus dias.

Ao meu afilhado, Thiago, por ser minha inspiração para buscar ser melhor a cada dia. Você transformou muitos dos meus conceitos. Hoje sei que nada é impossível.

À minha irmã, Talize, minha ouvinte de todas as horas, pelo exemplo, incentivo e auxílio na superação dos percalços encontrados neste período.

Aos meus amigos, que direcionaram energias positivas e vibraram comigo a cada vitória. Em especial à Lenyta, por ter me incentivado e ajudado na busca por um programa de pós-graduação que possuísse professores que pesquisassem o ensino farmacêutico; à Iza, Dani e Edu, que foram a minha família em BH; à Maria e Brígida, que vivenciaram o processo de doutoramento junto comigo; e à Fabíola por ter dedicado tempo e esforço em me auxiliar na compreensão da história do curso de Farmácia da UFSC.

À UFSC, em especial a professora Rosana, por compreender e me liberar para que eu pudesse realizar o doutorado em outra instituição.

Aos estudantes, supervisores e professores, por me acolheram e abrirem as janelas das suas experiências para que eu pudesse adentrar e compreender o processo de ensino em serviço.

E por fim, à UFMG, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, por ter oportunizado experiências tão valiosas para a minha formação como pesquisadora, educadora e farmacêutica.

Obrigada!

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho
caminhando, refazendo e retocando o sonho pela qual se pôs a caminhar”
(Paulo Freire)*

RESUMO

Nas últimas três décadas, o ensino de Farmácia tem caminhado para formação de profissionais com competências para atuar no atendimento direto aos pacientes. Nesse contexto, o ensino baseado em competência tem sido foco de discussões em todo o mundo, especialmente, o componente experiencial tem obtido grande valorização no itinerário formativo, com recomendações da sua expansão e inserção dos estudantes de maneira mais ativa nos cenários de prática em serviço desde o início da graduação. O Brasil, após a publicação das DCN/2002, atualizadas em 2017, tem avançado na discussão de currículos de Farmácia mais voltados para o cuidado em saúde e com um reconhecimento dos estágios como estratégicos no processo educacional. O objetivo deste estudo foi compreender o processo de ensino-aprendizagem em cenários de prática do cuidado em saúde, no âmbito comunitário, dos cursos de Farmácia no Brasil. O estudo foi estruturado em três etapas: 1) estudo exploratório observacional descritivo transversal para traçar um panorama dos cursos de Farmácia no Brasil e a inserção dos estágios, para o qual realizou-se uma análise documental dos Projetos Políticos dos Cursos, matrizes curriculares e ementas. 2) estudo exploratório observacional descritivo transversal para descrever os estágios em farmácias comunitárias dos cursos na modalidade presencial, para os quais foi enviado um questionário autoaplicável aos coordenadores para coleta de dados dos aspectos organizacionais e pedagógicos dos estágios. 3) E, por fim, foi realizado um estudo de perspectiva etnográfica na educação para compreender os fatores e eventos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem do cuidado em saúde no âmbito comunitário, em dois locais de estágio do curso de Farmácia da UFSC: a farmácia universitária e um centro de saúde municipal. Dos 1004 cursos de Farmácia existentes no Brasil, 573 (57,1%) foram considerados elegíveis para a primeira etapa. Foi constatada uma mediana de seis estágios, iniciando no 6º período e com carga horária mediana de 826 horas. Os estágios eram realizados em farmácia comunitária e ambulatorial (92,4%; N=291), análises clínicas (86,4%; N=273) e tecnologia farmacêutica (83,5%; N=222), com maior carga horária em análises clínicas (200 horas). Na segunda etapa, 288 cursos foram considerados elegíveis e 98 responderam ao questionário. Os estágios em farmácia comunitária dos cursos avaliados possuíam uma carga horária mediana de 263,5 horas. Deste total, 76,5% era realizada em farmácias comunitárias privadas, seguido por 53,1% com gestão pública e 46,9%

universitárias, sendo estas últimas as que ofertavam a maior proporção de serviços de cuidado farmacêutico. Apenas 39% dos cursos possuíam tanto disciplinas das “ciências sociais/comportamentais/administrativas de farmácia”, quanto das “ciências clínicas” como pré-requisito para o estágio em farmácias comunitárias. A avaliação era realizada por “relatório feito pelo estudante” (80,6%), “feedback feito pelo supervisor” (64,3%) e “autoavaliação” (34,7%). A terceira etapa revelou algumas questões quanto ao processo de ensino-aprendizagem: liberdade do estudante sobre o seu processo educacional, sem uma clareza dos objetivos educacionais do estágio; ausência de estruturação de um processo de ensino experiencial; dificuldade do estímulo à reflexão e do *feedback* da educadora para a educanda devido à sobrecarga do serviço; autonomia em serviço de saúde sem o desenvolvimento de competências prévias para o cuidado; carência de um processo de avaliação capaz de mensurar o desenvolvimento do educando e/ou motivá-lo para um movimento de reflexão e tomada de consciência sobre suas necessidades de aprendizado. Em suma, esta tese aponta importantes fragilidades do ensino em serviço dos cursos de Farmácia do Brasil, as quais devem ser ponderadas no processo de reforma curricular. A criação de programas de ensino experiencial deve ser considerada de modo a qualificar o ensino de Farmácia e entregar à sociedade farmacêuticos qualificados para prática profissional.

Palavras-chave: educação superior. educação baseada em competências. ensino experiencial. educação farmacêutica. cuidado farmacêutico. farmácia comunitária. currículo. Brasil.

ABSTRACT

Over the last three decades, pharmacy education has moved towards training professionals with competencies for direct patient care. In this context, competency-based education has been the focus of discussions worldwide. The experiential education component, especially, has gained greater value in the training itinerary of pharmacy undergraduate programs, with recommendations for its expansion and for greater student insertion in in-service practice scenarios since the beginning of the program. After the publication of the National Curriculum Guidelines – DCN/2002, updated in 2017, Brazil has advanced in the discussion of pharmacy curricula more focused on health care and recognizing internships as strategic in the educational process. In this regard, this doctoral study aimed to understand the teaching-learning process in healthcare practice settings, within a community scope, in pharmacy programs in Brazil. The study was structured in three stages: 1) an exploratory, descriptive, observational, cross-sectional study outlined an overview of pharmacy programs and their internship periods in Brazil, resorting to documentary analysis of the Political Pedagogical Projects of the programs and their curricula and course descriptions; 2) an exploratory, descriptive, observational, cross-sectional study described the internships offered in community pharmacies in on-campus programs, resorting to a self-applicable questionnaire emailed to coordinators for data collection on the organizational and pedagogical aspects of the internships; 3) finally, from an ethnographic perspective on education, a study investigated the factors and events involved in the teaching-learning process in health care at the community level, in two internship sites of the pharmacy undergraduate program of the Federal University of Santa Catarina, Brazil (UFSC): a university pharmacy and a municipal health center. Of the 1004 pharmacy programs existing in Brazil, 573 (57.1%) were considered eligible for the first stage of the study, which yielded a median of six internships, from the 6th semester on, with a median workload of 826 hours. The internships were taken in community and outpatient pharmacies (92.4%; N=291), clinical analysis (86.4%; N=273) and pharmaceutical technology (83.5%; N=222), with a higher workload in clinical analysis (200 hours). In the second stage of the study, 288 programs were considered eligible and 98 of them completed the questionnaire. In the programs evaluated, internships taken in community pharmacies had a median workload of 263.5 hours. Of this total, 76.5% comprised internships done in private community

pharmacies, followed by 53.1% in pharmacies linked to the Brazilian Unified Health System – SUS, and 46.9% in university pharmacies, the latter offering the highest proportion of pharmaceutical care services. Only 39% of the programs had both “social/behavioral/administrative pharmacy sciences” and “clinical sciences” courses as a prerequisite for an internship in community pharmacies. The evaluation drew on “reports written by interns” (80.6%), “feedback written by internship supervisors” (64.3%) and “self-assessment” (34.7%). The third stage of the study revealed some issues regarding the teaching-learning process: students' freedom in their educational process, without a clear understanding of the internship's learning outcomes; lack of a structured experiential education process; difficulty in stimulating reflection and teacher-to-student feedback due to work overload; autonomy in the healthcare service without developing previous care competencies; lack of an assessment process capable of measuring the student's development and/or motivating him/her to reflect and become aware of their learning needs. To sum up, this doctoral study points out important weaknesses in in-service pharmacy education in Brazil, which should be considered in the curriculum reform process. The creation of experiential education programs should be considered in order to qualify pharmacy education and deliver to society pharmacists well qualified for professional practice.

Keywords: Higher Education. Competency-based Education. Experiential Education. Pharmaceutical Education. Pharmaceutical Care. Community Pharmacy. Curriculum. Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS

AACP	<i>American Association of Colleges of Pharmacy</i>
ACPE	<i>Accreditation Council for Pharmacy Education</i>
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APPE	<i>Advanced Pharmacy Practice Experiences</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
BPharm.	<i>Bachelor of Pharmacy</i>
BScPharm.	<i>Bachelor of Science in Pharmacy</i>
CA	Conceituação Abstrata
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CCAPP	<i>Canadian University Degree Programs in Pharmacy</i>
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CNE	Conselho Nacional de Educação
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CS	Centro de Saúde
CS-Saco Grande	Centro de Saúde do bairro Saco Grande
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EA	Experiência Ativa
EC	Experiência Concreta
EPAS	<i>Entrustable Professional Activities</i>
FAPEU	Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária
FE UFSC/PMF	Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina/Prefeitura Municipal de Florianópolis
FIP	<i>International Pharmaceutical Federation</i>
HU-UFSC	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
IES	Instituição de Ensino Superior
IPE	<i>Interprofessional education</i>
IPPE	<i>Introductory Pharmacy Practice Experiences</i>
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MPharm.	<i>Master of Pharmacy</i>
MS	Ministério da Saúde

NAPRA	<i>National Association of Pharmacy Regulatory Authorities</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR	Observação reflexiva
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i>
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PharmD	Doctor of Pharmacy
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PPC	Projeto Político do Curso
PRM	Problema Relacionado ao uso de Medicamentos
SMS-PMF	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Saúde
SIFE	Sistema de Informação da Farmácia Escola
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE	Teoria da Aprendizagem Experiencial
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VD	Visita domiciliar

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação da distribuição dos cursos de Farmácia no Brasil por categoria administrativa nas diferentes regiões do país (n=572).	1178
Tabela 2 - Estágios nos cursos de Farmácia, modalidade presencial, do Brasil.....	1189
Tabela 3 - Estágios previstos na grade curricular dos cursos de Farmácia no Brasil, nas diversas áreas de atuação (n=326).	120
Tabela 4 - Estágios de acordo com a carga horária nas diversas áreas de atuação profissional.	120
Tabela 5 - Características dos cursos de Farmácia participantes do estudo (n=98).	139
Tabela 6 - Características dos estágios obrigatórios em farmácias comunitárias (n=98).	140
Tabela 7 - Comparação entre os serviços e procedimentos farmacêuticos realizados nos locais de estágio em farmácias comunitárias.....	142
Tabela 8 - Comparação entre farmácias para cada processo de ensino-aprendizagem.	144
Tabela 9 - Instrumentos utilizados para avaliação dos estudantes nos estágios em farmácias comunitárias (n=96).	145

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de PRM, conforme descrito por Cipolle, Strand e Morley (2012).	30
Quadro 2- Proposta de domínios e áreas de atuação profissional do farmacêutico comum aos países da Região das Américas.	52
Quadro 3- Classificação dos estágios de acordo com a natureza ou local de atuação farmacêutica.....	94
Quadro 4 - Variáveis do estudo – aspectos organizacionais e pedagógicos.....	96
Quadro 5 -Variáveis do estudo – aspectos organizacionais e pedagógicos.....	137

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de cuidado farmacêutico segundo Cipolle, Strand e Morley (2012).	29
Figura 2 - Serviços farmacêuticos oferecidos diretamente ao paciente.....	33
Figura 3 - Esquemática do Arco de Maguerez adaptado de Bordenave (1998).	83
Figura 4 - Ciclo da Aprendizagem Experiencial segundo Kolb.....	90
Figura 5 - Fluxograma da seleção das Instituições de Ensino Superior.	117
Figura 6 - Fluxograma de seleção dos participantes do estudo.	139
Figura 7 -Histórico do curso de Farmácia na UFSC e intertextualidades: momentos históricos do cenário nacional.	157
Figura 8 - Disciplinas obrigatórias necessárias para a formação do profissional farmacêutico generalista por semestre.....	160
Figura 9 - Mapa de disciplinas do curso de Farmácia da UFSC e sua relevância para formação acadêmica para o cuidado em saúde – perspectiva das estudantes.	161
Figura 10 - Histórico da farmácia universitária da UFSC – da farmácia modelo à Farmácia Escola (FE UFSC-PMF).	163
Figura 11 - Sala de recepção da FE UFSC/PMF.	166
Figura 12 - Sala de atendimentos (esquerda) e de estudos (direita) da FE UFSC/PMF.	167
Figura 13 - Representação do processo de ensino-aprendizagem e avaliação do “Estágio em Farmácia” na FE UFSC/PMF.	170
Figura 14 - CS-Saco Grande (vista externa frontal).	181
Figura 15 – Espaço da farmácia do CS-Saco Grande destinado a dispensação.	186
Figura 16 – Local da farmácia do CS-Saco Grande destinado ao armazenamento de medicamentos.	186
Figura 17 - Sala de apoio administrativo.....	187
Figura 18 - Representação das oportunidades de aprendizagem do “Estágio Final” realizado no CS-Saco Grande.....	192

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estágio por área de atuação profissional de acordo com o período previsto na grade curricular dos cursos de Farmácia do Brasil.	122
--	-----

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA	17
1.1 MOTIVAÇÕES PARA O TRABALHO	17
1.2 INTRODUÇÃO	20
1.3 PERGUNTAS DE PESQUISA	22
1.4 ESTRUTURA DA TESE	23
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
3.1 HISTÓRIA DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA - DA MANIPULAÇÃO AO CUIDADO FARMACÊUTICO	26
3.2 PANORAMA DO ENSINO FARMACÊUTICO	33
3.3 ENSINO BASEADO POR COMPETÊNCIAS	61
3.4 PEDAGOGIA CRÍTICA DE PAULO FREIRE	77
3.5 TEORIA DA APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL	86
4 PERCURSO METODOLÓGICO	93
4.1 ETAPA I – ESTUDO QUANTITATIVO: Ensino experiencial nos currículos de Farmácia do Brasil	93
4.2 ETAPA II – ESTUDO QUANTITATIVO: Estágios em farmácia comunitária nos cursos de graduação em Farmácia no Brasil	95
4.3 ETAPA III – ESTUDO QUALITATIVO: Perspectiva etnográfica na educação farmacêutica	97
4.3.1 Etnografia – um breve histórico	98
4.3.2 Etnografia na educação como lógica de investigação	99
4.3.3 Métodos	101
4.3.4 Aspectos éticos	110
5 RESULTADOS	111
5.1 ETAPA I – ARTIGO “EXPERIENTIAL EDUCATION IN THE PHARMACY UNDERGRADUATE CURRICULA IN BRAZIL”	111
5.2 ETAPA II – ARTIGO “ESTÁGIOS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA NO BRASIL”	133
5.3 ETAPA III – ESTUDO DE PERSPECTIVA ETNOGRÁFICA NA EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA	155
5.3.1 O Curso de Farmácia da UFSC – contexto histórico e cultural	156
5.3.2 A FE UFSC/PMF – da familiaridade ao estranhamento - uma cultura a ser desvendada	162
5.3.3 Saco Grande – adentando em uma unidade escola	180

5.3.4	Descrição dos participantes	199
5.3.5	As narrativas	200
5.3.5.1	<i>Meu primeiro olhar: vivências na FE UFSC/PMF</i>	200
5.3.5.2	<i>Meu segundo passo: as vivências no CS-Saco grande</i>	240
5.3.6	Discussão	266
5.3.6.1	<i>Estrutura curricular e a cultura para o cuidado no processo educacional</i>	267
5.3.6.2	<i>Autonomia versus ausência de estruturação no processo de ensino-aprendizagem em serviço</i>	271
5.3.6.3	<i>A supervisão em serviços de saúde e a aprendizagem assistida por pares</i>	273
5.3.6.4	<i>O professor no processo de ensino-aprendizagem em locais de prática</i>	278
5.3.6.5	<i>Serviço de cuidado ao paciente vivenciado e praticado nos locais de estágio</i>	279
5.3.6.6	<i>Autonomia e ausência de feedback</i>	283
5.3.6.7	<i>Avaliação somativa – reflexos do modelo de ensino tradicional</i>	286
5.3.6.8	<i>Formação da identidade profissional</i>	289
5.3.7	Considerações finais do estudo de perspectiva etnográfica	292
5.3.7.1	<i>Conclusão</i>	293
5.3.7.2	<i>Reflexões sobre a minha experiência com a pesquisa de perspectiva etnográfica na educação</i>	295
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	297
6.1	CONCLUSÕES FINAIS	297
6.2	IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO	299
6.3	RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS	300
	REFERÊNCIAS	301
	APÊNDICE A - Termos de consentimento livre e esclarecido	322
	APÊNDICE B – Questionário utilizado para mapear os estágios em farmácia comunitária dos cursos de graduação em Farmácia	326
	APÊNDICE C – Tópico Guia - Entrevista semiestruturada com estagiárias	340
	APÊNDICE D – Tópico Guia - Entrevista semiestruturada com supervisoras	342
	APÊNDICE E – Tópico Guia - Entrevista semiestruturada com as professoras	344
	APÊNDICE F – Questionário - Compreendendo a experiência prévia dos estudantes com a área de cuidado farmacêutico/farmácia clínica	346
	ANEXO A- Matriz de competências do Conselho Federal de Farmácia (2017)	350
	ANEXO B - Aprovações do comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Minas Gerais	354
	ANEXO C - Anuências institucionais para as coletas de dados da Instituição Educacional e de Saúde envolvidas na pesquisa	365
	ANEXO D – Ementas das disciplinas mencionadas pelos estudantes que contribuíram para a sua formação para a área do cuidado em saúde	368

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

1.1 MOTIVAÇÕES PARA O TRABALHO

Antes de iniciar a escrita do meu trabalho sinto a necessidade de descrever de onde parti para iniciar a minha pesquisa. Sou farmacêutica, me formei em Farmácia em 2007, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Durante a graduação, fiz estágio voluntário no Centro de Saúde (CS) do bairro Agrônômica, onde tive o meu primeiro contato e pude vivenciar o Sistema Único de Saúde (SUS) e a inserção do farmacêutico como membro de uma equipe de saúde da família, na época chamada de Programa de Saúde da Família.

A cientista, desejo de quando entrei no curso de Farmácia, se transformou em uma farmacêutica que ansiava por cuidar de pacientes. Desde então, o Cuidado Farmacêutico e a filosofia da Atenção Farmacêutica passaram a fazer parte do meu dia-a-dia. Não consigo mais ver o profissional farmacêutico inserido no SUS desvinculado do cuidado. Em 2007, entrei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em Florianópolis, a qual modificou o meu modo de ver o mundo e de me ver no mundo, tanto como profissional, quanto como ser humano. Digo sempre: “a residência foi a minha grande escola!”.

Nos 20 meses de residência, estive ao lado de uma equipe de profissionais maravilhosa. Eita saudade desse tempo! Quanto aprendizado, quando medo, quanto vontade de fazer a diferença na vida do outro. Foi o período mais intenso da minha vida. Deparei-me com situações que não imaginava que existisse e que, logicamente, o curso de graduação em Farmácia não me preparou para enfrentá-las. A residência me permitiu compreender as singularidades e subjetividades dos indivíduos, das famílias, das comunidades; a vulnerabilidade social e o que isso significa no processo de adoecimento de um indivíduo; a como trabalhar em equipe. Tudo isso me ajudou a formar a minha identidade profissional, a ser quem eu sou hoje.

Em 2008, um pouco antes do término da residência, iniciei minhas atividades na UFSC, como supervisora de estágio na farmácia universitária. Em 2010, conheci a então pós-doutoranda Clarice Chemello, que havia retornado do doutorado na Espanha. Que feliz encontro! Quanto aprendizado e troca! Em 2011 ingressei no mestrado, sob orientação da professora Mareni Rocha Farias e coorientação da professora Clarice Chemello, realizando acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes com Doença de Parkinson. Durante esse período, me aproximei e, porque não dizer, me apaixonei perdidamente pela beleza que é o cuidado farmacêutico, o estar junto, respeitar as raízes, as dores, o modo de ver o mundo e as experiências que o paciente traz junto consigo. A cada paciente que atendia, sentia a

necessidade de me aperfeiçoar clinicamente, para dar respostas às demandas que, novamente, a graduação em Farmácia não havia me dado subsídios para responder.

Durante, e mais intensamente após o término do meu mestrado, me permiti voltar o olhar, mais intensamente para o meu ambiente de trabalho e me deparei com um enorme despreparo e afastamento dos estudantes de Farmácia com a área da saúde. Atribuí esse cenário a dificuldades das universidades em transpor o paradigma vinculado às áreas tecnológicas e ao processo de ensino-aprendizagem bastante marcado pelo uso de metodologias tradicionais. Acreditava que o ensino em ambientes de prática de cuidado possuía um potencial para o desenvolvimento de competências para o cuidado em saúde, pois despertam sentimentos e sensações imprescindíveis para que ocorra uma aprendizagem significativa e transformadora. No entanto, percebia ainda uma baixa valorização dos estágios como local de ensino.

Impulsionada pelo desejo de compreender os processos de ensino-aprendizagem em ambientes de prática de cuidado, decidi traçar voos longos e deixar a que, até então, foi sempre a minha casa. Em janeiro de 2017, encorajada por uma grande amiga, busquei aproximar contatos com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) por identificar nela uma referência na área de Cuidado Farmacêutico e no desenvolvimento de projetos na área da educação farmacêutica. Foi doloroso afastar-me da minha família, amigos, casa e tudo o que eu tinha construído até ali, mas foi extremamente gratificante conhecer e aprender com exímios profissionais e seres humanos a arte de educar com amor e ternura, respeitando o “estrangeiro” (era assim que me sentia) e despertando o seu potencial.

Em agosto de 2017, iniciei o doutorado sob orientação da professora Clarice Chemello e coorientação da professora Alessandra Rezende Mesquita. Clarice, sempre acolhedora, me deu asas e fortaleceu minhas escolhas. Com Alessandra iniciei minhas primeiras descobertas no mundo da educação, com leituras das teorias da aprendizagem, estilos de aprendizagem e metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Reflexões de que é possível mudar o modelo de ensino-aprendizagem que eu vivenciei durante toda a minha formação, começaram a transbordar do meu pensamento, me estimulando a querer aprender mais e mais para fazer diferente.

Durante meus dilemas pela escolha do meu percurso metodológico, que foram muitos, balizado pelas necessidades impostas pelo programa de pós graduação, a professora Djenane Ramalho de Oliveira, durante uma aula de metodologia qualitativa, me fez refletir e tomar consciência sobre o caminho a seguir: “quem você quer tocar com a sua tese?”. Percebi que não eram apenas números e extrapolações que gostaria de apresentar para a academia e

sociedade como fruto do meu percurso de quatro anos. Busquei, desde então, um reconhecimento e, posteriormente, uma familiarização com o “mundo” da metodologia qualitativa. Sim, refiro-me ao mundo, porque é um universo completamente díspar do que é ensinado como único saber científico possível nas escolas de Farmácia. Agradeço profundamente o modo inspirador que a Djenane me apresentou a esse novo modo de olhar para o conhecimento e a sua construção, logo para o que é ser pesquisador.

Com a metodologia definida, etnografia, sentia a necessidade de me aproximar da escola de educação da UFMG, para compreender como se trabalha essa metodologia tendo como cultura o ambiente educacional. O medo de tropeçar nos pressupostos teóricos e metodológicos da pesquisa qualitativa me assombravam. As páginas da UFMG me remeteram a professora Maria Lúcia Castanheira, a qual com enorme doçura e abertura, dividiu comigo toda a sua expertise na área, clarificou muitas das minhas indagações e contribuiu para esculpir o meu referencial metodológico.

E como a vida é ainda mais surpreendente do que a gente pode imaginar, o doutorado me permitiu mais um lindo e especial encontro. A professora Simone de Araújo Medina Mendonça, após a qualificação, tornou-se minha coorientadora. O dom da gentileza, do ensinar com amor e com alegria, transcendem ela e me inspiraram e me fizeram acreditar que estava no caminho certo. Simone me trouxe segurança para trilhar a etapa que envolvia a metodologia qualitativa, estando comigo durante toda a análise, que é, em especial para um pesquisador qualitativo, um processo bastante solitário, denso e extremamente exaustivo.

Assim, finalizo a apresentação do meu percurso até aqui. Minha trajetória baliza os meus pressupostos e estará refletida ao longo do meu trabalho: defendo o SUS e entendo que a formação dos recursos humanos da área da saúde deve, impreterivelmente, ocorrer em interface com este sistema. Entendo que o farmacêutico é um profissional da saúde fundamental dentro da equipe de saúde, por contribuir na melhora dos desfechos em saúde e na redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Acredito que os ambientes de prática de cuidado são um local de ensino-aprendizagem privilegiado para a (trans)formação do farmacêutico e, por isso, precisam ser ressignificados. E por fim, tenho convicção de que a pesquisa qualitativa permite amplificar questões educacionais que foram por tanto tempo ignoradas pelos responsáveis por formular políticas educacionais e estruturar currículos.

1.2 INTRODUÇÃO

A profissão de Farmácia e, como consequência, o seu ensino, passou por importantes transições e transformações com relação ao seu foco de atuação em razão do momento sócio-político-econômico no qual se encontrava inserido. Até o início do século XX, o boticário desenvolvia o seu trabalho numa lógica de manipular o produto, porém em uma relação direta com o paciente, até o início do século XX. Na década de 1940, com o advento da industrialização, houve um incremento tecnológico na produção de medicamentos, que passou a ser fabricada em larga escala. Com isso, a atuação do farmacêutico passou a ficar atrelada apenas à disponibilização de medicamentos, culminando na sua descaracterização como profissional de saúde (HADDAD *et al.*, 2006; SATURNINO *et al.*, 2012).

A insatisfação profissional devido ao desprestígio e a ausência de legitimidade da profissão associados ao aumento considerável no uso de medicamentos, impulsionados pela industrialização, contribuíram para que os farmacêuticos buscassem uma nova identidade profissional (ANGONESI; SEVALHO, 2010; PEREIRA, 2016; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011). Nesse cenário, surge a atenção farmacêutica como uma contracultura, uma vez que traz a necessidade de mudança do foco de atuação do farmacêutico, historicamente centrada no produto, “o medicamento”, para uma prática centrada no paciente (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2006).

Hepler e Strand (1990) conceituam atenção farmacêutica como “*provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente*”. Assim, o farmacêutico assume a responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia do paciente com o propósito reduzir a crescente da morbidade e mortalidade relacionada ao uso de medicamentos e elevação nos custos na área da saúde provocada pelo envelhecimento populacional e desenvolvimento da sociedade moderna (HEPLER; STRAND, 1990).

Essas mudanças exigem que a educação farmacêutica se adeque a essa nova realidade e organizem programas que desenvolvam competências necessárias para atuar de acordo com os princípios do cuidado (ANDERSON *et al.*, 2011; HASSALI; AHMADI, 2013). Assim, o farmacêutico deveria ter competências de promoção da saúde, prática centrada no paciente, comunicação, tomada de decisão, trabalho em equipe, aprendizagem ao longo da vida, entre outras (BRASIL, 2017; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2012b).

Nesse sentido, com a finalidade de apoiar melhorias na educação farmacêutica, a *International Pharmaceutical Federation* (FIP) publicou o documento “*Global Competency*

Framework”, o qual contém as competências essenciais para a formação do farmacêutico, organizadas em quatro domínios: competências farmacêuticas de saúde pública; competências em cuidado farmacêutico; competências de organização e gestão; competências profissionais / pessoais (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2012b).

A partir de então, diversas instituições têm discutido o ensino superior em Farmácia e implementado reformas curriculares com ênfase na definição de competências e na formação de profissionais qualificados para cumprir a sua responsabilidade social voltado à garantia de resultados positivos em saúde com o uso de medicamentos. Em alguns países esse processo tem sido mais rápido, como Canadá, Estados Unidos, Austrália e a Nova Zelândia (AUSTIN; ENSOM, 2008; MARRIOTT *et al.*, 2008), e outros mais recentes, como Chile e Brasil (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2016).

No Brasil, as discussões acerca da reestruturação do ensino em Farmácia iniciaram-se juntamente com os debates sobre a necessidade de ressignificação da formação dos recursos humanos na área da saúde para o fortalecimento do SUS. A VIII Conferência Nacional de Saúde teve um papel essencial nesse processo, trazendo críticas ao profissional formado no modelo biomédico e por meio da pedagogia tradicional, que influenciaram a instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), as quais foram primordiais para a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (PEREIRA; LAGES, 2013).

Assim, consoante as DCN da área da saúde, a Farmácia publicou as suas DCN em 2002, atualizadas em 2017, as quais recomendam uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, voltada para o processo saúde-doença e para o fortalecimento e consolidação do SUS (BRASIL, 2002, 2017). As DCN/2017, de certa forma, valorizam a formação do farmacêutico para a área do cuidado ao firmar este componente como de maior carga horária nos currículos e destacam o papel primordial dos estágios no processo de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2017).

As DCN/2017, seguindo a tendência mundial, elencam a pedagogia das competências como base para a organização pedagógica do curso de Farmácia (BRASIL, 2017). Essa nova concepção suscita profundas mudanças no processo educacional, que requerem integração curricular, alterações na rotina pedagógica, com centralidade no estudante, desenvolvimento de competências, ao invés de memorização de conteúdo, e ênfase no ensino em serviço, com maior aproximação entre o processo ensino-aprendizagem e as demandas do mundo do trabalho (FRANK *et al.*, 2010; IOBST *et al.*, 2010; KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; PERRENOUD, 1999). Ademais, as DCN/2017 também sugerem que o ensino dos

profissionais das áreas da saúde se aproxime do ideário da pedagogia crítica, uma vez que vislumbra a construção de sujeitos autônomos e livres, com formação generalista, crítica, reflexiva e criativa (PRADO; REIBNITZ, 2016).

Ambas as perspectivas pedagógicas defendem a importância do ensino vinculado à prática e reforçam o papel da ação e da experiência em situações concretas, reais e significativas no processo de ensino-aprendizagem. A Teoria de Aprendizagem Experiencial afirma que a experiência tem um papel central no aprendizado, sendo essencial para a construção do conhecimento, uma vez que o aprendizado não se dá somente por processos cognitivos, mas também pelo afeto, pela percepção e pela ação (KOLB, 2015; PIMENTEL, 2007).

O impacto positivo de expor os estudantes a ambientes reais é apresentado em diversos estudos (AGNESS; HUYNH; BRANDT, 2011; GALAL *et al.*, 2012; MCGIVNEY *et al.*, 2011; KASSAM; KWONG; COLLINS, 2013). No Brasil, apesar das DCN contribuírem para a valorização do componente experiencial nos currículos dos cursos de graduação em Farmácia, com a recomendação que os estágios ocorram desde o início do curso e maneira articulada ao longo do currículo, não expandem a discussão quanto a sua estruturação e definição do arcabouço educacional para o ensino-aprendizagem no cotidiano dos serviços. Ainda, há uma lacuna na literatura sobre o ensino farmacêutico em cenários reais no Brasil (MENDONÇA, 2016).

Diante desse contexto, considerando a necessidade de ressignificar o papel do farmacêutico na sociedade; o potencial do ensino experiencial na formação de egressos e a ausência de um arcabouço educacional para o ensino em serviço de saúde, a pesquisa que desenvolvemos investigou o processo de ensino-aprendizagem do cuidado em saúde no âmbito da farmácia comunitária. Inicialmente o tema foi analisado no contexto macro, nos cursos de graduação em Farmácia no Brasil, para posteriormente compreendê-lo em profundidade em uma Instituição Federal de Ensino Superior, a Universidade Federal de Santa Catarina.

1.3 PERGUNTAS DE PESQUISA

Partimos a nossa pesquisa da seguinte pergunta “como ocorre o processo de ensino-aprendizagem em cenários de prática do cuidado em saúde no âmbito comunitário, nos cursos de graduação em Farmácia?”. Entretanto, antes de focarmos no processo de ensino-aprendizagem em ambientes comunitários de cuidado em saúde, sentimos a necessidade de conhecer como estão organizadas as práticas profissionais dentro dos currículos dos cursos de

Farmácia no Brasil, e, posteriormente, de detalharmos um pouco mais sobre os aspectos organizacionais e pedagógicos dos estágios em farmácia comunitária. Principalmente tendo em vista que esta é a principal área de atuação do farmacêutico no Brasil, e, portanto, onde há maior acesso da população a este profissional para o serviço assistencial.

Assim, as perguntas que guiaram esta pesquisa partem de “como estão organizados, por área de atuação profissional, os estágios nos cursos de Farmácia do Brasil? E, mais profundamente, “como estão organizados os estágios em farmácia comunitária?”. Para, posteriormente, entender, em profundidade, como ocorre o processo de ensino-aprendizagem em ambientes comunitários de cuidado em saúde. Quando adentramos neste último objetivo, inúmeros questionamentos direcionaram o nosso olhar para entender esta cultura: “o que significa ser estudante em um ambiente de prática de cuidado em saúde?”; “O que significa ser preceptor farmacêutico do estágio em farmácia comunitária?”, Como é organizado o dia-a-dia do estágio? Que papéis assumem os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem? Como as experiências prévias dos estudantes durante a graduação se relacionam com o que acontece no estágio? Qual a percepção dos estudantes, preceptores, docentes e pesquisador quanto às competências desenvolvidas pelos estudantes nos estágios em farmácias comunitárias e na Atenção Primária a Saúde (APS)?

1.4 ESTRUTURA DA TESE

A tese foi estruturada em:

Fundamentação Teórica: Esse capítulo consiste de uma revisão narrativa de cinco temas: história da profissão farmacêutica, panorama do ensino farmacêutico, ensino baseado em competências, pedagogia crítica de Paulo Freire e Teoria da Aprendizagem Experiencial. Inicialmente, busquei traçar um panorama da profissão e, posteriormente, do ensino farmacêutico com o objetivo de compreender o processo histórico e político que influenciou, e ainda influencia, o modo como temos construído o ensino e a profissão farmacêutica no Brasil. Em seguida, aprofundei o entendimento das duas pedagogias intrínsecas no discurso das DCN de todos os cursos da área da saúde. Para finalmente compreender os pressupostos da Teoria do Ensino Experiencial e, assim, o objeto de pesquisa.

Percurso metodológico: Neste capítulo descrevo o percurso metodológico utilizado nos três estudos que compõem essa tese: dois estudos de abordagem quantitativa e um de abordagem qualitativa, para o qual utilizo como metodologia a perspectiva etnográfica na educação.

Resultados etapa I - Neste capítulo apresento o artigo intitulado “*Experiential education in the Pharmacy undergraduate curricula in Brazil*”, publicado em 05 de março de 2020, na revista *Pharmacy Practice*. Esse artigo descreve o panorama dos cursos de Farmácia no Brasil e como estão inseridos e distribuídos os estágios das diversas áreas de atuação profissional em seus currículos.

Resultados etapa II – Neste capítulo apresento o artigo intitulado “Estágios em farmácia comunitária nos cursos de graduação em Farmácia no Brasil”, publicado em 02 de julho de 2021, na revista *Scientia Plena*. Esse artigo descreve os aspectos organizacionais e pedagógicos dos estágios em farmácias comunitárias dos cursos de Farmácia no Brasil.

Resultados etapa III – No último capítulo apresento os resultados do estudo de perspectiva etnográfica na educação. Inicialmente descrevo o curso de Farmácia da UFSC, contextualizando o seu processo histórico, e detalho os dois locais de prática que compuseram as duas culturas estudadas. Posteriormente, apresento os dados que emergiram da minha análise temática por meio de narrativas, onde utilizo cinco estudantes como âncoras para dar visibilidade ao processo de ensino-aprendizado vivenciado pelas estudantes nesses dois locais. E por fim, sintetizo os achados e discuto a luz do referencial teórico utilizado nesta tese. Finalizo a minha tese trazendo as considerações finais e o aprendizado que o estudo de perspectiva etnográfica me trouxe como pesquisadora, farmacêutica e supervisora.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de ensino-aprendizagem em cenários de prática de cuidado em saúde no âmbito comunitário dos cursos de graduação em Farmácia no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar um panorama dos cursos de Farmácia no Brasil e identificar como os estágios estão inseridos em seus currículos;
- Analisar os aspectos organizacionais e pedagógicos dos estágios desenvolvidos em farmácia comunitária nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil;
- Compreender os fatores e eventos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem do cuidado em saúde no âmbito comunitário, sob a perspectiva dos estudantes, preceptores e docentes de um curso de Farmácia de uma Instituição Federal de Ensino Superior no Brasil.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 HISTÓRIA DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA - DA MANIPULAÇÃO AO CUIDADO FARMACÊUTICO

No século XX, a profissão farmacêutica passou por importantes transformações com relação ao seu foco de atuação, os quais podem ser divididos em três grandes períodos: o tradicional, o de transição e o de cuidado ao paciente, atualmente em desenvolvimento. As duas primeiras décadas do século passado referem-se à fase tradicional da profissão farmacêutica, onde o farmacêutico, denominado boticário, desenvolvia o seu trabalho numa lógica de preparar o produto, porém em uma relação direta com o paciente. Assim, além de manipular, pesquisar e avaliar novos produtos farmacêuticos, o seu trabalho envolvia uma escuta qualificada, para compreensão das necessidades do paciente, aconselhamento e, se necessário, elaboração e dispensação de algum medicamento. Era reconhecido pela população como integrante fundamental da equipe de saúde, pois era o único responsável pela manipulação dos medicamentos (HEPLER; STRAND, 1990; WITZEL, 2007).

A partir da década de 1930, com o advento da industrialização, em especial do setor farmacêutico, a fase tradicional da profissão farmacêutica (marcada pela produção artesanal dos medicamentos) começa a ser substituída pela fase de transição. Esse período permitiu a descoberta de novos fármacos, incluindo a penicilina e a produção em larga escala de medicamentos, o que alterou a atuação do farmacêutico nas boticas para uma atribuição atrelada unicamente a disponibilização de medicamentos, de forma desvinculada de uma prática profissional (ANGONESI; SEVALHO, 2010; SATURNINO *et al.*, 2012).

A industrialização contribuiu para o surgimento de uma sociedade estimulada em absorver tais mercadorias, incluindo os medicamentos, que passou a ser valorizado como bem de consumo. Esse contexto, associado ao envelhecimento populacional e, conseqüentemente, ao aumento de doenças crônicas, contribuíram para medicalização da sociedade, que culminou no aumento da morbimortalidade relacionado ao uso de medicamentos e incrementos significativos nos sistemas de saúde (ANGONESI; SEVALHO, 2010; HEPLER; STRAND, 1990).

Paralelo a isso, a farmácia transformou-se num estabelecimento exclusivamente de comércio de medicamentos (e correlatos). No Brasil, a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, reforçou o caráter comercial das farmácias, transformando a atividade farmacêutica em “comércio farmacêutico”. A desvalorização da farmácia como local de trabalho afastou o

farmacêutico desse espaço, que passou a assumir funções em atividades não privativas do seu âmbito profissional, como análises clínicas, indústria de medicamentos e alimentos (PEREIRA, 2016).

A insatisfação profissional devido ao desprestígio e a ausência de legitimidade da profissão, fez os farmacêuticos buscarem uma nova identidade profissional, que resultou no movimento denominado “farmácia clínica”, iniciado na década de 1960, nos Estados Unidos, notadamente no ambiente hospitalar (ANGONESI; SEVALHO, 2010; PEREIRA, 2016; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

A farmácia clínica permitiu o farmacêutico utilizar o seu conhecimento para o uso seguro e apropriado de medicamentos e se configurou como um grande avanço da profissão farmacêutica, uma vez que muitos dos serviços farmacêuticos clínicos desenvolvidos e implementados nesse período aproximaram o farmacêutico do paciente (HEPLER; STRAND, 1990; WITZEL, 2007). Contudo, o foco do serviço farmacêutico permanecia no medicamento e na sua dispensação, sem uma responsabilidade social clara com o cuidado ao paciente, além de ser restrita ao ambiente hospitalar. Assim, antes mesmo da consolidação da farmácia clínica no Brasil, iniciou a discussão sobre a necessidade de redefinir o papel do farmacêutico frente ao paciente (PEREIRA, 2016; WITZEL, 2007).

O conceito de atenção farmacêutica, proposto por Hepler e Strand, em 1990, nasce nesse cenário, a partir de discussões iniciadas por outros autores, como Brodie (1980) e Mikael (1975), e em um período de reorganização dos sistemas de saúde, com o seu enfoque para a APS (PEREIRA, 2016). Hepler e Strand (1990) definem atenção farmacêutica (*Pharmaceutical Care*) como “*provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente*”. Essa publicação determinava o final da fase de transição da profissão farmacêutica e início da fase de cuidado ao paciente (WITZEL, 2007).

A importância da participação ativa do farmacêutico nos sistemas de saúde e o reconhecimento da atenção farmacêutica como nova prática profissional foi discutida, em 1993, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1994) que publicou, em 1997, o documento intitulado “*The role of the Pharmacist in the Health Care System*”, o qual aborda a necessidade dos farmacêuticos estarem mais envolvidos na prestação de serviços assistenciais e resolução de problemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1997).

No Brasil, o termo “atenção farmacêutica” foi definido como:

[...] um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA *et al.*, 2002, p.17-18).

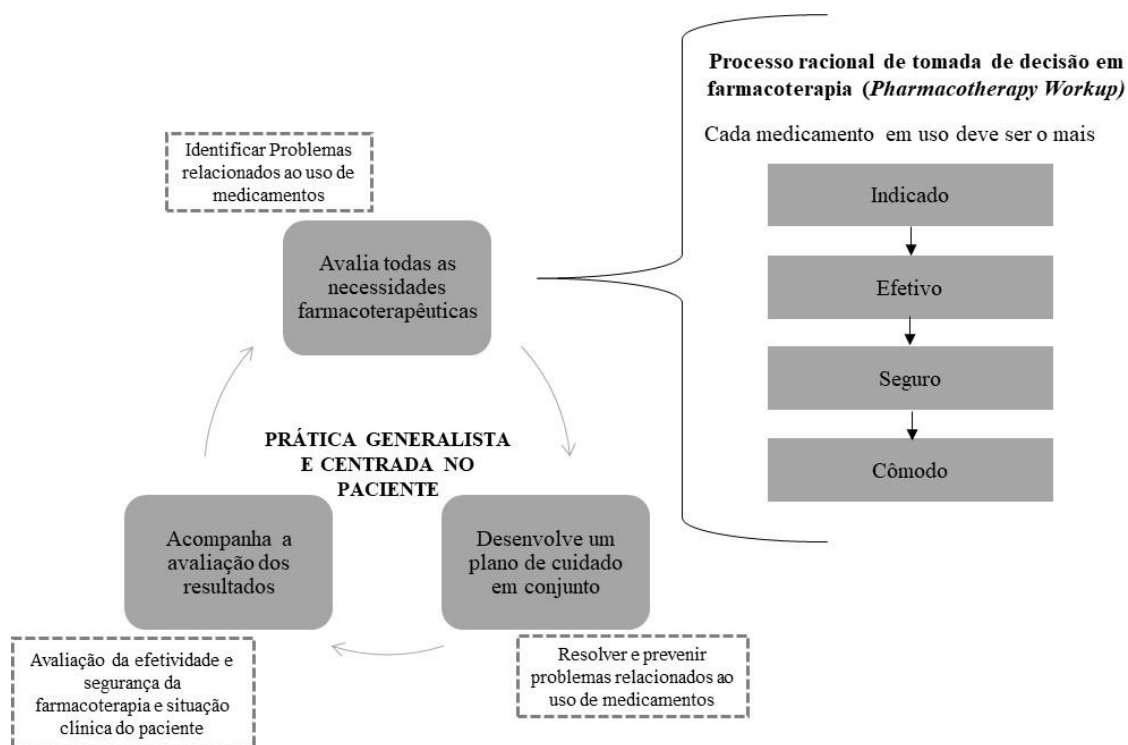
A atenção farmacêutica, como qualquer outra prática profissional da área da saúde, possui três componentes principais: filosofia profissional, processo de cuidado ao paciente e processo de gestão da prática. A filosofia da atenção farmacêutica é prescritiva, atende a uma necessidade social, à morbidade e mortalidade relacionadas ao uso de medicamento; define valores e responsabilidades, atende a todas as necessidades farmacoterapêuticas do paciente por meio da identificação, prevenção e resolução de Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM)¹; possui uma prática generalista e centrada no paciente, considera as preocupações, desejos e a experiência subjetiva do paciente com os seus medicamentos; e o cuidado se dá por meio do estabelecimento de uma relação terapêutica e de corresponsabilização com a sua farmacoterapia (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

A estrutura básica do processo de cuidado farmacêutico ao paciente não é exclusiva dos farmacêuticos. Avaliar o estado de saúde do paciente, elaborar e implementar o plano de cuidado e acompanhar os resultados é o processo geral de atendimento de todas as profissões de saúde. O processo de cuidar torna-se específico da farmácia quando é orientado por uma filosofia de prática e amparado por um sistema de gestão da prática, cujo objetivo central é garantir que todos os medicamentos utilizados pelo paciente sejam indicados, efetivos, seguros e convenientes (KOLAR; HAGER; LOSINSKI, 2017; SORENSEN *et al.*, 2020).

Cipolle, Strand e Morley (2012) propõem um processo lógico de tomada de decisões em farmacoterapia (*Pharmacotherapy Workup*), a partir da taxonomia “indicado, efetivo, seguro e cômodo, que permite ao farmacêutico a aplicação dos seus conhecimentos de forma sistematizada no cuidado aos pacientes (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; MENDONÇA, 2016; SORENSEN *et al.*, 2020). O processo de cuidado ancorado nesses pressupostos teóricos-metodológicos encontra-se esquematizado na Figura 1.

¹ O PRM é um evento indesejável experienciado pelo paciente que envolve, ou tem suspeita de envolver, o medicamento e interfere no alcance dos resultados do tratamento, requerendo um profissional para avaliar e resolvê-lo.

Figura 1 - Processo de cuidado farmacêutico segundo Cipolle, Strand e Morley (2012).



Fonte: Adaptado de MENDONÇA, 2016.

Essa avaliação explícita de cada medicamento quanto à indicação, eficácia, segurança e comodidade (adesão) é uma contribuição única do farmacêutico, e é sua responsabilidade social identificar, resolver e, principalmente, prevenir PRM (SORENSEN *et al.*, 2020). No Quadro 1 estão elencadas as categorias de PRM conforme descritos por Cipolle, Strand e Morley (2012).

Quadro 1 - Classificação de PRM, conforme descrito por Cipolle, Strand e Morley (2012).

Categorias de PRM	Subcategorias de PRM	Descrição do PRM	Causas do PRM
Indicação	1.Medicamento desnecessário	A terapia medicamentosa é desnecessária porque o paciente não possui indicação clínica no momento.	Ausência de indicação clínica ou duplicidade Uso recreacional Terapia não farmacológica mais apropriada Tratamento de reação adversa evitável
	2.Necessidade de medicamento adicional	É necessária terapia medicamentosa adicional para tratar ou prevenir uma condição clínica.	Condição não tratada Terapia sinérgica ou preventiva
Efetividade	3.Medicamento inefetivo	O medicamento não é efetivo para produzir a resposta desejada.	Medicamento não indicado para a condição Presença de contraindicação Medicamento mais efetivo disponível Condição refratária ao medicamento
	4. Dose baixa	A dosagem do medicamento é muito baixa para produzir resposta desejada.	Dose inefetiva Frequência ou duração inapropriada Administração ou armazenamento incorreto Interação medicamentosa
Segurança	5.Reação adversa	O medicamento está causando uma reação adversa.	Reação alérgica ou efeito colateral Administração incorreta Interação medicamentosa
	6. Dose alta	A dosagem é muito alta, resultando em efeitos indesejáveis.	Dose alta Frequência curta Duração muito longa Interação medicamentosa
Adesão	7. Não adesão	O paciente não está apto ou não quer tomar o medicamento como indicado.	Falta de acesso Impossibilidade de administração Não compreensão das instruções Paciente prefere não tomar Paciente esquece de tomar

Para implantar e permitir que os serviços sejam prestados em uma estrutura organizacional que garanta qualidade, além de assegurar a sua sustentabilidade e viabilidade em longo prazo, é necessária uma gestão da prática. O sistema de gestão da prática do cuidado farmacêutico deve incluir todo o apoio necessário para prestação de um serviço efetivo e eficiente como recursos físicos adequados; compreensão, aceitabilidade e competência do farmacêutico acerca das suas novas responsabilidades, processo efetivo de captação de pacientes, mecanismos de monitoramento e avaliação do serviço e sistema de documentação da prática (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; KOLAR; HAGER; LOSINSKI, 2017; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Atualmente, embora haja incentivos de organizações e entidades de classe e muitos estudos publicados sobre desfechos humanísticos, clínicos e econômicos positivos relacionados ao serviço de cuidado farmacêutico (MOORE *et al.*, 2013; PERLROTH *et al.*, 2013; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; SORENSEN; PESTKA; SORGE; *et al.*, 2016; STOCKL *et al.*, 2015), ainda existem desafios para ampliar a participação do farmacêutico nos sistemas de saúde, principalmente de países em desenvolvimento (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

No Brasil, houve alguns avanços referentes às questões atreladas a atuação do farmacêutico no cuidado ao paciente: inclusão da atenção farmacêutica, na Resolução Nº 572/13, como uma especialidade dentro da linha de atuação correspondente a Farmácia (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a) e regulamentação das atribuições clínicas do farmacêutico, pela Resolução 585/13 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013b). Outro marco importante nesse contexto foi a inclusão, em 2008, do farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2009).

Contudo, a atuação do farmacêutico no cuidado direto ao paciente ainda é um desafio para o sistema de saúde brasileiro (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016). Apesar de se observar um considerável crescimento nos últimos anos em relação à implantação de serviços clínicos, sejam em nível hospitalar, ambulatorial ou na atenção primária, eles ainda, em sua maioria, são pouco estruturados e caracterizados pela improvisação e esforço pessoais dos profissionais (ARAÚJO *et al.*, 2017; BALDONI *et al.*, 2016; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

Outro desafio que a profissão tem enfrentado globalmente é a harmonização de termos, conceitos e processos de trabalho relacionados à atuação clínica (CONSELHO FEDERAL DE

FARMÁCIA, 2016; KOLAR; HAGER; LOSINSKI, 2017). Segundo Kolar, Hager e Losinski (2017), para que os farmacêuticos, em todos os ambientes de prática, forneçam cuidados ao paciente e sejam valorizados pelo restante da equipe de saúde, devem se unir em uma prática comum com terminologia coesa (KOLAR; HAGER; LOSINSKI, 2017)

Nesse sentido, em 2014, *Joint Commission of Pharmacy Practitioners* publicou o *Pharmacists' Patient Care Proces* com a proposta de definir um processo uniforme de atendimento ao paciente. O processo de cuidado descrito nesse documento consiste em cinco etapas (coletar, avaliar, planejar, implementar e acompanhar), as quais estão alinhadas ao arcabouço teórico-metodológico proposto por Cipolle, Strand e Morley (2012) (JOINT COMMISSION OF PHARMACY PRACTITIONERS, 2014). No entanto, mesmo após essa publicação, as dificuldades de um padrão para o atendimento ao paciente e falta de uma terminologia consistente permanece até hoje.

No Brasil, o Conselho Federal de Farmácia publicou, em 2016, um documento intitulado “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade”. Esse documento explicita uma série de serviços farmacêuticos clínicos (Figura 2) que materializam o cuidado prestado pelo farmacêutico ao paciente, uma vez que requerem do farmacêutico *expertise* para identificar, prevenir e resolver PRM, por meio de uma prática centrado no paciente, que considera os determinantes sociais de doença e a saúde no seu conceito ampliado (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

Figura 2 - Serviços farmacêuticos oferecidos diretamente ao paciente.



Fonte: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016

3.2 PANORAMA DO ENSINO FARMACÊUTICO

Como visto no tópico anterior, a profissão farmacêutica tem evoluído de uma prática relacionada à produção e ao acesso a medicamentos para uma profissão com prática clínica, de assistência direta ao paciente. A partir de então, o mundo tem discutido o ensino superior em Farmácia e implementado reformas curriculares com ênfase na definição de competências e na formação de profissionais qualificados para cumprir a sua responsabilidade social voltado a garantia de resultados positivos em saúde com o uso de medicamentos.

Assim, antes de adentrar no referencial teórico utilizado nesta tese - Philippe Perrenoud, Paulo Freire e David Kolb - senti a necessidade de investigar o ensino farmacêutico no mundo, para situar e compreender o processo histórico e político que influenciou, e ainda influencia, o modo como temos construído o ensino e a profissão farmacêutica no Brasil. Assim, esta seção objetiva apresentar um panorama mundial sobre o ensino farmacêutico e, para isso, foram selecionados alguns países, de acordo com a disponibilidade de informações em artigos científicos e documentos oficiais, de modo a contemplar todos os continentes. Ao final dessa seção, descrevo o ensino farmacêutico no Brasil, onde traço o seu histórico e reflito sobre o modelo pedagógico sob o qual está fundamentado.

3.2.1 América do Norte

3.2.1.1 Estados Unidos

A formação farmacêutica nos Estados Unidos tem sido pautada, desde 1997, na necessidade do envolvimento de farmacêuticos no atendimento direto ao paciente e na valorização do componente experiencial no itinerário formativo dos estudantes. As revisões e atualizações do *Accreditation Council for Pharmacy Education* (ACPE) sugerem uma introdução mais agressiva dos estudantes à prática de Farmácia e uma expansão da educação experiencial (KENNERLY; WEBER, 2013).

A ACPE, a agência para o credenciamento e a qualidade dos programas de graduação profissional em Farmácia, adotou os primeiros padrões e diretrizes de acreditação para o programa profissional em Farmácia em 1997. Desde então, os padrões de formação em Farmácia foram aperfeiçoados e adaptados para garantir que os graduados estejam preparados para atender aos requisitos da prática centrada no paciente em colaboração com outros profissionais de saúde. A principal mudança na educação farmacêutica foi marcada pela criação do grau de *Doctor of Pharmacy* (PharmD.), como o único grau necessário para entrar na prática, desde 2000 (KNOER; ECK; LUCAS, 2016). Faculdades e escolas de Farmácia iniciaram a implementação do PharmD. no ano acadêmico de 2000/2001 e a transição foi concluída no ano acadêmico de 2004/2005 (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2011).

O PharmD. é um programa de graduação profissional de quatro anos concluído após a realização de requisitos educacionais pré-profissionais, por um período de no mínimo dois anos acadêmicos ou equivalente. A educação pré-profissional deve fornecer uma base nas

ciências básicas (química geral, química orgânica, ciências biológicas, com foco em processos e doenças humanas), educação geral (ciências humanas, comportamentais, sociais e habilidades de comunicação) e uma visão geral da Farmácia como profissão da saúde (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2011; KNOER; ECK; LUCAS, 2016).

O currículo do PharmD. atende aos padrões estabelecidos pelo ACPE, sendo sua última versão, publicada em julho de 2016, possuindo um componente didático e um experiencial, o qual incorpora experiências introdutórias de prática em Farmácia (*Introductory Pharmacy Practice Experiences* - IPPE); experiências avançadas de prática em Farmácia (*Advanced Pharmacy Practice Experiences* - APPE) e educação interprofissional (*Interprofessional education* – IPE) (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015; KNOER; ECK; LUCAS, 2016).

As IPPE expõem os alunos, de maneira estruturada e sequenciada, a modelos de práticas contemporâneas comuns dos Estados Unidos, incluindo tomada de decisões compartilhadas em atendimento ao paciente, ética profissional e comportamentos esperados e atividades diretas de atendimento ao paciente. As IPPE são integradas ao currículo didático e totalizam, minimamente, 300 horas, sendo que práticas simuladas (no máximo 60 horas) podem ser usadas, porém não substituem as 300 horas de experiência prática, que devem ocorrer nas configurações da comunidade e do sistema de saúde institucional (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015).

Nas IPE, os estudantes participam como membro da equipe de saúde, fornecendo atendimento direto ao paciente e participando da tomada de decisões terapêuticas compartilhadas com outros membros da equipe de saúde, incluindo simulações e/ou interações face a face, para prestar assistência básica e centrada no paciente em uma variedade de contextos de prática. A dinâmica da equipe interprofissional é introduzida, reforçada e praticada nos componentes didáticos e nas IPPE, e a competência é demonstrada nas APPE (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015).

As APPE acontecem no 4º ano do PharmD., após o pré-APPE, e em diferentes contextos, com uma duração de pelo menos 36 semanas (1440 horas). As APPE devem envolver principalmente o cuidado direto ao paciente; incluir atendimento primário, agudo, crônico e preventivo entre pacientes de todas as idades, diversas etnias e fatores socioeconômicos; e desenvolver competências de atendimento ao paciente em ambiente ambulatorial e hospitalar/sistema de saúde. As APPE necessárias ocorrem em quatro locais de prática: (1)

farmácia comunitária; (2) atendimento ambulatorial ao paciente; (3) farmácia hospitalar / sistema de saúde; e (4) atendimento hospitalar de pacientes em medicina geral (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015).

3.2.1.2 Canadá

O ensino farmacêutico no Canadá tem sofrido mudanças, nas últimas décadas, de modo a alinhar-se a evolução do papel do farmacêutico na prestação de cuidados de saúde requeridos pelo sistema de saúde canadense, com maior foco nos resultados dos pacientes. O aumento da exposição prática a funções farmacêuticas expandidas ou inovadoras, por meio de uma variedade maior de oportunidades de treinamento experimental de qualidade, é visto como um aprimoramento essencial do currículo (CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION, 2011).

Todos os cursos de Farmácia no Canadá são credenciados pelo *Canadian University Degree Programs in Pharmacy* (CCAPP), órgão responsável pelo desenvolvimento e avaliação de padrões educacionais. Embora cada escola de Farmácia seja livre para desenvolver seu próprio currículo, filosofia de ensino e métodos pedagógicos, todos os programas precisam demonstrar que seus graduados atendem a todos os resultados em níveis e faixas de competência específicos (AUSTIN; ENSOM, 2008).

Os resultados pretendidos são baseados no documento denominado “*Professional Competencies for Canadian pharmacists at Entry to Practice*”, da *National Association of Pharmacy Regulatory Authorities* (NAPRA), o qual orienta o desenvolvimento educacional, padrões de credenciamento de programas educacionais e exames de avaliação de competência nacional. Os padrões de prática NAPRA agrupam as competências profissionais dos farmacêuticos em nove categorias: (1) responsabilidades éticas, legais e profissionais; (2) cuidado ao paciente; (3) distribuição de produtos; (4) definição de prática; (5) promoção da saúde; (6) aplicação de conhecimento e pesquisa; (7) comunicação e educação; (8) colaboração intra e interprofissional; (9) qualidade e segurança (THE NATIONAL ASSOCIATION OF PHARMACY REGULATORY AUTHORITIES (NAPRA), 2014)

No Canadá, a educação farmacêutica tem passado por mudanças para acompanhar a evolução da profissão. Em algumas universidades canadenses, o farmacêutico se forma com o grau de bacharel em Ciências Farmacêuticas (BScPharm.), enquanto outras estão mudando, desde 2007, o nível de entrada para o PharmD. (CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION,

2011). Ambos são credenciados pelo CCAPP, ou seja, devem cumprir os padrões estabelecidos por esta entidade e preparar os estudantes para as responsabilidades clínicas de uma prática focada no paciente (AUSTIN; ENSOM, 2008; CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION, 2011).

O curso de BScPharm. é composto por quatro anos de educação em Farmácia, além de um pré-requisito mínimo adicional de educação pré-farmacêutica, com cursos de ciências gerais - química, cálculo, biologia (AUSTIN; ENSOM, 2008; CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION, 2011). O PharmD. geralmente consiste em dois anos de graduação em pré-Farmácia e quatro anos em Farmácia, com maior ênfase no aprendizado experiencial na área clínica, por meio de experiências clínicas mais estruturadas desde os primeiros anos do programa profissional (CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION, 2011).

Em ambos (BScPharm. e PharmD.) o currículo da graduação profissional de Farmácia inclui conteúdos nas áreas de ciências farmacêuticas, biomédicas, comportamentais, sociais e administrativas, e clínicas, além de desenvolvimento de habilidades clínicas e colaborativa intra e interprofissional por meio de experiências práticas (THE CANADIAN COUNCIL FOR ACCREDITATION OF PHARMACY PROGRAMS, 2018). O currículo aborda resultados e competências para desenvolver graduados capazes de desempenhar papéis de prestador de cuidados, comunicador, colaborador, líder-gerente, defensor do direito à saúde, acadêmico e profissional (ASSOCIATION OF FACULTIES OF PHARMACY OF CANADA, 2017; THE CANADIAN COUNCIL FOR ACCREDITATION OF PHARMACY PROGRAMS, 2018).

As experiências práticas inseridas do currículo, as quais são integradas ao longo do programa profissional, promovem o desenvolvimento nos estudantes das habilidades clínicas necessárias para o atendimento a doenças agudas e crônicas, na atenção primária (comunidade, ambulatório, atendimento domiciliar) e atendimento agudo (THE CANADIAN COUNCIL FOR ACCREDITATION OF PHARMACY PROGRAMS, 2018). No BScPharm., o estudante precisa cumprir, no mínimo, 16 semanas (640 horas) de experiências práticas, sendo que experiências de práticas iniciais e intermediárias envolvem pelo menos quatro semanas (160 horas) de inserção dos estudantes na prática direta de atendimento ao paciente, podendo ser completadas com atividades voluntárias adicionais. As experiências práticas de conclusão, exigidas perto do final do curso, envolve pelo menos 12 semanas (480 horas) de prática direta de assistência ao paciente em tempo integral. Já no PharmD. as experiências práticas devem ter, no mínimo, 40 semanas (1600 horas), sendo que as experiências de

práticas iniciais e intermediárias envolvem pelo menos oito semanas (320 horas) e as experiências práticas conclusivas envolvem pelo menos 32 semanas (1280 horas), das quais pelo menos 24 semanas (960 horas) compreendem a prática direta de assistência ao paciente em tempo integral (THE CANADIAN COUNCIL FOR ACCREDITATION OF PHARMACY PROGRAMS, 2018).

Em todas as províncias, a conclusão de um curso de Farmácia (seja BScPharm. ou PharmD.) não qualifica automaticamente o indivíduo para licenciamento, sendo, na maioria dos casos, necessário um período de treinamento (pré-registro), geralmente chamado de “estágio”, o qual é regulamentado pelo órgão de licenciamento provincial, com duração de 3 a 4 meses. Além deste período de treinamento em serviço, os candidatos ao licenciamento são obrigados a completar uma série de exames provinciais e nacionais (AUSTIN; ENSOM, 2008).

3.2.2 Oceania

3.2.2.1 Austrália

As mudanças no ambiente da assistência médica ao longo dos anos tem gerado uma expansão do papel dos farmacêuticos na Austrália, com vistas a fornecer um serviço abrangente e centrado no paciente. Isso tem redirecionado a formação do farmacêutico para o aprendizado da prática contemporânea, em acordo com o sistema educacional e de saúde australiano (AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012; LI, 2019).

Para se tornar um farmacêutico registrado na Austrália, os indivíduos devem concluir um curso credenciado pelo *Australian Pharmacy Council* e aprovado pelo *Pharmacy Board of Australia*. Esta acreditação assegura tanto a qualidade da educação e da formação, quanto que o programa de Farmácia atende aos padrões de acreditação aprovados para a profissão (AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012).

Atualmente, o ensino farmacêutico na Austrália é oferecido por meio de um curso de bacharelado em Farmácia (BPharm.) – 4 anos de duração, mais comumente realizado - ou um programa de pós-graduação que concede o diploma de *Master of Pharmacy* (MPharm.) – com duração de 2 anos (AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012; LI, 2019; MARRIOTT *et al.*, 2008). Os cursos MPharm. foram estabelecidos, durante o início dos anos 2000, por várias universidades, em resposta à escassez de farmacêuticos, e atende especialmente alunos com diploma de bacharel em outro curso, ou seja, que já possuem conhecimento suficiente

das ciências básicas, as quais são ensinadas durante o primeiro ano do BPharm. O restante dos currículos dos cursos de BPharm. e MPharm. são praticamente idênticos (LI, 2019).

A elaboração dos currículos dos cursos de BPharm. e MPharm. seguem as recomendações da *Australian Pharmacy Council*, sendo o último documento publicado em 2012 e em vigor desde 2014 (AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012; LI, 2019). Outra publicação importante para a prática e o ensino farmacêutico é a “*National Competency Standards Framework of Pharmacists in Australia, 2016*” (PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA, 2016), uma atualização da versão de 2010, a qual contempla os padrões de competências na forma de uma matriz (AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012; LI, 2019; PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA, 2016).

Segundo a literatura, há um movimento, em toda a Austrália, no sentido de adaptar o currículo para uma abordagem mais integrada com foco clínico (LI, 2019). O currículo contempla o equilíbrio entre as ciências facilitadoras, ciências farmacêuticas aplicadas, ciências sociais e educação clínica (MARRIOTT *et al.*, 2008), e pode ser agrupado em três categorias - ciências farmacêuticas, prática de farmácia e farmacoterapêutica. Os conteúdos das ciências farmacêuticas é fornecidos na parte inicial, com um aumento gradual dos componentes de farmácia e farmacoterapêuticos na parte posterior do curso (LI, 2019).

Além do componente didático, todos os cursos de Farmácia têm componentes experienciais, que variam entre as escolas, no entanto todos possuem estágios clínicos incorporados nos últimos anos, após os alunos terem adquirido o nível apropriado de conhecimento (LI, 2019; MARRIOTT *et al.*, 2008). O ensino experiencial deve começar no início do curso e destinar-se ao desenvolvimento de competências para o cuidado centrado no paciente, com nível crescente de responsabilidades e resultados de aprendizagem claramente definidos no currículo (AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012). O ensino experiencial ocorre geralmente em ambientes hospitalares e comunitários, pois a maior força de trabalho dos farmacêuticos australianos se concentra nesses espaços, porém deve ser considerada a inclusão de locais rurais ou remotos, ou outros cenários de prática farmacêutica, como casas de longa permanência, indústria e área de regulamentação farmacêutica (AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012).

Depois de concluir o Bpharm. ou MPharm., os graduados devem participar de um programa de treinamento para estagiários aprovado pelo *Australian Pharmacy Council*, o qual ocorre, normalmente, em um hospital ou farmácia comunitária, pelo período 12 meses. Esse estágio envolve a prática supervisionada por um preceptor - farmacêutico aprovado pelo *Pharmacy*

Board of Australia, e um programa de cursos oferecido por um provedor de programa de treinamento interno (*Intern Training Program*) credenciado pela *Australian Pharmacy Council*. Além disso, os graduados devem se registrar como farmacêuticos estagiários nos conselhos na Austrália. Para obter o registro geral como farmacêutico, todos os farmacêuticos internos são obrigados a realizar exames projetados para testar suas competências (AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012; LI, 2019; MARRIOTT *et al.*, 2008).

Atualmente, nenhuma escola de Farmácia na Austrália oferece um diploma de PharmD., no entanto, muitos oferecem vários graus de pós-graduação, como mestrado e doutor em Farmácia Clínica, além de diplomas de pesquisa, como mestrado e doutorado (LI, 2019; MARRIOTT *et al.*, 2008). Esses cursos de pós-graduação são projetados para farmacêuticos que trabalham em período integral em um ambiente clínico, e geralmente são oferecidos na forma de ensino à distância em período parcial, com fins de semana presenciais opcionais para oferecer a oportunidade de aprofundamento da aplicação prática. Para a admissão nesses programas de pós-graduação, os candidatos devem possuir um bacharelado em Farmácia ou equivalente com pelo menos dois anos de experiência profissional, bem como experiência recente (LI, 2019).

3.2.3 Europa

Os tratados da União Europeia apoiam a mobilidade de profissionais em toda a Europa sem exigir treinamento adicional ou validação de diploma, o que significa que um diploma obtido em um país membro da União Europeia é válido em toda a União Europeia (NUNES-DA-CUNHA *et al.*, 2016). A reforma do Ensino Superior na Europa, pautada no construtivismo, foi iniciada a partir da Declaração de Bolonha, em 1999, que originou o Processo de Bolonha (THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, 2013), adotado por 47 países da União Europeia (EUROPEAN COMMISSION/EACEA/EURYDICE, 2015).

O Processo de Bolonha projetou o estabelecimento do Espaço Europeu de Educação Superior objetivando criar um sistema de graus facilmente comparáveis entre os países da União Europeia - pelo estabelecimento de um sistema comum de transferência de créditos e validação de estudos, e uma estrutura comum de títulos em três ciclos (*bachelor-masters-doctorate*). O objetivo deste tratado foi o de melhorar a competitividade internacional do sistema educacional superior europeu, melhorar a empregabilidade dos seus graduados e

desenvolver a mobilidade interna e externa dos estudantes, docentes e pesquisadores (THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, 2013).

O primeiro ciclo, denominado *bachelor*, com duração de três a quatro anos, tem como objetivo preparar os estudantes, com um nível de qualificação apropriado, para o mercado de trabalho. O segundo ciclo, denominado *master*, tem duração de um ano e meio a dois anos de formação e foi concebido originalmente como o momento inicial da formação para a pesquisa, mas vem se desenvolvendo e se consolidando como forma de complementar a formação profissional de nível superior, mas com maior ênfase para a pesquisa. E o terceiro ciclo, o *doctorate*, com duração de três a quatro anos letivos, compreende a formação para pesquisa (NEVES; KOPPE, 2009).

O Projeto Tuning, responsável pela elaboração de instrumentos que permitem traduzir as reformas estruturais propostas pelo Processo de Bolonha, distinguiu as competências a serem desenvolvidas dos cursos superiores em genéricas e específicas. As genéricas, desenvolvidas no 1º ciclo do processo de ensino superior, referem-se à capacidade de análise e síntese, de cooperação e comunicação, de organização e planificação; capacidade para liderar; capacidade para a autoaprendizagem e tenacidade. As competências específicas, desenvolvidas no 2º e 3º ciclo do processo de ensino superior, estão relacionadas com as diversas áreas acadêmicas e aos seus conhecimentos singulares. Além de definir as competências, de acordo com as necessidades do mercado de trabalho mundial, o Projeto Tuning auxilia as instituições de ensino superior a determinar os resultados de aprendizagem e créditos a uma determinada competência e elaboração de modelo de planos curriculares, com práticas de ensino-aprendizagem condizentes ao desenvolvimento das diversas competências genéricas e específicas (THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, 2013).

Para a obtenção do grau de farmacêutico, a formação deve ocorrer com duração mínima de cinco anos, o que equivale a aproximadamente 7500 a 9000 horas, compreendendo pelo menos: a) quatro anos de formação teórica e prática em tempo integral em uma universidade ou instituto de nível superior reconhecido ou sob a supervisão de uma universidade; (b) durante ou no final do treinamento teórico e prático, estágio de seis meses em uma farmácia aberta ao público ou em um hospital sob a supervisão do departamento farmacêutico desse hospital (EUROPEAN PARLIAMENT, 2005; THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, 2013).

O egresso do curso de Farmácia pode ter acesso e exercer as seguintes atividades: (1) desenvolvimento de medicamentos; (2) produção de medicamentos; (3) controle de qualidade; (4) armazenagem, preservação e distribuição de medicamentos; (5) fornecimento de insumos, preparação, controle de qualidade, armazenamento, dispensação de medicamentos seguros e eficazes, com a qualidade exigida, em farmácias abertas ao público; (6) preparação, controle de qualidade, armazenamento e dispensação de medicamentos seguros e eficazes, com a qualidade exigida em hospitais; (7) prestação de informações e aconselhamento sobre medicamentos, incluindo a sua utilização adequada; (8) notificação de reações adversas de produtos farmacêuticos às autoridades competentes; (9) apoio personalizado aos pacientes que administram seus medicamentos; (10) contribuição para campanhas de saúde pública locais ou nacionais (EUROPEAN PARLIAMENT, 2005; THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, 2013).

A implantação das premissas do Processo de Bolonha tem sido bastante variada entre os países e, inclusive, dentro do mesmo país (EUROPEAN COMMISSION/EACEA/EURYDICE, 2015; THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, 2013). Segundo Nunes-da-Cunha e colaboradores (2015), a maioria dos países alteraram seus currículos de Farmácia de acordo com a Declaração de Bolonha, no entanto estes ainda estão focados nas ciências básicas, com carga horária bastante reduzida para as ciências clínicas, contrariando recomendações da OMS e FIP, de formação de um perfil farmacêutico contemporâneo (NUNES-DA-CUNHA *et al.*, 2016). Um país que possui características mais próximas às recomendações internacionais é o Reino Unido, onde seus currículos são baseados no currículo exigido pela Europa, porém estão constantemente sendo revisados em direção a um currículo mais clínico e com maior carga horária para o ensino experiencial (GENERAL PHARMACEUTICAL COUNCIL, 2011; SOSABOWSKI; GARD, 2008).

No Reino Unido é necessário concluir o *Master of Pharmacy* (MPharm.) de 4 anos (em outros países são 5-6 anos), em uma faculdade registrada oficialmente no *General Pharmaceutical Council*, e completar 52 semanas de treinamento prático pré-registro, supervisionado por um profissional farmacêutico que possui pelo menos três anos de experiência pós-registro; ou, para candidatos com licenças de farmacêutico no exterior, concluir o Programa de Avaliação de Farmacêuticos no Exterior (*Overseas Pharmacists' Assessment Programme*) de dois anos em uma universidade do Reino Unido (KIM, 2015; SOSABOWSKI; GARD, 2008).

O treinamento pré-inscrição ocorre, na sua maioria, nos campos de farmácia comunitária, farmácia hospitalar, atenção primária e indústria, sendo que a maioria dos profissionais conclui sua prática em um só lugar, podendo realizar o treinamento em dois locais (por exemplo, empresas farmacêuticas e hospitais), porém o hospital ou a farmácia comunitária são obrigatórios durante pelo menos 26 semanas (KIM, 2015). Após concluir o treinamento, é realizado um exame de registro antes de entrar em prática (SOSABOWSKI; GARD, 2008). O exame de licença tem mudado nos últimos anos, direcionando para uma avaliação mais clínica, prática e baseada em um paciente em cenário da vida cotidiana (KIM, 2015).

3.2.4 Países Árabes – Oriente médio e África

Os países que compõem o mundo árabe, 22 países da Ásia e da África, estão em diferentes estágios de crescimento, tem diferentes sistemas governamentais e, frequentemente, diferentes problemas locais que precisam ser abordados (AL-GHANANEEM *et al.*, 2018). Em muitos aspectos, a educação e a prática de Farmácia no Oriente Médio são um espelho da própria região. Em alguns países, os farmacêuticos tem desfrutado de crescimento e amadurecimento semelhantes a outras partes do mundo. Por outro lado, nos países do Oriente Médio sobrecarregados pela guerra, ocupação militar e/ou com uma economia pobre, o ensino farmacêutico parou ou até regrediu (KHEIR *et al.*, 2008).

Faltam análises abrangentes sobre o escopo e a profundidade das práticas de Farmácia em todo o mundo árabe. As oportunidades de emprego para farmacêuticos no mundo árabe são semelhantes às de outras partes do mundo, incluindo práticas comunitárias e institucionais, bem como nos campos regulatório, acadêmico e industrial (KHEIR *et al.*, 2008). No entanto, o avanço na prática farmacêutica é baixo, principalmente no setor comunitário, sendo restrito, principalmente, à prática institucional, embora muito aquém a países como Estados Unidos e Canadá, que tiveram progressão contínua nas últimas duas décadas (AL-GHANANEEM *et al.*, 2018; KHEIR *et al.*, 2008).

A maioria das escolas de Farmácia depende do credenciamento nacional, porém tem se buscado credenciamento internacional, para harmonização dos padrões e resultados educacionais dos cursos, visto o alto volume de farmacêuticos expatriados treinados dentro e fora dessa região (KHEIR *et al.*, 2008). Ainda, não há padrões de acreditação e diretrizes de garantia de qualidade local e regional, de modo a padronizar a educação e a prática de farmácia (AL-GHANANEEM *et al.*, 2018).

Alguns países, incluindo Egito, Líbano e Jordânia, impuseram restrições ao licenciamento e à prática de expatriados. Em muitos casos, esses países treinam farmacêuticos para trabalhar em outros países, o que serve como um tipo de "exportação" de mão-de-obra. Outros países menores, como Emirados Árabes Unidos, Catar e Bahrein, então "importam" esses farmacêuticos treinados (AL-GHANANEEM *et al.*, 2018).

O grau de bacharel em Farmácia continua sendo a titulação do profissional formado em Farmácia nos países Árabes, no entanto há países que oferecem mestrado e de doutorado, e ainda alguns oferecem curso de PharmD., lançados no início da década de 1990 (KHEIR *et al.*, 2008). O curso de PharmD. da Universidade Americana do Líbano é credenciado ACPE desde 2002, e continua sendo o único programa internacional a possuir esse credenciamento (AL-GHANANEEM *et al.*, 2018).

Os cursos de bacharelado nos países Árabes tipicamente têm duração de 5 anos, sendo que alguns requerem um período pré-farmacêutico (anos não profissionais), o qual varia de um a dois anos. A maioria dos cursos de bacharelado requerem de 160 a 180 horas de crédito, que equivale a 2560 a 2880 horas relógio, e nos cursos de PharmD. os requisitos são maiores, de 197 a 220 horas de créditos (KHEIR *et al.*, 2008).

A maioria dos cursos segue os currículos tradicionais "baseados no conhecimento", sem referência específica às competências mínimas a serem desenvolvidas ao final do curso de graduação (AL-GHANANEEM *et al.*, 2018; KHEIR *et al.*, 2008). Embora a transformação curricular esteja começando nos países Árabes, muitos programas continuam oferecendo formação farmacêutica tradicional, com ênfase na preparação e composição de medicamentos (AL-GHANANEEM *et al.*, 2018); com ênfase menor nas ciências clínicas (KHEIR *et al.*, 2008). No entanto, é evidente que muitos programas estão realizando uma revisão curricular significativa, que geralmente envolve um foco crescente no desenvolvimento das habilidades e conhecimentos necessários para a prestação de cuidados ao paciente (KHEIR *et al.*, 2008).

O treinamento clínico experiencial nos cursos de bacharelado de cinco anos é bastante variável entre os cursos e países. Alguns cursos (por exemplo, no Egito), a experiência prática não se encontra estruturada como requisito nos cursos de graduação, apesar de o estágio ser uma exigência para obtenção da licença. Em outros cursos, a experiência prática varia de 10 a 36 semanas, com exceção do curso da Universidade Saint Joseph (Líbano) que exige 18 meses (72 semanas). E ainda, para obtenção do grau PharmD. é requerido uma experiência prática adicional de pelo menos 28 semanas (KHEIR *et al.*, 2008).

Há uma tendência nos cursos de Farmácia dos países Árabes de aprimoramento da aprendizagem experiencial; maior ênfase nas ciências clínicas e na prática de farmácia e uma expansão de cursos de graduação voltados à prática clínica avançada, com aumento dos cursos de PharmD. nessa região (KHEIR *et al.*, 2008; KHEIR; AL-SAAD; AL-NAIMI, 2013). Ainda há vários cursos introduzindo metodologias ativas e promovendo mais ativamente o pensamento crítico e as habilidades de resolução de problemas, a autodireção e a aprendizagem ao longo da vida (KHEIR *et al.*, 2008). No entanto, existem várias barreiras no mundo árabe que dificultam a plena implementação da educação e prática clínica em farmácia, incluindo falta de educadores (docentes e preceptores) com o treinamento apropriado e de treinamento experiencial nos currículos de Farmácia (AL-GHANANEEM *et al.*, 2018).

3.2.5 Ásia

3.2.5.1 Japão

A proposta de ampliação do curso de Farmácia no Japão, de quatro para seis anos, começou a ser discutida em 1980, pela *Japan Pharmaceutical Association*. Em 2002, foi estabelecido, pela *Pharmaceutical Society of Japan*, o “modelo de currículo básico” para educação farmacêutica” (*Model Core Curriculum for Pharmaceutical Education*), sendo aprovada a ampliação do curso de bacharelado em Farmácia de quatro para seis anos em 2004, com primeira turma iniciada em 2006 (OZAWA, 2018).

Em 2015, o modelo de currículo básico foi revisado com o objetivo principal de equiparar o conteúdo educacional essencial (*core content*) dos estudantes de Farmácia aos conhecimentos e competências necessários aos profissionais de saúde século XXI. O modelo de currículo básico deve constituir 70% do currículo de Farmácia de cada escola e consiste nas sete categorias ou eixos de ensino (versão 2015): princípios filosóficos para a educação de estudantes de Farmácia, ciências farmacêuticas na sociedade, fundamentos de ciências farmacêuticas, ciências da saúde e do meio ambiente, terapêutica, experiências de prática farmacêutica e pesquisa. A categoria "terapêutica", que contempla farmacologia clínica, farmacoterapia e farmacocinética, constitui 30% do total das disciplinas, sendo considerada componente central do modelo de currículo básico (OZAWA, 2018).

O modelo do currículo básico de Farmácia acompanha a tendência das demais profissões da saúde (Medicina, Odontologia, Enfermagem), as quais, também, tem seus currículos-modelos

estabelecidos com base no conceito de educação baseada em resultados. Assim, para implantar a educação baseado em resultados foram estabelecidas as 10 competências-chave que o farmacêutico deve atingir durante a graduação, a saber: (1) profissionalismo; (2) atitude orientada ao paciente; (3) habilidades de comunicação; (4) atendimento de equipe interprofissional; (5) ciências básicas – compreenda os efeitos de medicamentos e produtos químicos nos corpos vivos e nos ambientes; (6) gerenciamento da terapia medicamentosa; (7) saúde comunitária e assistência médica - contribua para a saúde pública e melhore a assistência comunitária e domiciliar; (8) pesquisa - envolva-se em pesquisas sobre o desenvolvimento de medicamentos e o uso apropriado de medicamentos para melhorar o ambiente da saúde; (9) aprendizagem ao longo da vida; (10) educação e treinamento - contribuindo para o desenvolvimento da próxima geração de farmacêuticos profissionais (OZAWA, 2018).

O ensino farmacêutico no Japão, mesmo após a reforma curricular, continua tendo como um dos pilares do ensino farmacêutico treinar e desenvolver "farmacêuticos cientistas", com o objetivo que o aluno adquira capacidade de realizar pesquisas e identificar e resolver problemas para contribuir com avanços e melhorias nas ciências farmacêuticas e de saúde (OZAWA, 2018).

O currículo também inclui a medicina Kampo, cujo medicamento foi sistematicamente organizado com base nas reações do corpo humano às intervenções terapêuticas. Com suas raízes na medicina chinesa antiga, essa forma antecede a medicina empírica e foi introduzida no Japão aproximadamente entre os séculos V e VI. Posteriormente, desenvolveu-se uma forma única de medicina, adaptando-se ao clima e à cultura do Japão, e foi aperfeiçoada para se adequar às constituições do povo japonês antes de evoluir para uma forma distinta da medicina tradicional (OZAWA, 2018).

O componente experiencial, denominado como “experiências práticas em Farmácia”, ocorre em hospitais e/ou farmácias comunitárias, pelo período de cinco meses, por meio de treinamento clínico, com contato com pacientes. Durante suas experiências práticas, o aluno deve ter contato minimamente com pacientes acometidos pelos seguintes problemas de saúde: câncer, hipertensão, diabetes mellitus, doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares, doenças neuropsiquiátricas, doenças imunológicas e alérgicas e doenças infecciosas. O objetivo do componente experiencial é que o aluno “*adquira as habilidades essenciais necessárias para se envolver ativamente em farmacoterapia, trabalho colaborativo interprofissional e*

assistência médica comunitária, mantendo uma perspectiva centrada no paciente / consumidor” (OZAWA, 2018, p.13).

Antes de iniciar as atividades práticas, os alunos fazem testes no final do quarto ano acadêmico, sendo que somente aqueles que adquirem desempenho adequado podem realizar práticas clínicas no quinto ano. Essa avaliação consiste em um teste computadorizado - utilizado para avaliar conhecimento e compreensão - e um Exame Clínico Objetivo Estruturado (*Objective Structured Clinical Examination* - OSCE) - utilizado para avaliar capacidade de aplicação de conhecimento e habilidades (OZAWA, 2018).

Após a introdução do currículo de seis anos, a *Central Council for Education* solicitou a criação de um sistema para avaliação de cursos de Farmácia, semelhante ACPE nos Estados Unidos. Em 2008, o *Japan Accreditation Board for Pharmaceutical Education* foi formalmente inaugurado e, em 2012, conduziu a primeira avaliação completa do novo sistema educacional. Além dele, existe outro organismo de garantia de qualidade e acreditação no Japão, a *Japan University Accreditation Association*, o qual supervisiona instituições ou universidades (OZAWA, 2018).

3.2.5.2 Tailândia

O ensino de Farmácia na Tailândia sofreu alterações no último século, no que se refere a sua duração e conteúdo programático, as quais são atribuídas a mudanças nas necessidades de saúde da população, políticas internacionais e nacionais em relação aos cuidados de saúde, reformas nos sistemas de saúde e avanço no conhecimento e nas tecnologias (PLOYLEARMSANG *et al.*, 2019).

A primeira escola de Farmácia na Tailândia teve início em 1914, com um curso de três anos, que se expandiu para quatro anos em 1941 e, posteriormente, para cinco anos em 1957. Este último era um curso de BPharm., que formava farmacêuticos para trabalhar em inúmeras áreas de atuação, como hospitais, farmácias comunitárias e ambientes da indústria farmacêutica. Em 1989, o conceito de farmácia clínica foi introduzido na Tailândia, com conseguinte aumento da demanda por serviços de cuidado farmacêutico. Em 1993, foi estabelecido o *US-Thai Consortium* para o desenvolvimento da educação farmacêutica na Tailândia, o que motivou os educadores e farmacêuticos a desenvolverem os cursos PharmD., tendo o primeiro curso iniciado em 1999 (CHANAKIT *et al.*, 2014, 2015), o qual foi o pioneiro nesse formato na Ásia (CHANAKIT *et al.*, 2014).

De 1990 a 2010, a maioria das universidades ofereciam o curso de BPharm. de cinco anos, que incluíam várias trajetórias como tecnologia farmacêutica, cuidado farmacêutico e farmácia social e administrativa (CHANAKIT *et al.*, 2014, 2015). Em 2008, o *Pharmacy Council of Thailand* anunciou que apenas os graduados do curso de PharmD. de 6 anos cumpririam o padrão de competência e seriam elegíveis para licenciamento de Farmácia a partir do ano de 2014 (CHAIYAKUNAPRUK *et al.*, 2016; CHANAKIT *et al.*, 2014, 2015). Com isso, o curso de BPharm. deixou de ser ofertado após 2010 (CHANAKIT *et al.*, 2014, 2015).

Assim, atualmente, na Tailândia o grau de PharmD. é a titulação do profissional formado em Farmácia, o qual equivale ao grau de bacharelado (*bachelor's degree*) e *master's* combinados, e deve ser diferenciado do doutor em filosofia farmacêutica (*PhD in Pharmacy*). Semelhante ao programa PharmD. nos Estados Unidos, na Tailândia a intenção é que a formação farmacêutica desenvolvesse competências e experiências em cuidado farmacêutico (PLOYLEARMSANG *et al.*, 2019).

O primeiro currículo de PharmD. anunciado na Tailândia, em 2008 – focado no cuidado ao paciente – foi adaptado, em 2012, para atender às necessidades do país, uma vez que os farmacêuticos tailandeses atuam tanto nas áreas de cuidado, quanto indústria farmacêutica, sendo, assim, dividido em duas trajetórias principais: o curso *Pharmaceutical Care-PharmD.* e o curso *Industrial Pharmacy-PharmD.* (CHANAKIT *et al.*, 2015). Segundo Ploylearmsang e colaboradores (2018), além destas duas trajetórias, recentemente duas universidades introduziram uma nova trajetória “defesa do consumidor em medicamentos e saúde”, configurando três trajetórias possíveis para o curso PharmD. (PLOYLEARMSANG *et al.*, 2019).

Em 2012, o *Pharmacy Council of Thailand* elaborou os "padrões de competência essenciais" para o curso de PharmD., que continham sete domínios: (1) ética profissional e moral profissional, (2) trabalho equipe e gerenciamento de sistema, (3) habilidades em tecnologia da informação, comunicação e educação sobre o uso de medicamentos, (4) produtos farmacêuticos, fitoterápicos, produtos químicos farmacêuticos e controle de qualidade, (5) aquisição de medicamentos e preparação extemporânea para pacientes, (6) cuidado farmacêutico e uso de plantas, (7) sistema de saúde e sistema de cuidado em saúde (CHANAKIT *et al.*, 2015).

O *Pharmacy Council of Thailand* também elaborou os “padrões de competência funcional” para o cuidado farmacêutico” em 2011, e farmácia industrial em 2014 (CHANAKIT *et al.*, 2015). Os padrões de competência funcional em cuidado farmacêutico são:

1. Integrar o conhecimento no processo de fabricação farmacêutica e garantia de qualidade nos serviços de cuidado farmacêutico;
2. Prover seleção e aquisição de produtos farmacêuticos para atender adequadamente pacientes individuais e comunidade;
3. Preparar produtos farmacêuticos apropriados para cada paciente;
4. Prover orientação ou realizar atividades de promoção da saúde individual e comunitária;
5. Entender as leis relacionadas à profissão farmacêutica;
6. Prover serviços de cuidado farmacêutico individual e coletivo como parte da equipe de assistência à saúde;
7. Gerenciar sistema de medicação e gerenciar medicamentos de risco para a segurança do paciente, com a equipe de saúde;
8. Gerenciar a garantia da qualidade do sistema de medicamentos para manter a eficácia e segurança do cuidado ao paciente;
9. Prover medicamentos e informações sobre produtos relacionados à saúde, com base em evidências, para pacientes, comunidade e prestadores de serviços de saúde.

Os padrões de competência funcional em farmácia industrial elaborados são: (1) pesquisa e desenvolvimento; (2) garantia de qualidade e controle de qualidade; (3) fabricação e (4) assuntos regulatórios e registro de produtos.

Independentemente de sua trajetória (especialidade), todos os graduados recebem a mesma licença profissional e deverão atender aos principais padrões de competência profissional estabelecidos pelo *Pharmacy Council of Thailand*. Os alunos que ingressaram no curso antes de 2015 deverão realizar, obrigatoriamente, ao final do estágio, no sexto ano, o exame nacional de licenciamento, para comprovar o desempenho necessário requerido. Já os alunos matriculados a partir de 2015 devem ainda realizar dois exames: o *Pharmacy Licensure Examination Core Competency*, realizada após a conclusão do quarto ano e obrigatória a todos, e um exame adicional para avaliar especificamente sua competência em relação à trajetória de especialidade, realizada e após a conclusão do 6º ano (CHANAKIT *et al.*, 2015; PLOYLEARMSANG *et al.*, 2019).

O modelo de ensino mudou, daquele baseado em palestras, para o de aprendizado transformador com ênfase na educação baseada em resultados e no aprendizado experiencial em todos os níveis, do hospital e da comunidade, e educação interprofissional (PLOYLEARMSANG *et al.*, 2019). O currículo do PharmD. requer uma alta proporção de horas de prática, com um currículo que contém componente teórico, prático e de pesquisa. O componente prático deve cumprir minimamente 2000 horas (CHAIYAKUNAPRUK *et al.*, 2016), sendo 200 horas de prática em farmácia comunitária e 200 horas em hospital distrital (prestação de cuidados secundários), após o quarto ano do curso; 1600 horas de prática através de seis ou sete rotações clínicas no sexto ano, com um período de seis semanas para cada rotação, com pelo menos quatro rotações em farmácia comunitária, atenção primária, atendimento ambulatorial, atendimento agudo, gerenciamento de medicamentos ou proteção ao consumidor; e dois ou três estágios na trajetória escolhida pelo aluno (PLOYLEARMSANG *et al.*, 2019).

O PCT, desde 2016, exige que todos os farmacêuticos participem da educação farmacêutica continuada – requisito necessário para a renovação da licença a cada cinco anos - de forma a garantir a padronização e atualização contínua dos farmacêuticos, sendo requeridos minimamente 100 créditos em cinco anos e não menos de 10 créditos/ano (PLOYLEARMSANG *et al.*, 2019).

3.2.6 América Latina

Há pouca informação disponível na literatura sobre o ensino farmacêutico na América Latina, com exceção do Chile e Brasil, dos quais foi possível maior detalhamento e encontram-se descrito separadamente.

3.2.6.1 América Latina geral

A realidade local do país e, especialmente, a história e os regulamentos do ensino superior, desempenham um papel muito importante na definição das características do ensino de Farmácia nos países da América Latina. Ao mesmo tempo, a influência das organizações regionais e globais e suas diretrizes orientadoras sobre o que o currículo de Farmácia deve envolver se tornaram cada vez mais poderosas e, de fato, se tornaram as forças motrizes da inovação curricular (ACUNA-JOHNSON, 2018).

A formação em Farmácia deve ter um projeto educacional que responda às necessidades de cada país. Nos países da América Latina, os perfis e áreas de atuação profissional são diversos, sendo os mais comuns a farmácia comunitária e hospitalar; indústria farmacêutica, química, bioquímica e alimentícia; e a análises clínicas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014).

O documento que se tornou guia para a estruturação dos currículos dos cursos de Farmácia da grande maioria dos países das Américas foi o “*Plano Básico de Estudos Farmacêuticos*”, publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 1999. Em 2010, na VII Conferência Pan-Americana de Educação Farmacêutica foi acordado como perfil do farmacêutico, nos países da América, um “*profissional de saúde especialista em medicamentos, comprometido socialmente em promover, proteger, manter e melhorar a saúde e a qualidade de vida da população; com competências científicas, técnicas, tecnológicas e humanísticas*” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014).

Assim, em decorrência das mudanças ocorridas nas últimas décadas na profissão farmacêutica, e com base nos acordos feitos nas Conferências Pan-Americanas de Educação Farmacêutica anteriores, a OPAS, em 2014, atualizou o “*Plano Básico de Estudos Farmacêuticos*” e formulou as competências genéricas e específicas do farmacêutico para o seu desempenho, de acordo com áreas ou domínios profissionais identificados e perfil profissional acordados na VIII Conferência Pan-Americana de Educação Farmacêutica (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014).

As competências específicas para os farmacêuticos foram apresentadas no “*Plano Básico de Estudos Farmacêuticos*”, o qual constitui uma proposta por áreas de atuação profissional do farmacêutico comum aos países da Região das Américas (Quadro 2) (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014).

Quadro 2- Proposta de domínios e áreas de atuação profissional do farmacêutico comum aos países da Região das Américas.

Domínio	Função
Regulação, controle e fiscalização	Exercer, dentro da estrutura legal, as atividades de controle, regulação e fiscalização de produtos farmacêuticos, cosméticos, dispositivos médicos; exercer funções de autorização para a instalação e fiscalização de estabelecimentos farmacêuticos e contribuir para a melhoria do quadro jurídico.
Cuidado farmacêutico	Contribuir para a promoção e restauração da saúde de pacientes, através da prestação de serviços farmacêuticos de forma oportuna, eficiente, segura e informada, nos diferentes níveis de complexidade do cuidado.
Farmácia privada	Programar, adquirir, armazenar e distribuir medicamentos; elaborar fórmulas magistrais para a restauração da saúde através de cuidado farmacêutico eficientes, oportunos, seguros e informados para a comunidade; gerenciar a farmácia, realizar a avaliação da situação de saúde e identificar a necessidade de se referir a outro serviço ou nível. Fornecer os primeiros socorros e cuidados necessários e encaminhar o paciente para outro serviço ou nível de atendimento. Fazer a indicação farmacêutica selecionando o medicamento adequadamente para sintomas menores. Discutir e acordar com o paciente sobre os objetivos terapêuticos e o uso de medicamentos, de acordo com suas necessidades e preferências. Monitorar e receber contrarreferência de outros serviços e documentar a(s) intervenção(ões).
Indústria	Realizar pesquisa e desenvolvimento de novas formulações, registro e produção de medicamentos e cosméticos, controle de qualidade, garantia de qualidade e participação na promoção e comercialização de produtos farmacêuticos e cosméticos.
Laboratório de análises	Extrair, identificar e quantificar substâncias químicas e biológicas em diferentes matrizes, interpretar e reportar os resultados obtidos de acordo com os procedimentos analíticos pertinentes e válidos.

Fonte: Traduzido de ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2014.

O *Plano Básico de Estudos Farmacêuticos* (versão de 2014) está alinhado às recomendações internacionais quanto a formação por competências, as metodologias educacionais utilizadas no processo de ensino-aprendizagem (centralidade no aluno), e a introdução do cuidado à saúde como área de atuação farmacêutica (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014).

A titulação do profissional que conclui o curso de Farmácia difere entre os países, podendo ser, na maioria das instituições, farmacêutico, químico-farmacêutico ou químico-farmacologista (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014). Os cursos de Farmácia nos países da América Latina possuem algumas características que são semelhantes: duração entre 10 e 12 semestres; estrutura curricular dividida em três ciclos ou fases: básica, pré-profissional e profissional, de acordo com as diferentes orientações do corpo docente e do perfil profissional do país (ACUNA-JOHNSON, 2018).

As áreas de conhecimento a serem abordadas no currículo devem contribuir para a realização das competências específicas do farmacêutico e são: ciências básicas, ciências farmacêuticas,

ciências biomédicas, ciências sociais e administrativas, atividades de integração e prática pré-profissional. Cada uma destas fará parte de disciplinas ou conteúdos modulares, de acordo com a estrutura curricular de cada curso de Farmácia (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014).

Os elementos do currículo como perfil do graduado, valores e competências, critérios de intensidade para treinamento prático, diferem entre os países (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014). Com relação ao ensino experiencial, existem práticas estabelecidas, geralmente uma ou duas, com conteúdo pré-requisito e a carga horária definida por cada faculdade/país (ACUNA-JOHNSON, 2018), a qual não pode ser inferior a um semestre curricular (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014). A prática deve oferecer oportunidades para os alunos participarem de atividades de pesquisa básica e/ou aplicada e de extensão, devidamente programadas, que favoreçam sua integração em equipes multidisciplinares e com a comunidade, e contribuam para a conquista do perfil do farmacêutico do país (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014).

As características estruturais do currículo de Farmácia são reguladas por mandatos e regulamentos em nível nacional. Os padrões de qualidade foram estabelecidos por várias agências, associações de escolas de Farmácia ou representantes das várias áreas de atuação profissional do país (ACUNA-JOHNSON, 2018).

3.2.6.2 Chile

O Chile, nas últimas décadas, tem passado por importantes mudanças na área farmacêutica – aumento da demanda como profissional ativo na equipe de saúde – e no sistema educacional – preocupação com a qualidade da educação farmacêutica, devido ao crescimento no número de escolas de Farmácia, tanto públicas como privadas (ACUNA-JOHNSON, 2018; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2016).

A titulação do farmacêutico no Chile é químico farmacêutico, o qual qualifica o graduado para trabalhar na indústria farmacêutica, nas farmácias hospitalares e comunitárias, laboratórios de análises clínicas, universidades e agências reguladoras (ACUNA-JOHNSON, 2018; RUIZ *et al.*, 2003). A formação farmacêutica é generalista, ou seja, não há especialização profissional em nível de graduação (ACUNA-JOHNSON, 2018).

O currículo é dividido em três níveis: ciências básicas, não profissional e profissional, o qual inclui a prática, sendo farmácia comunitária obrigatória, além de outros locais de prática

opcionais, como farmácia hospitalar, cuidados primários à saúde, indústria farmacêutica e cosmética, laboratórios de análises clínicas, entre outros. Além disso, o requisito final para a graduação é uma tese ou uma prática mais longa em qualquer local de prática (um semestre, cinco vezes por semana e oito horas por dia) (ACUNA-JOHNSON, 2018).

Todos os programas de cinco anos são bastante semelhantes nas universidades, mas a atividade final para receber o diploma de farmacêutico varia entre as universidades. Na Universidade do Chile, essas atividades incluem três estágios: um em farmácia comunitária (240 horas), outro em qualquer área (de 210 horas) e um terceiro (de seis meses) que pode ser substituído por um trabalho de conclusão de curso – intitulada como “*research study*” (RUIZ *et al.*, 2003).

O ensino farmacêutico no Chile tem buscado avançar em direção a prática clínica, de assistência direta ao paciente, porém os currículos encontram-se, ainda, elaborados com ênfase nas ciências básicas (49-54%) em detrimento das ciências biomédicas (13-19%) e sociais, comportamentais e administrativas (4-7%) (ACUNA-JOHNSON, 2018).

3.2.6.3 Brasil

Semelhante aos demais países da América do Sul, o serviço farmacêutico clínico no Brasil é ainda pouco estruturado e caracterizado pela improvisação e esforço pessoais dos profissionais (ARAÚJO *et al.*, 2017; BALDONI *et al.*, 2016). A força de trabalho farmacêutica encontra-se, predominantemente, em farmácias comunitárias (81,1%), onde realiza, majoritariamente, serviços relacionados à gestão (64,1%), como controle de estoque e compra de medicamentos, e, apenas, 17,8% atuam em serviços clínicos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2015).

3.2.6.3.1 *Histórico do ensino de Farmácia no Brasil*

No Brasil, o curso de Farmácia teve seu início atrelado ao curso de Medicina, onde a primeira cadeira de matéria Médica e Farmácia ocorreram em 1809. Contudo, somente após a reforma do ensino médico, em 1832, foi fundado o curso de Farmácia, o qual permaneceu vinculado às faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Os cursos de Farmácia nessa época tinham duração de três anos e as disciplinas eram ministradas conjuntamente com o de medicina, sendo que para adquirir o título de farmacêutico, além de cursar as disciplinas, era

necessário realizar a prática em uma botica de um boticário diplomado, pelo mesmo período do curso (ALMEIDA; MENDES; DALPIZZOL, 2014).

Nessa época, as boticas eram os locais em que o farmacêutico preparava os remédios e respondia perguntas sobre seu uso e propriedades terapêuticas, ou seja, era responsável pela pesquisa, produção, comercialização e orientação do uso do medicamento, estabelecendo uma relação intrínseca com a comunidade. Em função disto, o ensino ministrado na época era voltado para a prática profissional de responder às necessidades da comunidade levando em conta a atenção individual ao cidadão (HADDAD *et al.*, 2006).

Com o advento da industrialização na década de 1940, momento histórico marcado pela ideologia desenvolvimentista, ocorreram mudanças curriculares no ensino farmacêutico, as quais foram caracterizadas por uma preocupação em formar profissionais “prontos” para o mercado industrial. Essa concepção tecnicista do currículo, reflexo também da reforma universitária e da influência do relatório flexner, nitidamente fundamentado na racionalidade técnica da ciência moderna e no desprezo às Ciências Sociais e Humanas, culminou na criação dos currículos mínimos para os cursos de Farmácia, por meio dos pareceres 268/62 e 287/69 do Conselho Federal de Educação (CFE), atual Conselho Nacional de Educação (CNE) (ARAÚJO; PRADO, 2011). Esses pareceres ditaram, até 2002, a formação de farmacêuticos tecnicistas e distantes dos medicamentos e do cuidado ao paciente e com efeitos danosos na identidade do farmacêutico (SANTOS, 2011a).

Os currículos mínimos caracterizam-se pela fragmentação do eixo formador, dicotomia teoria-prática, desarticulação entre conteúdos e disciplinas, e adoção de práticas pedagógicas tradicionais (ARAÚJO; PRADO, 2011). Na área da Farmácia, preconizavam que a formação do farmacêutico fosse dividida em duas etapas: a primeira formava o farmacêutico, para atuar em farmácias e, na segunda, o farmacêutico-industrial ou bioquímico, sendo que esse último tinha a opção por tecnologia de alimentos ou análises clínicas e toxicológicas (ALMEIDA; MENDES; DALPIZZOL, 2014). Paralelamente, a criação de departamentos, com o intuito unir disciplinas afins de uma determinada área, refletiu no desprezo da profissão de farmácia em si, uma vez que concebiam a formação do farmacêutico apenas como industrial ou bioquímico. Esse contexto implicou em um ensino excessivamente tecnicista, voltado para um domínio especializado dos conhecimentos relacionados com a demanda da indústria farmacêutica e dos laboratórios de análises clínicas e alimentos, tornando a formação em Farmácia apenas uma etapa necessária para as habilitações (SATURNINO *et al.*, 2012).

Além dos reflexos nos currículos e no modelo pedagógico utilizado nessa época, o relatório Flexner (1910) influenciou (e ainda influencia) o processo de trabalho dos profissionais de saúde no Brasil, o qual tradicionalmente é marcado pelo modelo biomédico, cujo entendimento do conceito de saúde é reducionista e com base biologicista, orientada pela especialização e uso de tecnologias pesadas - modelo hospitalocêntrico (PAGLIOSA, DA ROS, 2008). Contudo, a promulgação da Constituição Federal, em 1988, e, posteriormente, a criação do SUS, em 1990, tem trazido mudanças significativas na área saúde. Com a implementação do SUS, o modelo biomédico tem sido substituído pelo paradigma do cuidado em saúde, com ênfase na incorporação das práticas no setor primário, foco na atenção integral, humanizada e resolutiva e na adoção da concepção ampliada de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; PAIM *et al.*, 2011). Esse “novo” modelo tem a estratégia saúde da família como eixo reestruturante e o trabalho é pautado na responsabilização, formação de vínculo, reconhecimento do usuário como protagonista do seu cuidado e trabalho em equipe (PAIM *et al.*, 2011).

Essa alteração no panorama da área da saúde apontou para a necessidade de repensar a formação de todos os profissionais da área da saúde (CARVALHO, Y. M. DE; CECCIM, 2006). Assim, no Brasil, as discussões acerca da reestruturação do ensino em Farmácia e redefinição do perfil do farmacêutico (técnico e social) iniciaram-se juntamente com os debates sobre a necessidade de ressignificação da formação dos recursos humanos na área da saúde para o fortalecimento do SUS.

Ademais, a publicação da Constituição Federal permitiu o início dos debates da nova LDB, que veio a ser aprovada em 1996 (MORAIS, 2015). A LDB extinguiu os currículos mínimos e estabeleceu as DCN como responsáveis pelos rumos da formação superior. A LDB entende a graduação como etapa inicial formal, que constrói a base para um permanente processo de educação continuada e aponta que o ensino superior deve voltar-se para a formação integral do aluno. As DCN permitem a flexibilização dos currículos, compondo um padrão geral, que tem por objetivo orientar a elaboração dos Projetos Políticos dos Cursos desenvolvidos pelas Instituições de Ensino Superior brasileiras (BRASIL, 1996).

As DCN/2002 do curso de graduação em Farmácia foram elaboradas a partir das DCN dos cursos de graduação da área da saúde, as quais elencaram as bases que deveriam estar presentes em todos os cursos de graduação desta área (BRASIL, 2001). Segundo este documento, a educação na saúde deve estar alicerçada nos quatro pilares da educação - o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser (DELORS *et*

al., 2010) - e ser pautada no compromisso com a construção e consolidação do SUS (BRASIL, 2001; HADDAD *et al.*, 2006).

Segundo Araújo e Prado (2011), a implantação das DCN/2002 exigiria uma mudança radical na filosofia do ensino de Farmácia, uma vez que vislumbravam a substituição da visão tecnicista dos currículos mínimos, para uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, voltada para o cuidado a saúde. As DCN/2002 propõem a formação do farmacêutico norteada pelo uso racional de tecnologias em saúde e pelos princípios do SUS, principalmente a integralidade e a resolutividade (ARAÚJO; PRADO, 2011).

No entanto, na Farmácia, a apropriação do termo generalista parece ter se diferenciado de sua interpretação em comparação com as demais profissões da área da saúde, para as quais ser generalista significa “ser capaz de atender às principais necessidades de saúde da população, na lógica e no contexto da atenção primária à saúde” (BRASIL, 2007). Na área da Farmácia, o termo generalista foi interpretado como a formação de um profissional capaz de exercer as atividades antes previstas em cada uma das habilitações da profissão – as análises clínicas e toxicológicas, a indústria farmacêutica e a área de alimentos – as quais configuram 31 competências a serem desenvolvidas durante a formação (BRASIL, 2002). Isso gerou currículos sobrecarregados, com elevada carga horária e abordagem superficial, resultando em grandes dificuldades dos estudantes em conectar e dar sentido a tudo que é abordado durante a sua formação (MENDONÇA, 2016), fazendo com que eles se formem em uma profissão que mal conhecem (SOARES *et al.*, 2008).

As DCN/2002 previam a construção de uma matriz interdisciplinar, na qual a organização dos conteúdos de todas as áreas deveria interagir entre si (Biológicas, Exatas, Humanas e Sociais e Farmacêuticas), evitando a dicotomia entre o ciclo básico e profissionalizante, sendo que a abordagem de temas inerentes às atividades profissionais deveria ocorrer de forma precoce no curso (BRASIL, 2002). Contudo, identifica-se ainda uma ótica intradisciplinar na maioria das matrizes curriculares dos cursos de Farmácia do Brasil. Os componentes curriculares/disciplinas antes ministrados na forma de habilitação foram incorporados em uma única matriz como disciplinas isoladas, sendo ainda pouco perceptível a integração entre três áreas profissionalizantes (medicamentos, análises clínicas e alimentos) (MORAIS, 2015).

Estudo realizado por Moraes (2015) analisou as matrizes curriculares de 260 cursos de Farmácia e verificou que do total da carga horária destinada aos componentes curriculares/disciplinas obrigatórios (71,92% da carga horária total do curso) compreendia uma porcentagem média da carga horária para a área de Ciências Farmacêuticas (componente

profissionalizante) de 37%, e das áreas de Ciências Básicas (exatas e biológicas) de 28%. As Ciências Humanas e Sociais apresentaram a menor proporção da carga horária, de 7 a 9%, com exceção da região Sul, que os cursos chegam a destinar 13% da carga horária para essa área. Referente à área Clínica, vários cursos incluíram componentes curriculares/disciplinas, a saber, semiologia, farmacoterapia, dispensação de medicamentos, farmácia hospitalar, entre outras (MORAIS, 2015).

Diante da necessidade e dificuldade de adaptar o currículo a nova realidade da profissão farmacêutica, com prioridade no cuidado em saúde e na consolidação do SUS, inúmeros debates a respeito das DCN se intensificaram no Brasil. Destaca-se o I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica, realizado em maio de 2015, o qual reuniu educadores de cursos de Farmácia de todo o país, pós-graduandos da área e entidades, com o objetivo de discutir as competências a serem desenvolvidas para a formação clínica de farmacêuticos e elaborar um documento para subsidiar as discussões quanto às alterações nas DCN dos cursos de Farmácia; além de compartilhar as práticas de ensino para a formação clínica de farmacêuticos e discutir a necessidade de criação de um fórum permanente de educação na área clínica (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017).

A primeira versão da proposta da matriz de competências para a atuação clínica do farmacêutico, resultante desse processo de consolidação, foi entregue à comissão organizadora do Congresso Brasileiro de Educação Farmacêutica, em junho de 2015 e subsidiou as discussões estaduais e o II Fórum Nacional para discussão das DCN do curso de graduação em Farmácia. Assim, em março de 2016, a primeira versão da matriz de competências foi submetida à Consulta Pública/CFF nº 01/2016 e publicada em 2017, sendo o resultado um instrumento norteador para a formação clínica de farmacêuticos (ANEXO A) (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017).

A matriz é dividida em três áreas: (1) cuidado a família e comunidade, cujas competências/ações-chave são identificar e avaliar a demanda de saúde da comunidade e planejar, executar e avaliar ações de saúde coletiva; (2) cuidado ao paciente, cuja competências/ações-chave são: fazer acolhimento, identificar as necessidades e os problemas de saúde do paciente, elaborar o plano de cuidado, realizar intervenções estabelecidas no plano de cuidado, avaliar os resultados das intervenções realizadas); e (3) organização e desenvolvimento de serviços/desenvolvimento profissional e pessoal para o cuidado a saúde, cuja competências/ações-chave são: reconhecer e avaliar a organização dos serviços de saúde e sua integração com as redes de atenção à saúde, realizar comunicação e gestão da tecnologia

de informação em saúde, atuando com competência cultural e gerenciar pessoas (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017).

3.2.6.3.2 *Ensino farmacêutico no Brasil na atualidade*

O Brasil tem vivenciado um aumento no número de novos cursos de graduação em Farmácia nas últimas duas décadas, o qual está fortemente associado à oferta do curso pelas IES privadas (LOPES *et al.*, 2019; VIEIRA; MOYSES, 2017). Esse crescimento no número de cursos e vagas no ensino superior no Brasil está relacionado a incentivos do Estado, os quais facilitaram a abertura de tais instituições e pactuação por meio da isenção de impostos, financiamento destinado a estudantes matriculados em instituições privadas de educação superior (Fundo de Financiamento Estudantil - FIES) e da formação de profissionais via bolsas integrais ou parciais (Programa Universidade para Todos – ProUni) (OLIVEIRA *et al.*, 2017; PIERANTONI *et al.*, 2012).

O ensino farmacêutico, atualmente, é regulamentado pela Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017, que revogou a Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002, e instituiu as novas DCN para os cursos de graduação em Farmácia. As DCN/2017 estabelecem como perfil do formando egresso/profissional, *“um profissional da área de Saúde, com formação centrada nos fármacos, nos medicamentos e na assistência farmacêutica, e, de forma integrada, com formação em análises clínicas e toxicológicas, em cosméticos e em alimentos, em prol do cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade”* (BRASIL, 2017).

O curso de graduação em Farmácia, bacharelado, deve ser estruturado em três eixos de formação - cuidado em saúde, tecnologia e inovação em saúde e gestão em saúde - contemplando atividades teóricas, práticas, estágios curriculares obrigatórios, trabalho de conclusão de curso e atividades complementares. A execução do eixo Cuidado em Saúde destaca que o exercício do cuidado em saúde requer o desenvolvimento de competências para identificar e analisar as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, bem como para planejar, executar e acompanhar ações em saúde. A execução do eixo tecnologia em saúde requer o desenvolvimento de competências necessárias na pesquisa, desenvolvimento, produção, controle e garantia da qualidade de medicamentos e insumos, e provisão de bens e serviços”. E a execução do eixo gestão em saúde requer competências para identificar e registrar os problemas e as necessidades de saúde; elaborar, implementar,

acompanhar e avaliar o plano de intervenção, processos e projetos; e promover o desenvolvimento de pessoas e equipes (BRASIL, 2017).

Os cursos de graduação em Farmácia devem ter carga horária mínima de 4.000 horas (quatro mil), sendo que, excetuando-se o estágio curricular e as atividades complementares, 50% da carga horária devem estar distribuídas no eixo cuidado em saúde, 40% no eixo tecnologia e inovação em saúde e 10% no eixo gestão em saúde. Ainda, os conteúdos da área de ciências farmacêuticas devem corresponder, no mínimo, a 50% da carga horária do curso (BRASIL, 2017).

Os estágios curriculares, os quais devem corresponder a no mínimo 20% da carga horária total, devem ser desenvolvidos de forma articulada, em complexidade crescente ao longo da graduação, contemplar os diversos cenários de prática do SUS, sendo que a farmácia universitária deve ser cenário obrigatório de prática. As Diretrizes apontam que os estágios curriculares devem ser desenvolvidos, com sua respectiva porcentagem em relação à carga horária total para este componente, em cenários de prática relacionados a: fármacos, cosméticos, medicamentos e assistência farmacêutica (60%); análises clínicas, genéticas e toxicológicas e alimento (30%) e especificidades institucionais e regionais (10%) (BRASIL, 2017).

Percebe-se um movimento no Brasil, especialmente com a publicação das DCN/2017, de aproximar a formação farmacêutica à recomendada pela OMS e FIP, com direcionamento de maior carga horária para a área do cuidado em saúde, porém com o ensino experiencial ainda pouco estruturado e com a influência marcante das antigas habilitações. As DCN/2017, seguindo a tendência mundial, propõem que os cursos organizem seus currículos por competências, entretanto não as descrevem no escopo do seu texto, o que pode comprometer o alcance de um padrão nacional de formação farmacêutica, além de dificultar as reformas curriculares (BRASIL, 2017).

Essa nova concepção, currículo orientado por competências, suscita profundas mudanças no processo educacional, com ênfase no ensino em serviço, visando maior aproximação entre o processo ensino-aprendizagem e as demandas do mundo do trabalho. Ademais, as DCN/2017 também sugerem que o ensino dos profissionais das áreas da saúde se aproxime do ideário da pedagogia crítica - construção de sujeitos autônomos e livres, com formação generalista, crítica, reflexiva e criativa (PRADO; REIBNITZ, 2016).

Assim, busquei me aproximar dos pressupostos que envolvem essa mudança paradigmática no ensino nos cursos de Farmácia - o ensino baseado em competências e a pedagogia crítica -

e posteriormente, para melhor compreensão do meu objeto de pesquisa, aprofundar o meu entendimento acerca da Teoria do Ensino Experiencial de David Kolb.

3.3 ENSINO BASEADO POR COMPETÊNCIAS

O paradigma do ensino baseado por competências se originou, no século XIX, como uma alternativa aos sistemas educacionais tradicionais e, ressurgiu, na década de 1970, diante do aumento do ceticismo público em relação aos resultados dos sistemas educacionais, apoiado fortemente pelo departamento de educação dos Estados Unidos. Esse modelo de ensino foi desenvolvido na tentativa de tornar o ensino superior “mais eficiente, econômico e relevante para a vida dos alunos, particularmente suas vidas profissionais” (GALLAGHER; GALLAGHER, 2014).

A pedagogia das competências propõe a superação do tipo de formação profissional voltada a atender às demandas do modelo de acumulação taylorista-fordista, o qual buscava formar trabalhadores adaptados aos processos de trabalho fortemente marcado por funções parcelares e atividades fragmentadas, onde o treinamento com base na repetição e na memorização de procedimentos era suficiente a um bom desempenho dos trabalhadores, uma vez que o importante era saber como fazer e não o porquê de fazer (ARAÚJO, 2001).

O modelo de acumulação taylorista-fordista apoia-se no conceito de qualificação, a qual está associada à valorização de um saber acadêmico, correspondente a um título, e pressupõe capacidades esperadas não colocadas em prática, de formação inicial, que constitui a base de uma escala de salários. Já a noção de competência configura-se como um atributo individual, com focalização no indivíduo em detrimento do coletivo; na ideia de capacidade efetiva – saber-fazer - em oposição à ideia de capacidade potencial; no entendimento das capacidades profissionais em movimento, não mais fixadas em um posto de trabalho; e na sua associação a capacidades humanas amplas – de comunicação e gestão, espírito de equipe, iniciativa, flexibilidade, letramento - antes desvalorizadas e desestimuladas nos ambientes produtivos (ARAÚJO, 2001).

Segundo Philippe (2009), a qualificação, com base no treinamento fundamentado no behaviorismo, é descontextualizada e prescritiva, enquanto que a competência, ligada a uma perspectiva construtivista, como veremos a seguir, dá espaço aos sujeitos para que mobilizem os recursos mais apropriados à situação complexa com que trabalham, atribuindo grande importância à ação contextualizada (PHILIPPE, 2009).

Assim, a pedagogia das competências surge como um tipo de formação desvinculada da noção de postos de trabalho e tem sido apresentada pelos seus defensores como capaz de estabelecer novas práticas formativas comprometidas com a elevação do nível de formação dos trabalhadores, com o desenvolvimento das potencialidades humanas e com a necessidade de superar a dualidade entre trabalho e educação (ARAUJO, 2001).

3.3.1 Tendências para a noção de competência

Os enfoques adotados para a formação de competências podem ser diferenciados a partir do conceito de competência que utilizam, de como buscam identificar as competências e das metodologias e referenciais sobre os quais se estruturam, sendo que as três principais tendências são: o condutivismo, funcionalista e o construtivismo (MERTENS, 1996).

3.3.1.1 Condutivismo

Essa abordagem, fundada na psicologia de Skinner, baseia-se no behaviorismo, que tem como prioridade a observação empírica em oposição à introspecção, sendo os conceitos de estímulo e reação centrais para a compreensão da aprendizagem. O ambiente é o fator determinante aos processos de aprendizagem, que é entendido como processo de modelação do homem, mediante estímulos e respostas, de onde resultam atitudes, conceito e valores, pressupondo, assim, um sujeito passivo na sua relação com o objeto (ARAUJO, 2001; MERTENS, 1996).

A identificação das competências deve ser feita a partir das características de desempenhos considerados superiores, sistematizadas a partir da observação de comportamentos profissionais comuns a uma série de tarefas e ocupações. Assim, as tarefas vinculadas a uma ocupação, ou família de ocupações, constituirão a base dos programas de formação. As competências, de acordo com a tendência condutivista, são as características comportamentais que diferenciam um desempenho superior de um desempenho médio ou pobre (ARAUJO, 2001).

3.3.1.2 Funcionalistas

A abordagem funcionalista é fundada na pedagogia funcional de Édouard Claparède, a qual sofre influência do pragmatismo de Dewey, ao utilizar o interesse como ponto de partida à aprendizagem, e da psicologia funcional de William James, ao entender a importância da ação no processo de aprendizagem. De acordo com essa abordagem, a aprendizagem é resultado de

processos de ensaios e erros, de início prático e exterior, que posteriormente é interiorizado sob a forma de uma construção mental. Os procedimentos de formação devem ser individualizados (aluno como centro do processo formativo), o docente possui função de mediador no processo de formação (estimular os interesses e despertar para as necessidades), e os conteúdos a serem trabalhados devem ser úteis e servirem como instrumento de ação social (ARAUJO, 2001).

A identificação das competências é feita a partir dos objetivos principais das organizações e habilidades, conhecimentos e atitudes dos trabalhadores necessários para o alcance dos resultados esperados. Para isso, as funções produtivas são decompostas em unidades de competências, que devem expressar o “ser capaz de”, e estas em elementos de competências, que devem poder ser aprendidos, avaliados e certificados. Assim, competências profissionais são entendidas como um conjunto de elementos de competência integrados de modo tal que correspondam a funções produtivas complexas, que se realizam normalmente no âmbito do trabalho, sendo considerado competente aquele que consegue cumprir de maneira exitosa os objetivos definidos pela empresa e produzir os resultados esperados (ARAUJO, 2001; MERTENS, 1996).

3.3.1.3 Construtivistas

A abordagem construtivista de desenvolvimento de competências, do teórico Bertrand Schwartz, defende uma educação profissional vinculada à compreensão das situações vividas e a resolução de problemas colocados pela experiência, sendo, para isso, utilizados como procedimentos de formação a prática da alternância, associada ao método de resolução de problemas e a pedagogia da disfunção (ARAUJO, 2001).

O processo de ensino-aprendizagem ocorre em uma sequência de etapas ordenadas, onde os conhecimentos prévios condicionariam, em parte, os caminhos a serem seguidos pelas novas experiências educativas, sendo considerado eficaz aquele que parte do nível de desenvolvimento real do aluno para levá-lo a progredir a um nível superior. A aprendizagem ocorre como resultado da incorporação de dados da realidade às estruturas cognitivas - do concreto para o abstrato – e o trabalho, nessa perspectiva, é entendido como espaço de interação social que promove, impulsiona e gera aprendizagem para o fazer, no interior do qual se forma e transforma o ser (ARAUJO, 2001).

A definição das competências ocorre pela identificação das deficiências apresentadas pelos trabalhadores que demonstrem menor capacidade de trabalho. A ideia de disfunção é, portanto, central para compreender o conceito de competência para este enfoque. Assim, trabalhador competente é o indivíduo que sabe dar respostas eficientes ao seu contexto produtivo, corrigindo os problemas existentes nas situações de trabalho, tendo em vista a coesão do sistema produtivo em torno dos objetivos estabelecidos para a produção (ARAÚJO, 2001).

As três tendências apontam para um afastamento das perspectivas teóricas e metodológicas do ensino tradicional, em diferentes proporções, na medida em que se aproximam da abordagem construtivista. A abordagem condutivista pouco se diferencia da lógica do ensino tradicional; a fundamentalista, apesar de trazer inovações no processo de ensino, sofre forte influência do racionalismo e pragmatismo, aspectos estes responsáveis pelas principais críticas à pedagogia das competências (descrito mais adiante), e a construtivista talvez seja a única abordagem que traz avanços reais no processo educacional.

3.3.2 Definindo e construindo competências: Pressupostos de Philippe Perrenoud

No Brasil, um autor bastante utilizado nas discussões sobre o ensino por competências, com livros e artigos traduzidos para a língua portuguesa, é Philippe Perrenoud, o qual compartilha de muitos princípios defendidos por Le Boterf, autor que trabalha com o conceito de competência profissional. Apesar de não haver uma definição conclusiva sobre o conceito de competência, atualmente a mais aceita é da ordem de “ser capaz de mobilizar” (LE BOTERF, 1995; PERRENOUD, 1999; PHILIPPE, 2009).

Perrenoud (1999) define competência como a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos - elementares e esparsos ou complexos e organizados em redes - porém sem limitar-se a eles. Uma competência nunca é a implementação "racional" pura e simples de conhecimentos, pois sua apropriação não permite mobilização em situações de ação (LE BOTERF, 1995; PERRENOUD, 1999).

A construção de competências é inseparável da formação de esquemas de mobilização, os quais integram experiências passadas e permitem gerar uma infinidade de práticas diferenciadas e adaptadas a situações novas, uma vez que funciona como uma matriz de percepções, apreciações e torna possível a execução de tarefas graças às transferências analógicas de esquemas. A formação de esquemas ocorre por meio de treinamentos, cuja

repetição (redundância) possibilita a sua estruturação e, para isso, é necessário tempo suficiente de viver as experiências e analisá-las (PERRENOUD, 1999).

A competência orchestra um conjunto de esquemas e detecta analogias que permitem mobilizar recursos para construir uma resposta adequada a uma situação nova. Para isso, a competência utiliza-se do processo de transferência, o qual ao mesmo tempo em que mobiliza a lembrança das experiências passadas, livra-se delas para sair da repetição e inventa de maneira criativa soluções parcialmente originais, que respondem à singularidade da situação presente (PERRENOUD, 1999). Segundo Perrenoud (1999) “*a ação competente é uma “invenção bem-temperada”, uma variação sobre temas parcialmente conhecidos, uma maneira de reinvestir o já vivenciado, o já visto, o já entendido ou o já dominado, a fim de enfrentar situações inéditas o bastante para que a mera e simples repetição seja inadequada*” (PERRENOUD, 1999).

Uma competência pressupõe a existência de recursos mobilizáveis, porém nenhum recurso pertence, com exclusividade, a uma competência, bem como nossos esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio. Ainda, uma competência pode funcionar como um recurso mobilizável por competências mais amplas, ou seja, toda competência, conforme o momento, pode mobilizar recursos ou funcionar como recurso para uma competência mais ampla (PERRENOUD, 1999).

Durante a sua formação, uma competência passa por raciocínios explícitos, decisões conscientes, inferências e hesitações, ensaios e erros, e pode automatizar-se gradativamente e constituir-se em um esquema complexo, um novo componente estável desse “inconsciente prático”. Só há competência estabilizada quando a mobilização dos conhecimentos supera o processo reflexivo e aciona esquemas já constituídos. Assim, a resposta à determinada situação pode ocorrer instantaneamente, assumindo a competência, aparência de um complexo esquema estabilizado, onde as condutas são largamente automatizadas e organizadas por um esquema único; ou precisa de tempo e esforços mentais para apreender uma nova realidade e reduzi-la de maneira aproximativa a problemas que se sabe resolver. Essas situações requerem reflexão, deliberação interna e consultas, ativando sucessivamente vários esquemas para chegar à solução procurada (PERRENOUD, 1999).

Dessa forma, um especialista é competente porque simultaneamente domina, com muita rapidez e segurança, as situações mais comuns, por ter à sua disposição esquemas complexos que podem entrar imediata e automaticamente em ação. Sem vacilação ou reflexão real; é capaz de, com um esforço razoável de reflexão, coordenar e diferenciar rapidamente seus

esquemas de ação e seus conhecimentos para enfrentar situações inéditas (PERRENOUD, 1999). Le Boterf acrescenta, ainda, que a competência supõe um olhar crítico sobre os resultados de sua ação para enfrentar as situações, os quais devem ser socialmente aceitáveis (LE BOTERF, 1997).

3.3.3 Formação pautada na noção de competência

“Quem, a longo prazo, poderia defender conhecimentos absolutamente inúteis para a ação, em seu sentido mais amplo? (...) ou continuar defendendo um utilitarismo estreito, limitado a alguns savoir-faire (saber-fazer) elementares?” (PERRENOUD, 1999).

A abordagem por competência é considerada por Perrenoud uma questão ao mesmo tempo de continuidade e de ruptura. De continuidade, pois a escola sempre pretendeu desenvolver as "faculdades gerais", "pensamento", além da assimilação dos conhecimentos. Entretanto, as transformações do mundo e o avanço das tecnologias tem requerido flexibilidade e criatividade dos trabalhadores e o ensino precisa acompanhar essa evolução de ruptura, no que se refere às rotinas pedagógicas e didáticas, às compartimentações disciplinares, à segmentação do currículo e ao peso da avaliação (PERRENOUD, 1999).

3.3.3.1 Processo de ensino-aprendizagem em uma formação por competências

Uma abordagem por competências determina que os conhecimentos constituem recursos de uma ação, frequentemente determinantes, sendo necessário para isso estarem disponíveis no momento certo para "entrarem em sintonia" com a situação (PERRENOUD, 1999). O estudante construirá competências de alto nível quando confrontado, regular e intensamente, com problemas numerosos, complexos e realistas, que mobilizem diversos tipos de recursos cognitivos.

A noção de problema é fonte de confusão, pois não basta "simplesmente" inserir alunos em situação de identificação e resolução de problemas, artificiais e descontextualizados, construídos pelos professores. Philippe Meirieu trabalha com o conceito de situação-problema, pois acredita que um problema para ser "realista" deve estar "incluído" em uma situação que lhe dê sentido (PERRENOUD, 1999). Uma situação-problema deve estar organizada em torno da superação de um obstáculo previamente identificado e cabe ao professor reconhecer e auxiliar o aluno a identificá-lo (objetivo-obstáculo) e implementar um escoramento que evite a sensação de impotência e o desânimo (PERRENOUD, 1999). Assim,

de acordo com o “caminhar” dos alunos, certas sequências, previamente estabelecidas, precisam ser interrompidas e, ocasionalmente, partir para um novo projeto, requerendo do professor um planejamento didático flexível (PERRENOUD, 1999).

A abordagem por competências dedica-se a um pequeno número de situações fortes e fecundas, que produzem aprendizados e giram em torno de importantes conhecimentos, e obriga a abrir mão de boa parte dos conteúdos ditos “indispensáveis”. O professor, ao selecionar diversos tipos de situações-problema, deve ter clareza onde quer chegar, os obstáculos cognitivos com os quais quer confrontar todos ou parte de seus alunos, sendo que os recursos podem ser trabalhados em situação ao vivo ou separadamente, antes de integrá-los a uma conduta global. Ainda, as situações selecionadas devem considerar a realidade com a qual os alunos irão confrontar-se. Para isso, é preciso substituir a reflexão especulativa e idealista que preside a elaboração dos programas escolares por uma transposição didática, apoiada em uma análise prospectiva e realista das situações de vida. No entanto, alguns autores advertem que, apesar da importância do nexo entre o saber e a realidade, é preciso ter claro que isso não pode resultar no simples imediatismo, uma vez que as práticas pedagógicas devem ser comprometidas com a construção de uma cultura crítica e ampla (ARAÚJO, 2001).

A abordagem por competências acentua a necessidade da diferenciação do ensino e da individualização dos percursos de formação e apoia a centralidade no aluno. Os alunos são responsáveis pelo seu próprio aprendizado, o que melhora o seu engajamento e motivação; o processo de formação prevê a flexibilidade no tempo para adquirir e desenvolver competências no seu próprio ritmo; e adota a continuidade da aprendizagem, desde a graduação até o desenvolvimento profissional ao longo da vida, por meio da garantia do desenvolvimento das competências de aprendizagem ao longo da vida (FRANK *et al.*, 2010; IOBST *et al.*, 2010; KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; PERRENOUD, 1999).

No entanto, Gallagher e Gallagher (2014) destacam que a ênfase excessiva na “personalização” e “individualização” dessa abordagem pode comprometer o sucesso acadêmico, uma vez que a aprendizagem é um processo social altamente situada e contextualizada, onde a construção de conhecimento se dá na prática com outras pessoas (GALLAGHER; GALLAGHER, 2014). Assim, é papel dos professores projetar cuidadosamente o ambiente de ensino-aprendizagem de modo a permitir autonomia e desenvolvimento de relação com colegas e professores; expô-los a tarefas desafiadoras e incluir a reflexão da aprendizagem durante o processo (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017).

Na pedagogia centrada nos conhecimentos, o papel do aluno é escutar, tentar entender, fazer os exercícios com aplicação, sendo a avaliação feita por testes de conhecimento papel-lápis. Em uma pedagogia das competências espera-se que o aluno adote uma postura prática reflexiva, devendo implicar-se, participar de um esforço coletivo para criar um projeto e construir novas competências, com direito a ensaios e erros, a expor suas dúvidas, a explicitar seus raciocínios, a tomar consciência de suas maneiras de aprender, de memorizar e de comunicar-se (PERRENOUD, 1999).

O professor tem sua prática transformada, seja na maneira de "dar a aula", ou na sua relação com o saber, o que altera profundamente a sua identidade. A sua relação com o saber torna-se menos hierárquica - do erudito descontextualizado ao oriundo da experiência – e o conhecimento é aceito como estando sempre ancorado na ação. Durante a sua prática de “dar aula” deve desistir do domínio da organização dos conhecimentos na mente do aluno, sendo sua expertise requerida não mais em expor conhecimentos de maneira discursiva, mas em sugerir e trabalhar as ligações entre conhecimentos e situações concretas. Por fim, para ter uma prática pessoal para ensinar conhecimentos basta ser um pouco erudito, mas para formar em competências, melhor seria que parte dos formadores as possuísse (PERRENOUD, 1999).

A formação de competências substitui a lógica de ensino para uma lógica de treinamento, onde se constroem as competências exercitando-se em situações complexas. Perrenoud destaca que a abordagem por competências não se trata de uma pedagogia da ilustração da teoria com alguns casos concretos no fim do percurso; ou de uma pedagogia da sensibilização inicial com alguma demonstração interessante antes da aula teórica, mas sim aprender fazendo o que não se sabe fazer, e cabe ao professor, não improvisar aulas, mas regular o processo com a construção de problemas de complexidade crescente (PERRENOUD, 1999).

A pedagogia das competências pressupõe a necessidade de aproximação entre os processos formativos e as situações de trabalho, por isso privilegia-se o método de ensino por problema e projetos, e a formação por alternância (períodos de formação em empresas e outros na “escola”) (ARAUJO, 2001). Durante o processo de projeto ou resolução de problemas é preciso não apenas a presença física e mental efetiva, mas também um investimento que implique imaginação, engenhosidade, perseverança, o que impede que o aluno se volte, com a mesma facilidade de sempre, para uma cautelosa passividade (PERRENOUD, 1999). Segundo Dewey é por meio da experiência, direta e indireta, nos processos formativos, que fatos, valores e teorias ganham sentidos (pessoais), quando conectados às experiências próprias dos indivíduos (ARAUJO, 2001).

No entanto, o processo de resolução de problemas ou de projetos pode reforçar as desigualdades e beneficiar ainda mais os favorecidos. Os alunos que fazem boas perguntas conduzem observações perspicazes, emitem hipóteses, assumem a liderança de um processo coletivo e anotam elementos pertinentes (GALLAGHER; GALLAGHER, 2014; PERRENOUD, 1999). Deste modo, o desafio do professor, segundo Perrenoud, está em reunir em grupos pequenos, frente a uma mesma situação de aprendizado, alunos de níveis diferentes, sem que isso beneficie, sistematicamente, os favorecidos (PERRENOUD, 1999).

3.3.3.2 Processo de avaliação no ensino baseado em competências

A competência é um atributo que só pode ser verificado em ação, em uma determinada situação. Assim, no ensino baseado em competências, a avaliação deixa de ser centrada em disciplinas e passa a ser verificada por meio de situações e tarefas específicas (BRACCIALLI, 2009). Segundo Tem Cate, Snell e Carraccio, a competência deve ser avaliada nos graduandos pela demonstração da execução das atribuições profissionais esperadas em ambiente de prática cotidiana (observação do professor), uma vez que a competência não se limita a um atributo mensurável do indivíduo, mas deve ser vista no contexto da interação entre habilidade e ambiente (TEN CATE; SNELL; CARRACCIO, 2010).

Uma das principais características do ensino baseado em competências é o foco nos resultados, o que tem criado a necessidade de métodos de avaliação válidos e confiáveis para avaliar e garantir que todos os graduandos alcancem um nível mínimo aceitável dentro de um padrão (KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; TEN CATE; SNELL; CARRACCIO, 2010). Para auxiliar a operacionalização dos resultados educacionais tem sido utilizado, principalmente, na área médica, a abordagem das “Atividades Profissionais Confiáveis” (*Entrustable Professional Activities* - EPAs), as quais são aspectos da atuação profissional cuidadosamente descritos, respeitando contexto e nível de desenvolvimento (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017).

A progressão dos alunos no currículo – aquisição de competências - pode ser orientada e monitorada por meio da observação e da definição de estágios intermediários (“marcos”), os quais se constituem como pontos de ancoragem para estruturar o currículo e/ou como pontos críticos para avaliar se os alunos estão progredindo de acordo com as expectativas (KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; MILLER, 1990; NASH *et al.*, 2015).

Para o alcance dos resultados educacionais/competências, o ensino baseado em competências prevê a utilização de avaliações formativas e somativas (certificativas). A avaliação formativa visa o monitoramento da aprendizagem, com o objetivo de feedback, ao professor e aluno, sobre o progresso do discente no processo de aprendizagem, auxiliando o professor a identificar áreas problemáticas e, assim, poder ajudá-los a adaptar e melhorar sua aprendizagem - transformação do contrato didático (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; PERRENOUD, 1999). No entanto, Gallaher e Gallagher (2014) apontavam que eram poucos os programas em que há interação significativa entre professores e alunos.

As avaliações somativas são usadas para classificar os alunos no final dos diferentes elementos curriculares, comparando-os com algum padrão ou referência, de modo a garantir que cada aluno cumpra os requisitos curriculares – obtenção de competências (KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; MILLER, 1990; NASH *et al.*, 2015). Perrenoud (1999) reforça que por influenciar o trabalho escolar diário e as estratégias dos alunos, se a abordagem por competências não transformar os procedimentos de avaliação - o que é avaliado e como é avaliado — são poucas as suas chances de "seguir adiante" (PERRENOUD, 1999).

Segundo Koster, Schalekamp e Meijerman (2017), para manter a motivação do aluno e evitar o seu esgotamento (ansiedade e desgaste), deve-se dividir os períodos de avaliação ao longo do ano e tornar a avaliação parte integrante dos elementos curriculares – sistema de avaliação contínuo – porém concentrando-se em um número limitado de avaliações somativas, bem escolhidas, e com investimento maior em avaliações formativas frequentes. Vários instrumentos de avaliação foram desenvolvidos para avaliar a educação baseada na competência como: estudo de casos, OSCE, simulações e o uso de EPAs, os quais podem motivar os alunos e prepará-los para sua vida profissional (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017).

3.3.3.3 Organização de um currículo por competências

A criação de um currículo requer a contribuição de professores, alunos, especialistas em educação e pessoal de apoio administrativo (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; PERRENOUD, 1999). Os currículos orientados por competência devem alinhar metodologias de ensino-aprendizagem, práticas pedagógicas, diferentes contextos e cenários de aprendizagem. Além de métodos de avaliação e atividades de pesquisa, trazendo o

desenvolvimento da identidade profissional para o centro das atividades de aprendizado, por meio da busca ativa pelo conhecimento, interdisciplinaridade, integração teórico-prática e interação ensino-sociedade (SANTOS, 2011b).

Um currículo baseado em competências é muito mais do que uma coleção de disciplinas, requer a organização dos elementos curriculares – disciplinas, projetos (de pesquisa) e estágios - em uma sequência lógica, considerando a natureza obrigatória ou eletiva dos elementos, de acordo com as especializações ou perfil dos alunos durante o currículo (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017). Assim, as competências constituem-se em um dos princípios organizadores da formação, uma vez que não rejeita nem os conteúdos e disciplinas, mas acentua sua implementação (PERRENOUD, 1999)

A organização do currículo em módulos é apresentada como a estratégia de estruturação curricular, onde cada módulo corresponde a uma ou mais funções (unidades de competência) que um trabalhador deve desempenhar no contexto de suas ocupações, o que facilita o desenvolvimento individualizado das competências (MERTENS, 1996).

O ensino baseado em competências prevê a ruptura da segmentação em programas anuais, onde os programas escolares são definidos pelas expectativas da etapa seguinte da escolaridade - o ciclo anterior prepara para o ciclo posterior (PERRENOUD, 1999). A abordagem por competência requer a continuidade do processo formativo, onde a progressão dos alunos requer sua exposição a competências, com aumento gradual de complexidade ao longo do currículo (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; PERRENOUD, 1999). Para isso, é necessária a integração de conteúdos e habilidades em elementos curriculares (integração horizontal) e o seu desenvolvimento longitudinal (integração vertical) (PEARSON; HUBBALL, 2012).

Perrenoud (1999) chama a atenção que o ensino não tem se preocupado com a integração das disciplinas em situações de práticas sociais, pois os formadores acreditam que essa integração irá ocorrer naturalmente. No entanto, a transferência de conhecimentos ou sua integração em competências não são automáticas e precisam de um acompanhamento pedagógico e didático, caso contrário, o aprendizado não fará sentido para os alunos e será rapidamente esquecido (PERRENOUD, 1999). Nos currículos tradicionais, essa integração é abrupta e ocorre no momento em que o aluno é confrontado com a prática de Farmácia pela primeira vez, durante os estágios ou na vida profissional. Nos currículos menos tradicionais, os alunos aprendem primeiramente habilidades isoladamente, para em seguida, a aplicação de habilidades no contexto de tarefas profissionais relevantes, com um aumento gradual da complexidade por

meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem - métodos de aprendizado baseados em problemas e em projetos; simulações em situações complexas e, finalmente, contato com a prática em locais de serviço (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; PEARSON; HUBBALL, 2012).

A adoção do Ensino Baseado em Competência coloca desafios substanciais: a dificuldade acerca do delineamento e operacionalização de competências - definir, desenvolver, implementar e avaliar; ruptura com os currículos tradicionais, de longa data, para um currículo com *design* distinto que requer aplicação de novos métodos de ensino e avaliação; necessidade de comprometimento e a cooperação de todas as partes interessadas envolvidas (docentes, alunos, instituição, sociedade); substituição de um currículo baseado no tempo para outro que ofereça planos de aprendizado flexíveis e individualizados; a modificação da formação dos professores. Em suma, o modo de ensinar e fazer aprender precisa ser radicalmente alterado (KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; PERRENOUD, 1999). Ademais, fica explicitado por muitos autores que o apoio dos professores é imprescindível para que floresça uma reforma educacional (GALLAGHER; GALLAGHER, 2014; KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; PERRENOUD, 1999).

3.3.4 Ensino baseado em competências na área da Farmácia

Tendências internacionais indicam que modelos educacionais baseados em competências estão se tornando dominantes para a educação de profissionais de saúde, como enfermagem, odontologia, medicina (KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017). Segundo Nash e colaboradores (2015), esse modelo pode garantir mais qualidade e empregabilidade, uma vez que se os futuros profissionais conhecem os padrões de competência da profissão desde a graduação e são encorajados a serem aprendizes e pensadores ao longo da vida (NASH *et al.*, 2015).

De acordo com Koster, Schalekamp e Meijerman (2017) há poucos artigos que descrevem experiências institucionais de reforma educacional para a adoção de currículos baseados em competências em cursos de Farmácia. No entanto, o interesse na sua implementação, apesar de ainda isoladas em países ou instituições específicas, tem ganhado mais espaço nas últimas décadas, devido ao seu amplo uso na educação médica (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017).

Os países desenvolvidos, principalmente, objetivando aumentar a capacidade de atendimento às necessidades de saúde da sociedade em rápida evolução, tem adotado esta abordagem, a qual tem sido apoiada com a criação de estruturas de competências (KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017). Na literatura farmacêutica, o termo “*competency framework*” é usado para referenciar o conjunto completo de competências consideradas essenciais para o desempenho da prática farmacêutica e “*competency standards*” refere-se às habilidades, atitudes, valores e crenças adquiridas - por meio da educação, treinamento e experiência clínica - que lhes permitem praticar efetivamente a profissão farmacêutica (KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA, 2016).

Como visto anteriormente, no panorama mundial do ensino farmacêutico, órgãos de diversos países, incluindo Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Reino Unido, elaboraram resultados educacionais e padrões de creditações com base em matrizes de competências, as quais refletem o padrão mínimo requerido para a titulação do farmacêutico desses países. O uso de padrões de competência tem sido utilizado internacionalmente, principalmente nos países desenvolvidos, e pretendem funcionar como princípios orientadores para a avaliação, elaboração, revisão e mapeamento de currículo; controle de qualidade e acreditação de cursos e estágios de Farmácia, e registro/licenciamento profissional farmacêutico (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; NASH *et al.*, 2015).

Na área da saúde, competência pressupõe a capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atitudes, a qual se traduz em resposta satisfatória às necessidades e demandas dos indivíduos e coletividades, mediante o exercício eficiente da atuação profissional e a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social em que atua (SANTOS, 2011b). Este conceito é, portanto, multidimensional, construído a partir de teorias que tem ancorado e restringido o conceito de competência a desempenhos, resultados e capacidades, porém em uma lógica mais abrangente que atenta a esses aspectos da formação profissional - suas dimensões contextuais, políticas e socioculturais - formando indivíduos para o mercado (formação profissional) e para a vida (formação pessoal) (SANTOS, 2011b). Koster, Schalekamp e Meijerman (2017) sugerem descrever a competência farmacêutica como um conjunto de habilidades em vários domínios ou aspectos do seu desempenho em um determinado contexto.

O entendimento da competência profissional e a implementação do ensino farmacêutico baseado em competências requer descritores qualificados para definir as habilidades

relevantes, o contexto e o estágio do treinamento, uma vez que a competência é multidimensional e dinâmica, muda com o tempo, experiências e ambiente (FRANK *et al.*, 2010; KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017). Os requisitos para farmacêuticos são geralmente definidos em termos de resultados de aprendizado ou competências, porém não existe um "padrão de ouro" para uma estrutura de competência, mas ela precisa ser internamente consistente e capturar todos os aspectos da competência profissional exigida (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017).

Recentemente, em 2017, a *American Association of Colleges of Pharmacy* (AACP) publicou um conjunto das principais EPAs para a Farmácia, que consistem em seis domínios principais: (a) prestador de cuidados ao paciente, (b) membro da equipe interprofissional, (c) saúde da população (d) mestre da informação, (e) gerente da prática e (f) auto desenvolvedor (HAINES *et al.*, 2017). Cada domínio descreve as tarefas observáveis que integram várias competências nas atividades tangíveis do local de trabalho para simplificar sua avaliação, garantindo, assim, que os graduados em Farmácia sejam bem preparados para a prática profissional e colaborativa (HAINES *et al.*, 2016, 2017; KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020). Após a sua designação pelo AACP, como um método de avaliação de desempenho para alunos de Farmácia, há relatos do uso das EPAs para estruturação de programas de ensino experiencial em nível de graduação e especialização (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017).

A estruturação do currículo baseado em competências para a Farmácia segue idealmente, segundo Koster, Schalekamp e Meijerman (2017), seis etapas: (1) adoção de uma estrutura de competências; (2) definição dos resultados de aprendizagem pretendidos; (3) análise da trajetória de desenvolvimento; (4) seleção de métodos de avaliação adequados; (5) criação do ambiente de ensino-aprendizagem, a qual envolve a seleção de atividades de aprendizado, experiências dos alunos e métodos instrucionais; e (6) avaliação e ajuste das disciplinas individuais e do currículo como um todo, sendo que implementação bem-sucedida requer um sistema de gestão de qualidade eficaz e desenvolvimento profissional contínuo do professor. Os autores advertem que ruptura pragmática da profissão farmacêutica - de uma orientação quase exclusiva ao produto, para uma orientação mais ao paciente - pode gerar currículos sobrecarregados, sendo necessário, durante a elaboração do currículo (mais precisamente na etapa 1) o equilíbrio entre os aspectos científicos e os orientados para prática farmacêutica no cuidado ao paciente (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017).

3.3.5 Dualidade da aplicação da pedagogia das competências

Segundo Araújo (2004), o ideário do racionalismo, individualismo e o neopragmatismo têm moldado a pedagogia das competências, e tem sido motivo de críticas por diversos autores.

O racionalismo pode ser identificado no compromisso com a eficiência dos sistemas educacionais para o atendimento das demandas dos setores produtivos, ou seja, o ajuste dos indivíduos a organização do trabalho. Segundo Araújo, Tanguy (1997); Ropé (1997); Stroobants (1997); Machado (1998) e Schwartz (1990), sob forte influência do cognitivismo, o racionalismo tem influenciado a pedagogia das competências por meio da objetivação e padronização de comportamentos considerados competentes e da fragmentação do processo formativo, materializado na formação modular. A decomposição de tarefas – perspectiva modular – permite um sistema de unidades capitalizáveis organizadas de modo a permitir avaliar o “ser capaz de”. No entanto, na tentativa de explicitação dos atos humanos, particularmente no trabalho, numa sequência lógica, não consideram as múltiplas determinações da vontade, sejam as sociais, econômicas, políticas, que condicionam uma ação humana. Outra crítica apontada é que a união dos módulos não necessariamente garante o aprendizado do todo, e, conseqüentemente, o desenvolvimento de autonomia do indivíduo (ARAÚJO, 2001, 2004).

A inspiração individualista pode ser identificada na valorização do desenvolvimento de competências como uma construção pessoal – considerada como atributos dos sujeitos - e não social, deslocando o ensino centrado em saberes para a aprendizagem focada no aluno, o qual passa a ter responsabilidade pelo desenvolvimento de suas capacidades e por seu ingresso, sucesso e permanência no mercado de trabalho. No entanto, os críticos apontam que não há uma valorização do elemento humano, mas do seu enfraquecimento como coletivo, materializado pelo aumento de práticas de concorrência e aceitação de diferenças salariais (ARAÚJO, 2001, 2004). Na área da saúde, essa ênfase no individualismo, por contribuir para o senso comum de competitividade e valorização dos bens privados, pode comprometer a universalização do acesso à saúde e a responsabilização do Estado na estruturação do SUS (PEREIRA; LAGES, 2013).

E por fim, a inspiração pragmática, tendo como principal filósofo Dewey, está expressa na pedagogia das competências na definição de objetivos formativos referenciados em demandas específicas das empresas e na preocupação de vincular os processos formativos à atividade atual – caráter utilitário dos conteúdos para formar capacidades imediatas – em um processo de ajustamento (adaptabilidade) do indivíduo aos seus ambientes de trabalho. Assim, a

realidade dada deve ser o ponto de partida para as práticas pedagógicas, onde a partir de situações específicas são requeridos procedimentos e saberes, visando à justaposição entre atributos e situação (ARAÚJO, 2004).

As críticas ao modelo de ensino baseado em competências são duras (e pertinentes). No entanto, o ensino na área da saúde é, historicamente, marcado pelo paradigma positivista e pelo uso de métodos tradicionais. É influenciado fortemente pela fragmentação do saber, oriunda do relatório Flexner (1910), com divisão entre ciclo básico e profissional, caracterizado pela separação entre o corpo e a mente, a razão e o sentimento, a ciência e a ética, com intuito de tornar a ciência especializada e garantir a eficiência técnica (CARVALHO; CECCIM, 2006; SOUZA *et al.*, 2016).

A incorporação deste modelo no ensino e serviço na área da saúde no Brasil tem gerado baixa produção de conhecimento, separação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico; desumanização e descontextualização da prática; incorporação indiscriminada de tecnologias, e ainda serviços de saúde fundamentados no modelo hospitalocêntrico e biomédico (PAGLIOSA; ROS, 2008). A desaprovação do uso de metodologias tradicionais na formação de profissionais de saúde teve como balizador a VIII Conferência Nacional de Saúde, que denunciou a inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico, quanto nos aspectos ético e de consciência social (PEREIRA; LAGES, 2013). Com a criação do SUS, que passou a ser o ordenador da formação em saúde, houve a necessidade de formar profissionais que viabilizasse a sua construção e consolidação. Assim, para alcançar as recomendações das DCN para as áreas da saúde, a formação farmacêutica precisaria se distanciar da formação tecnicista e se aproximar de uma formação para o cuidado em saúde e trabalho em equipe.

A pedagogia das competências, pautada na racionalidade técnico-instrumental (filosofia pragmática), contribui para a formação dos trabalhadores quanto aos aspectos técnicos e de ética micropolítica, adaptando-os às melhores qualificações profissionais e às exigências do modo de organização social vigente. Todavia, a formação na área da saúde, como apontado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, requer que os *“egressos tenham a oportunidade do engajamento político, do questionamento dos problemas da ordem social vigente e da viabilização da construção de uma práxis histórica de reestruturação social a partir de sua atuação profissional”* (PEREIRA; LAGES, 2013).

Ademais, Pagliosa e da Ros (2008) defendem que os currículos e o processo de ensino-aprendizagem e avaliação dos cursos da área da saúde precisam ser redesenhados, para que

possam atender as demandas dos atuais contextos de serviços de saúde do Brasil, baseados na APS e no fortalecimento do SUS (PAGLIOSA; ROS, 2008). Assim, a formação na área da saúde, requer uma proposta pedagógica que favoreça, além da formação técnica, o desenvolvimento crítico e criativo dos estudantes e o seu envolvimento político.

Nesse contexto, o ensino baseado em competências, mostra-se como uma alternativa salutar ao modelo tradicional, e deve ser visto com suas limitações epistemológicas e metodológicas, as quais devem ser transpostas pelos educadores, por meio da ressignificação da matriz de competências, a partir de uma *perspectiva totalizante*², que promova a emancipação dos trabalhadores. Isso contribuirá para uma formação de profissionais competentes, mais críticos e capazes de compreender o mundo do trabalho e, assim, com maior potencial de transformar a sociedade em que vivem, conceitos esses que se aproximam da pedagogia crítica de Paulo Freire.

3.4 PEDAGOGIA CRÍTICA DE PAULO FREIRE

3.4.1 Paulo Freire – a origem

A pedagogia libertadora, vertente da tendência progressista, tem como marco Paulo Freire (BRACCIALLI, 2009), que é considerado um dos educadores que mais influenciou o movimento chamado de pedagogia crítica, com o enfoque na alfabetização de adultos e na formação de consciência. Em sua perspectiva educacional, o “Método Paulo Freire” é muito mais uma teoria do conhecimento e uma filosofia da educação, do que um método propriamente dito, o que esclarece a dificuldade de identificar com facilidade as etapas que o compõem (OSTERMANN; CAVALCANTI, 2011; PRADO; REIBNITZ, 2016).

A obra de Paulo Freire nasce a partir de suas experiências, na luta e empenho pela libertação do homem oprimido, sendo o Nordeste o ponto de partida para o reconhecimento da negação da possibilidade de vida para milhões de seres humanos. Seus primeiros projetos educacionais, no final da década de 1950, dedicaram-se à alfabetização de adultos, por meio dos círculos de cultura. Em 1962, em Angicos, no Rio Grande do Norte, em parceria com sua equipe, alfabetizou 300 cortadores de cana em apenas 45 dias. Em 1963, foi convidado para

² Em uma perspectiva totalizante, as competências são deduzidas considerando não apenas os determinantes técnicos, operacionais e organizacionais, mas também o processo e as relações de trabalho como realidades históricas, contraditórias e em constante transformação. Deve-se atentar às mediações de ordem econômico-produtiva, físico-ambiental, sócio-histórica, cultural e política (RAMOS, 2003)

reformular o sistema de alfabetização de adultos no Brasil, com previsão, no ano seguinte, da criação de 20.000 círculos de cultura, que beneficiariam 2 milhões de analfabetos. No entanto, o golpe militar reprimiu a iniciativa e Paulo Freire foi exilado. Durante o período em que esteve exilado no Chile, consolidou o “Método Paulo Freire” (GADOTTI, 1991; OSTERMANN; CAVALCANTI, 2011; WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

Paulo Freire realizou leituras de obras de diversas correntes filosóficas, incluindo outras áreas de conhecimento, as quais permitiram a sua compreensão sobre educação e as relações homem-mundo. Segundo Waterkemper, Prado e Reibnitz (2016), as ideias de alguns filósofos podem ser facilmente identificadas em suas obras: a pedagogia dialético-dialógica de Karl Marx, a relação opressor-oprimido da relação senhor-escravo de Hegel e iluminação sobre a realidade de Kant (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

3.4.2 Arcabouço do pensamento de Freire

A pedagogia de Freire atribui à educação o papel de transformar uma sociedade de oprimidos para uma sociedade de iguais, a qual somente pode ser alcançada a partir da conscientização, por meio do reflexo-ação-reflexo, entrelaçada pela dialogicidade entre educador e educando (CYPRIANO; MARÇAL; HEINDMANN, 2016; WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016). Educadores e educandos, por meio de uma relação horizontal e de afeto, constroem juntos a aprendizagem, onde a teoria sustenta a prática e a prática é critério de validação da teoria, e os educandos, como sujeitos históricos e autônomos, são capazes de intervir em uma realidade mutável, por meio de uma ação consciente (BRACCIALLI, 2009). Nessa concepção, a educação é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade, que objetiva a sua transformação e não a reprodução acrítica, sendo assim, a educação é uma prática de liberdade (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

Para Freire, *conscientização* - primeiro objetivo de todo processo educativo - é um estado de consciência, no qual o ser humano se percebe como homem no mundo, inacabado, e a partir deste ato consciente, que é a tomada de consciência, busca ser para si, para vir a ser em um movimento para ser mais. A conscientização desperta no educando uma atitude crítica e comprometida com a ação e o insere na construção e mudança da sociedade (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

Para projetar os estados de consciência, Freire concebe a sua visão de “*ser humano*” como um ser existente e está no mundo, por isso é possuidor de história, o que o torna capaz de

associar as suas experiências a criação, através de tomada de consciência de saber-se “ser” e “estar” no mundo (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

A consciência *de si*, o saber-se, é um ato de reflexão do ser humano sobre sua maneira de ser situado no mundo, ou seja, uma percepção de si condicionada pela realidade ou construída por ela ao longo de sua história. A consciência de si se desenvolve de uma consciência ingênua – sem um olhar mais profundo sobre si - para uma consciência epistemológica - percepção mais centrada sobre si, seu mundo e sobre si no mundo. Na consciência epistemológica, o homem percebe-se como sujeito em um mundo mutável, com possibilidades de transformação por sua própria ação e passa a atuar sobre a realidade (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

A *consciência de mundo* é a percepção que o homem tem sobre o seu mundo, o qual pode ser visto sob duas óticas: ingênua e epistemológica. A consciência de mundo ingênua permite o homem enxergar apenas o que está diante dos seus olhos, algo alheio e externo a ele, que não pode ser mudado por sua ação. A consciência epistemológica permite enxergar, através do ato reflexivo, o mundo como mutável, inacabado, e que está em relação com ele. Essa mudança de consciência acontece a partir do momento que o homem toma consciência de si como sujeito do mundo e com o mundo, o qual se torna objeto de sua ação (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

A *consciência de si no mundo* é aquela em que o homem, ao olhar para a realidade de seu mundo e para si, percebe que pode *ser no mundo*. Este é o momento de tomada de consciência de si como um ser de potencialidade, que pode agir em seu mundo. A consciência ingênua começa a ser transformada, iluminando-se, pois o homem objetiva (se distancia) aquilo que observa e busca, constantemente, desvendá-la. Quanto mais o homem se apropria da realidade, na medida em que sua observação se aperfeiçoa, passa a não mais observá-la, mas *admirá-la*, em um movimento de olhar para o mundo de dentro (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

Alcançar a consciência de si no mundo admirando-o é um processo de desenvolvimento da consciência epistemológica, que passa pela consciência de si e do mundo. Na medida em que essa consciência se desenvolve, o homem não separa mais a consciência de si e de mundo; sua consciência é de si no mundo, onde se relaciona e sente-se livre para “*ser mais*”, em um ato inteligente e livre, e não mais reflexo, de agir conscientemente sobre a realidade (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

Para Freire, a conscientização não tem sentido em si mesma, mas se manifesta quando o homem toma uma atitude (ação) diante do mundo. A atitude é uma ação decidida conscientemente, exige tomada de decisão pelo sujeito. É possível identificar três atitudes (posturas) que podem ser assumidas pelo homem: *atitude ingênua* (consciência ingênua); *atitude crítica* (consciência transitiva) e *atitude crítica e criativa* (consciência epistemológica) (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

O educando, em um espaço que se sente livre, diante de um objeto a ser conhecido, ou cuja curiosidade é despertada, começa a observá-lo. O simples ato de observar é parte da consciência ingênua, e se não a transpor permanecerá em uma atitude ingênua (passiva) diante do mundo. No entanto, a partir do momento em que surgem questionamentos e inquietações, o educando não apenas observa o objeto, mas passa a admirá-lo, se não há uma ação, a atitude avança de ingênua para crítica. Entretanto, se o educando consegue distanciar-se, pensar sobre o objeto ao admirá-lo, e assim, analisa, estimula a curiosidade e constrói formas de agir, desenvolve uma atitude crítica. Dessa forma, a conscientização se materializa somente quando há conhecimento e ato reflexivo, em um espaço de liberdade para ação e associado à motivação, que segundo Freire, ocorre necessariamente na prática e é consciente e intrínseca do educando (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

No desenvolvimento de uma atitude crítica e criativa, o aluno consciente de si no mundo, busca “*ser mais*”, o que requer exercício da *autonomia*. A autonomia é alcançada por meio de experiências estimuladoras, com intenção pedagógica clara do educador, onde este mantém vivo no educando a vontade de arriscar-se, aventurar-se e de ser curioso. A *curiosidade* se concretiza pelo exercício da indagação, comparação, verificação e, exercitá-la como forma de desvendar o mundo para compreendê-lo, possibilita a conscientização e desenvolvimento de autonomia. Freire considera a autonomia como a característica mais importante para o alcance da criticidade, a qual somente é construída pela liberdade (WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

Estimular o educando a reaprender a aprender é o principal desafio do educador, no processo de mudança de um modelo de aprender tradicional para um modelo de educação para a liberdade, para a emancipação. A percepção da realidade, vista como imutável e somente reproduzível, passa a ser “admirada” como realidade histórico-cultural do homem, a qual foi criada e pode ser transformada por ele, por meio do conhecimento e reflexão (SOUZA *et al.*, 2016; WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

3.4.3 Pressupostos de Paulo Freire para uma educação libertadora

3.4.3.1 Educação bancária versus educação libertadora

Na educação tradicional, denominada por Freire como educação bancária, o trabalho do educador é depositar, transferir conhecimentos e valores aos educandos, de modo a encher de conteúdo os recipientes considerados vazios. Nessa perspectiva, o educando é considerado como destituído de conhecimentos, e o educador, como detentor do saber, fará os depósitos, em uma relação entre opressor e oprimido. Freire critica veementemente esse modelo, uma vez que há uma negação da educação e do conhecimento como processos de busca, e a imposição da passividade impossibilita a criatividade e reflexão do educando, caracterizando um movimento de desumanização, no qual a alienação torna-se um modelo de práticas docentes (SOUZA *et al.*, 2016).

A educação libertadora, conhecida como problematizadora, se configura como o oposto da bancária, uma vez que o diálogo é imprescindível ao ato de educar. O educador, como mediador da aprendizagem, supera a relação vertical entre educador e educando, escuta o outro e seus conhecimentos, estimula a curiosidade e propõem desafios, de modo a incentivar a busca por soluções, em um processo ativo de aprendizagem. A educação libertadora estimula o pensamento crítico e criativo, tornando o educando protagonista consciente do seu processo de aprendizagem (SOUZA *et al.*, 2016).

3.4.3.2 Processo de ensino aprendizagem à luz de Paulo Freire

Segundo Freire, a educação tem caráter permanente e contínuo, e o homem, um ser inacabado e consciente da sua inconclusão, deve sempre estar em formação, em busca por aprendizado, em um movimento permanente de “ser mais” (CYPRIANO; MARÇAL; HEINDMANN, 2016). Nessa perspectiva, a educação é um encontro entre seres humanos, mediatizado pelo mundo, o qual deve ser transformado e humanizado (MORERA *et al.*, 2016).

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua construção (CYPRIANO; MARÇAL; KEMPFER, 2016). Para que se promovam espaços educativos e que estes sejam participativos e inclusivos, é preciso que se promova e cultive o diálogo, o qual tem como elementos intrínsecos a ação e reflexão, ambos primordiais para o desenvolvimento de criticidade (MORERA *et al.*, 2016). A criticidade, concebida pela promoção da autonomia, é imprescindível para que a educação se torne libertadora

(CYPRIANO; MARÇAL; HEINDMANN, 2016). Assim, pela lente de Freire, o diálogo é a base para uma educação libertadora. Segundo Moreira e colaboradores (2016),

“falar de Freire nos faz pensar em encontros e desencontros dialógicos. Em um cessar do silêncio e um renascer da indagação, da dúvida e da criação. A visão dialógica promove a formação de sujeitos ativos, que transformam em seres subjetivos e protagonistas, que poderão ser compreendidos no processo de estar/conviver com outras pessoas. Esse compartilhar com o outro uma postura de respeito, enriquece as experiências pedagógicas e desafia os docentes a provocarem curiosidade, a desfrutá-la e compartilhá-la, para não cair na simples e ingênua transmissão de conhecimento unilateral. O espaço e o direito de expressar sua palavra em uma dinâmica pedagógica é um passo para transformar a realidade, e é nesse clima dialógico que a tarefa de educar realmente se humaniza” (MORERA *et al.*, 2016, p. 63).

O exercício do diálogo requer a escuta atenta e abertura ao outro. Dessa forma, o educador deve respeitar e valorizar o conhecimento prévio e os saberes do educando e estar receptivo as trocas, questionamentos, opiniões divergentes e novas possibilidades, respeitar suas inquietudes, linguagens e diferenças, estimular a reflexão e encorajar o diálogo para o crescimento grupal (CYPRIANO; MARÇAL; KEMPFER, 2016; FUNAI *et al.*, 2016).

A dialogicidade defendida por Freire impõe a necessidade de uma relação horizontal e o respeito à liberdade e a autonomia do educando. A liberdade para Freire não é sinônimo de “pode tudo” em qualquer situação, liberdade sem limites é tão deletéria quanto à inexistência de liberdade. Para tanto, o educador deve atuar como motivador e facilitador do processo de ensino e aprendizagem, dosando com bom senso a sua autoridade. A autoridade de um educador emerge naturalmente a partir da demonstração de seu preparo profissional e ocorre a partir do exercício firme e respeitoso da docência, não precisando usar o poder e a violência para impor os seus pensamentos, nem recorrer à arrogância intelectual - características do autoritarismo (FUNAI *et al.*, 2016; MORERA *et al.*, 2016).

Como dito anteriormente, para Freire a educação é um ato de intervenção no mundo. Dessa forma, defende a importância de o educador conhecer a realidade do educando, para que a partir da problematização da realidade, os desafios surjam e estimulem os educandos a desvendá-los, e por meio do diálogo e reflexão, busca-se a compreensão cada vez mais crítica, para transformar a realidade (FUNAI *et al.*, 2016). Nessa perspectiva, a curiosidade é o combustível indispensável para que o educando desenvolva a consciência crítica e criativa, uma vez que sem ela não há motivação para buscar novos conhecimentos (CYPRIANO; MARÇAL; KEMPFER, 2016).

Aprender não deve ser apenas para se adaptar, mas, principalmente, para transformar a realidade, e cabe ao educador preparar o caminho para a total autonomia de quem aprende,

estimulando-o. Pela lente freiriana, quando se educa, admite-se que acredita nas pessoas, na transformação social, a partir do estímulo a autonomia (CYPRIANO; MARÇAL; KEMPFER, 2016). Assim, amor e esperança são imprescindíveis no ato de educar, para compreender as limitações dos seres humanos e manter o educando na busca incansável pela mudança (CYPRIANO; MARÇAL; HEINDMANN, 2016).

Como mencionado anteriormente, Paulo Freire não criou um método, no entanto, vários autores utilizaram os seus pressupostos, presentes nos círculos de cultura, aplicando-os e adaptando-os, sendo o *método problematizador*, de Juan Díaz Bordenave, Anair Martins Pereira e Neusi Aparecida Navas Berbel, o que mais se aproxima dos pensamentos freirianos (SOUZA *et al.*, 2016).

A metodologia problematizadora, expressa por meio do *Arco de Charlez de Maguerz*, viabiliza o desenvolvimento do pensamento crítico e criativo dos educandos, uma vez que permite a reflexão, a partir da sua realidade, e participação ativa do educando. Esta proposta metodológica é composta de cinco etapas: inicia-se a partir da observação da realidade, identificação de problemas-chave, passando para a teorização/reflexão, construção de hipóteses para solucionar os problemas identificados e, por fim, aplicá-las na nova realidade, de forma a provocar mudanças significativas (Figura 3) (SILVA FILHO *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2016).

Figura 3 - Esquemática do Arco de Maguerz adaptado de Bordenave (1998).



Fonte: SOUZA *et al.*, 2016.

A primeira etapa (*observação da realidade*) ocorre a exposição do problema, que parte da realidade social em que estão inseridos os educandos e consiste em uma visão global do assunto a ser ensinado. Os educandos são convidados a refletir sobre a sua realidade e resgatar suas vivências pessoais e profissionais sobre o tema (SOUZA *et al.*, 2016). Na segunda etapa,

a partir da observação da realidade, mediada pela intencionalidade do educador, surgem os pontos prioritários do assunto (pontos-chave) com suas variáveis determinantes. Sequencialmente, a terceira etapa proporciona a *teorização* e compreensão do conteúdo e da realidade pelos educandos, viabilizando avançar para a quarta etapa (*hipóteses de solução*), na qual há a construção de alternativas de soluções dos problemas identificados inicialmente, de maneira crítica e criativa, a partir do confronto entre teoria e prática. O arco de Maguerez conclui-se quando ocorre a *aplicação à realidade*, para a sua transformação (prática com ação efetiva) (SOUZA *et al.*, 2016).

Prado e Reibnitz (2016) afirmam que um problema pedagógico enfrentado ao utilizar o Arco de Maguerez no ensino superior, é que muitas vezes a realidade (objeto de estudo) é desconhecida pelo educando. Para tanto, os autores propõem a imersão do educando no cenário de prática para observar a realidade, com o objetivo de despertar a curiosidade, a qual permite que ele reconheça o sentido e a utilidade do conhecimento a ser aprendido e as competências que precisa desenvolver (PRADO; REIBNITZ, 2016).

E por fim, Freire afirma que cada um aprende em modos e tempos distintos, em diferentes momentos e cabe ao educador diversificar os espaços e modos de aprendizagem, tendo no diálogo o reconhecimento do outro como “ser no mundo”, de modo a promover a aprendizagem a todos os seus educandos (PRADO; REIBNITZ, 2016).

3.4.3.3 Construção do conteúdo programático

O conteúdo programático não pode ser dissociado do cotidiano dos educandos, uma vez que a compreensão dos elementos pessoais do educando constitui-se em um acervo de conhecimentos, e não obstáculos, necessários para criar novas unidades de significação da realidade. Nessa perspectiva, o conteúdo programático pode ser elaborado de A (educador) para B (educando), ou de A sobre B, mas de A com B mediatizado pelo mundo (MORERA *et al.*, 2016).

Freire propõe uma *investigação do universo temático* para desvendar a realidade do educando, por meio de observação criteriosa, atitudes compreensivas e uma percepção crítica, que revelará temas significativos, chamados de temas geradores, os quais serão utilizados na elaboração da programação educativa. Freire propõe três etapas inter-relacionadas para desvendar os temas geradores em uma investigação temática: a etapa investigativa,

programática e pedagógica, sendo imprescindível a presença crítica dos representantes ao longo do processo (MORERA *et al.*, 2016).

Na etapa investigativa, os educadores e educandos, por meio de observações e registros, trabalham juntos na delimitação e reconhecimento da área, com o objetivo de realizar a decodificação dessa totalidade cultural (elementos da temática significativa não estruturada). Posteriormente são realizadas as codificações neutras, onde o educador reflete sobre suas observações, a fim de justificá-las e interpretá-las, o que permitirá iniciar o trabalho de investigação temática significativa, a qual pode ser realizada conjuntamente com outros pares (MORERA *et al.*, 2016).

Na segunda etapa, organização do conteúdo programático, os temas geradores são distribuídos entre as diversas disciplinas, porém de forma não estanque, e se converte em uma devolução ao educando, de forma sistematizada e enriquecida, sua temática significativa. Na terceira etapa, é realizada a elaboração projeto político pedagógico, onde ocorre a escolha do melhor canal de comunicação para a apresentação do tema, tendo o educador e o educando avaliadores cruciais desta etapa. A investigação é uma forma inacabada, uma vez que o outro continua investigando-se e transformar-se através da criação de novos valores culturais (MORERA *et al.*, 2016).

Tradicionalmente, se entendia por conteúdos uma seleção de conhecimentos científicos impostos, antidialógicos e estruturados nas disciplinas que eram consideradas como as formas mais refinadas de elaboração da experiência humana e com capacidade para oferecer uma adequada compreensão do mundo. Contraditoriamente, a teoria crítica da aprendizagem oferece formas de trabalho cooperativo entre educadores e pessoas relacionadas com a educação, e se fundamenta na busca pela criticidade do educando (conscientização) e na prática com forma de organização da educação (MORERA *et al.*, 2016).

Assim, percebemos que tanto a pedagogia das competências, como a pedagogia crítica, vislumbra a importância do ensino vinculado à prática e reforçam o papel da ação e da experiência em situações concretas, reais e significativas no processo de ensino-aprendizagem, por essas aumentarem a motivação dos alunos na busca por soluções para resolver problemas (situação-problema). Ademais, a pedagogia das competências e a pedagogia crítica aproximam-se quanto aos seus referenciais metodológicos, porém com pressupostos filosóficos que se contrapõem.

3.4.3.4 O processo avaliativo na pedagogia crítica

O processo de avaliação na pedagógica crítica precisa ser coerente com os princípios filosóficos que fundamentam essa prática educativa. Para isso, educador e educando devem reconhecê-lo como parte do processo de ensino-aprendizagem. Segundo Prado e Reibnitz (2016).

“avaliação consiste numa mediação pelo professor da experiência educativa do aluno, no seu processo de ação-reflexão-ação; em processos de aprender (buscar novas informações); aprender a aprender (refletir sobre o significado e aplicação dos conceitos aprendidos); aprender a conviver (interagir com os outros) e aprender a ser (refletir sobre si próprio como ser no mundo). Para isso, os cenários de aprendizagem precisam ser diversificados e a avaliação precisa cobrir essa multiplicidade de perspectivas” (PRADO; REIBNITZ, 2016, p.183).

A avaliação em uma educação crítica tem a função de auxiliar o educador a conhecer o educando, reconhecer o seu processo de aprendizagem e considerar seu progresso, o que requer a necessidade de envolvimento e comprometimento do educador com o processo de ensino aprendizagem de cada educando (PRADO; REIBNITZ, 2016).

Segundo Prado e Reibnitz (2016) educar, no que diz Freire, é muito mais do que treinar para o desempenho de destrezas, é contribuir na formação de ser humano, na qual o papel do educador precisa estar focado no processo de construção de conhecimento. Nessa perspectiva, os autores apontam o portfólio como um instrumento que pode estabelecer um canal de diálogo entre educador e educando, e possibilitar o educando tornar-se participante ativo da avaliação e no processo de aprendizagem (PRADO; REIBNITZ, 2016).

3.5 TEORIA DA APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL

Tanto a pedagogia das competências como a pedagogia crítica, cada qual fundamentada por diferentes princípios filosóficos já apresentados, vislumbram a importância do ensino vinculado à prática e reforçam o papel da ação e da experiência em situações concretas, reais e significativas no processo de ensino-aprendizagem. Existem na literatura diferentes teorias que auxiliam a compreensão de como ocorre o processo de ensino-aprendizagem em ambientes de prática cotidiana, como a Teoria da Aprendizagem Situada (*Situated Learning Theory*), de Lave e Wenger, Teoria da Atividade (*Activity Theory*) de Alexei Leontiev e Sergei Rubinstein, a Teoria da Aprendizagem Experiencial (*Experiential Learning Theory*) de David Kolb, entre outras.

A escolha pela Teoria da Aprendizagem Experiencial (TAE) foi estimulada, pois para formular a sua teoria Kolb fundamentou-se nos pensamentos de diversos pedagogos, críticos e

pragmáticos, alguns dos quais são base para os conceitos enfatizados nas DCN. Ademais, Kolb é de origem americana, país que tem dedicado seus esforços no desenvolvimento de experiências educacionais na área do cuidado em saúde, em especial para ensino farmacêutico (MENDONÇA *et al.*, 2017).

Segundo Kolb, ele não criou a TAE, mas descobriu nas obras desses pensadores que a experiência subjetiva, consciente e intencional possui um papel central no processo de aprendizagem e desenvolvimento humano (KOLB, 2015). Kolb fornece o elo perdido entre teoria e prática, entre a generalização abstrata e a instância concreta, entre os domínios afetivo e cognitivo. Aprender é um processo social, onde a experiência, cuidadosamente cultivada, desempenha um papel central. Aprender pela experiência não significa que qualquer vivência redunde em aprendizagem. A aprendizagem demanda processos contínuos de ação e reflexão, sendo, portanto, um processo mental (KOLB, 2015; PIMENTEL, 2007). A verdade não é manifesta na experiência; deve-se inferir por um processo de aprendizagem que questiona preconceitos da experiência direta, tempera a vivacidade e a emoção da experiência com a reflexão crítica e extrai as lições corretas das consequências da ação (KOLB, 2015).

Para Kolb, a aprendizagem é o processo pelo qual o conhecimento é criado da transformação da experiência e enfatiza vários aspectos críticos do processo de aprendizagem, visto da perspectiva experiencial: (1) ênfase no processo de adaptação e aprendizagem, em oposição ao conteúdo ou resultados; (2) conhecimento é um processo de transformação, sendo continuamente criado e recriado, e não uma entidade independente para ser aceita ou transmitida; (3) o aprendizado transforma a experiência em suas formas objetivas e subjetivas; (4) para entender a aprendizagem, precisamos entender a natureza do conhecimento e vice-versa.

Kolb (1984), com base nos modelos de Lewin, Dewey e Piaget, apresenta as características que considera como fundamentais para a aprendizagem experiencial, as quais serão apresentadas a seguir.

- ❖ *A aprendizagem é um processo holístico de adaptação ao mundo.* A aprendizagem experiencial descreve o processo central de adaptação humana ao ambiente social e físico. O aprendizado, para a TAE, não ocorre apenas no plano cognitivo, mas combina, em uma perspectiva holística e integrativa, a experiência, percepção, cognição e comportamento (KOLB, 2015).
- ❖ *O aprendizado envolve transações entre a pessoa e o meio ambiente.* Diferentemente das teorias de aprendizagem de estímulo-resposta que descrevem a relação pessoa-

ambiente como sendo unidirecional - ambiente molda o comportamento; na TAE a relação entre pessoa e ambiente é bidirecional e transacional, onde mais do que um processo de interação (entidades separadas imutáveis que se entrelaçam, mas mantêm suas identidades separadas) promove o entrelaçamento de ambos de forma a constituir um novo elemento. Essa relação é simbolizada nos significados duais do termo experiência - um subjetivo e pessoal, referindo-se ao estado interno da pessoa, e outro objetivo e ambiental (KOLB, 2015).

- ❖ Para a TAE, *a aprendizagem é melhor concebida como um processo, não em termos de resultados*. As ideias não são elementos fixos e imutáveis do pensamento, estão sempre se formando e reformulando por meio da experiência; mais precisamente, dos sentidos dados à experiência. Conhecer é um processo de contínua invenção e recriação hipotética sobre a realidade (PIMENTEL, 2007), o que se opõe a visão de aprendizagem por resultados, em termos de conhecimento acumulado - relação entre estímulo resposta (OSTERMANN; CAVALCANTI, 2011). Em última análise, a aprendizagem em termos de resultados pode se tornar uma definição de não-aprendizagem, no sentido de que a incapacidade de modificar ideias e hábitos como resultado da experiência é desadaptativa (KOLB, 2015).
- ❖ *A aprendizagem é um processo contínuo e ascendente impulsionado pela experiência*, dessa forma o conhecimento é continuamente derivado e testado nas experiências do aprendiz, o que implica que toda a aprendizagem se torna um instrumento, registro histórico, de compreensão para se lidar com as situações futuras.

Segundo Kolb, a aprendizagem é representada por três níveis sucessivos (aquisitivo, especializado e integrativo), que correspondem a três esferas distintas de consciência (identificadora, interpretativa e integrativa) conforme a complexidade das ações e dos processos reflexivos de cada indivíduo, em cada momento de seu desenvolvimento. A transição entre os níveis é variável, pois depende da apropriação das experiências culturais que cada pessoa em particular vivencia (KOLB, 2015; PIMENTEL, 2007).

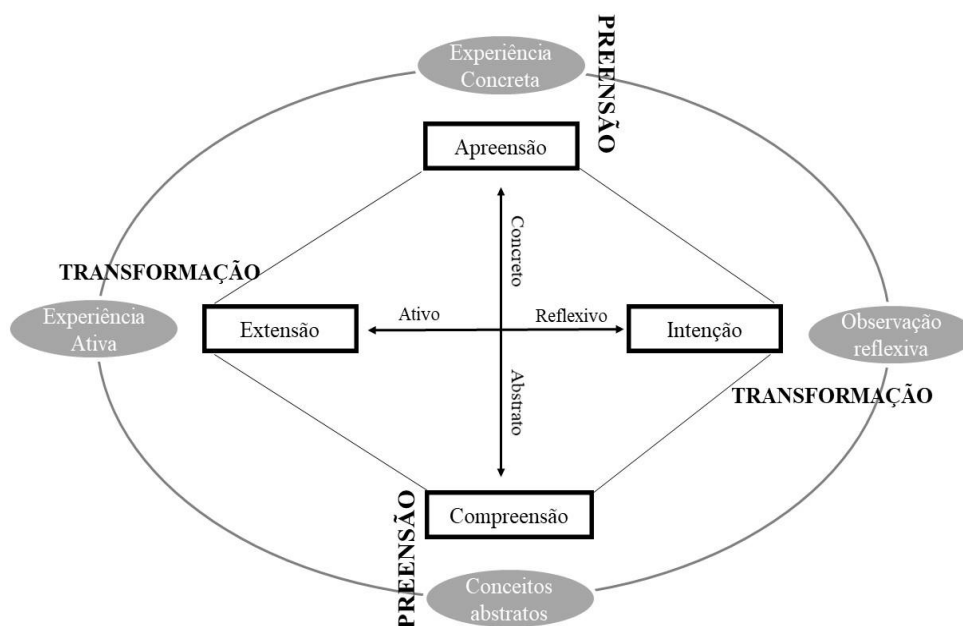
No nível aquisitivo de desenvolvimento, a consciência é identificadora, e busca reconhecer e registrar objetos envolvidos na ação. Caracteriza-se pelo aprendizado de habilidades básicas, localizadas na base das estruturas cognitivas, responsáveis pela simbolização e desenvolvimento performático voltado para a ação. No nível especializado de desenvolvimento, a consciência é interpretativa, e busca organizar os significados atribuídos às ações. Volta-se a atuação profissional, em um movimento de adaptação com o ambiente,

mutuamente transformador, necessário para melhorar o desempenho. E por fim, no nível integrado de desenvolvimento, a consciência é integrativa, reúne diferentes ações, operações e significações em um nível holístico. É o estágio mais complexo do desenvolvimento, de confrontação existencial, marcado pela segurança, autoafirmação e necessidade de mudanças. Algumas pessoas podem nunca chegar ao nível integrativo, principalmente aquelas que vivem em um sistema hermético ou cristalizado, que não requer contínua avaliação sobre a sua atuação (KOLB, 2015; PIMENTEL, 2007).

O fato de a aprendizagem ser um processo contínuo, de reconstrução de significados, baseado na experiência, implica que o trabalho do educador não é apenas implantar novas ideias, mas, também descartar ou modificar as antigas. Piaget identificou dois mecanismos pelos quais novas ideias são adotadas por um indivíduo - integração e substituição. Há vários fatores que influenciam como uma mesma experiência gera diferentes graus de complexidade: potencial de desenvolvimento do aprendiz, envolvimento afetivo com a situação e as condições de aprendizagem, além da história singular de aprendizagens vividas e saberes formulados por cada indivíduo concreto, determinando a maneira como os níveis de consciência se organizam e entrelaçam.

O processo de aprendizagem experiencial pode ser descrito como um ciclo ou espiral, onde o aprendiz “toca todas as bases” - Experiência Concreta, Observação Reflexiva, Conceituação Abstrata e Experimentação Ativa - em um processo recursivo, que é sensível à situação de aprendizado e ao que está sendo aprendido (KOLB, 2015). Na Figura 4 encontra-se esquematizado o Ciclo da Aprendizagem Experiencial, o qual será detalhado a seguir.

Figura 4 - Ciclo da Aprendizagem Experiencial segundo Kolb.



Fonte: PIMENTEL, 2007.

Na Experiência Concreta (EC), os aprendizes com base em uma nova experiência concreta propõem dilemas a resolver, com base em conhecimentos já existentes, porém tendendo a tratar as situações mais em termos de observações e sentimentos do que com uma abordagem teórica e sistemática. Nesta etapa, obtém-se a matéria-prima para próximas aprendizagens. Na Observação Reflexiva (OR), os aprendizes estão envolvidos em um movimento voltado para o interior, de reflexão, na busca pela identificação de elementos; construção de associações; determinação de características, dificuldades e possibilidades de escolhas; partilha de opiniões sobre um determinado assunto. Essa etapa, não necessariamente inclui a realização de alguma ação. Na Conceitualização Abstrata (CA), os aprendizes usam teorias, hipóteses e raciocínio lógico para modelar e explicar os eventos. Caracteriza-se pela formação de conceitos abstratos e generalizáveis sobre elementos e características da experiência, pela comparação com realidades semelhantes. Na Experimentação Ativa (EA) é a repercussão das aprendizagens em experiências inéditas, num movimento voltado para o externo, de ação. Caracteriza-se por aplicação prática dos conhecimentos e processos de pensamento tornados refletidos, explicados e generalizados (KOLB, 2015; PIMENTEL, 2007).

Dessa maneira, os aprendizes devem ser capazes de se envolver totalmente, abertamente e sem preconceitos em novas experiências (EC); serem capazes de refletir e observar suas experiências a partir de muitas perspectivas (OR); serem capazes de criar conceitos que

integrem suas observações em teorias lógicas (CA), e devem ser capazes de usar essas teorias para tomar decisões e resolver problemas (EA) (KOLB, 2015).

Diferentemente da dicotomia entre teoria e prática, defendida por estudiosos que refletem sobre o papel da experiência no aprendizado, a TAE possui uma visão dinâmica da aprendizagem, impulsionada pela resolução da dialética entre ação/reflexão (fazer e observar) e experiência/abstração (sentir e pensar). Na primeira, em uma extremidade está a EC e na outra a CA; e na segunda em uma extremidade está a EA e na outra OR; e o aprendiz, no processo de aprendizagem, move-se de ator para observador, e de envolvimento específico para distanciamento analítico (KOLB, 2015), sendo que a forma como é resolvido esses conflitos ditará o nível de aprendizado resultante. A resolução da tensão entre as dimensões CA-EC é como o indivíduo irá absorver a experiência (preensão), enquanto a referente à tensão entre EA-OR corresponderá à transformação da experiência em conhecimento (KOLB, 2015; PIMENTEL, 2007).

A aprendizagem por **preensão** implica dois processos opostos, a apreensão e a compreensão, pelos quais a pessoa pode se reportar à experiência (linguagem fenomenal) e relatá-la (linguagem física - símbolos descritivos), respectivamente. Na apreensão, a aprendizagem é concreta, holística e espacial; está diretamente vinculada à experiência concreta, de natureza mais intuitiva e instantânea, derivada, sobretudo, de percepção, exemplificação e imitação. O processo é concreto, holístico e espacial. Na compreensão, a aprendizagem é abstrata, simbólica, analítica e verbal; reflete interpretações conceituais e representações simbólicas, configurando uma análise objetiva e crítica da experiência (KOLB, 2015; PIMENTEL, 2007).

Na aprendizagem por **transformação**, os processos opostos (intenção e extensão) se alicerçam em uma representação simbólica da experiência para a pessoa (re)significar seu próprio potencial de aprendizagem. A intenção (interiorização psíquica) refere-se a uma reflexão intencional, consciente e determinada por processos mentais de auto avaliação. O aprendizado não apenas se transforma como é transformador das operações mentais. A extensão (exteriorização social) é a ação no mundo exterior em interação com outras pessoas, gerando novas experiências (PIMENTEL, 2007).

Os conceitos de EC, OR, CA e EA isolados, não fazem sentido algum. Por isso, Kolb elabora combinações entre eles, tendo em conta as dimensões de preensão e transformação. A combinação é sempre constituída pela união entre um dos processos de preensão (apreensão e compreensão) e um dos de transformação (extensão e intenção), resultando em quatro combinações denominadas *elementares*, que serão descritas a seguir (PIMENTEL, 2007).

- *Apreensão (EC) transformada por extensão (EA)*: Essa relação implica em apreender a experiência concreta (EC) balizando-se na experiência ativa (EA). Por meio da projeção de experiências futuras (julgamentos, atitudes e valores pessoais) transcorrem mudanças na apreciação perceptual da experiência atual, em sua apreensão.
- *Compreensão (CA) transformada por extensão (EA)*: Essa relação implica em compreender a experiência concreta balizando-se na experiência ativa (EA). Por meio da conceituação abstrata (CA), também em um caráter prospectivo, constroem-se conceitos (modelo abstrato e teórico), a fim de se predizer metas de ação, as quais são totalmente factíveis.
- *Apreensão (EC) transformada por intenção (OR)*: Essa relação implica em apreender a experiência concreta (EC) balizando-se pela observação reflexiva (OR). A intenção atua no plano intrapessoal, de forma autocrítica, para deduzir conhecimentos da experiência, modificando as observações feitas em princípio, rearranjando elementos e atributos, abandonando um ponto de vista para considerar outro; antes, ignorado.
- *Compreensão (CA) transformada por intenção (OR)*: essa relação implica em compreender a experiência concreta (EC) balizando-se pela observação reflexiva (OR). Por meio da conceituação abstrata há mudanças na formulação de conceitos, por indução, de modo que os conhecimentos sejam aprofundados, ganhem abstração e generalidade.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico foi traçado de acordo com cada um dos objetivos específicos listados anteriormente. Assim, delineamos três percursos metodológicos distintos: em dois utilizamos uma abordagem quantitativa e no terceiro empregamos a perspectiva etnográfica na educação. O detalhamento destes três caminhos metodológicos será descrito a seguir.

4.1 ETAPA I – ESTUDO QUANTITATIVO: ENSINO EXPERIENCIAL NOS CURRÍCULOS DE FARMÁCIA DO BRASIL

Para traçar um panorama dos cursos de Farmácia no Brasil e identificar como os estágios estão inseridos em seus currículos foi realizado um estudo observacional descritivo transversal. Foi realizado um levantamento das Instituições de Ensino Superior (IES) que possuem curso de Farmácia a partir da lista de Cursos do Ministério da Educação (MEC) atualizada em julho de 2018. Foram considerados elegíveis todos os cursos de graduação em Farmácia na modalidade presencial, em atividade e que haviam iniciado, no mínimo, a primeira turma no início da coleta. Foram considerados critérios de exclusão cursos na modalidade à distância, extintos e fechados.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2019, por meio da análise documental dos Projetos Políticos dos Cursos (PPC), matrizes curriculares, ementas dos estágios e outras informações presentes nos sítios eletrônicos das IES, além do compilado de dados fornecido pelo MEC. Os dados foram coletados por dois estudantes de Farmácia e revisados por uma das pesquisadoras. As variáveis a coletadas foram agrupadas em três categorias:

- Dados das IES: região do país (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul); categoria administrativa (privada com fins lucrativos, privada sem fins lucrativos, pública federal, pública estadual, pública municipal e especial); dependência administrativa (pública, privada ou especial); e se pertence a grupos educacionais privados de ensino superior.
- Dados dos cursos de Farmácia: ano de início de funcionamento; número de vagas autorizadas anualmente; carga horária total do curso; turno do curso (noturno, diurno, diurno e noturno, diurno ou noturno).
- Dados dos estágios: número de estágios; carga horária total; carga horária por área de atuação profissional; período que se inicia o primeiro estágio; período que se inicia o primeiro estágio por área de atuação. Os estágios foram classificados de

acordo com o local ou natureza (Quadro 3) e dividido em: (1) *obrigatório*: todos os estudantes devem realizar; (2) *optativo*: apresenta a possibilidade de o estudante realizar estágio nessa área; (3) *ausente na matriz curricular*: determinada área não possui estágio previsto no curso; e (4) *não define claramente*: não define com clareza a área de atuação do estágio. Apesar de ser considerado como estágio por algumas IES, não foram contabilizados: vivência acadêmica, iniciação científica, metodologia científica e atividades complementares.

Quadro 3- Classificação dos estágios de acordo com a natureza ou local de atuação farmacêutica.

Estágio	Descrição
Visita técnica	Observações pontuais nas áreas de atuação profissional;
Tecnologia farmacêutica	Estágios em indústria de medicamentos, área regulatória ou farmácias de manipulação, cujo objetivo é a produção de medicamentos e cosméticos;
Análises clínicas	Estágios em laboratórios de análises clínicas e/ou toxicológicas;
Alimentos	Estágios em indústria de alimentos;
Farmácia hospitalar	Estágios em ambiente hospitalar, incluindo atividades de gestão e cuidado;
Farmácia comunitária e ambulatorial	Estágios em farmácias privadas ou públicas, ou consultórios, em que o estudante possui contato direto com o paciente para realização de dispensação e/ou outros serviços farmacêuticos;
Gestão e planejamento no SUS	Estágios no SUS com foco em ações de territorialização, avaliação de indicadores de saúde, planejamento em saúde e atividades de gestão logística da farmácia;
Estágio final	Estágio realizado nos últimos semestres do curso, no qual o estudante escolhe a área de atuação.

Os dados coletados foram tabulados no software Microsoft Excel[®] e analisados usando-se o programa SPSS para Windows versão 25.0. As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa, e intervalo de confiança da proporção. As variáveis quantitativas foram representadas pela mediana e intervalo interquartilico (mediana [p25; p75]). As proporções das variáveis de estágio foram associadas entre as regiões, dependência administrativa e categoria administrativa pelo teste de χ^2 , sendo analisadas apenas as categorias em que havia mais de cinco IES para garantir uma inferência adequada. Para verificar a associação local direta usou-se a análise de resíduos padronizados com valores maiores que 1,96. Para as variáveis de estágios comparamos a distribuição carga horária entre as regiões, dependência administrativa e categoria administrativa pelo teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, esse último, quando significativo, foi comparado pelo teste par a par (post-hoc) de Dunn. O nível de significância adotado foi de 0,05.

4.2 ETAPA II – ESTUDO QUANTITATIVO: ESTÁGIOS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA NO BRASIL

Para analisar os aspectos organizacionais e pedagógicos dos estágios desenvolvidos em farmácias comunitárias nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil foi realizado um estudo observacional descritivo transversal. Inicialmente, foi realizado um levantamento das IES que possuem curso de Farmácia. Esses dados foram obtidos por meio da solicitação ao MEC da lista atualizada de cursos em julho de 2018, sendo que no decorrer da coleta os dados foram conferidos na website do MEC (e-MEC)³ para possíveis atualizações. Foram considerados elegíveis, os cursos de graduação em Farmácia na modalidade presencial e em atividade. Foram considerados critérios de exclusão, os cursos com início após 2014 e impossibilidade de confirmação, via telefônica, do e-mail do professor responsável pelo estágio em farmácia comunitária e/ou coordenador do curso de Farmácia. Entre os principais motivos da inviabilidade de confirmação estão: disponibilização online apenas de telefone geral da IES; recusa do fornecimento de e-mail e não atendimento do telefone após três tentativas no período da manhã, tarde e noite.

Após esse levantamento, a seleção da amostra foi realizada por conveniência, de acordo com a disponibilidade do professor responsável pelos estágios em farmácias comunitárias e/ou coordenador do curso em responder o questionário. Os professores que aceitaram participar do estudo preencheram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A coleta de dados foi realizada durante os meses de novembro de 2018 a janeiro de 2019 e foi dividida em: (1) elaboração e envio do questionário e (2) pesquisa documental.

4.2.1 Elaboração e envio do questionário

Esse momento constituiu-se na elaboração do instrumento, realização de pré-teste e envio do instrumento aos docentes responsáveis por estágio em farmácias comunitárias e/ou coordenadores do curso de Farmácia das IES consideradas elegíveis para o estudo. O instrumento desenvolvido pela pesquisadora principal era um questionário autoaplicável, em que foram coletados dados sobre aspectos organizacionais e pedagógicos dos estágios em farmácias comunitárias (APÊNDICE B). As variáveis do estudo encontram-se ilustradas no Quadro 4.

³ <http://emec.mec.gov.br/>

Quadro 4 - Variáveis do estudo – aspectos organizacionais e pedagógicos.

Aspectos organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Número e carga horária dos estágios obrigatórios desenvolvidos em farmácias comunitárias; • Número máximo e médio de estudantes orientados por docente; • Carga horária dos docentes destinada a estágio em farmácias comunitárias (horas/semanal); • Elaboração do plano de atividades do estágio (somente com o estudante; somente com o supervisor; com o estudante e supervisor; ou pré-estabelecido pelo docente de estágio ou colegiado do curso); • Frequência de acompanhamento do docente nos locais de estágio (vezes/semestre); • locais de estágio em farmácias comunitárias (farmácia universitária, privada ou com gestão pública); • Outros locais de estágio do eixo cuidado em saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e casas de cuidado); • Serviços farmacêuticos de cuidado em saúde oferecidos nos locais de estágio (rastreamento em saúde; educação em saúde; dispensação; manejo de problema de saúde autolimitado monitorização terapêutica de medicamentos; conciliação medicamentosa; revisão da farmacoterapia; acompanhamento farmacoterapêutico; gestão da condição de saúde) (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016); • Procedimentos farmacêuticos realizados nos locais de estágio (verificação de parâmetros clínicos; administração de medicamentos; organização de medicamentos; realização de pequenos curativos; perfuração de lóbulo auricular); • Locais onde há dificuldade de alocar estudantes (farmácias comunitárias com gestão pública; farmácias comunitárias privada; farmácia universitária); • Contrapartida da IES para viabilizar estágio (financeira, programa de educação para profissionais); • Responsável pela supervisão (farmacêutico; docente; residente ou pós-graduando; estudantes em níveis mais avançados de formação; outro profissional de saúde ou não há supervisão); • Número de estudantes supervisionados por profissional simultaneamente; • Realização e frequência de processo formal de qualificação dos supervisores (sim/não; vezes/ano); • Existência de farmácia universitária (sim/não); • Estrutura da farmácia universitária (serviço próprio - independente; convênio com o SUS; contrato com empresa privada; parcerias com organizações não governamentais).
Aspectos pedagógicos	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de disciplina pré-requisito para a realização dos estágios em farmácias comunitárias (sim/não); • Conteúdos categorizados de acordo com “<i>Accreditation Council for Pharmacy Education</i>” - ACPE (ciências biomédicas básicas; ciências farmacêuticas; ciências sociais / comportamentais / administrativas de farmácia; ciências clínicas) (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015); • Processo de ensino-aprendizagem (estudante apenas observa o supervisor; estudante observa o supervisor e depois executa com 100% de supervisão; estudante observa o supervisor e depois executa sem supervisão; estudante não observa o supervisor e executa com 100% de supervisão; ou estudante não observa o supervisor e executa sem supervisão); • Instrumentos de avaliação do estágio (prova escrita; relatório; discussão nos fóruns, utilizando o Ambiente Virtual de Aprendizagem; feedback oral ou escrito, feito pelo supervisor, sobre a performance do estudante no estágio; Longbook; OSCE; Long-case; Mini-Clinical Evaluation Exercise - Mini-Cex; MiniPat; Patient-survey; Portfólio; Autoavaliação do estudante) (INSTITUTO REGIONAL FAIMER BRASIL, 2016).

O pré-teste, realizado antes do envio do instrumento final aos docentes, consistiu na aplicação prévia do instrumento a quatro docentes responsáveis pelo estágio e/ou coordenadores de curso de IES privada e pública, das regiões sul, sudeste e nordeste. O pré-teste teve como objetivo avaliar o instrumento quanto à clareza e precisão dos termos utilizados; forma como foram elaboradas as perguntas; quantidade e ordenamento das perguntas; introdução do questionário ao participante e tempo gasto para resposta.

Depois de feitos os ajustes identificados no pré-teste, o instrumento foi enviado aos professores responsáveis pelo estágio e/ou coordenador do curso de todos os cursos de Farmácia consideradas elegíveis, via ferramenta online do *Google forms*.

4.2.2 Pesquisa documental

A pesquisa documental foi realizada de modo a complementar dados coletados anteriormente. Para tanto, foram coletados, no site e-MEC e no sítio eletrônico de todas as IES que responderam ao instrumento, informações sobre:

- IES: região do país (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul); unidade federativa; dependência administrativa (pública ou privada); e se pertence a grupos educacionais (sim e não), os quais são organizações privadas de ensino superior.
- Curso de Farmácia: ano de início de funcionamento, periodicidade (semestral ou anual); número de vagas autorizadas por ano; carga horária total do curso; turno do curso (noturno, diurno, diurno e noturno, diurno ou noturno).

Os dados coletados foram tabulados no software Microsoft Excel[®] e analisados usando-se o programa SPSS para Windows versão 25.0. As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa, e intervalo de confiança da proporção. As variáveis quantitativas foram representadas pela mediana e intervalo interquartilico (mediana [p25; p75]), juntamente com os valores mínimos e máximos. Para comparar as proporções entre as farmácias comunitárias (farmácia universitária, farmácia privado e farmácia SUS) foram realizados pelo modelo de Equações de Estimções Generalizadas (GEE Model) (GUIMARÃES; HIRAKATA, 2012; LIANG; ZEGGER, 1986; ZEGGER; LIANG, 1986). Essa análise foi realizada para amostras relacionadas, já que uma mesma instituição responde em três/quatro perguntas e essas serão comparadas entre si. O modelo foi composto por uma matriz de correlação trabalho *independent*, uma matriz de covariância de estimador robusto e uma distribuição normal com função ligação identidade. Quando significativo, o teste post-hoc de Bonferroni foi utilizado.

4.3 ETAPA III – ESTUDO QUALITATIVO: PERSPECTIVA ETNOGRÁFICA NA EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA

Para compreender os fatores e eventos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem do cuidado em saúde no âmbito comunitário, sob a perspectiva dos estudantes, preceptores e

docentes de um curso de Farmácia de uma instituição federal de ensino superior no Brasil optei pela pesquisa qualitativa. Na pesquisa qualitativa, o interesse é entender os fenômenos a fundo, em seu ambiente natural, dando sentido ou interpretando-os a partir das significações que os sujeitos trazem dele (DENZIN; LINCOLN, 2000). A pesquisa está fundamentada no pressuposto epistemológico construtivista e no paradigma interpretativista, os quais assumem a ausência de neutralidade do pesquisador, ou seja, o conceito de distância e neutralidade completa entre pesquisador e pesquisado é irreal (ROSALDO, 1993). A construção dos significados é considerada um processo interativo, estabelecida entre os indivíduos investigados e a investigadora, sendo o pesquisador um instrumento de pesquisa (DALY, 2007). Os pesquisadores se fundamentam pelos dados de campo, sem controle de variáveis, estudando as individualidades a fundo e colecionando informações que, paulatinamente, desembocam na construção de uma teoria densa, feita na perspectiva dos sujeitos de pesquisa (TURATO, 2005).

A educação é uma prática cultural, o que determina que para compreendê-la precisamos considerar o contexto cultural na qual está inserida (OLIVEIRA, 2013a,b). Desse modo, nessa etapa parti do ambiente natural de ensino experiencial, buscando os significados, as causas e relações que auxiliam a explicar os fenômenos/comportamentos observados. Assim, optei pela perspectiva etnográfica⁴ na educação como lógica de investigação (GREEN; BLOOME, 1997).

4.3.1 Etnografia – um breve histórico

Os primórdios da etnografia, o fazer antropológico, surgem com as navegações europeias e a “descoberta” de outros povos, cujas culturas distanciaram-se do velho mundo. Nesse período, a etnografia foi caracterizada como um fazer científico discriminatório e estereotipado, baseado em um pensamento evolucionista etnocêntrico (MATTOS; CASTRO, 2011).

A etnografia clássica tem um marco importante em 1922, quando Bronislaw Malinowski, um antropólogo britânico de origem polonesa, sistematizou os caminhos que se deve percorrer para realizar uma pesquisa de campo. Malinowski descreveu o modo como trabalhou em campo e coletou os dados em sua prolongada permanência com povos da Nova Guiné e da Melanésia e preconizou que apenas pela “observação participante” associada a uma pesquisa

⁴ Ao adotar uma perspectiva etnográfica, queremos dizer que é possível ter uma abordagem mais focalizada para estudar aspectos particulares da vida cotidiana e práticas culturais de um grupo social. Central para uma perspectiva etnográfica é o uso de teorias da cultura e práticas de investigação derivadas da antropologia ou sociologia para orientar a pesquisa (GREEN, BLOOME, 1997, p.4).

intensiva e de longa duração seria possível conhecer o outro em profundidade e superar os pressupostos evolutivos e o etnocentrismo (CHIZZOTTI, 2003; MATTOS; CASTRO, 2011).

Diferentemente da concepção de Malinowski, que preconiza a descrição objetiva, Clifford James Geertz inaugura, a partir de 1950, a antropologia interpretativa ou hermenêutica, utilizada pelos antropólogos pós-modernos que defendem a necessidade de dar voz ao participante. A partir desse paradigma, a cultura deve ser vista, antes de tudo, como uma “teia de significados que o próprio homem teceu” e a etnografia se constitui no esforço em torno da apreensão subjetiva do significado que os sujeitos dão a suas ações, por meio da descrição densa⁵ (MATTOS; CASTRO, 2011; OLIVEIRA, 2013a).

Desde então, alguns antropólogos começaram a estudar segmentos das sociedades complexas, alterando o olhar das culturas remotas em seu caráter de não-familiaridade, para uma pesquisa que busca desvelar determinados aspectos daquilo que nos parece familiar. Encorajando, assim, trabalhos menores, abordagens mais focadas, do que os extensos volumes escritos por etnógrafos, que documentavam estilos de vida de grupos inteiros. Isso trouxe implicações para a área da educação, mais enfaticamente a partir da década de 1970 (ATHANASES; HEATH, 1995; FLICK, 2008). Segundo Oliveira (2013b), a etnografia no campo educacional possibilitou aproximação com o cotidiano escolar, permitindo um conhecimento profundo da sua dinâmica e com os sujeitos que a compõem, o que nos impulsiona a ir além do que é posto na realidade aparente.

4.3.2 Etnografia na educação como lógica de investigação

A pesquisa etnográfica é a descrição e a interpretação de um grupo ou sistema cultural⁶ (ou social), a partir do exame dos padrões de comportamentos observáveis (CRESWELL, 1998; GEERTZ, 1989), onde, a partir de uma perspectiva êmica⁷ (FLICK, 2008), o pesquisador tenta dar visibilidade às práticas diárias comumente invisíveis (GREEN; DIXON; ZAHARLICK, 2005).

A criação de uma profunda intimidade do pesquisador com o cenário, os sujeitos de pesquisa e respectivo contexto cultural é imprescindível para obter uma visão panorâmica da

⁵ Foco na cultura local, sem perder a especificidade do particular, mas retornando sempre ao geral ou à totalidade do evento estudado, sendo a descrição pautada nos significados (MATTOS; CASTRO, 2011).

⁶ A cultura é um conjunto de princípios de práticas que são construídos por seus membros à medida que estabelecem papéis e relações, normas e expectativas, direitos e obrigações, sendo abertas ao desenvolvimento, à modificação, expansão e revisão de seus membros, à medida que interagem através do tempo e dos eventos (GREEN; DIXON; ZAHARLICK, 2005).

⁷ Perspectiva interna dos membros da cultura – *insider*.

organização do espaço e de seus integrantes (HAMMERSLEY; ATKINSON, 1994), sendo as variações de determinado caso e as relações entre elas e as próprias do contexto maior, é onde reside o interesse da etnografia (MATTOS; CASTRO, 2011).

A partir dessa lente, Green, Dixon e Zaharlick (2005) apontam que o uso da perspectiva contrastiva - justaposição de diferentes tipos de perspectivas, dados, métodos ou teorias - proporciona *insights* particulares que permite ao etnógrafo tornar visíveis diferenças de tipos de conhecimento e a identificar novos locais e grupos para observar. Isso permite ao pesquisador conhecer o repertório de práticas culturais e poder explorar as consequências dos diferentes posicionamentos, uma vez que os membros podem não ter a mesma interpretação de todas as ações e eventos, devido ao acesso diferenciado a aspectos distintos da vida social do grupo (GREEN; DIXON; ZAHARLICK, 2005).

O etnógrafo examina o que acontece em profundidade e precisa considerar como as partes (eventos) se relacionam com o todo – perspectiva holística (relação parte-todo) (MATTOS; CASTRO, 2011). Erickson (1977) argumenta que a etnografia é holística não em razão do tamanho da unidade analítica, mas pelo fato que as unidades sociais são consideradas como um todo, seja ele um sistema educacional, uma comunidade ou uma sala de aula. Assim, um “pedacinho de cultura” pode ser examinado em profundidade para a identificação de questões ou elementos culturais mais amplos (MATTOS; CASTRO, 2011).

Esses três fundamentos - etnografia como o estudo de práticas sociais, uso da perspectiva contrastiva e holística - formam a teoria que orienta o etnógrafo para agir ao longo do desenvolvimento da pesquisa e que possibilita o pesquisador entrar em determinado contexto perguntando-se “o que está acontecendo aqui?” (perspectiva êmica) e deixar entre parênteses suas próprias expectativas culturais sobre o que ocorrerá ou encontrará (perspectiva ética - etnocentrismo) (GREEN; DIXON; ZAHARLICK, 2005).

Na etnografia, o pesquisador não se restringe apenas à imersão cultural e à observação dos acontecimentos, mas também participa e interpreta os fatos, e por meio do raciocínio indutivo, permeado por reflexão, seleciona métodos e procedimentos ao longo do seu trabalho de campo (CAPRARA; LANDIM, 2008; MATTOS; CASTRO, 2011).

Spradley (1980) orienta que o etnógrafo inicie a pesquisa de campo com uma grande turnê pelo contexto local, para que o pesquisador se familiarize com o cenário, com as pessoas e com o contexto cultural do grupo, obtendo uma visão panorâmica da organização e dos integrantes. Posteriormente, a análise torna-se mais focalizada e baseia-se em um conjunto de decisões e princípios que permitem o pesquisador aproximar-se de um entendimento êmico

dos padrões do grupo, por meio da observação de suas ações, como fenômenos culturalmente marcados ou significativos que devem ser examinados, e não necessariamente como havia inicialmente planejado. Esse procedimento tem continuidade até que o etnógrafo tenha informação suficiente para identificar princípios de prática. A esse processo de focalização, Green, Dixon e Zaharlick dão o nome de interativo-responsivo (GREEN; DIXON; ZAHARLICK, 2005).

Conduzi minha pesquisa de campo orientada pelos pressupostos da perspectiva etnográfica na educação (GREEN; BLOOME, 1997; GREEN; SKUKAUSKAITE; BAKER, 2012) e com a lente da TAE (KOLB, 2015), para compreender como o processo de ensino-aprendizagem é construído em um ambiente de prática cotidiana. Para isso, utilizei o processo analítico indutivo, interativo-responsivo e recursivo, a partir de uma perspectivaêmica, contrastiva, holística e reflexiva, em um processo dinâmico de coleta e análise, busquei identificar e examinar os processos, práticas e conhecimentos, locais e históricos, dos atores envolvidos no processo estudado (GREEN; DIXON; ZAHARLICK, 2005).

4.3.3 Métodos

4.3.3.1 Cenário de prática

A pesquisa foi realizada no curso de Farmácia da UFSC, de abril a novembro de 2019. O curso oferece 130 vagas anuais, com 65 vagas para o primeiro semestre e 65 vagas para o segundo semestre, em turno integral (matutino e vespertino). O regime de matrícula no curso de Farmácia da UFSC é o seriado semestral, com tempo mínimo de integralização de 10 semestres letivos e máximo de 16 semestres letivos. A carga horária total do curso é de 4.896h, equivalente a 4.080 horas/aula (h/a), distribuídas em 3.510 h/a em disciplinas obrigatórias, 360 h/a em disciplinas eletivas, 918 h/a de estágio curricular e 108 h/a de atividades complementares.

Sua matriz curricular prevê três estágios obrigatórios: (1) estágio em análises clínicas, que ocorre no 9º período do curso no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), com carga horária de 198 h/a; (2) estágio em farmácia, que ocorre no 9º período do curso, na farmácia universitária (denominada no momento da pesquisa “Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina/Prefeitura Municipal de Florianópolis” - FE UFSC/PMF), com carga horária de 198 h/a; (3) estágio final, que ocorre no 10º período do

curso com carga horária de 522 h/a, onde o estudante opta pela área de atuação farmacêutica e local de estágio, conforme convênios estabelecidos pela IES.

Na etnografia, a definição do local onde determinado evento cultural acontece deve, preferencialmente, ser determinado junto aos atores sociais, a fim de construir uma visão situada de tal fenômeno. Este estudo teve como cenário o Centro de Saúde do bairro Saco Grande (CS-Saco Grande) e a FE UFSC/PMF – consideradas duas culturas - como locais de ensino experiencial de cuidado em saúde no âmbito comunitário. A escolha do CS-Saco Grande e da FE UFSC/PMF foi feita por mim (pesquisadora principal), com base no meu conhecimento prévio da estrutura do curso de Farmácia da UFSC e nas recomendações das DCN/2017, além da possibilidade de contrastar duas culturas distintas. Na FE UFSC/PMF o estudante está inserido em uma farmácia comunitária, à qual é campo obrigatório de estágio do curso de graduação de Farmácia da UFSC; e no CS-Saco Grande, o estudante, por opção, é inserido no dia-a-dia do serviço de saúde da Atenção Primária à Saúde, sendo três o número médio de estudantes recebido por semestre, podendo variar de acordo com o período do curso e a carga horária de estágio.

O acesso ao campo é um ponto crucial na etnografia, que foi facilitado, uma vez que a pesquisadora tinha familiaridade com os dois espaços. No CS-Saco Grande fiz minha residência multiprofissional em Saúde da Família e na FE UFSC/PMF atuo como supervisora de estágio, porém estava afastada integralmente desde agosto de 2017 a agosto de 2019, para realização do doutorado.

4.3.3.2 Participantes do estudo

Em investigações qualitativas, diferentemente das quantitativas, não se busca amostras probabilísticas, cujo objetivo é extrapolar os resultados da pesquisa baseado na teoria na probabilidade. A investigação qualitativa interessa-se pela compreensão dos fenômenos e processos sociais em toda a sua complexidade, assim os sujeitos são escolhidos pela capacidade de proporcionar maior riqueza de informação para estudar em profundidade a pergunta de interesse. Utiliza-se a amostragem intencional, em que a amostra é definida em campo, sendo identificados informantes-chaves dentre todos os integrantes do cenário de prática (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012).

Para compreender o processo de ensino-aprendizagem experiencial, de maneira ampla e detalhada, inclui todos os atores envolvidos nesse processo - estudantes, docentes e

supervisores de estágio, além de outros indivíduos que se encontravam inseridos no contexto e relacionados com a temática – e pude contrastar suas diferentes perspectivas. Ainda, na pesquisa etnográfica, eventos, acontecimentos e experiências, e não apenas as pessoas em si, são objetos de estudo (SANDELOWISKI, 1995). Portanto, foram incluídas minhas reflexões e experiências durante toda a pesquisa.

4.3.3.3 Coleta de dados

Na etnografia, a “coleta de dados” acontece no encontro do pesquisador, impregnado com toda a sua trajetória biográfica, com o “outro”, onde os dados não estão simplesmente postos, pronto para serem coletados pelo pesquisador. A etnografia pressupõe uma construção dos dados, que se dá em meio ao processo interativo que se estabelece entre pesquisador e pesquisado (OLIVEIRA, 2013b).

Nesse sentido, para alcançar uma compreensão profunda eêmica da cultura estudada, o etnógrafo utiliza múltiplos métodos, empregando a triangulação para a coleta de dados – perspectiva contrastiva de métodos (DALY, 2007; GREEN; DIXON; ZAHARLICK, 2005). Nesta pesquisa, utilizei a análise documental, observação participante, entrevistas informais e entrevistas formais semiestruturadas.

“(Re)conhecendo o objeto de pesquisa”

Durante a pesquisa, tentei combinar uma análise detalhada de comportamentos, seus significados no dia-a-dia de interação entre os diferentes atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem experiencial e sua inserção no contexto histórico-cultural do curso de Farmácia. Dessa forma, iniciei a minha pesquisa com uma análise documental sobre a história do curso de Farmácia da UFSC.

Em abril de 2019, me inseri em campo, na UFSC. Como etapa inicial da pesquisa de campo, realizei uma pesquisa documental, juntamente com uma colaboradora, a fim de gerar novas ideias ou hipóteses e estimular o meu pensamento sobre o contexto histórico do curso de Farmácia da UFSC e a sua influência no modelo de farmácia universitária e no processo de ensino-aprendizagem do cuidado em saúde. Para isso, coletei e tentei reconstruir a história do curso de Farmácia da UFSC, identificando a trajetória vivenciada pelos seus atores e demarcando os acontecimentos que influenciam a conformação do modelo de currículo desenhado para o curso de Farmácia da UFSC ao longo dos tempos. Coletamos dados sobre o

histórico do curso de Farmácia e da farmácia universitária da UFSC, mudanças curriculares e a estrutura curricular atual; disciplinas relacionadas ao cuidado em saúde e suas respectivas ementas; perfil do farmacêutico formado, entre outros aspectos.

Os documentos utilizados para essa etapa - PPC (antigos e atuais), matrizes curriculares, ementas, documentos históricos do curso e da farmácia universitária, entre outros - foram conseguidos juntamente com a secretária do curso de Farmácia, Rosalba O. Z. Ferreira, com autorização da coordenadora do curso, professora Dra. Marení Rocha Farias.

Segunda etapa - “experienciando o cenário de prática”

4.3.3.3.1 Observação participante no FE UFSC/PMF

Após finalizar a primeira etapa, me inseri *in loco* no primeiro cenário a ser investigado, a FE UFSC/PMF, e me concentrei a compreender, a partir da perspectivaêmica, o processo de ensino-aprendizagem para o cuidado em saúde desenvolvido neste local, com olhar mais focado nos estudantes e farmacêuticos da UFSC, porém percebendo a presença e influência de todos que compartilham esse espaço. Minha inserção na FE UFSC/PMF ocorreu em maio de 2019.

Durante toda a pesquisa de campo, com cuidado ainda maior na FE UFSC/PMF em virtude da minha proximidade com esse cenário, busquei manter uma compreensão objetiva, como pesquisador e não supervisor, sobre o objeto estudado (universo concreto de observador) e ver os eventos sem fazer julgamentos finais, tentando entendê-los como acontecem do ponto de vista dos vários atores e por meio dos seus valores, colocando entre parênteses os meus pressupostos, apesar de entender que minha biografia fará parte do meu processo de interpretação. Assim, tentei manter a dialética entre “observação participante” e “objetivação participante”, na perspectiva do relativismo cultural (MATTOS; CASTRO, 2011).

Preocupe-me em, apesar de conhecer o campo de investigação e por estar afastada da FE UFSC/PMF há quase dois anos, me “apresentar” como pesquisadora e explicitar o meu estudo para as supervisoras de estágio (“minhas colegas”), esclarecendo os objetivos e metodologia que seriam empregados para o seu desenvolvimento. Aproveitei esse momento para me (re)familiarizar com o ambiente e os profissionais e identificar os momentos em que ocorriam o ensino-aprendizagem durante o estágio. Acompanhei a dinâmica da FE UFSC/PMF durante a semana que antecedeu o início do estágio das turmas que seriam objeto da minha pesquisa e reconheci e refleti sobre onde estaria melhor posicionada para observar esta cultura.

Para garantir a confiabilidade da construção dos dados, observei duas turmas na FE UFSC/PMF (2019/1), uma no período matutino e outra no período vespertino, durante todo o período de estágio. O “tempo etnográfico” (tempo em campo) não é linear. Algumas vezes “o campo não se abre” e, em outras, o pesquisador apesar de ver os dados, não os enxerga. Isso significa que uma longa estadia em campo não é sinônimo de abundância de dados, apesar de que quanto mais prolongada, maiores as chances e possibilidades de desvendarmos os fenômenos que pretendemos investigar, ou mesmo para emergir outros que não esperávamos (OLIVEIRA, 2013b).

No primeiro dia de estágio de ambas as turmas, durante o acolhimento aos estudantes, com permissão do docente responsável pelo estágio, me apresentei como pesquisadora e expliquei que iria acompanhá-los no desenvolvimento das atividades ao longo do estágio. Explanei sobre os objetivos do estudo e o delineamento metodológico e aproveitei esse primeiro contato para esclarecer dúvidas e obter o consentimento dos estudantes, supervisores e docentes, com assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

Para elucidar a cultura presente neste espaço de ensino-aprendizagem utilizei como técnica central de coleta de dados a observação participante. A observação participante não foi um processo tranquilo para todos, pois um familiar se tornar estranho e passar a “observar” seu trabalho, não é tão natural como acreditei que seria. Durante a observação participante na FE UFSC/PMF, vivenciei todas as oportunidades de aprendizagem - acolhimento e treinamento, atendimentos e os momentos reservados para sua preparação e registro, seminários e discussão de casos com docentes e supervisores e avaliação do estágio - além de dividir os momentos de cafés, confraternização, tudo o que pudesse me aproximar do dia-a-dia dos estudantes. Ademais, realizei uma análise textual dos registros de atendimentos feitos por eles.

Além de contrastar as perspectivas dos diferentes atores (estudantes, supervisores e docentes), comentado anteriormente, ao longo da pesquisa de campo, tanto na FE UFSC/PMF como no CS-Saco Grande, fui identificando e contrastando características entre os estudantes, que diferenciava o seu posicionamento como membro daquela cultura: vivência prática prévia na área do cuidado em saúde; formação teórica na área do cuidado em saúde (disciplinas optativas); interesse em seguir essa área profissional.

A observação participante finalizou no último dia de estágio, o qual se encerrou com uma confraternização entre supervisores, docentes e estudantes, momento em que eu aproveitei

para agradecer o acolhimento e confiança de todos os envolvidos no ensino-aprendizagem deste local.

4.3.3.3.2 *Observação participante no CS-Saco Grande*

Finalizando os estágios na FE UFSC/PMF, comecei a articular a minha entrada no segundo cenário de observação, o CS-Saco Grande. Contatei a farmacêutica supervisora responsável pelo estágio, uma velha amiga e colega de residência, via *WhatsApp*, para agendar um dia, antes do início do estágio, para que eu pudesse me (re)familiarizar com o local, entender a organização do serviço e do estágio. Assim, no dia 12 de julho, compareci no CS-Saco Grande, já em posse de algumas informações iniciais sobre o estágio, repassadas a mim por uma estudante que acompanhei na FE UFSC/PMF e que acompanharia no CS-Saco Grande.

Nesse primeiro momento, apresentei os objetivos e desenho metodológico do meu estudo apenas para a farmacêutica responsável pelo estágio. Conversamos sobre a estruturação e organização da farmácia e do estágio, e pude identificar as atividades que os estudantes participariam ao longo do estágio (oportunidades de aprendizagem). Passei o restante do dia acompanhando o farmacêutico e me ambientando com a dinâmica de trabalho da farmácia e identificando locais em que poderia me posicionar durante a observação desta cultura.

Após essa primeira aproximação com o CS-Saco Grande, organizei a minha agenda de observação da seguinte maneira: nas três primeiras semanas, momento mais crítico sob a minha perspectiva, realizei a observação por tempo integral, ou seja, manhã e tarde. Já nas semanas subsequentes até o término do estágio, devido ao meu retorno as atividades da FE UFSC/PMF (16 horas/semanais), estive presente de segunda à sexta-feira pela manhã (7h-12h30) e nas sexta-feira pela manhã e tarde (7h-17h). Essa lógica me permitiu acompanhar de maneira mais efetiva os estudantes durante todos os momentos em que ocorria a aprendizagem, uma vez que o estágio nesse semestre se concentrou no período matutino. Para garantir a confiabilidade da construção dos dados, a observação participante ocorreu ao longo de todo o período de estágio de uma turma no CS-Saco Grande no semestre letivo 2019/2.

Iniciando o estágio, conforme conhecia os supervisores e estudantes, me apresentava como pesquisadora e detalhava os objetivos e delineamento metodológico do estudo. Fui acolhida por todos e obtive os respectivos consentimentos para a realização da minha pesquisa. O consentimento dos demais envolvidos no processo de ensino aprendizagem– equipes de

Saúde da Família do CS-Saco Grande – foi solicitado ao longo da coleta, quando estes passaram a fazer parte no cenário de ensino-aprendizagem dos estudantes.

Durante a pesquisa de campo, estive atenta para manter a objetivação participante e o relativismo cultural, a fim de garantir a compreensão daquela cultura a partir da perspectiva dos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. Ainda, utilizei a perspectiva contrastiva durante a coleta e análise em campo dos eventos que compunha aquela cultura.

No CS-Saco Grande vivenciei junto aos estudantes todas as atividades que se configuraram como oportunidades de aprendizagem: primeiro contato com o CS (“*tour* pelo CS”), onde os estudantes conheceram a sua estrutura física e organizacional, a territorialização, a dispensação, as visitas domiciliares, reuniões com a equipe de saúde da família, grupos de educação em saúde, seminários com os supervisores, reunião da equipe da farmácia, reunião com o Conselho Municipal de Saúde, além de momentos de confraternização e conversas durante o estágio.

A minha saída do campo ocorreu com o término do estágio, a qual foi marcada com uma confraternização entre supervisores e estudantes. Aproveitei esse momento para agradecer todo o carinho com que todos me receberam e a confiança que depositaram em mim, uma estranha, que adentrou na vida e trabalho deles para “observá-los”. A sensação de gratidão e alegria tomou conta de mim, e me fez perceber que esse lugar (CS-Saco Grande), que já foi meu campo de formação e hoje é *locus* de estudo, me fez enxergar muito além do que poderia imaginar!

4.3.3.3 Entrevistas informais e semiestruturadas

Em ambos os cenários, durante a observação participante, foram feitas entrevistas informais, sempre que houve a necessidade de aprofundar, esclarecer ou compreender melhor alguma questão. As entrevistas informais baseiam-se na espontaneidade da construção das perguntas, em uma interação natural entre os participantes no próprio cenário de prática (GALL; GALL; BORG, 2002). As entrevistas informais, juntamente às notas de observação e minhas reflexões, foram registradas no diário de campo⁸, o qual foi transcrito diariamente para o computador.

⁸ É um instrumento de registro, onde são compiladas as percepções diárias do pesquisador, entrevistas informais, observações de comportamento, acontecimentos, falas, impressões e reflexões pessoais sobre as categorias ou pontos a serem investigados. A riqueza da técnica de observação está, geralmente, na qualidade do diário de campo, a qual fará a diferença na fase de análise dos dados coletados (GUERRA, 2014; MINAYO, 2014).

Ao final dos estágios na FE UFSC/PMF e no CS-Saco Grande, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com estudantes, supervisores e docentes envolvidos no processo de ensino-aprendizagem de ambos os cenários. As entrevistas formais semiestruturadas utilizam uma abordagem mais sistemática, embora não rígida, para obter informações dos participantes. Nessa modalidade, os pesquisadores utilizam um roteiro de perguntas ou tópicos gerais baseados no conhecimento prévio que detêm sobre teorias e hipóteses relacionadas à pesquisa (MINAYO, 2014).

As entrevistas foram realizadas no próprio cenário de ensino experiencial, exceto com o docente do estágio do CS-Saco Grande, a qual foi realizada fora do cenário, porém durante o período de estágio, com agendamento prévio. Antes da realização de nova entrevista semiestruturada, fazia-se uma análise prévia, por meio da escuta do áudio gravado, de modo a ajustar o tópico guia e direcionar as perguntas de maneira mais pertinente para desvendar aquela cultura. Em todas as entrevistas foram obtidas autorizações para gravação do áudio. Os tópicos guias utilizados nas entrevistas semiestruturadas na FE UFSC/PMF e CS-Saco Grande encontram-se no final desse documento (APÊNDICES C, D e E).

O número de entrevistas foi definido com base no critério de saturação, entendida como sendo o ponto onde dados adicionais não permitem a ampliação do conhecimento acerca do fenômeno estudado (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012), ou seja, as informações “coletadas” permitem responder com qualidade a pergunta de pesquisa e construir uma teoria densa (MORSE, 1995).

Ainda, todos os estudantes responderam um questionário sobre as experiências prévias com a área do cuidado farmacêutico (APÊNDICE F), os quais me auxiliaram a ampliar a compreensão sobre algumas características particulares dos estudantes que poderiam interferir no seu processo de ensino-aprendizagem individual.

4.3.3.4 Rigor

Para garantir a credibilidade dos resultados da pesquisa, utilizei três estratégias (GODOY, 2005): (1) inclusão de informantes chaves (estudantes, supervisores e docentes) que possuem experiência com o fenômeno estudado; (2) permanência em campo por um período prolongado (semestre inteiro), de modo a me permitir detectar e corrigir interpretações falsas ou enviesadas e criar uma relação de confiança com os participantes da pesquisa; (3) triangulação da coleta de dados, uma vez que propicia que o fenômeno seja visualizado sob

diferentes perspectivas, me levando bem próximo a essência da questão em estudo (TURATO, 2005). Os dados gerados com as entrevistas semiestruturadas e análise documental foram confrontados pelas entrevistas informais e a observação participante.

Ademais, para garantir a qualidade da pesquisa qualitativa, o meu posicionamento e envolvimento com a pesquisa estão descritos, assim como a pergunta e a exposição detalhada da metodologia e delineamento da pesquisa (GODOY, 2005). A flexibilidade foi alcançada por meio da utilização do diário de campo durante todo o processo de coleta de dados.

4.3.3.5 Análise de dados

Em estudos etnográficos, apesar de existir um período específico em que a análise compreende o objetivo principal, esta acontece simultaneamente à coleta de dados, de maneira cíclica e contínua, com o foco ajustado progressivamente no decorrer do tempo (DALY, 2007; HAMMERSLEY; ATKINSON, 1994). Essa lógica de raciocínio (análise interativa-recursiva) permitiu direcionar a minha observação para determinados eventos que se apresentaram como significativos naquela cultura e a identificar informantes-chaves.

Assim, finalizada a etapa em campo, os registros do diário de campo (notas de campo, entrevistas informais e reflexões) juntamente com as entrevistas semiestruturadas - transcritas na íntegra – foram compiladas e analisadas em conjunto e repetidas vezes, adquirindo-se alto nível de intimidade com eles. Inicialmente, fiz uma leitura despreziosa para me aproximar do universo de dados coletados. Em uma segunda leitura, os dados foram analisados e interpretados de maneira mais detalhada e sistemática com auxílio do software Atlas.ti (versão 8). Unidades temáticas começaram a emergir dos dados que, juntamente com os memorandos analíticos elaborados, auxiliaram a tornar visíveis as práticas culturais nesses dois cenários de ensino experiencial.

A partir dos memorandos analíticos, elaborei redes semânticas para identificar os fatores e eventos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem e as relações entre eles, o contexto local e o contexto maior, a fim de construir um todo conectado. Fundamentada nas redes semânticas e contrastando (triangulando) algumas teorias - Teoria da Aprendizagem Experiencial de David Kolb, Pedagogia Crítica de Paulo Freire e Pedagogia das Competências de Philippe Perrenoud - selecionei pontos relevantes (*rich points*⁹), descritos como pontos em que as diferenças de entendimentos, ação, interpretação e/ou participação se tornam marcadas.

⁹Ágar (1994) propõe o conceito de *rich points* para abranger os fatos que se tornam visíveis quando da diferenciação de enquadres de referência (AGAR, 1994).

Ao utilizar essa lógica em minhas análises, parto do conceito de relevância contrastiva, proposto por Hymes (1977), como um princípio de prática do etnógrafo (GREEN; DIXON; ZAHARLICK, 2005).

E por fim, por meio de uma descrição densa e com uso da reflexividade teórica¹⁰ e intertextual¹¹, elaborei narrativas utilizando a voz dos atores [participantes] como âncora para dar visibilidade às práticas diárias comumente invisíveis dentro de uma cultura e sintetizei as suas percepções a luz do referencial utilizado da tese (GREEN; CASTANHEIRA, 2019).

4.3.4 Aspectos éticos

O presente trabalho é parte do projeto intitulado “Proposição de um percurso formativo para o ensino do cuidado em saúde nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil”. Tal projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (CAAE nº 87998718.2.0000.5149) (ANEXO B). Todos que participaram do estudo assinaram o TCLE (APÊNDICE A).

A minha imersão em campo propriamente dita, aconteceu após apreciação do meu projeto de pesquisa pelo Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC e pela Escola de Saúde Pública de Florianópolis, pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Florianópolis (SMS-PMF). Somente como as cartas de anuências (ANEXO C) institucionais em mãos iniciei a minha pesquisa nos cenários de ensino experienciais selecionados.

Para manter o anonimato dos participantes e garantir a confidencialidade, eles serão identificados, ao longo do texto, independente do sexo, como do gênero feminino, uma vez que as mulheres representaram a maioria entre os participantes. Ainda, as supervisoras [farmacêuticas] foram representadas com a letra “F”, as professoras com a letra “P” e as estudantes com a letra “E”, todos acompanhados por número, não havendo diferenciação entre os pertencentes da FE UFSC/PMF e ao CS-Saco Grande. A identificação dos bolsistas [FE UFSC/PMF] médicos e enfermeiros [do CS-Saco Grande] seguiu o mesmo padrão. Nos trechos das entrevistas e do diário de campo foram feitos os ajustes quanto ao gênero, sempre que se referisse a um participante do estudo em específico. Nos demais casos, assumiu-se todos como sendo do gênero masculino, alterando os trechos sempre que necessário.

¹⁰ Tudo o que o etnógrafo viu em campo e disse em seus escritos deve estar enraizado em pressupostos teóricos que precisam estar explicitados.

¹¹ Refere-se a relatos históricos que localizam os dados não em um presente etnográfico supostamente abrangente, mas em um passado em desenvolvimento e movimento.

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS ETAPA I – ARTIGO “*EXPERIENTIAL EDUCATION IN THE PHARMACY UNDERGRADUATE CURRICULA IN BRAZIL*”

Artigo publicado em 05 de março de 2020 na revista *Pharmacy Practice*

Link: <https://pharmacypractice.org/journal/index.php/pp/article/view/1738>

Aline Aparecida Foppa^{*a}, Gabriella Almeida Martins^b, Ronald de Figueiredo Nascimento^b, Alessandra Rezende Mesquita^a, Simone de Araújo Medina Mendonça^a, Clarice Chemello^a.

^a Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

^b Curso de graduação em Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

RESUMO

Objective: Considering the curriculum reform process taking place in Pharmacy undergraduate programs in Brazil and the importance of practical experience to students throughout their learning process in university, this study aims to provide an overview of Pharmacy undergraduate programs in Brazil and their respective internships. **Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study. A documentary analysis of Pharmacy undergraduate programs in the face-to-face modality was carried out, with data obtained from the Political Pedagogical Projects of the programs, the curricula, and course descriptions containing information on internships, all provided by the Brazilian Ministry of Education. The data collected concerned Higher Education Institutions (HEIs), Pharmacy programs and internships. **Results:** Pharmacy undergraduate programs in Brazil have a median of 10 semesters in length, requiring from students a median of 6 internships, from the 6th semester on, totalizing 826 hours. The programs lack uniformity among their internships, mainly regarding total hours and the semester in which the internships start. The pharmacy internships cover, in greater number, the areas of outpatient and community pharmacy, clinical analysis, and pharmaceutical technology, respectively, being clinical analysis the area with more hours. Public and private HEIs have different internship proceedings in their curricula, hence no homogeneity among them in the different regions of Brazil. **Conclusions:**

This study demonstrates the diversity of Pharmacy programs in Brazil in the context of internships, reflecting on the training and the activity of pharmacists in recent decades. Further studies are needed to deepen the understanding of this theme.

Keywords: pharmacy education. internship nonmedical. curriculum. Brazil.

5.1.1 Introduction

In the last decades, in line with international movements (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1994, 1997), Pharmacy education in Brazil has engaged in debates about the need to redefine the profile of Pharmacy graduates and to restructure the teaching-learning process. (HADDAD *et al.*, 2006). Until 2002, Pharmacy education was regulated by the minimum curricula, which divided Pharmacy programs into two stages: the first one trained the pharmacist for community pharmacy work, and the second one was a complementary emphasis: in the pharmaceutical-industrial area or the biochemical area (including food technology, or clinical and toxicological analysis) (ALMEIDA; MENDES; DALPIZZOL, 2014).

In 1996, the minimum curricula were extinguished and the National Curriculum Guidelines (DCN, from the Portuguese acronym for Diretrizes Curriculares Nacionais) were established to pave the paths of higher education programs (BRASIL, 1996). In the scope of Pharmacy, the DCN were enacted in 2002 (BRASIL, 2002) and changed the country's education philosophy, with a view of replacing the technician vision with generalist, humanistic, critical and reflexive training, preparing the pharmacist to act at all levels of health care (ARAÚJO; PRADO, 2011). Despite being a breakthrough in Pharmacy education, generalist education, in expecting that professionals were able to perform well in all the activities described in the curriculum, ended up generating an excessive number of hours to be fulfilled and a superficial approach, thus leading students to difficulty to connect and ascribe meaning to the new knowledge provided in the courses MENDONÇA; FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2017; SOARES *et al.*, 2008).

Complementing the discussions about the pharmacist's social role, in 2017 new DCN were published for Pharmacy programs in Brazil. Regarding the profile of Pharmacy graduates, the current DCN establish that they be health professionals with training in drugs, medicines and pharmaceutical service, and, in an integrated way, with training in clinical and toxicological analysis, cosmetics and food, for the health care of individuals, family and community.

Additionally, the DCN establish that the structuring of Pharmacy undergraduate programs should have a total of about four thousand hours, which should be divided into three thematic axes: Health Care; Technology and Innovation in Health; and Health Management, making up respectively 50%, 40% and 10% of the program total hours (BRASIL, 2017).

According to the DCN, the pharmacist must be trained according to competencies, and the teaching-learning process must be anchored in the four pillars of education (learning to know, learning to do, learning to live together, and learning to be) and committed with the construction and consolidation of the Brazilian Unified Health System (SUS, from the Portuguese acronym for Sistema Único de Saúde) (BRASIL, 2001, 2017; DELORS *et al.*, 2010; HADDAD *et al.*, 2006). However, contrary to what is required by the DCN in terms of training, and despite the number of pharmacists in the SUS establishments having increased significantly in the last decade - from 12,122 to 28,271 between 2007 and 2015 -, pharmacists in Brazil operate predominantly in the private sector, being private community pharmacies the main setting (58%) (CARVALHO; LEITE, 2016).

According to Kolb, experiential learning is essential for knowledge creation, since learning occurs not only in the cognitive domain, but also in the affective domain, based on perception and action (KOLB, 2015). Therefore, the insertion of students into real-life scenarios, for example internships, represents a strategic component in the teaching-learning process. Compulsory internships, as provided for in the Political Pedagogical Projects of the Pharmacy programs and required for the award of a diploma, are part of the student's training schedule. Moreover, they must be carried out in a work environment effectively monitored by a supervising teacher from the HEI and a supervisor from the host organization, who shall belong to the training staff at the internship site and be professionally qualified and experienced in the relevant area. The internship activity plan must be defined jointly by the HEI, the host organization, and the student; and it is up to the HEI to verify the facilities of the internship site and its suitability for the student's cultural and professional training, and to prepare the necessary instruments for internship assessments (BRASIL, 2008).

The DCN determine that internships must correspond to a minimum of 20% of the program hours and be carried out in an articulated way, in increasing complexity throughout the program; however, each undergraduate program is free to determine the rules regarding the practical placement sites and supervision. Moreover, diversification of teaching-learning scenarios should be considered in order to allow the student to experience the professional reality. Thus, the internship hours should be distributed in the areas of pharmaceuticals,

cosmetics, medicines and pharmaceutical assistance (60%), genetic and toxicological and food analyses (30%), and institutional and regional specificities (10%) (BRASIL, 2017).

In view of the importance of providing Pharmacy undergraduates with experience in the teaching-learning process, a review of internships proves necessary in order to keep improving the profile of and the training in Pharmacy programs in Brazil. Therefore, this study aims to provide an overview of Pharmacy undergraduate programs in Brazil and their respective internships.

5.1.2 Method

In order to reach the proposed objective, a descriptive observational cross-sectional study was carried out. This paper is part of a larger study whose title translates to “Experiential education for pharmaceutical care: an ethnographic perspective”, which then is part of a doctoral dissertation.

5.1.2.1 Sampling

A search was conducted to identify HEIs in Brazil with a Pharmacy undergraduate program, using a list of programs provided by the Ministry of Education (MEC), updated on July 24, 2018, double-checked for possible updates on the MEC website (e-Mec) in the data collection process. All face-to-face Pharmacy undergraduate programs were considered eligible, whose first class had initiated prior to the data collection of this study. Exclusion criteria were e-learning programs, as well as extinct and closed programs.

5.1.2.2 Data collection

Data concerning internships were collected in January 2019 through a documentary analysis of the Political Pedagogical Projects of the Pharmacy programs, curricula, course descriptions containing information on the internships, the HEIs websites, in addition to the data compiled and provided by the MEC. Specific data on the internships were collected only from the HEIs that provided such information on their websites

Data were collected by two Pharmacy students and reviewed by one of the researchers of the present study. The variables that were collected were grouped into three categories, as follows:

- Data about the HEIs: geopolitical region of Brazil (north, northeast, center-west, southeast, and south); administrative category (private for-profit, private non-profit, federal public, state public, municipal public, and special); administrative dependency (public, private, or special); and whether they belong to private higher education groups¹².
- Data about the Pharmacy undergraduate programs: year of inauguration; length in semesters; number of openings offered annually; total hours – since the duration of a class varies among Pharmacy programs, either 45, 50 or 60 minutes, the counting unit was converted into clock hours; class meeting times, comprising: fulltime – morning and afternoon (and occasionally evening) classes; daytime – either morning or afternoon classes; nighttime – evening classes only; daytime or nighttime – particular cases of Pharmacy programs that offer two class times: daytime or nighttime, being up to the student to choose either one.
- Data about the internships: number of internship periods; total hours; total hours by professional area; the semester in which the first internship starts; the semester in which the first internship starts by professional area. The internships were classified by practice scenario due to the lack of information about the competencies developed during them. In addition, due to overlapping activities in the same scenario, it was not possible to categorize the internships according to the pharmaceutical areas provided in the DCN. Thus, the internships were divided into: (1) technical visit: specific observations in the different areas of professional activity; (2) pharmaceutical technology: internships in medicine industries, regulatory agencies, or compounding pharmacies, whose function is the production of medicines and cosmetics; (3) clinical analysis: internships in clinical and/or toxicology laboratories; (4) food: internships in food industries; (5) hospital pharmacy: internships in a hospital environment, including management and care activities; (6) community and outpatient pharmacy: internships in private or public pharmacies, or clinics, where the student has direct contact with the patient for medicine dispensing and/or other pharmaceutical services; (7) SUS management and planning: internships in the SUS with emphasis on territorialization, health indicators evaluation, health planning, and pharmacy logistics activities; and (8) final internship: internship required in the final

¹² A company that manages several higher education programs in several cities across the country.

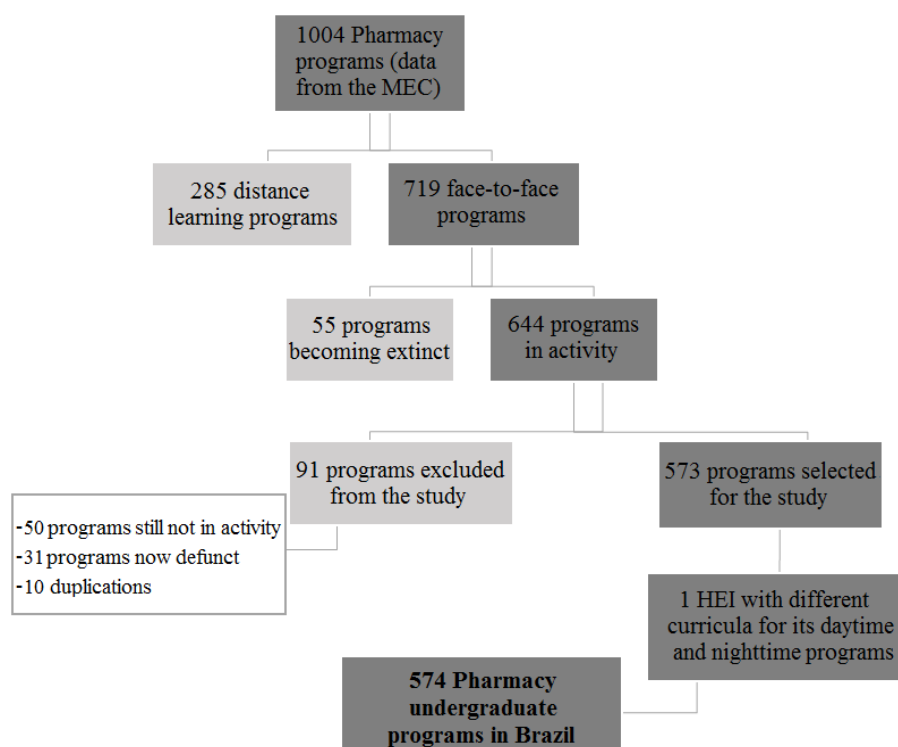
semesters of the program, which is when the student can choose a specific area of activity. The internships were further classified as: (1) *compulsory*: all students must pass in order to meet the regulations to be eligible to graduate; (2) *elective*: the student can choose whether or not to do an internship in that offered area; (3) *not in the curriculum*: when a given area does not have an internship offer in the program curriculum; and (4) *not clearly defined*: when the internship area of activity is not clearly defined. Despite being considered as an internship event by some HEIs, on-campus experience projects, scientific initiation fellowships, scientific method activities, and complementary activities were not included in the present study.

5.1.2.3 Data analysis

The data collected were organized in Microsoft Excel® spreadsheets and analyzed using the SPSS program for Windows version 25.0. Categorical variables were represented by absolute and relative frequency and confidence interval of the proportion. Quantitative variables were represented by median and interquartile range (median [p25; p75]). The proportions of the internship variables were associated between Brazilian region, administrative dependency and administrative category by the χ^2 test, and only categories with more than five HEIs were analyzed to yield accurate inference. In order to verify direct local association, standardized residuals analyses were performed with values greater than 1.96. For the internship variables, the distribution of total hours was compared between Brazilian region, administrative dependency and administrative category by the Mann-Whitney or Kruskal-Wallis test; the latter, when significant, was compared by the Dunn's peer-to-peer (post-hoc) test. The level of significance was set at 0.05.

5.1.3 Results

Of the 1004 existing Pharmacy undergraduate programs in Brazil, 573 (57.1%) were considered eligible and then included in the study. It should be pointed out that one of the HEIs had two Pharmacy programs, a daytime one and a nighttime one, and with a different curriculum each, so they were counted as being two separate programs, which resulted in a total of 574 undergraduate programs evaluated. Figure 5 below shows a sample selection flowchart.

Figure 5 - Flowchart of the selection of Higher Education Institutions (HEIs).

An expressive increase in the number of new Pharmacy undergraduate programs in Brazil have occurred since year 1995. Between 1995 and 2002, when the DCN were published, 111 new programs were opened; then 203 new programs between 2003 and 2010; and another 213 programs from 2011 until mid-2018. Such an increase over the years was higher among private HEIs ($p < 0.001$). The highest concentration of Pharmacy programs can be seen in the Southeast (40.8%, $n = 234$), followed by the Northeast (22.8%, $n = 131$), South (15.5%, $n = 89$) (12.4%, $n = 71$) and North (8.5%, $n = 49$) of Brazil.

With regard to administrative dependency, only 12.7% ($n = 73$) of the HEIs are public, of which 67.1% ($n = 49$) are federal institutions, 23.3% ($n = 17$) state institutions, and 9.6% ($n = 7$) municipal institutions. Of the private HEIs that have a Pharmacy program ($n = 499$), 63.1% ($n = 316$) belong to for-profit institutions, 36.5% ($n = 183$) to non-profit institutions, and 0.4% ($n = 2$) to special institutions. It is worth noting that Pharmacy programs are free of charge in only 11.5% ($n = 66$) of the HEIs, and 35.7% ($N=205$) of the HEIs analyzed belong to educational groups, being the following the main ones: Universidade Paulista (UNIP) ($N=47$), Kroton ($N=55$), Ser Educacional ($N=35$), and Estácio ($N=12$).

The distribution of Pharmacy programs in the different regions of the country did not show a significant difference between private and public institutions. However, there was a significant difference between administrative categories and regions, with the South region

having the lowest proportion (47.2%, n = 42) of Pharmacy programs in private non-profit HEIs; the greatest proportion being the Southeast region (40%; n = 94). In addition, the Northeast region showed the highest proportion (71%; n = 93) of private for-profit HEIs (Table 1).

Table 1 – Comparison of the Pharmacy programs distribution in Brazil by administrative category in the different regions of the country (n=572).

		Region of Brazil					Valor -p
		South	Southeast	Center- west	North	Northeast	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Administrative category	Private non-profit	42 (47.2)	94 (40)	16 (23.5)	12 (24.5)	19 (14.5)	<0.001
	Private for profit	32 (36)	118 (50.2)	43 (63.2)	30 (61.2)	93 (71)	
	Federal public	7 (7.9)	16 (6.8)	6 (8.8)	5 (10.2)	15 (11.5)	
	State public	5 (5.6)	5 (2.1)	2 (2.9)	1 (2)	4 (3.1)	
	Municipal public	3 (3.4)	2 (0.9)	1 (1.5)	1 (2)	0	
	Total	89 (100)	235 (100)	68 (100)	49 (100)	131 (100)	

*Comparison by Fisher's Exact Test; in bold, analysis of adjusted standardized residuals greater than 1.96.

The programs have a median of 4099 total hours [4000.0; 4554.3], a median of 10 semesters [10.0;10.0], and a median of 102.5 [87.0; 200.0] openings offered annually. Most HEIs offer full-time Pharmacy programs (20.6%, n = 118), followed by nighttime programs (20.2%, n = 116), and daytime programs (13.8%, n = 79), and nighttime or daytime programs (12.9%, n = 74). Only 51,2% (N=294) provide curriculum matrix, 16,6% (n = 95) Political Pedagogical Projects and 18,6% (N=107) course descriptions on their websites.

5.1.3.1 Pharmacy internships

Of the 574 programs, 89 were excluded from the internship analysis because no information on such curricular component was found on their respective websites; however, the programs that provided some (even if not all) data were included, which generated different N throughout the analysis. The programs analyzed have a median of six internships, allocated from the 6th semester on, with a median of 826 hours in total. Regarding the 20% reserve of the total program hours to internships, as recommended by the DCN, 51 programs do not comply with that requirement. Table 2 shows the general characteristics of the pharmacy internships.

Table 2 - Internships in face-to-face Pharmacy undergraduate programs in Brazil.

	Median [p25; p75]	Min-Max
Number of internships required (n=485)	6 [4;7]	1 - 17
Semester when internships start (n=350)	6 [4;7]	1 - 10
Total internship hours (n=455)	826.0 [800.0; 940.0]	216 - 1520

Not all programs provided information on the distribution of internships by area of professional activity; therefore, the data presented below comprise 326 programs (56.8%). In terms of mandatory requirements, internships are compulsory in Pharmacy undergraduate programs, to a greater extent, in the areas of community and outpatient pharmacy (92.4%, n = 291); clinical analysis (86.4%; n = 273); pharmaceutical technology (83.5%, n = 222), and, with the lowest proportion, food (37.4%, n = 116) (Table 3). In 35 of the HEIs analyzed, there are compulsory internships in all those areas of professional activity. The HEIs whose curricula require a final internship correspond to 26.1% (n = 85).

Table 4 displays the distribution of compulsory and elective internships by area of professional activity according to internship total hours. It should be stressed that the area with the highest internship total hours is clinical analysis.

Table 3 - Internships required in the curricula of Pharmacy undergraduate programs in Brazil, in different areas of activity (n = 326).

		Technical visit	Pharmaceutical technology	Clinical analysis	Food	Hospital pharmacy	SUS management and planning	Community and outpatient pharmacy
Compulsory	n (%)	84 (30.7)	222 (83.5)	273 (86.4)	116 (37.4)	184 (70.5)	185 (69.3)	291 (92.4)
Elective	IC[95%]	[25.4; 36.3]	[78.6; 87.6]	[82.3; 89.8]	[32.2; 42.9]	[64.8; 75.8]	[63.6; 74.6]	[89.1; 94.9]
	n (%)	0 (0)	12 (4.5)	8 (2.5)	14 (4.5)	14 (5.4)	3 (1.1)	9 (2.9)
Not in the curriculum	IC[95%]	[0; 0]	[2.5; 7.5]	[1.2; 4.7]	[2.6; 7.3]	[3.1; 8.6]	[0.3; 3]	[1.4; 5.1]
	n (%)	190 (69.3)	32 (12)	35 (11.1)	180 (58.1)	63 (24.1)	79 (29.6)	15 (4.8)
<i>Not clearly defined</i>	IC[95%]	[63.7; 74.6]	[8.5; 16.3]	[8; 14.9]	[52.5; 63.5]	[19.3; 29.6]	[24.4; 35.3]	[2.8; 7.5]
	n (%)	52 (16)	60 (18.4)	10 (3.1)	16 (4.9)	65 (19.9)	59 (18.1)	11 (3.4)
	IC[95%]	[12.3; 20.2]	[14.5; 22.9]	[1.6; 5.4]	[2.9; 7.7]	[15.9; 24.5]	[14.2; 22.5]	[1.8; 5.8]

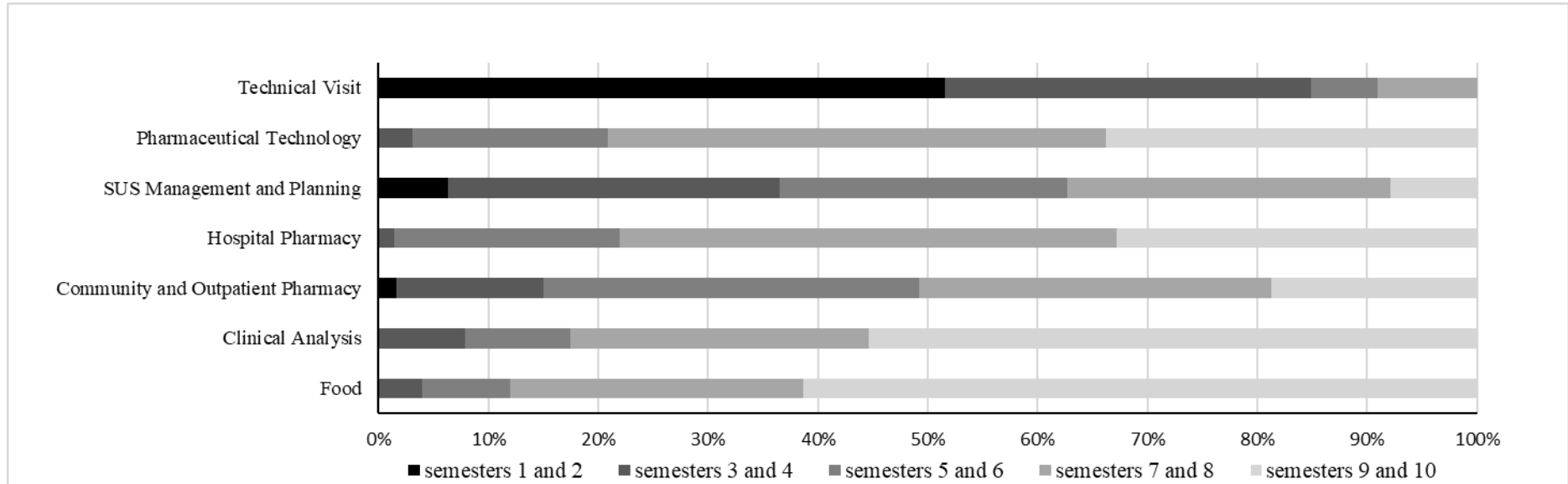
Table 4 - Internships according to the hours in the various areas of professional activity.

	Overall hours		Private HEI hours		Public HEI hours		P
	median	min-max	median	min-max	median	min-max	
	[p25; p75]		[p25; p75]		[p25; p75]		
Technical visit (n=81)	80 [60; 80]	25 - 128	80 [80; 80]	25 - 120	52.5 [42.5; 74]	30 - 128	0.142
Pharmaceutical technology (n=222)	124 [120; 213]	45 - 558	120 [120; 210]	50 - 558	150 [120; 226]	45 - 540	0.359
Clinical analysis (n = 269)	200 [120; 240]	50 - 720	210 [120; 240]	60 - 550	180 [120; 300]	50 - 720	0.968
Food (n=116)	120 [99; 145]	34 - 720	120 [100; 120]	34 - 286	145 [81; 250]	50 - 720	0.038
Hospital pharmacy (n = 190)	90 [60; 120]	40 - 270	90 [60; 120]	40 - 270	120 [90; 160]	40 - 270	0.016
SUS management and planning (n = 181)	102 [75; 200]	20 - 320	109 [80; 200]	20 - 320	90 [61.5; 120]	30 - 235	0.02
Community and outpatient pharmacy (n = 289)	160 [120; 280]	30 - 720	160 [120; 300]	40 - 720	160 [96; 195]	30 - 375	0.041
Final internship (n=85)	415 [360;522.5]	67-1025	410 [300-495]	67 - 600	466 [360-600]	120 - 1025	0.018

*Comparison of hours between private and public HEIs, by the Mann-Whitney Test

As regards the moment in the program when students are required to do internships, technical visits are held more frequently at the beginning of the program; pharmaceutical technology, hospital pharmacy, community pharmacy/outpatient pharmacy start predominantly in the second half of the program; internships in clinical analysis and food are done in the last three semesters of the program; and the internships in SUS management and planning do not follow a pattern among the Pharmacy programs (Graph 1).

Graph 1 - Internships by area of professional activity according to the semester in which they start, as provided for in Pharmacy curricula in Brazil.



There was a statistically significant difference of internships by area of professional activity between public and private HEIs, with private HEIs having higher proportions of compulsory internships in the areas of pharmaceutical technology ($p < 0.001$), clinical analysis ($p < 0.001$), hospital pharmacy ($p = 0.002$), SUS management and planning ($p = 0.022$), and community and outpatient pharmacy ($p < 0.001$). Public HEIs showed a higher proportion only in the final internship category ($p < 0.001$).

As for the number of internships by area in the different regions of Brazil, there was a significant percentage of internships in the area of community and outpatient pharmacy in all regions of the country. The South region presented a higher proportion of compulsory final internships ($p < 0.001$) and fewer internships in the areas of pharmaceutical technology ($p = 0.022$) and clinical analysis ($p = 0.002$). The Southeast region presented fewer internships in the area of SUS management and planning ($p = 0.029$) and final internships ($p < 0.001$). The Northeast region presented the highest proportion of compulsory internships in the area of clinical analysis ($p = 0.002$).

5.1.4 Discussion

In the last decades, to industrialization, increased drug-related morbidity and mortality, and the expansion of health expenditures and related supplies, thus marking the beginning of a new era for pharmaceutical practice (SATURNINO *et al.*, 2012). In view of that, the pharmacist profession has evolved from a product-oriented to a patient-oriented. These changes require Pharmacy education to prepare and organize programs that develop the skills required by that new social role (ZERRIN; HUSSAIN, 2013). In this regard, in order to support improvements in Pharmacy education, the International Federation of Pharmacists (FIP) has published the document *Global Competency Framework*, which contains specific competencies in Pharmacy education and training (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2012b).

Based on this principle, several countries have discussed Pharmacy education and implemented curriculum reforms with emphasis on competencies and training of professionals properly qualified for the fulfillment of their duty to ensure positive health outcomes by means of medicines. In some countries, this process has been faster, such as in Canada, the United States, and Australia (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015; AUSTIN; ENSOM, 2008; AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012; MARRIOTT *et al.*, 2008), in others the process is recent (INTERNATIONAL

PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2016). In Brazil, the new DCN have pushed forward the discussion of the competencies that should be developed in Pharmacy undergraduate programs. However, competency standardization for pharmacy professionals – so as to provide real support in reformulating education, as in Australia, Canada and Ireland – remains far from happening in Brazil (PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA, 2016; THE NATIONAL ASSOCIATION OF PHARMACY REGULATORY AUTHORITIES (NAPRA), 2014; THE PHARMACEUTICAL SOCIETY OF IRELAND, 2013).

In terms of competency development, several studies have pointed out the positive impact of students' inclusion in real environments (AGNESS; HUYNH; BRANDT, 2011; GALAL *et al.*, 2012; KASSAM; KWONG; COLLINS, 2013; MCGIVNEY *et al.*, 2011). The increase in the extent and quality of experiential education and the introduction of varied teaching techniques are indispensable prerequisites for ensuring high quality standards in the teaching process of Pharmacy programs (AUSTIN; ENSOM, 2008). In this sense, experiential education can be seen as fundamental to the development of professional competency.

In Brazil, the disorderly increase in Pharmacy undergraduate programs in the last decades can lead students to competition for best internship places and, thus, affect the success of the teaching-learning process (KENNERLY; WEBER, 2013). This increase in the number of Pharmacy programs is possibly a worldwide phenomenon. Literature has demonstrated such growth in countries such as the United States, India, Chile, and Middle East countries (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2016; KENNERLY; WEBER, 2013; KHEIR *et al.*, 2008). According to the FIP, between 2006 and 2016 there was an increase in the number of pharmacists per capita in all regions of the world (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2018). Additionally, as the data in this study point out, the increase in Pharmacy programs in Brazil is strongly influenced by the model practiced by private educational groups, which use the same curriculum for all programs, regardless of regional specificities, which can be detrimental since private HEIs are rated worse than public HEIs in terms of quality (LOPES *et al.*, 2019). Kheir *et al.* emphasize that, although the expansion of Pharmacy programs in for-profit institutions may be favorable, this increase must be controlled in an attempt to ensure the quality of education (KHEIR *et al.*, 2008).

Furthermore, studies carried out by Carvalho and Leite (2016) and Vieira and Moyses (2017) point out that this increased number of openings offered annually in Pharmacy programs in Brazil has been accompanied by the imbalance between the number of openings versus

graduates – with an exponential increase in the number of unfilled openings, being 4,120 in 2001, 26,623 in 2011 and 30,417 in 2015 – in addition to the relationship graduates versus dropouts – in 2015, 42.0% (10,617) of Pharmacy undergraduates did not complete the program (CARVALHO; LEITE, 2016; VIEIRA; MOYSES, 2017).

The results of this study evince the lack of uniformity among the Pharmacy undergraduate programs in Brazil, mainly concerning total hours and the semesters in which they begin. In addition, it was found that, predominantly in private HEIs, priority was given to internships with a small number of total hours. This prevents students from developing proficiency in the competencies required for their professional practice, since practical experiences are not offered in sufficient duration and with increasing complexity throughout the program. Ultimately, internships have provided, for the most part, only experiences rather than learning per se. According to Kolb, knowledge is constructed on the basis of lived experiences, and the opportunity for students to experience and practice the profession from the beginning of the program contributes to the development of integrative consciousness – the most complex level of development of primordial human consciousness for the development of professional competencies (KOLB, 2015).

In the United States, Canada, Australia and New Zealand, experiential education is generally focused on developing competencies for patient care process in hospital and community practice settings, with increasing levels of responsibility from beginning to end of the program and with learning outcomes clearly defined in the curriculum (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015; AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012; THE CANADIAN COUNCIL FOR ACCREDITATION OF PHARMACY PROGRAMS, 2018). In Europe, according to the Bologna Declaration, experiential education is offered during or at the end of theoretical and practical training, at a pharmacy open to the public or at a hospital under the supervision of the pharmacy professionals of the area (THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, 2013). Although in some countries it is possible for students to do internships in other areas of interest (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015), health care settings, mainly community pharmacies and hospitals, are still the priority places for experiential learning.

In Brazil, the settings where internships are usually carried out, to a greater extent comprise, respectively, the areas of community and outpatient pharmacy, clinical analysis, and pharmaceutical technology, being clinical analysis internships more extensive in terms of total

hours. It is also worth noting that, unlike in other countries (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015; AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL, 2012; THE CANADIAN COUNCIL FOR ACCREDITATION OF PHARMACY PROGRAMS, 2018; THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, 2013), internships in the food area are still a part of some curricula in Brazil, and with a high number of hours. This form of structuring the internships – by areas according to old areas of emphasis in the curricula – is still supported by the DCNs (BRASIL, 2017). This fact reinforces the influence of the professors, who graduated under that model, on the making of new curricula. Consequently, this scenario may point to a long curriculum reform process permeated by tensions, similar to what is happening in Argentina (CORIA; DELUCA; MARTÍNEZ, 2010).

Thus, the low number of hours of internships in possible scenarios of clinical practice and its late onset, which does not allow for increasing skills development, could be contributing to a small number of pharmacists who are skilled and knowledgeable of clinical practice, as most are disconnected from patient needs and health services (BALDONI *et al.*, 2016) hence the lack of recognition of the pharmacist's potential and professional value in the health team.(SATURNINO *et al.*, 2012) Thus, despite the advances in education, Pharmacy schools in Brazil have also trained pharmacists with a profile that is far from what the FIP recommends and from what many countries have adopted.(INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2012b; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1997).

According to a survey by the Brazilian Federal Council of Pharmacy (2015), 81.1% of pharmacists in Brazil work in pharmacies or drugstores, of which 64.1% perform management services such as inventory control and drug procurement, while only 17.8% perform clinical services (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2015). This reinforces the results of other studies that argue that clinical practice in Brazil is still incipient and characterized by the professionals' personal effort and improvisation (ARAÚJO *et al.*, 2017; BALDONI *et al.*, 2016), contrasting with the scenario of some European countries and the USA, with well-structured services covered by health insurance plans (BRANDT; COOKE, 2017; COSTA *et al.*, 2017).

Pharmacy undergraduate programs in Brazil should prioritize the training of well-qualified graduates to work in the areas that concentrate most of the pharmacist workforce – i.e. community pharmacies – and make efforts to ensure that education is in line with

international recommendations, providing training in the field of care pharmaceutical. In this way, Brazil, as well as other countries experiencing a delayed implementation of pharmaceutical care services, should prioritize the creation of experiential education programs in settings that favor the qualification of professionals to work in this area. This should also include an adequate amount of course hours and structures that guarantee the growing development of their skills and competencies, to act efficiently for the well-being of patients and society.

The major challenge of the present study was to collect data from the HEIs websites, many of which were out of date, incomplete or inaccurate, and very usually provided no information. This scenario makes it difficult to compare these data with those of other studies, such as Nunes-da Cunha (NUNES-DA-CUNHA *et al.*, 2016). This problem is not exclusive to Pharmacy programs in Brazil, as it was also reported in a study that evaluated Pharmacy education in Middle East countries (KHEIR *et al.*, 2008). The obligation of this transparency should be assumed as a priority agenda by the Ministry of Education as a way to contribute to the improvement in the quality of higher education in Brazil.

In addition, Brazilian HEIs do not follow a *syllabus template* for their curriculum presentation, which if so, according to literature, would make them improve on quality (PETERSON; WITTSTROM; SMITH, 2011). The Pharmacy undergraduate curricula in Brazil do not fully describe educational objectives, competencies to be achieved, assessment and teaching methods, thus making it difficult to carry out educational studies, which are extremely relevant to evaluate education itself and the impacts of the DCN implementation.

5.1.5 Conclusions

This study points to heterogeneity among internships Pharmacy undergraduate programs in Brazil. There is a significant number of internships in community and outpatient pharmacies in all Pharmacy undergraduate programs in Brazil, which may reflect the trends in the pharmacist workforce in Brazil. In addition, there is still a strong influence of the old areas of emphasis in the curricula, evinced by the presence of internships in the area of clinical analysis and food. In general, too few course hours are dedicated to the internships and they are undertaken predominantly at the end of the Pharmacy program, that is, there is no experiential education program that envisions the acquisition of professional competencies throughout the Pharmacy program.

In view of the importance of experiential education for the development of professional competencies, and given the difficulty in obtaining information on Pharmacy programs in Brazil via the HEIs website, there is a need for further studies that encompass other methodological approaches for an in-depth scrutiny of the internships, in a way to understand the interface of this curricular component with the program itself and to analyze how the teaching-learning-assessment process takes place.

REFERÊNCIAS

ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION. *Accreditation Standards and key elements for the professional program in Pharmacy leading to the Doctor of Pharmacy Degree (“STANDARDS 2016”)*. Illinois: ACPE, 2015. 31 p.

AGNESS, C. F.; HUYNH, D.; BRANDT, N. An Introductory Pharmacy Practice Experience Based on a Medication Therapy Management Service Model. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 75, n. 5, p. 1–8, 2011

ALMEIDA, R. B.; MENDES, D. H. C.; DALPIZZOL, P. A. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 35, n. 3, p. 347–354, 2014.

ARAÚJO, F. Q.; PRADO, E. M. Análise das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. *Revista Contemporânea de Educação*, v. 3, n. 5, p. 96–108, 2011.

ARAÚJO, P. S. *et al.* Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 1–11, 2017.

AUSTIN, Z.; ENSOM, M. H. H. Education of Pharmacists in Canada. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 72, n. 6, p. 1–11, 2008.

AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL. *Accreditation Standards for Pharmacy Programs in Australia and New Zealand*, 2012.

BALDONI, A. D. O. *et al.* Perspectives for Clinical Pharmacy in Brazil. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, v. 2, n. 3, p. 45–46, 2016.

BRANDT, N. J.; COOKE, C. E. Centers for Medicare and Medicaid Services support for

Medication Therapy Management (Enhanced Medication Therapy Management): Testing Strategies for Improving Medication use among beneficiaries enrolled in Medicare Part D. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 33, n. 2, p. 153–164, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Parecer CNE/CES nº 1.300/2001, de 6 de novembro de 2001*. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2001. Seção 1. p. 25. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1. p. 27833. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1. p. 9. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2019.

BRASIL. *Lei Nº 11.788, de 25 de Setembro de 2008*. Dispõe sobre o estágio de estudantes; 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2009. Seção 1. p. 3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/11788.htm. Acesso em: 1 fev. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2017. Seção 1. p. 30. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 9 fev. 2018.

CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. *Mercado de trabalho farmacêutico no Brasil: 2010 a 2015*. 1. ed. São Paulo: Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2016. 32 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Perfil do farmacêutico no Brasil*. Brasília: CFF, 2015. 44 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Competências para a atuação clínica do farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz*

de Competências para a Atuação Clínica. Brasília: CFF, 2017. 124 p.

CORIA, M. M.; DELUCA, M.; MARTÍNEZ, M. E. Curricular Changes in Accredited Undergraduate Programmes in Argentina. *Quality in Higher Education*, v. 16, n. 3, p. 247–255, 2010.

COSTA, F. A. *et al.* Provision of pharmaceutical care by community pharmacists across Europe : Is it developing and spreading ? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 23, n. 6, p. 1336–1347, 2017.

DELORS, J. *et al.* *Um tesouro a descobrir: relatório da Unesco da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI*. Brasília: UNESCO, 2010. 288 p.

GALAL, S. M. *et al.* Impact of an Elective Course on Pharmacy Students' Attitudes, Beliefs, and Competency Regarding Medicare Part D. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 76, n. 5, p. 1–9, 2012.

HADDAD, A. E. *et al.* *A trajetória dos cursos de graduação na saúde, 1991-2004*. Brasília: Inep/MEC, 2006. 531 p.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. *A Global Competency Framework for Services Provided by Pharmacy Workforce*. 2012b. Disponível em: https://www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/GbCF_v1.pdf. Acesso em: 21 fev. 2019.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. *Pharmacy - Workforce Intelligence: Global Trends Report*. 2018. Disponível em: <https://www.fip.org/file/2077>. Acesso em: 18 abr. 2019.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. *Transforming Our Workforce Workforce development and education: Systems, tools and navigation*. 2016. Disponível em: <https://www.fip.org/file/1392>. Acesso em 05 jun. 2019.

KASSAM, R.; KWONG, M.; COLLINS, J. B. Promoting direct patient care services at community pharmacies through advanced pharmacy practice experiences. *Pharmacy practice*, v. 21, n. 6, p. 368–377, 2013.

KENNERLY, J.; WEBER, R. J. Role of Pharmacy Education in Growing the Pharmacy Practice Model. *Hospital Pharmacy*, v. 48, n. 4, p. 338–342, 2013.

KHEIR, N. *et al.* Pharmacy Education and Practice in 13 Middle Eastern Countries. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 72, n. 6, p. Article 133, 2008.

KOLB, D. A. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. 2. ed. New Jersey: Pearson Education Inc, 2015. 390 p.

LOPES, N. M. S. *et al.* A Quantitative Analysis of the Quality of Pharmacy Education in Brazil. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 83, n. 3, p. 291-297. 2019.

MARRIOTT, J. L. *et al.* Pharmacy Education in the Context of Australian Practice. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 72, n. 6, 2008.

MCGIVNEY, M. S. *et al.* An Introductory Pharmacy Practice Experience Providing Pharmaceutical Care to Elderly Patients. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 75, n. 8, p. 1–9, 2011.

MENDONÇA, S. A. M.; FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. *PLoS ONE*, v. 12, n. 9, p. 1–14, 2017.

NUNES-DA-CUNHA, I. *et al.* A Comparison of Patient-Centered Care in Pharmacy Curricula in the United States and Europe. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 80, n. 5, p. Article 83, 2016.

PETERSON, S. L.; WITTSTROM, K. M.; SMITH, M. J. A Course Assessment Process for Curricular Quality Improvement. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 75, n. 8, p. 1–7, 2011.

HARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA. *National competency standards framework for pharmacists in Australia*. Disponível em: <https://www.psa.org.au/wp-content/uploads/2018/06/National-Competency-Standards-Framework-for-Pharmacists-in-Australia-2016-PDF-2mb.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

SATURNINO, L. T. M. *et al.* Farmacêutico : um profissional em busca de sua identidade. *Revista Brasileira Farmacêutica*, v. 93, n. 1, p. 10–16, 2012.

SOARES, L. *et al.* Educação farmacêutica e identidade profissional. In: CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. (Org.). *O farmacêutico na Atenção à Saúde*. 2. ed. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2008. p. 263–286.

THE CANADIAN COUNCIL FOR ACCREDITATION OF PHARMACY PROGRAMS.
Accreditation Standards for Canadian first professional degree in Pharmacy programs.
Toronto: CCAPP, 2018. 31p.

THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION.
*Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU)
n° 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System.*
Official Journal of the European Union, 2013. 132-170.

THE NATIONAL ASSOCIATION OF PHARMACY REGULATORY AUTHORITIES
(NAPRA). *Professional competencies for Canadian pharmacists at entry to practice.* Ottawa:
NAPRA, 2014. 25 p.

THE PHARMACEUTICAL SOCIETY OF IRELAND. *Core Competency Framework for
Pharmacists.* Disponível em:
<[http://www.thepsi.ie/Libraries/Pharmacy_Practice/PSI_Core_Comp_Framework_Web_Vers
ion_Final.sflb.ashx](http://www.thepsi.ie/Libraries/Pharmacy_Practice/PSI_Core_Comp_Framework_Web_Version_Final.sflb.ashx)>. Acesso em: 17 fev. 2019.

VIEIRA, A. L. S.; MOYSES, N. M. N. Trajetória da graduação das catorze profissões de
saúde no Brasil. *Saúde Debate*, v. 41, n. 113, p. 401–414, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *The role of the pharmacist in the health care
system: preparing the future pharmacist: curricular development.* Vancouver: WHO. 1997.
Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63817>. Acesso em: 11 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *The role of the pharmacist in the health care
system.* Geneva: WHO. 1994. Disponível em:
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2995e/h2995e.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

ZERRIN, H.; HUSSAIN, A. The changing face of pharmacy practice and the need for a new
model of pharmacy education. *Journal of Young Pharmacists*, v. 5, n. 2, p. 38–40, 2013.

5.2 RESULTADOS ETAPA II – ARTIGO “ESTÁGIOS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA NO BRASIL”

✓ Artigo publicado em 02 de julho de 2021 na revista Scientia Plena.

Link: <https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/view/6145/2403>

Aline Aparecida Foppa*^a, Alessandra Rezende Mesquita^a, Simone de Araújo Medina Mendonça^a, Clarice Chemello^a.

^a Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

RESUMO

Os cursos de Farmácia no Brasil estão em um processo de mudança curricular. A aprendizagem experiencial tem um papel essencial na construção do conhecimento, entretanto há uma escassez de estudos sobre o tema. Este estudo descreve os aspectos organizacionais e pedagógicos dos estágios em farmácia comunitária dos cursos de Farmácia do Brasil. Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal sobre os estágios em farmácia comunitária ofertados por cursos presenciais, com início anterior a 2015 (N=288). Os dados foram coletados de documentos e questionários autoaplicáveis enviados para coordenadores e/ou docentes responsáveis pelos estágios em farmácia comunitária. Os cursos de graduação em Farmácia que responderam (n=98) possuíam uma mediana de 2[1;3] estágios em farmácia comunitária, com carga horária total de 263,5 [146,5; 405] horas realizados em maior proporção em farmácias comunitárias privadas (76,5%; N=75), seguido pelas farmácias comunitárias vinculadas ao Sistema Único de Saúde (53,1%; N=52) e farmácias universitárias (46,9%; N=45). Quanto aos aspectos pedagógicos, os docentes visitaram os locais de estágio com mediana de 5 [2;18,5] vezes/semestre e apenas 39% (N=25) dos cursos possuíam tanto disciplinas das “ciências sociais / comportamentais / administrativas de farmácia”, quanto das “ciências clínicas” como pré-requisito para o estágio em farmácia comunitária. O processo de ensino-aprendizagem mais utilizado foi “estudante observa o supervisor e depois executa com 100% de supervisão” e a ferramenta de avaliação mais empregada foram os relatórios orais/escritos (80,6%; N=79). O estudo revelou importantes lacunas na organização dos estágios em farmácia comunitária, o que pode comprometer a formação para atuar nessa área profissional

Palavras-chave: educação em farmácia, estágio, serviços comunitários de farmácia

5.2.1 Introdução

O ensino experiencial é, indiscutivelmente, uma etapa imprescindível do processo de ensino-aprendizagem do cuidado em saúde (FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2015; KASSAM; KWONG; COLLINS, 2013; KOLB, 2015; LOSINSKI, 2011; TURNER *et al.*, 2007). Segundo Kassan, Kwong e Collins (2013) é por meio dele que os estudantes de Farmácia são mais bem preparados para assumir sua responsabilidade no cuidado ao paciente, visto que aprender pela experiência permite ao estudante vivenciar dilemas profissionais reais, refletir sobre o que observou na prática com profissionais experientes e construir sua identidade profissional (KOLB, 2015). Isso tem levado países referências na oferta de serviço farmacêutico centrado no paciente, como Canadá e Estados Unidos, a concentrar seus esforços na expansão, aprimoramento e qualificação das experiências práticas em farmácias, a luz dos novos papéis e responsabilidades dos farmacêuticos (AUSTIN; ENSOM, 2008; DANIELSON *et al.*, 2015; TURNER *et al.*, 2007).

No Brasil, o componente experiencial, tanto por meio da integração ensino-serviço, quanto nos serviços escola, tem sido cada vez mais valorizado e, principalmente, após a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), considerado como crucial no processo educacional, sendo recomendado desde o início da jornada acadêmica (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008; BRASIL, 2001). Preconiza-se, ainda, uma diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) e a farmácia universitária campos obrigatórios (BRASIL, 2017), uma vez que a formação do farmacêutico, semelhante à dos demais profissionais de saúde, deve objetivar o desenvolvimento de competências para atuar de forma resolutiva em serviços diretamente ofertados ao indivíduo, família e comunidade no âmbito do SUS (GONÇALVES *et al.*, 2014).

O estágio obrigatório, previsto no projeto político pedagógico do curso e requisito para a obtenção de diploma, integra o itinerário formativo do educando, e deverá ser realizado em ambiente de trabalho com acompanhamento efetivo do professor orientador da instituição de ensino superior e de supervisor vinculado à instituição concedente, o qual deverá possuir “*formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário*”. O estágio ocorre mediante a celebração de um termo de compromisso entre instituição de ensino, concedente e educando, os quais definem conjuntamente o plano de atividades do estagiário. Cabe a Instituição de Ensino Superior avaliar as instalações da parte

concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando; exigir do educando a apresentação periódica de relatório das atividades; e elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus educandos (BRASIL, 2008).

Os estudos recentes relacionados ao ensino farmacêutico no Brasil têm proposto o desenvolvimento de metodologias inovadoras, em ambientes simulados, as quais tem demonstrado efetividade no treinamento da prática clínica (JABBUR-LOPES; MESQUITA; SILVA, 2012; MESQUITA *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2015). No entanto, existe uma lacuna na literatura sobre o ensino farmacêutico em cenários reais em cursos de graduação em Farmácia no país e uma escassez e/ou falta de definição do arcabouço educacional para seu ensino-aprendizagem no cotidiano de serviços de saúde (MENDONÇA; FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2017).

Tendo em vista que o farmacêutico está inserido predominantemente em farmácias comunitárias, fenômeno semelhante ao que acontece no restante do mundo (CARVALHO; LEITE, 2016; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2012a), o ensino deve privilegiar o desenvolvimento de competências para atuar de forma eficiente em atividades relativas a essa área, como no acesso ao medicamento e na provisão de serviços no pós-acesso (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017). Assim, entendendo a essencialidade do ensino experiencial na construção do conhecimento e a ênfase para a necessidade de formação de profissionais para atuar em farmácias comunitárias, principalmente àquelas vinculadas ao SUS, objetiva-se com este estudo descrever os aspectos organizacionais e pedagógicos dos estágios em farmácias comunitárias dos cursos de Farmácia no Brasil.

5.2.2 Métodos

O presente estudo é parte do projeto “Proposição de um percurso formativo para o ensino do cuidado em saúde nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE nº 87998718.2.0000.5149), e compõe a tese de doutorado intitulada “Educação para o cuidado em saúde nos estágios dos cursos de Farmácia: um olhar sobre o contexto comunitário”. O desenho de estudo utilizado foi o observacional descritivo transversal.

5.2.2.1 Amostragem

Inicialmente, foi realizado um levantamento das Instituições de Ensino Superior (IES) que possuem curso de graduação em Farmácia. Esses dados foram obtidos por meio da lista de cursos do Ministério da Educação (MEC) atualizadas em julho de 2018, sendo que no decorrer da coleta os dados foram conferidos no website do MEC (e-Mec) ¹³ para possíveis atualizações. Foram considerados elegíveis os cursos de graduação em Farmácia na modalidade presencial e em atividade. Os critérios de exclusão foram cursos com início a partir do ano de 2015 e impossibilidade de confirmação, via telefônica, do e-mail do professor responsável pelo estágio em farmácia comunitária e/ou coordenador do curso de Farmácia. Entre os principais motivos da inviabilidade de confirmação estavam: disponibilização online apenas de telefone geral da IES; recusa do fornecimento de e-mail e não atendimento do telefone após três tentativas no período da manhã, tarde e noite.

Após esse levantamento (N=288), a seleção da amostra foi realizada por conveniência, isto é, de acordo com a disponibilidade do professor responsável pelos estágios em farmácias comunitárias e/ou coordenador do curso em responder ao questionário. Os professores que aceitaram participar do estudo preencheram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

5.2.2.2 Coleta de dados

Os dados foram coletados durante os meses de novembro de 2018 a janeiro de 2019, em duas etapas: (1) elaboração e envio do questionário por e-mail aos professores responsáveis pelos estágios em farmácias comunitárias e/ou coordenadores do curso via ferramenta *online* e (2) pesquisa documental.

A primeira etapa constituiu-se da elaboração do questionário (instrumento autoaplicável), realização de pré-teste e envio do instrumento aos docentes responsáveis por estágio em farmácias comunitárias e/ou coordenadores do curso de Farmácia das IES consideradas elegíveis para o estudo. A Quadro 5 descreve as variáveis do estudo.

¹³ <http://emec.mec.gov.br/>

Quadro 5 -Variáveis do estudo – aspectos organizacionais e pedagógicos.

Aspectos organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • número e carga horária dos estágios obrigatórios desenvolvidos em farmácias comunitárias; • número máximo e médio de estudantes orientados por docente; • carga horária dos docentes destinada a estágio em farmácias comunitárias (horas/semanal); • elaboração do plano de atividades do estágio (somente com o estudante; somente com o supervisor; com o estudante e supervisor; ou pré-estabelecido pelo docente de estágio ou colegiado do curso); • frequência de acompanhamento do docente nos locais de estágio (vezes/semestre); • locais de estágio em farmácias comunitárias (farmácia universitária, privada ou SUS); • outros locais de estágio do eixo cuidado em saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e casas de cuidado); • serviços farmacêuticos de cuidado em saúde oferecidos nos locais de estágio (rastreamento em saúde; educação em saúde; dispensação; manejo de problema de saúde autolimitado monitorização terapêutica de medicamentos; conciliação medicamentosa; revisão da farmacoterapia; acompanhamento farmacoterapêutico; gestão da condição de saúde) (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016); • procedimentos farmacêuticos realizados nos locais de estágio (verificação de parâmetros clínicos; administração de medicamentos; organização de medicamentos; realização de pequenos curativos; perfuração de lóbulo auricular); • locais onde há dificuldade de alocar estudantes (farmácias comunitárias com gestão pública; farmácias comunitárias privada; farmácia universitária); • contrapartida da IES para viabilizar estágio (financeira, programa de educação para profissionais); • responsável pela supervisão (farmacêutico; docente; residente ou pós-graduando; estudantes em níveis mais avançados de formação; outro profissional de saúde ou não há supervisão); • número de estudantes supervisionados por profissional simultaneamente; • realização e frequência de processo formal de qualificação para a supervisão (sim/não; vezes/ano); • existência de farmácia universitária (sim/não); • estrutura da farmácia universitária (serviço próprio - independente; convênio com o SUS; contrato com empresa privada; parcerias com organizações não governamentais).
Aspectos pedagógicos	<ul style="list-style-type: none"> • existência de disciplina pré-requisito para a realização dos estágios em farmácias comunitárias (sim/não); • conteúdos categorizados de acordo com “<i>Accreditation Council for Pharmacy Education</i>” - ACPE (ciências biomédicas básicas; ciências farmacêuticas; ciências sociais / comportamentais / administrativas de farmácia; ciências clínicas) (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015)*; • processo de ensino-aprendizagem (estudante apenas observa o supervisor; estudante observa o supervisor e depois executa com 100% de supervisão; estudante observa o supervisor e depois executa sem supervisão; estudante não observa o supervisor e executa com 100% de supervisão; ou estudante não observa o supervisor e executa sem supervisão); • instrumentos de avaliação do estágio (prova escrita; relatório; discussão nos fóruns, utilizando o Ambiente Virtual de Aprendizagem; feedback oral ou escrito, feito pelo supervisor, sobre a performance do estudante no estágio; Longbook; Objective Structured Clinical Examination - OSCE; Long-case; Mini-Clinical Evaluation Exercise - Mini-Cex; MiniPat; Patient-survey; Portfólio; Autoavaliação do estudante) (INSTITUTO REGIONAL FAIMER BRASIL, 2016).

* A escolha em categorizar os conteúdos segundo a classificação ACPE, ao invés da DCN/2017, ocorreu para possibilitar estudos comparativos entre a realidade brasileira e internacional.

O pré-teste, realizado antes do envio do questionário, consistiu na aplicação prévia do instrumento a quatro docentes responsáveis pelo estágio e/ou coordenadores de curso de IES privadas e públicas, das regiões sul, sudeste e nordeste. O pré-teste teve como objetivo avaliar o instrumento quanto à clareza e precisão dos termos utilizados; formato das perguntas; quantidade e ordenamento das perguntas; introdução do questionário ao participante e tempo gasto para resposta. Depois de feitos os ajustes, o instrumento foi enviado aos professores responsáveis pelo estágio e/ou coordenador do curso de todos os cursos de Farmácia considerados elegíveis.

De modo a complementar dados coletados na etapa anterior, foi realizada pesquisa documental no site e-MEC e no sítio eletrônico de todas as IES que responderam ao instrumento. Foram coletadas informações sobre:

- IES: região do país (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul); unidade federativa; dependência administrativa (pública ou privada);
- Curso de Farmácia: ano de início de funcionamento, periodicidade (semestral ou anual); número de vagas autorizadas por ano; carga horária total do curso; turno do curso (noturno, diurno, diurno e noturno, diurno ou noturno).

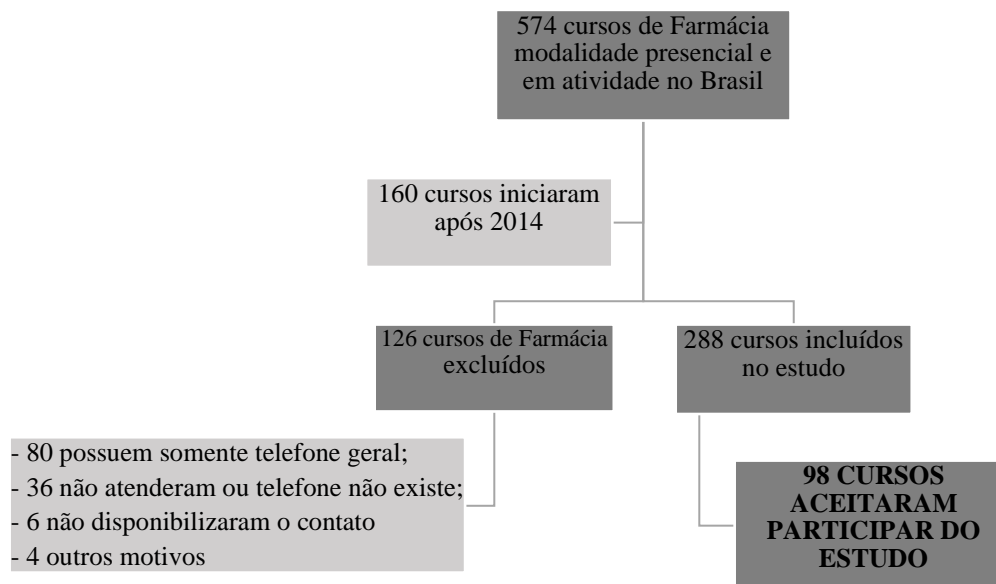
5.2.2.3 Análise de dados

Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel[®] e analisados usando-se o programa SPSS para Windows versão 25.0. As variáveis categóricas foram representadas pela frequência absoluta e relativa, e intervalo de confiança da proporção. As variáveis quantitativas foram representadas pela mediana e intervalo interquartil (mediana [p25; p75]), juntamente com os valores mínimos e máximos. Para comparar as proporções entre os tipos de farmácias comunitárias utilizadas como campo de prática pelos cursos (farmácia universitária, farmácia privada e farmácia do SUS) foram realizados pelo modelo de Equações de Estimções Generalizadas (GEE Model) (GUIMARÃES; HIRAKATA, 2012; LIANG; ZEGER, 1986; ZEGER; LIANG, 1986). Quando significativo, o teste post-hoc de Bonferroni foi utilizado.

5.2.3 Resultados

Dos 574 cursos de Farmácia presenciais e em atividade, segundo dados do MEC de julho de 2018, 288 cursos foram considerados elegíveis e incluídos no estudo, sendo que destes, 98 responderam ao questionário. O fluxograma da amostragem encontra-se ilustrado na Figura 6.

Figura 6 - Fluxograma de seleção dos participantes do estudo.



Participaram do estudo IES de todas as regiões do país, prevalecendo a região sudeste (36,7%; N=36), seguida pela região sul (29,6%; N=29), nordeste (18,4%; N=18), centro-oeste (10,2%; N=10) e norte (5,1%; N=5). Com relação à distribuição nos estados, apenas instituições do Acre, Alagoas, Amapá, Roraima e Tocantins não participaram da pesquisa. O curso de Farmácia mais antigo iniciou em 1832 e houve um número expressivo de cursos participantes que iniciaram entre 2008 e 2009 (N=23). Na Tabela 5 encontram-se descritas as características gerais dos cursos de Farmácia participantes do estudo.

Tabela 5 - Características dos cursos de Farmácia participantes do estudo (n=98).

	n (%)	
Dependência administrativa	Privada: 79 (80,6)	Pública: 19 (19,4)
Periodicidade do curso	Semestral: 90 (91,8)	Anual: 8 (8,2)
Turno do curso	Noturno: 20 (20,4)	Diurno: 22 (22,4)
	Integral*: 21 (21,4)	Diurno ou noturno**: 20 (20,4)
	IES não disponibiliza informação: 15 (15,3)	
	Mediana [p25; p75]	Min-Máx
Número de vagas autorizadas	100 [73;160]	30 – 420
Carga horária do curso	4320,00 [4029,7;4599,7]	4000 – 5496

*Integral: aulas são realizadas tanto no período noturno quanto diurno (matutino e/ou vespertino).

**Diurno ou noturno: IES oferece curso de Farmácia tanto no período noturno e diurno.

5.2.3.1 Estágio em farmácias comunitárias nos cursos de Farmácia do Brasil

5.2.3.1.1 *Aspectos organizacionais*

Os cursos de graduação em Farmácia possuem uma mediana de 2 [1;3] estágios em farmácias comunitárias, com carga horária total de 263,5 [146,5; 405] horas, realizados em maior proporção nas farmácias comunitárias privadas (76,5%; N=75), seguido pelas farmácias comunitárias com gestão pública (53,1%; N=52) e farmácias universitárias (46,9%; N=45). Do total das IES participantes, 53,1% (N=52) possuem farmácia universitária, destas, 55,8% (N=29) são independentes, 19,2% (N=10) conveniadas ao SUS e 15,4% (N=8) a empresas privadas. Na Tabela 6 encontram-se sumarizadas as características gerais dos estágios em farmácias comunitárias.

Tabela 6 - Características dos estágios obrigatórios em farmácias comunitárias (n=98).

	Mediana [p25; p75]	Min-Máx
Número de estágios	2 [1;3]	0-5
Carga horária total dos estágios	263,5 [146,5; 405]	0 – 975
Número máximo de estudantes orientados por docente	10 [6;10]	1-100
Número de estudantes orientados por docente	8 [5;10]	1-100
Carga horária semanal dos docentes (em horas)	8 [4;20]	1;40
Número de vezes que o docente vai ao local de estágio (vezes/semestre)	5 [2;18,5]	0;240
	n (%)	
Elaboração do plano de atividades do estágio	Realizada com o estudante e preceptor: 13 (13,3) Realizada somente com o preceptor: 9 (9,2) Pré-estabelecido pelo docente ou colegiado do curso: 76 (77,6)	
Locais de estágio	Farmácia universitária: 46 (46,9) Farmácia privada: 75 (76,5) Farmácia com gestão pública: 52 (53,1)	

Nas farmácias comunitárias vinculadas ao SUS, a preceptoria é feita majoritariamente por farmacêuticos (68,8%; N=53), seguido por docentes, (26%; N=20), sendo que em uma IES esta função fica a cargo de outro profissional. Nas farmácias universitárias, os farmacêuticos (53,2%; N=25) e docentes (44,7%; N=21) apresentam uma proporção semelhante de responsabilidade pela preceptoria, com uma mediana de 5 [3,75;8] estudantes por profissional simultaneamente. Com relação à qualificação formal, nas farmácias universitárias os profissionais responsáveis pela preceptoria recebem qualificação em uma maior proporção de IES (50%; N=49), com uma mediana de 2 [2;2] vezes ao ano, quando comparada às farmácias vinculadas ao SUS (33,3%; N=26), 2 [1;4] vezes ao ano, e às farmácias privadas (29,3%; N=22), 1,5 [1;2] vezes ao ano.

Os cursos de Farmácia apresentaram dificuldade em alocar seus estudantes nos estágios em farmácia comunitária, principalmente nas vinculadas ao SUS (48%; N=47), seguida pelas farmácias privadas (29,6%; N=29) e farmácias universitárias (21,4%; N=21), sendo que apenas 33,7% (N=33) não apresentam nenhuma dificuldade. Para viabilizar os estágios, 24,5% (N=24) e 7,1 % (N=7) das IES oferecem programa de educação para farmacêuticos do SUS e vinculados à farmácia privada, respectivamente; 19,4% (N=19) contrapartida financeira para farmácia privada; e 58,2% (N=57) não oferece nenhuma contrapartida.

Considerando-se os serviços de cuidados farmacêuticos oferecidos nos locais de estágio, verifica-se que a farmácia universitária foi a que mais os ofertou (Tabela 7). A revisão da farmacoterapia ($p=0,002$) e acompanhamento farmacoterapêutico ($p<0,001$) foram ofertados em maior proporção pelas farmácias universitárias, quando comparadas com as farmácias privadas e às vinculadas ao SUS; já a educação em saúde foi maior apenas quando comparada à farmácia privada (78,8% versus 52%; $p= 0,004$); e o manejo de problema de saúde autolimitado foi maior quando comparado a farmácias vinculadas ao SUS (46,2% versus 16,7%; $p=0,001$). As farmácias privadas realizavam mais alguns procedimentos farmacêuticos quando comparadas à farmácia universitária: verificação de parâmetros clínicos (88% versus 75%; $p=0,045$) e perfuração de lóbulo auricular (37,3 versus 17,3%; $p=0,009$) (Tabela 7). Esses procedimentos não foram analisados em farmácias vinculadas ao SUS, uma vez que em tais locais estes são realizados pela equipe de enfermagem.

Além das farmácias comunitárias, 92,9 % (N=91) das IES contam com outros locais para a realização de estágios vinculados ao cuidado em saúde. Entre os principais locais estavam: hospitais (98,9%; N=90), clínicas (35,2%; N=32), ambulatórios (27,5%; N=25) e casas de cuidado (14,3%; N=13). No entanto, nenhum dos serviços farmacêuticos oferecidos diretamente ao paciente nesses locais apresentou maior proporção quando comparado à farmácia universitária, no entanto, a conciliação medicamentosa apresentou maior proporção nesses locais quando comparada à farmácia privada e farmácia com gestão pública ($p<0,001$).

Tabela 7 - Comparação entre os serviços e procedimentos farmacêuticos realizados nos locais de estágio em farmácias comunitárias.

		Farmácia universitária		Privada		SUS		P
		n	% [IC95%]	n	% [IC95%]	n	% [IC95%]	
Serviços farmacêuticos	Rastreamento em saúde	20	38,5 [26,2; 52]	20	26,7 [17,7; 37,4]	20	25,6 [17; 36,1]	0,230
	Educação em saúde	41	78,8a [66,4; 88,2]	39	52,0b [40,8; 63,1]	52	66,7ab [55,7; 76,4]	0,004
	Dispensação	47	90,4 [80,2; 96,2]	69	92 [84,3; 96,6]	69	88,5 [80; 94,1]	0,755
	Manejo problema de saúde autolimitado	24	46,2a [33,1; 59,6]	25	33,3ab [23,5; 44,5]	13	16,7b [9,7; 26,1]	0,001
	Monitorização terapêutica de medicação	0	0 [0; 0]	13	25 [14,8; 37,9]	0	0 [0; 0]	-
	Conciliação medicamentosa	18	34,6 [22,8; 48,1]	19	25,3 [16,6; 36]	14	17,9 [10,7; 27,5]	0,146
	Revisão da farmacoterapia	32	61,5a [48; 73,8]	30	40,0b [29,5; 51,3]	27	34,6b [24,8; 45,6]	0,002
	Acompanhamento farmacoterapêutico	34	65,4a [51,9; 77,2]	24	32,0b [22,3; 43,1]	30	38,5b [28,2; 49,5]	<0,001
	Gestão da condição de saúde	11	21,2 [11,8; 33,6]	9	12 [6,1; 20,8]	15	19,2 [11,7; 29]	0,365
Procedimentos farmacêuticos	Verificação de parâmetros clínicos	39	75,0 [62,1; 85,2]	66	88,0 [79,2; 93,9]			0,043
	Administração de medicamentos	20	38,5 [26,2; 52]	38	50,7 [39,5; 61,8]			0,120
	Organização de medicamentos	40	76,9 [64,2; 86,7]	59	78,7 [68,4; 86,7]			0,813
	Realização de pequenos curativos	8	15,4 [7,6; 26,9]	11	14,7 [8,1; 23,9]			0,898
	Perfuração de lóbulo auricular	9	17,3 [8,9; 29,2]	28	37,3 [27; 48,6]			0,009

Modelo Equações de Estimações Generalizadas; Letras distintas representam categorias com distribuições estatisticamente distintas.

5.2.3.1.2 Aspectos pedagógicos

Do total de IES participantes, 65,3% (N=64) possuíam disciplinas pré-requisito para a realização dos estágios em farmácias comunitárias. Destas, 65,6% (N=42) afirmaram que tais disciplinas pertencem à categoria “ciências sociais / comportamentais / administrativas de farmácia”, 60,9% (N=39) a “ciências clínicas”, 54,7% (N=35) a “ciências farmacêuticas” e 15,6% (N=10) a “ciências biomédicas básicas”. Ressalta-se que apenas 39% (N=25) das IES possuíam tanto disciplinas das “ciências sociais / comportamentais / administrativas de farmácia”, quanto das “ciências clínicas” como pré-requisito para o estágio em farmácias comunitárias, sendo que 12,6% (N=8) não possuía nenhuma disciplina dessas duas categorias como pré-requisito para o estágio em farmácias comunitárias.

O processo de ensino-aprendizagem utilizado com maior frequência em todos os ambientes de estágio em farmácias comunitárias foi “*estudante observa o supervisor e depois executa com 100% de supervisão*”. Verificou-se um número considerável em que o estudante executa as atividades sem supervisão do preceptor, com maior proporção nas farmácias vinculadas ao SUS; e há um maior desconhecimento por parte do docente sobre o processo de ensino-aprendizagem nas farmácias privadas. Na Tabela 8 está descrito o processo de ensino-aprendizagem utilizado nos locais de estágio em farmácias comunitárias.

Tabela 8 - Comparação entre farmácias para cada processo de ensino-aprendizagem.

	Farmácia universitária		Privada		SUS		P
	n	% [IC95%]	n	% [IC95%]	n	% [IC95%]	
Estudante apenas observa o supervisor	0	0 [0; 0]	4	5,3 [1,8; 12,2]	4	5,1 [1,8; 11,7]	0,956
Estudante não observa executa com supervisão	0	0 [0; 0]	3	4,0 [1,1; 10,3]	0	0 [0; 0]	-
Estudante não observa executa sem supervisão	0	0 [0; 0]	1	1,3 [0,1; 6,1]	0	0 [0; 0]	-
Estudante observa e executa com supervisão	44	95,7a [85,8; 99,1]	57	76,0c [65,5; 84,6]	63	80,8b [70,9; 88,3]	0,013
Estudante observa e executa sem supervisão	2	4,3 [0,9; 13,2]	5	6,7 [2,6; 14]	9	11,5 [5,9; 20]	0,161
Não conheço suficiente sobre	0	0 [0; 0]	5	6,7 [2,6; 14]	2	2,6 [0,5; 8]	0,150

Modelo Equações de Estimações Generalizadas; Letras distintas representam categorias com distribuições estatisticamente distintas.

Para a avaliação de desempenho dos estudantes foi citada a utilização de mais de um instrumento (média de $3,1 \pm 1,7$), sendo os mais utilizados “*relatório feito pelo estudante sobre as atividades desenvolvidas no estágio*” (80,6%; N=79), “*feedback feito pelo supervisor sobre o desempenho do estudante*” (64,3%; N=63) e “*autoavaliação*” (34,7%; N=31). O instrumento utilizado em maior proporção sozinho para avaliação de desempenho do estudante foi o “*relatório oral e/ou escrito das atividades desenvolvidas no estágio*” (11,2%; N=11). Na Tabela 9 encontra-se descrita a proporção de cursos de Farmácias que utilizam cada instrumento.

Tabela 9 - Instrumentos utilizados para avaliação dos estudantes nos estágios em farmácias comunitárias (n=96).

Instrumentos de avaliação	n(%)
Relatório oral e/ou escrito das atividades desenvolvidas no estágio	79 (80,6)
Feedback oral ou escrito, feito pelo supervisor, sobre a performance do estudante	63 (64,3)
Auto avaliação do estudante	34 (34,7)
Portfólio	31 (31,6)
Prova escrita	23 (23,5)
<i>Longbook</i>	20 (20,4)
Discussão nos Fóruns, utilizando o Ambiente Virtual de Aprendizagem	13 (13,3)
Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE)	11 (11,2)
<i>Long-case</i>	11 (11,2)
<i>Mini-Cex</i>	11 (11,2)
<i>MiniPat</i>	5 (5,1)
<i>Patient-survey (PS)</i>	3 (3,1)
Não existe nenhum processo de avaliação	1 (1)

5.2.4 Discussão

A transformação dos cenários de prática em espaços de ensino-aprendizagem requer a participação compartilhada de docentes, profissionais e acadêmicos, de modo que todos se sintam corresponsáveis pela articulação ensino-serviço (GONÇALVES *et al.*, 2014). No entanto, este estudo revela uma fragilidade na articulação entre a academia e o serviço, expressa na dificuldade de alocação dos estudantes nos serviços de saúde, frequência relativamente baixa dos docentes nos locais de prática e não inclusão de preceptores, na maioria dos cursos, no processo de planejamento dos estágios, sendo sua atribuição limitada apenas ao processo de preceptoria e avaliação do estudante.

A literatura aponta que integração ensino-serviço-comunidade tem se configurado como importante estratégia de promoção de mudanças no ensino de graduação das diversas profissões da área da saúde no Brasil (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). No entanto, os cursos de Farmácia têm apresentado dificuldades em inserir seus estudantes em farmácias comunitárias, principalmente naquelas vinculadas ao SUS. Essa problemática contrapõe-se às recomendações das DCN e dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), os quais visam fortalecer o processo de integração ensino-serviço-comunidade para os cursos da área da saúde, garantindo o acesso a todos os estabelecimentos de saúde, sob a responsabilidade do gestor, como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde (BRASIL, 2015).

Diversos fatores podem estar contribuindo com essa problemática: o crescimento exponencial dos cursos de Farmácia no Brasil, que tem gerado competição pelos locais de estágio (KENNERLY; WEBER, 2013; LOPES *et al.*, 2019; a abordagem tradicional, ainda prevalente nos cursos de Farmácia, a qual separa a teoria da prática, transferindo aos preceptores o papel de ensinar os estudantes a aplicar o conhecimento na prática profissional, o que gera sobrecarga a esse profissional (TURNER *et al.*, 2007); e a carga horária baixa para os estágios em farmácias comunitárias, em relação aos 20% das 4000 horas mínimos exigidos nas DCN, que dificulta aos estudantes assumirem responsabilidades crescentes ao longo do curso nos locais de prática e ao final se tornarem independentes de forma a contribuir com o serviço de modo mais enfático e sistemático.

Um ponto nevrálgico nessa articulação diz respeito ao papel do docente e preceptor no processo de ensino aprendizagem nos estágios. Os dados apontam que os docentes, na maioria dos cursos participantes, vão aos locais de prática com pouca frequência em relação aos encargos docentes atribuídos para a orientação e à carga horária que o estudante está em campo. Assim, o preceptor possui um papel chave, uma vez que cabe a ele integrar os valores e conceitos acadêmicos no mundo do trabalho, porém isso requer sensibilização e qualificação clínica e pedagógica (BOTTI; REGO, 2008; FINKLER; SILVA; BONAMIGO, 2019). A formação de preceptores é um dos pilares para o sucesso da aprendizagem clínica de estudantes de Farmácia (BALDONI *et al.*, 2016; BOYLE *et al.*, 2009; DANIELSON *et al.*, 2015; VOS; TREWET, 2012), e o docente deve contribuir no processo de qualificação e educação continuada dos profissionais do serviço, com vistas à melhoria do serviço e do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas (BRASIL, 2015). No entanto, esta não é uma realidade nos cursos de Farmácia no Brasil.

No Brasil, mesmo após os avanços na formação e regulamentação das atribuições clínicas do farmacêutico (BRASIL, 2009; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013c, b, a), o quantitativo de farmacêuticos com conhecimento e habilidades adequados para essa prática é muito pequeno e os serviços farmacêuticos ainda se encontram desarticulados das necessidades dos pacientes e dos demais serviços de saúde (BALDONI *et al.*, 2016; NAKAMURA; LEITE, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2005; PEREIRA, FREITAS, 2008). A integração ensino-serviço-comunidade propicia o encontro de usuários, trabalhadores, gestores, discentes e docentes, modifica as práticas de saúde e de educação na comunidade, colabora para a formação e a educação permanente de profissionais, em consonância com as necessidades do sistema de saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017). Dessa forma, a integração academia-serviço se constitui como um potencial para promover mudanças nesse cenário da atuação clínica dos farmacêuticos.

Todavia, com este estudo foi desvelado que a falta de comprometimento com as atribuições previstas para os atores envolvidos no processo de integração-ensino-serviço-comunidade, tem tornado as farmácias universitárias locais estratégicos no processo de ensino-aprendizagem para o cuidado em saúde, uma vez que neste cenário os estudantes tem maior probabilidade de estarem expostos e experienciar os serviços de cuidado farmacêutico, além do acesso ser mais facilitado.

De acordo com os princípios da aprendizagem experiencial, além do cenário de prática, para que a experiência vivenciada gere aprendizagem, há necessidade da articulação entre teoria e prática, da ação e reflexão. A partir da experiência concreta, há criação de hipóteses; posteriormente, a fim de solucioná-las, ocorre a conceituação abstrata, para a qual utiliza-se da lógica e desenvolvimento de princípios teóricos; e, finalmente, a experimentação ativa que resultará em novas experiências (KOLB, 2015; PIMENTEL, 2007). Assim, a inserção de conteúdo das “ciências sociais / comportamentais / administrativas de farmácia” e de “ciências clínicas”, não observada na maioria dos cursos de Farmácia estudada, são imprescindíveis antes da inserção do estudante nos estágios em farmácia comunitária. Essa ausência prejudica o processo de ensino-aprendizagem, uma vez que impossibilita que o estudante acesse conteúdos, comprometendo o desenvolvimento de competências intermediárias e finais necessárias para o cuidado em saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2017).

No Brasil, houve importantes avanços no que se refere à incorporação de conteúdo das ciências clínicas e, em menor proporção, das ciências humanas e sociais nos currículos dos

cursos de Farmácia, porém esse processo ocorreu numa lógica disciplinar (MORAIS, 2015). Isso dificulta a recuperação de conhecimentos para aplicá-los na prática do cuidado ao paciente, causando uma lacuna entre “o saber e o fazer”, a qual pode comprometer o processo de aprendizagem (MENDONÇA *et al.*, 2017).

Além de conteúdos mínimos necessários para a prática profissional, a metodologia de ensino-aprendizagem utilizada nos estágios deve propiciar que o estudante desenvolva autonomia profissional e, para isso, os estágios devem ser pensados de modo a promover o desenvolvimento crescente das competências e responsabilidades, como relatado pela maioria dos participantes – *estudante observa e depois executa com supervisão*”. Kolb destaca que a *“aprendizagem é um processo contínuo e ascendente impulsionado pela experiência”*, sendo que a transição entre os níveis de aprendizagem (aquisitivo, especializado e integrativo) depende da apropriação das experiências culturais que cada pessoa em particular vivência (KOLB, 2015; PIMENTEL, 2007. Desse modo, o método de ensino-aprendizagem utilizado nos estágios deve ser cuidadosamente planejado pelo docente e preceptor, no momento da inserção do estudante em contato direto com o paciente, de modo a não expor o paciente a riscos.

Dessa maneira, a avaliação deve ser parte integrante de todo processo educacional, do início ao fim, sendo que para ter impacto educacional, além de válida, precisa produzir reflexão do estudante sobre a sua prática e permiti-lo criar consciência sobre as necessidades de aprendizado com o objetivo de melhorar seu desempenho futuro. Isso é possível por meio de um feedback efetivo do docente, ou seja, a avaliação formativa é um elemento imprescindível para melhorar a aprendizagem em curso (TIBÉRIO *et al.*, 2012). No entanto, como a presença dos docentes nos locais de estágio é pouco frequente, isso dificulta um feedback efetivo e, dessa forma, a avaliação formativa, ficando essa função, provavelmente, a cargo do preceptor, reforçando novamente a importância de qualificá-lo.

A escolha do instrumento para mensurar o desempenho dos estudantes deve considerar a metodologia de ensino-aprendizagem e objetivos educacionais propostos. No ensino experiencial, o componente “fazer” é o mais desafiador de ser avaliado, não podendo ser mensurado por meio de métodos tradicionais, como prova escrita, pois estes mensuram apenas o conhecimento teórico (MILLER, 1990). Os cursos de Farmácia, em sua maioria, têm utilizado instrumentos que avaliam conhecimento e/ou que não possuem capacidade de mensurar desempenho, como relatório de atividades realizadas e avaliação subjetiva dos

preceptores. No entanto, há IES que agregam a autoavaliação e o portfólio como métodos de avaliação, e outras, em menor proporção, instrumentos como OSCE, Mini-Cex e Long-Case.

Segundo Tibério e colaboradores (2012), estes instrumentos tem sido utilizados nos cursos de medicina, pois garantem validade na avaliação de habilidades clínicas por permitirem autenticidade, sendo o OSCE utilizado em ambientes simulados, e o Long-case e Mini-CEX na avaliação em ambientes reais. Alguns pesquisadores defendem a utilização de instrumentos de avaliação baseados no princípio da objetividade (LOSINSKI, 2011). Em contraste, Kolb entende que a “avaliação da aprendizagem deve ocorrer pelos processos e não pelos produtos”, uma vez que conhecer é um processo de contínua invenção e recriação hipotética sobre a realidade (KOLB, 2015). Sob essa perspectiva, o portfólio pode ser um instrumento interessante, pois possibilita a avaliação do processo de aprendizagem do estudante (TIBÉRIO *et al.*, 2012). Nos Estados Unidos, o portfólio é bastante utilizado no currículo experiencial como forma de avaliação formativa, no entanto, pesquisadores sugerem a necessidade de mais estudos para o seu uso na avaliação somativa (DAUGHERTY; CUMBERLAND, 2018; SKRABAL *et al.*, 2012). No Brasil, tem sido utilizado, principalmente, em programas de integração ensino-serviço-comunidade, uma vez que permitem que se registre o "caminho cognitivo" do estudante em áreas de difícil avaliação, tais como profissionalismo e atitude (TIBÉRIO *et al.*, 2012).

Como limitação do estudo destaca-se a dificuldade de contatar com os professores responsáveis pelos estágios em farmácia comunitária de todos os cursos de Farmácia consideráveis elegíveis para o estudo. Além disso, cabe destacar que um número expressivo, mesmo após apresentar o trabalho e se comprometer a participar, não responderam ao questionário. Outra limitação, própria dos estudos quantitativos, refere-se à impossibilidade de determinar todas as configurações possíveis dos modelos de ensino-aprendizagem e avaliação.

5.2.5 Conclusão

Diante desses resultados, os cursos de graduação em Farmácia no Brasil devem atentar-se mais na construção de programas de ensino-aprendizagem nos estágios em farmácia comunitária. Isso pode ser justificado, principalmente, pelo baixo quantitativo de horas em que os alunos são expostos a ambientes de prática, a desarticulação entre academia e serviços de saúde expresso pela dificuldade em alocar estudantes, falta de preocupação com a

qualificação dos preceptores e, conseqüentemente, com o processo de ensino-aprendizagem, e fragilidade no processo de avaliação do estudante.

É necessário investir em parcerias com o serviço de saúde, em que ambos se sintam corresponsáveis pela formação de profissionais e estruturar programas de estágios, pautados nas particularidades e necessidades do sistema de saúde brasileiro e na formação de farmacêuticos condizente com as necessidades da população. Isso requer qualificação clínica e pedagógica dos preceptores para que a experiência resulte em aprendizagem e transforme os estudantes em profissionais críticos e qualificados.

A efetivação da integração-ensino-serviço-comunidade é uma estratégia, que deve ser fortalecida nos cursos de Farmácia, pois permite o ensino-aprendizagem dos futuros farmacêuticos, em um cenário de prática real e interdisciplinar, e garante a qualificação profissional em consonância com as necessidades do sistema de saúde, contribuindo para a formação de farmacêuticos com competências para atuar no cuidado em saúde. Estudos mais aprofundados são imprescindíveis para a compreensão do processo de ensino-aprendizagem que resulta em competências para o cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION. *Accreditation Standards and Guidelines for the professional program in Pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree*. Illinois: ACPE, 2011. 95 p.

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008.

AUSTIN, Z.; ENSOM, M. H. H. Education of Pharmacists in Canada. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 72, n. 6, p. 1–11, 2008.

BALDONI, A. D. O. *et al.* Perspectives for Clinical Pharmacy in Brazil. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, v. 2, n. 3, p. 45–46, 2016.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 363–373, 2008.

BOYLE, C. J. *et al.* Developing and implementing an academy of preceptors. *American*

Journal of Pharmaceutical Education, v. 73, n. 2, p. 1–10, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Parecer CNE/CES nº 1.300/2001, de 6 de novembro de 2001*. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2001. Seção 1. p. 25. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Ministério da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 164 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2017. Seção 1. p. 30. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 9 fev. 2018.

BRASIL. *Lei Nº 11.788, de 25 de Setembro de 2008*. Dispõe sobre o estágio de estudantes; 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2009. Seção 1. p. 3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11788.htm. Acesso em: 1 fev. 2020.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015*. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 ago. 2015. Seção 1. p. 193. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. *Mercado de trabalho farmacêutico no Brasil: 2010 a 2015*. 1. ed. São Paulo: Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2016. 32 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Competências para a atuação clínica do farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica*. Brasília: CFF, 2017. 124 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº 572 de 25 de abril de 2013*. Dispõe sobre a regulamentação das especialidades farmacêuticas, por linhas de atuação. 2013a Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/572.pdf>. Acesso em: 23 jan.

2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução Nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013b. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução Nº 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. 2013c. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/572.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília: CFF, 2016. 200 p.

DANIELSON, J. *et al.* A Qualitative Analysis of Common Concerns about Challenges Facing Pharmacy Experiential Education Programs. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 79, n. 1, p. 1–8, 2015.

DAUGHERTY, K. K.; CUMBERLAND, D. M. The use of portfolios in US pharmacy schools. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 82, n. 3, p. 240–252, 2018.

FINKLER, R. U.; SILVA, A. S.; BONAMIGO, A. W. Visão dos preceptores quanto à preceptoria e o acolhimento do estudante de graduação na atenção primária à saúde. *Research, Society and Development*, v. 8, n. 2, p. 1–17, 2019.

FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Critical thinking in the context of clinical practice : The need to reinvent pharmacy education. *Revista Portuguesa de educação*, v. 28, n. 2, p. 231–250, 2015.

GONÇALVES, C. N. S. *et al.* Integração Ensino – Serviço na voz de profissionais de saúde. *Revista de enfermagem UFPE*, v. 8, n. 6, p. 1678–1686, 2014.

GUIMARÃES, L. S. P.; HIRAKATA, V. N. Use of the generalized estimating equation model in longitudinal data analysis. *Revista HCPA*, v. 32, n. 4, p. 503–511, 2012.

INSTITUTO REGIONAL FAIMER BRASIL. *Glossário de métodos de avaliação dos estudantes*. Disponível em: <file:///C:/Users/Aline/Downloads/Glossario_Instrumentos de avaliação FAIMER BRASIL 2016.pdf>. Acesso em 15 abr. 2019.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. *A Global Competency Framework for Services Provided by Pharmacy Workforce*. 2012b. Disponível em: https://www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/GbCF_v1.pdf. Acesso em: 21 fev. 2019.

JABBUR-LOPES, M. O.; MESQUITA, A. R.; SILVA, L. M. A. Virtual Patients in Pharmacy Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 76, n. 5, p. 1–8, 2012.

KASSAM, R.; KWONG, M.; COLLINS, J. B. Promoting direct patient care services at community pharmacies through advanced pharmacy practice experiences. *Pharmacy practice*, v. 21, n. 6, p. 368–377, 2013.

KENNERLY, J.; WEBER, R. J. Role of Pharmacy Education in Growing the Pharmacy Practice Model. *Hospital Pharmacy*, v. 48, n. 4, p. 338–342, 2013.

KOLB, D. A. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. 2. ed. New Jersey: Pearson Education Inc, 2015. 390 p.

LIANG, K. Y.; ZEGER, S. L. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *BIOMETRIC*, v. 73, n. 1, p. 13–22, 1986.

LOPES, N. M. S. *et al.* A Quantitative Analysis of the Quality of Pharmacy Education in Brazil. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 83, n. 3, p. 291-297. 2019.

LOSINSKI, V. *Educating for Action: Understanding the Development of Pharmaceutical Care Practitioners*. Adviser: Linda Strand and Brian Isetts. 2011. 247 f. Dissertation (Doctor og Philosophy) - University of Minnesota, 2011.

MENDONÇA, S. A. M. *et al.* Pharmacy Practice Experiential Programs in the Context of Clinical Education. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, v. 9, n. 2, p. 35–41, 2017.

MENDONÇA, S. A. M.; FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. *PLoS ONE*, v. 12, n. 9, p. 1–14, 2017.

MESQUITA, A. R. *et al.* The effect of active learning methodologies on the teaching of pharmaceutical care in a Brazilian Pharmacy faculty. *PLoS ONE*, v. 10, n. 5, p. 1–16, 2015.

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills competence performance. *Academic*

Medicine, v. 65, n. 9, p. 63–67, 1990.

MORAIS, D. C. M. *Um Estudo Demográfico/Cartográfico e Análise das Matrizes Curriculares dos Cursos de Farmácia*. Orientadora: Cláudia Beatriz de Castro Nascimento Ometto. 2015. 366 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2015.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1565–1572, 2016.

OLIVEIRA, A. B. *et al.* Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 41, n. 4, p. 409–413, 2005.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 44, n. 4, p. 601–611, 2008.

PIMENTEL, A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, v. 12, n. 2, p. 159–168, 2007.

SKRABAL, M. Z. *et al.* Portfolio use and practices in US colleges and schools of pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 76, n. 3, p. 1–8, 2012.

SOUZA, W. M. *et al.* Teaching in pharmaceutical care: a systematic review. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, v. 9, n. 10, p. 321–326, 2015.

TIBÉRIO, LOLANDA DE F. L. C. *et al.* *Avaliação prática de habilidades clínicas*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 316 p.

TURNER, C. J. *et al.* A Strategy to Develop Advanced Pharmacy Practice Experiences. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 71, n. 3, p. 1–8, 2007.

VOS, S. S.; TREWET, C. B. A Comprehensive Approach to Preceptor Development. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 76, n. 3, p. 1–7, 2012.

ZEGER, S. L.; LIANG, K.Y. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *BIOMETRIC*, v. 42, n. 1, p. 121–130, 1986.

5.3 RESULTADOS ETAPA III – ESTUDO DE PERSPECTIVA ETNOGRÁFICA NA EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA

Na metodologia afirmo que escolhi a etnografia, pois parto do pressuposto que a educação é uma prática cultural e para ser desvendada é necessário compreender o seu contexto cultural. Assim, para compreender o processo de ensino-aprendizagem experiencial em um serviço de saúde, o estudo focou em dois ambientes: uma farmácia universitária e um CS. Minha abordagem foi mergulhar na experiência de estudantes do 9º e 10º período do curso de Farmácia para aprender sobre como elas vivenciam o processo de ensino-aprendizagem em ambientes de prestação de serviços de saúde.

Assim, este capítulo trará os resultados da pesquisa de campo que realizei e sua construção está balizada nos dados da análise documental os quais permitiram me aproximar do currículo e histórico do curso de Farmácia da UFSC e, assim, possibilitou que a análise fosse feita à luz da reflexividade intertextual e da perspectiva holística; na observação participante; nas entrevistas informais e formais, e na minha reflexividade interpessoal (GREEN; CASTANHEIRA, 2019).

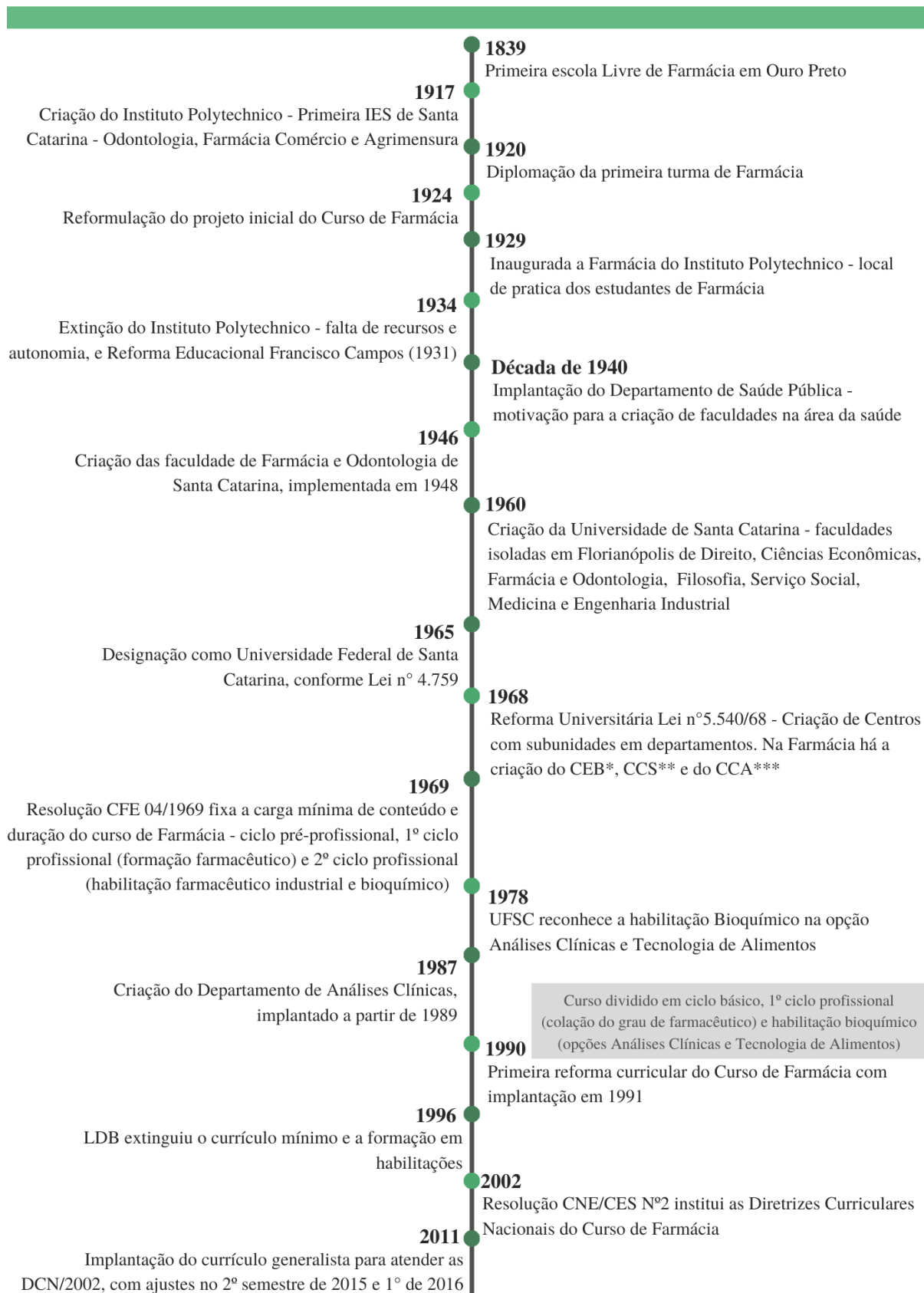
De acordo com Peirano (2014), uma etnografia consistente requer minimamente a elucidação e contextualização do cenário observado, incluindo o seu entorno; transformação de maneira clara, objetiva e fluida da situação vivida em texto escrito e análise das percepções do grupo observado, articulando a problemática de pesquisa e o referencial teórico do fenômeno pesquisado (PEIRANO, 2014). Dessa forma, estruturei os resultados dessa etapa da pesquisa em três blocos:

1. Descrição e contextualização do cenário observado: primeiramente, a partir da análise documental, descrevi o processo histórico que moldou o currículo do curso de Farmácia da UFSC. Posteriormente descrevi os dois cenários, com seus respectivos processos de ensino-aprendizagem, sob a perspectiva das estudantes, onde trago cenas, trechos de entrevistas (formais e semiestruturada) e minhas reflexões para que o leitor consiga compreender a dinâmica do estágio.
2. Elaboração das narrativas: conto as experiências vivenciadas pelas estudantes durante o estágio por meio de narrativas, onde utilizo cinco estudantes como âncoras para dar visibilidade aos temas identificados na análise temática.
3. E finalmente, sintetizo as percepções do grupo observado e realizo a reflexividade teórica à luz do referencial utilizado na Tese.

5.3.1 O Curso de Farmácia da UFSC – contexto histórico e cultural

A história do curso de Farmácia da UFSC inicia-se juntamente com o estabelecimento do ensino superior em Santa Catarina, cuja fundação do Instituto Polytechnico criou inicialmente quatro cursos, incluindo o de Farmácia. De 1917 até os dias atuais, o curso de Farmácia passou por muitas transformações, condizentes com as discussões e regulamentações nacionais, as quais mudaram o currículo e perfil do egresso ao longo do tempo. Os acontecimentos mais marcantes dessa trajetória estão ilustrados na Figura 7.

Figura 7 -Histórico do curso de Farmácia na UFSC e intertextualidades: momentos históricos do cenário nacional.



* Centro de Estudos Básico

** Centro de Ciências da Saúde

*** Centro de Ciências Agrárias

As discussões referentes à última reforma curricular do curso de graduação em Farmácia da UFSC iniciaram logo após a publicação da LBD/1996, no “Seminário de avaliação do curso de graduação em Farmácia”, realizado em 1998. A partir do seminário, e com um diagnóstico da situação do curso de Farmácia, foi identificada a necessidade de uma reformulação. Entre os principais pontos positivos do curso estavam: o elevado percentual de estudantes que obtiveram titulação; a política de capacitação de professores e titulação daqueles dos ciclos profissionalizantes. E como pontos negativos destacavam-se: reduzido número de professores e, conseqüentemente, necessidade de expansão do seu quadro; deficiência de infraestrutura e de recursos humanos, especialmente nas áreas profissionalizantes de farmácia e análises clínicas; distribuição inadequada da carga horária entre ciclos básico e profissionalizante e necessidade de reformulação curricular (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2000).

Em 1999, o MEC, por meio da “Comissão de especialistas de ensino de Farmácia”, encaminhou uma proposta de Diretrizes Curriculares, a qual estabelecia a formação em três modalidades distintas: medicamento, análises clínicas/toxicológicas e alimentos. Segundo a referida proposta, a complexidade das áreas de atuação não permitia o delineamento de um único perfil profissional, mas de perfis que contemplassem as respectivas modalidades. O currículo seria organizado em dois ciclos: um ciclo comum a todas as habilitações e um ciclo específico, integralizando, independente da modalidade, carga horária mínima de 4.000 horas, no período de quatro anos. O estágio curricular na modalidade escolhida deveria ser atividade obrigatória com duração mínima de 150 horas.

Com base nisso, em 2000, a Comissão permanente de avaliação e reestruturação curricular do curso de graduação em Farmácia da UFSC, propôs a realização de um estudo preliminar sobre a formação ideal para cada uma das áreas de atuação profissional. A partir deste estudo inicial, o objetivo era promover a discussão e identificação dos eixos comuns de formação para, posteriormente, elaborar uma proposta curricular (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2000). O estudo foi realizado e apresentado no “Seminário da reforma curricular na área da Farmácia”, na “Semana de formação pedagógica da UFSC”, em 2000. No entanto, a discussão sobre a proposta curricular não teve continuidade e somente foi retomada em março de 2003, após a publicação da Resolução nº 2/2002 do CNE/CES, a qual instituiu as DCN para o curso de Farmácia.

A coordenação do curso de Farmácia promoveu reuniões, seminários e encontros com representantes dos vários departamentos de ensino que ministravam disciplinas no curso de

Farmácia, assim como com representantes de associações estudantis e de classe, a fim de discutir uma proposta, que pudesse alcançar satisfatoriamente os objetivos propostos nas DCN/2002 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2016). O currículo que atende a Resolução nº 2/2002 CNE/CES foi incorporado na UFSC no primeiro semestre de 2011, passando por ajustes no segundo semestre de 2015 e no primeiro semestre de 2016, ou seja, foram nove anos entre a publicação das DCN/2002 e a sua implantação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2016).

Durante essa pesquisa, o curso de Farmácia permanecia com o seu currículo fundamentado nas DCN/2002, possuía duração de cinco anos e sua estrutura curricular estava organizada em um eixo obrigatório e cinco eixos complementares, a saber: Desenvolvimento, Produção e Controle de Fármacos e Medicamentos; Assistência Farmacêutica; Prática Clínica e Farmácia Hospitalar; Análises Clínicas; Ciência e Tecnologia de Alimentos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2016). O currículo era organizado por disciplinas, não por competências, com uma forte influência das antigas habilitações, especialmente das análises clínicas. A formação era pautada em eixos, a partir dos quais o egresso escolhia o seu percurso formativo. As disciplinas que compunham o eixo obrigatório estão descritas na Figura 8.

Dentre as disciplinas ofertadas no curso, as estudantes que participaram desse estudo identificaram que as que mais contribuíram para o desenvolvimento de competências para o cuidado em saúde foram: “Atenção à Saúde”, “Assistência Farmacêutica” e “Farmacologia” (Figura 9). As disciplinas de “Farmácia Clínica (I, II, III e IV)” e “Adesão e Comunicação com o paciente” foram identificadas como valorosas para a formação para a área do cuidado em saúde pelas estudantes que as cursaram, porém pertenciam ao eixo “Prática Clínica e Farmácia Hospitalar”, e, assim, não eram obrigatórias no curso de Farmácia da UFSC. Destaco ainda que o processo de avaliação da farmacoterapia estava previsto apenas na ementa da disciplina “Farmácia Clínica IV” e pouquíssimas estudantes conseguiram cursá-la. As ementas de todas as disciplinas mencionadas pelas estudantes estão descritas no ANEXO D.

Figura 8 - Disciplinas obrigatórias necessárias para a formação do profissional farmacêutico generalista por semestre.

SEMESTRE	DISCIPLINAS							
1º	Introdução ao estudo de medicamentos 36 h/a	Biossegurança e boas práticas de laboratório 36 h/a	Química geral e inorgânica 72 h/a	Histologia 72 h/a	Anatomia 54 h/a	Biologia celular e embriologia 54 h/a	Atenção à Saúde I 54 h/a	Bioestatística 36 h/a
2º	Fisiologia 54 h/a	Atenção à Saúde II 36 h/a	Epidemiologia 54 h/a	Parasitologia 72 h/a	Físico-química 36 h/a	Química Analítica 72 h/a	Química Orgânica I 36 h/a	Genética e Biologia Molecular 54 h/a
3º	Atenção à Saúde III 36 h/a	Fisiologia II 72 h/a	Química Analítica Experimental 54 h/a	Química Orgânica II 72 h/a	Físico-química Experimental 36 h/a	Bioquímica I 72 h/a	Microbiologia 72 h/a	Assistência Farmacêutica I 36 h/a
4º	Química Orgânica Experimental 72 h/a	Assistência Farmacêutica II 54 h/a	Deontologia e Legislação 54 h/a	Operações unitárias 36 h/a	Análise de Fármacos e Medicamentos 72 h/a	Bioquímica II 72 h/a	Imunologia 54 h/a	Patologia 36 h/a
5º	Análise Farmacopeica 72 h/a	Produção e Controle de Medicamentos I 90 h/a	Farmacologia I 54 h/a	Parasitologia Clínica 72 h/a	Bioquímica Clínica 126 h/a	Citologia Clínica 90 h/a		
6º	Farmacognosia 36 h/a	Química Farmacêutica I 54 h/a	Produção e Controle de Medicamentos II 72 h/a	Farmacologia II 72 h/a	Uroanálise 54 h/a	Hematologia Clínica 108 h/a		
7º	Bromatologia 72 h/a	Química Farmacêutica II 36 h/a	Farmácia Hospitalar 36 h/a	Assistência Farmacêutica III 54 h/a	Biofarmácia 36 h/a	Micologia Clínica 54 h/a	Microbiologia clínica 108 h/a	
8º	Microbiologia de Alimentos 90 h/a	Assistência Farmacêutica IV 54 h/a	Toxicologia 90 h/a	Atenção à Saúde IV 54 h/a	Imunologia Clínica 108 h/a	Gestão da Qualidade em Análises Clínicas 36 h/a		
9º	Trabalho de Conclusão de Curso I 18 h/a			Estágio em Farmácia 198 h/a		Estágio em Análises Clínicas 198 h/a		
10º	Trabalho de Conclusão de Curso II 8 h/a				Estágio Final 522 h/a			

Figura 9 - Mapa de disciplinas do curso de Farmácia da UFSC e sua relevância para formação acadêmica para o cuidado em saúde – perspectiva das estudantes.



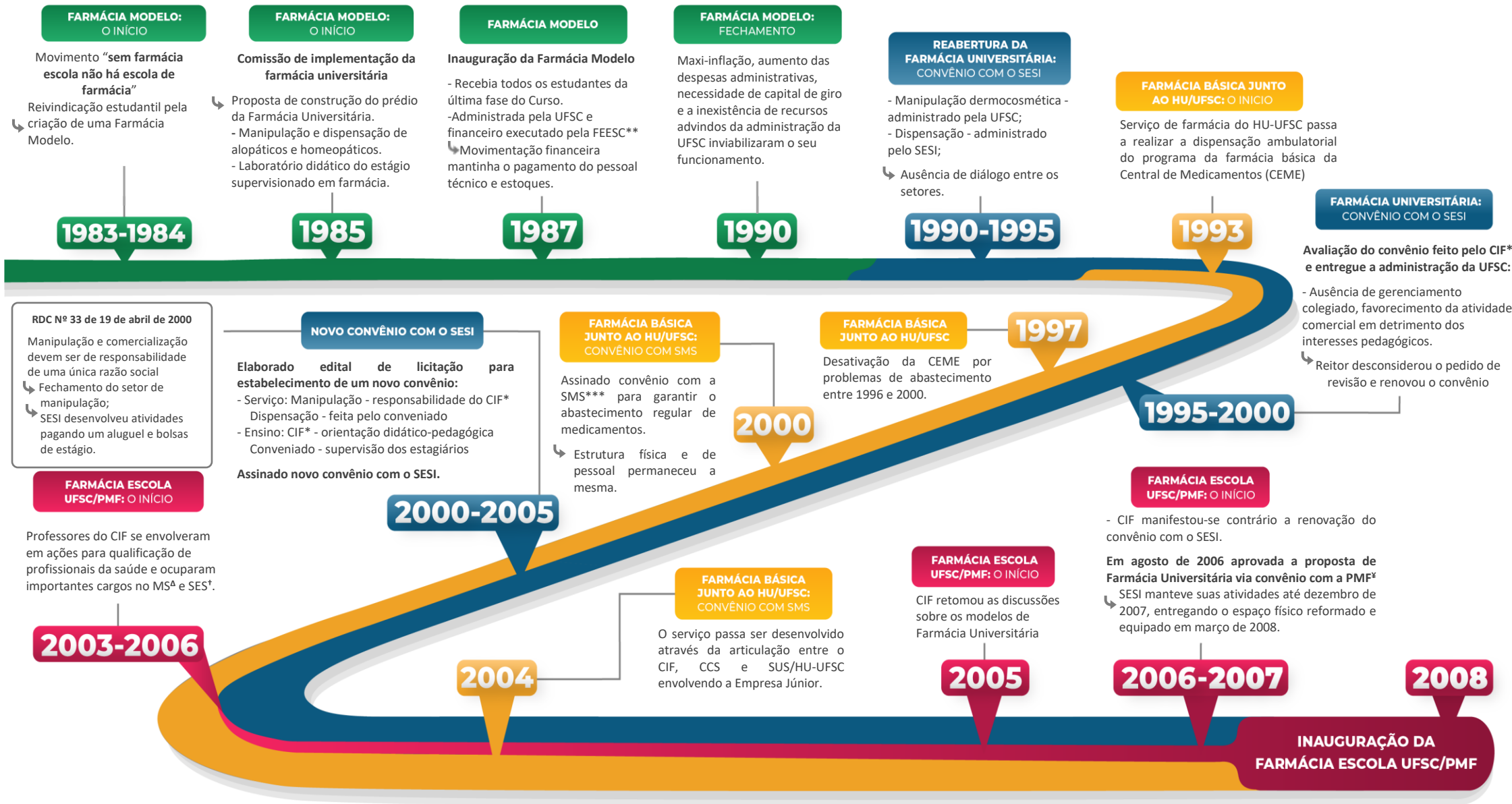
* A representação segue a ideia de nuvem de palavras, apresentando-se as mais citadas em tamanho de fonte maior.

Após descrever um pouco a história do curso de Farmácia da UFSC e contextualizá-la no momento atual, irei apresentar, sob a perspectiva dos diversos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, as duas culturas estudadas, a farmácia universitária da UFSC (denominada no momento do estudo FE UFSC/PMF) e CS-Saco Grande.

5.3.2 A FE UFSC/PMF – da familiaridade ao estranhamento - uma cultura a ser desvendada

A farmácia universitária da UFSC teve sua origem marcada por reivindicações estudantis que ao longo do tempo encontrou e, ainda encontra, diversos entraves para fortificar-se como um local de ensino-serviço. No decorrer de mais de três décadas, as propostas que surgiram se fundamentaram nas perspectivas políticas dos atores envolvidos e no contexto nacional do ensino farmacêutico. Na Figura 10, destaco alguns momentos dessa história, tentando dar visibilidade à trajetória da farmácia universitária até aqui.

Figura 10 - Histórico da farmácia universitária da UFSC – da farmácia modelo à Farmácia Escola (FE UFSC-PMF).



*Centro de Ciências Farmacêuticas

**Fundação de Ensino de Engenharia de Santa Catarina

***SMS: Secretaria Municipal de Saúde

Δ Ministério da Saúde

† Secretaria de Estado da Saúde

‡ Prefeitura Municipal de Florianópolis

5.3.2.1 Contexto histórico da FE UFSC/PMF

Na sua origem, a FE UFSC/PMF contava com dois espaços de atendimento, um para a Farmácia Básica advinda do HU-UFSC - hoje denominado Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) - e outro para o Programa de Medicamentos de Dispensação em caráter Excepcional (atual Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF). A alteração do nome de farmácia universitária para Farmácia Escola ocorreu em virtude do histórico de dificuldades para implantação das diretrizes pedagógicas na farmácia universitária e em razão da proposta de uma gestão compartilhada com a SMS-PMF.

O projeto da FE UFSC/PMF considerou, em termos de estrutura física e recursos humanos, o atendimento da demanda existente em agosto de 2006, com uma projeção de crescimento de 100%. Inicialmente, o planejamento estimou para o CEAF uma previsão de até 160 usuários/dia ou 2400 usuários/mês, e para o CBAF foi considerada a possibilidade de atendimento de até 100 usuários/dia ou 2000 usuários/mês. Assim, foi pactuado que a UFSC concederia três professores e um farmacêutico (com carga horária de trabalho de 40 horas semanais), enquanto que a SMS-PMF dois farmacêuticos (também com 40 horas semanais), quatro auxiliares administrativos, três técnicos de enfermagem e dez bolsas para estudantes. A UFSC, logo após a abertura da farmácia, aumentou o número de farmacêuticos para três (40 horas semanais).

De 2008 a 2014, a gestão das atividades na FE UFSC/PMF foi compartilhada harmonicamente entre servidores das duas instituições. Os atendimentos eram realizados, majoritariamente, pelos estudantes de Farmácia da UFSC, juntamente e com supervisão dos farmacêuticos da SMS-PMF e UFSC. Com o aumento expressivo dos usuários, que ocorreu já nos primeiros anos de convênio, em 2010, a equipe da FE UFSC/PMF sugeriu a abertura de uma segunda farmácia para o CEAF e a descentralização de alguns medicamentos para as farmácias das policlínicas. No mesmo ano, o então secretário de saúde, assumiu publicamente o compromisso com tais reivindicações, porém essa promessa não se efetivou.

Com o número de atendimentos extrapolando a capacidade instalada, cujo ápice ocorreu entre 2013/2014, as relações internas se deterioraram e as decisões e tarefas deixaram de ser compartilhadas. Em março-abril de 2013, a FE UFSC/PMF computou cerca de 8.000 atendimentos/mês. Para contornar o esgotamento da capacidade de atendimento, em agosto de 2013, a SMS-PMF retirou os medicamentos do CBAF da FE UFSC/PMF, sem consentimento da UFSC, e aumentou o número de seus servidores.

Em 2015, houve o início do estágio obrigatório do 9º período do curso de Farmácia da UFSC na FE UFSC/PMF. Esta proposta foi incorporada no PPC do curso de Farmácia implementado em 2011, como alternativa à incapacidade de absorção dos alunos na rede municipal de saúde para a realização de práticas em serviço, como preveem as DCN/2001 para os cursos da área da saúde. Inicialmente, planejava-se ofertar turmas bimestrais de 12 vagas, para os turnos da manhã e tarde, durante todo o ano, o que possibilitaria o atendimento dos 110 estudantes previstos anualmente no curso, bem como o atendimento de 2.000 usuários mensais.

Em 2015 o “espaço” UFSC na FE UFSC/PMF ficou consideravelmente restrito devido ao grande número de servidores da SMS-PMF no setor de atendimento ao público, especialmente no turno da manhã. Com isso, tanto os estudantes bolsistas¹⁴, quanto os estagiários¹⁵ passaram a ser recebidos somente no turno da tarde, sendo que, muitas vezes, foi necessário improvisar a ocupação de um guichê por até três estudantes simultaneamente.

Em 2016, o número de estagiários do 9º período foi consideravelmente maior. Assim, a UFSC passou a ocupar todo o espaço físico destinado ao atendimento no período das 13h às 18h e, novamente, reforçou a necessidade de mais um local para o fornecimento dos medicamentos do CEAF. Neste mesmo ano, a UFSC passou a definir doenças a serem atendidas preferencialmente por sua equipe, de acordo com sua capacidade de atendimento (cerca de 1.300 usuários por mês), de modo a garantir a continuidade do cuidado. Esse contexto acarretou no estabelecimento de “duas farmácias” dentro da FE UFSC/PMF, com a oferta de serviços distintos por instituições diferentes (no período da manhã pela SMS-PMF e à tarde pela UFSC).

Além dos interesses pedagógicos e a gestão compartilhada serem suprimidos ao longo dos anos de convênio com a SMS-PMF, situação semelhante à vivenciada com o SESI, houve desde o início impasses quanto ao repasse de bolsas para os estudantes da UFSC. A modalidade de bolsa vigente na SMS-PMF, no início do projeto, exigia 30 horas semanais de estágio. Esta característica mostrou-se incompatível com a realidade do curso de Farmácia da UFSC e a própria regulamentação dos seus estágios. Assim, inicialmente, foram utilizados os recursos do antigo projeto da farmácia universitária para o pagamento dos bolsistas via Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU), até que em junho de 2010 foi assinado um Termo Aditivo ao Convênio, alterando o repasse financeiro por meio de

¹⁴ Bolsista refere-se a um estudante da UFSC que realiza estágio não obrigatório e remunerado na FE UFSC/PMF.

¹⁵ Estagiário refere-se ao estudante do 9º período que realiza o estágio obrigatório [disciplina de Estágio em Farmácia] na FE UFSC/PMF.

um “Termo de Contrato UFSC e FAPEU”. No entanto, este modelo de repasse de recursos tornou difícil a sua utilização e respectiva prestação de contas dentro do prazo de vigência estabelecido no convênio, o que fez com que grande parte do recurso não fosse aplicada no projeto. Com isso, a partir de 2014, a UFSC aprovou uma cota de 25 bolsas específicas para a FE UFSC/PMF dentro do programa de bolsas institucional, e a SMS-PMF cessou o repasse financeiro para a UFSC via FAPEU.

Em 2017, devido ao grande número de estudantes do 9º período do curso de Farmácia da UFSC, foi acordado que a equipe da SMS-PMF receberia alguns destes estudantes, sendo sua responsabilidade a supervisão. Contudo, em 2019, com a justificativa de insuficiência de recursos humanos para supervisão, a SMS-PMF negou a abertura de vagas para estágio no período da manhã. Este fato ocorreu dois meses antes na minha entrada em campo, e configurou-se como o ápice da deterioração da relação entre as duas instituições. Essa situação provocou uma mudança no processo de trabalho da equipe da UFSC (com vistas a garantir que todos os estudantes do 9º período realizassem o estágio na FE UFSC/PMF, conforme previsto no PPC), que assumiu a supervisão do estágio em ambos os períodos, porém com insuficiência de recursos humanos e espaço físico, como será detalhado a seguir.

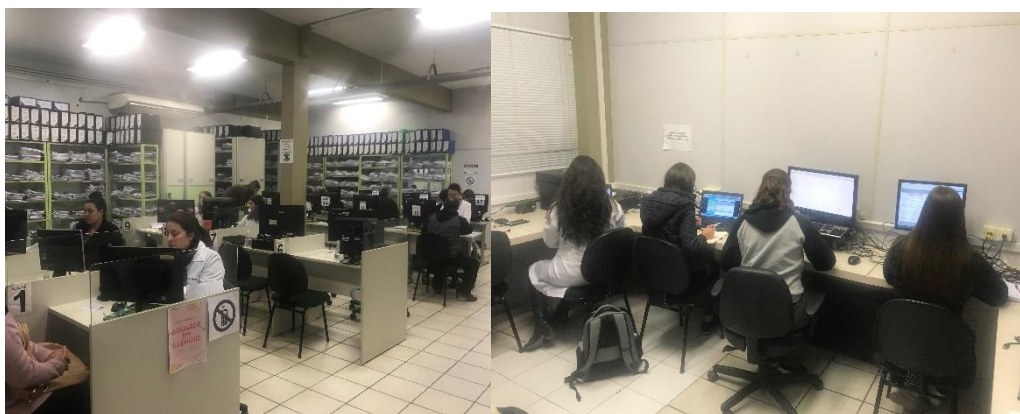
5.3.2.2 Estrutura física e organizacional da FE UFSC/PMF

A FE UFSC/PMF dispunha de uma área física de 320 m², a qual estava dividida em sala de recepção (Figura 11), sala de atendimento (Figura 12), sala de estudo (Figura 12), sala do farmacêutico, sala de aula, setor administrativo, salas de professores (cinco), copa e banheiros (quatro).

Figura 11 - Sala de recepção da FE UFSC/PMF.



Figura 12 - Sala de atendimentos (esquerda) e de estudos (direita) da FE UFSC/PMF.



O atendimento ao público era realizado em 17 guichês individualizados, os quais, no momento do estudo, eram compartilhados entre a equipe da SMS-PMF e da UFSC, simultaneamente, tanto no período matutino, quanto vespertino. A equipe da SMS-PMF era constituída por sete farmacêuticos, incluindo o coordenador da FE UFSC/PMF, quatro técnicos administrativos e sete bolsistas (30 horas/semanais) de uma outra IES privada. A UFSC possuía quatro farmacêuticas efetivas, uma recentemente contratada e outra afastada para doutorado, duas professoras (envolvidas diretamente com o estágio) e 14 bolsistas (16 horas/semanais).

A FE UFSC/PMF prestava atendimento ao público das 8h às 17h, exceto na quarta-feira que fechava às 15h, e realizava cerca de 5.500 atendimentos por mês. A equipe SMS-PMF era responsável pelo serviço administrativo e logístico de medicamentos, e, majoritariamente, pelas novas solicitações de medicamentos (abertura de processo) e “encaixes”¹⁶, além da realização das primeiras dispensações para os novos usuários do CEAF e fornecimento de medicamentos para usuários já cadastrados, totalizando cerca de 4.500 atendimentos por mês. A equipe UFSC buscava garantir o acesso aos medicamentos e prestar um serviço de monitoramento do tratamento (detalhado mais adiante), além de atendimentos referentes a novas solicitações e encaixes, o que computava cerca de 1.000 atendimentos por mês.

Essa conformação resultou no elevado número de funcionários da SMS-PMF na área destinada ao atendimento ao usuário (para “dar conta da demanda”), especialmente no período da manhã, e na restrição do “espaço da UFSC” a quatro guichês. No período da tarde, como a equipe SMS-PMF realizava apenas atendimentos referentes a novas solicitações de medicamentos, o espaço de atendimento tornava-se mais tranquilo e as estagiárias usufruíam

¹⁶ Atendimento realizado quando o usuário faltava no seu horário agendado.

de maior espaço para realizar os atendimentos, não precisando ficar restritas aos quatro guichês.

Conforme observado na rotina, o fluxo da recepção do usuário era distinto entre as equipes UFSC e SMS-PMF, o que causava, constantemente, estranheza por parte do usuário e desconforto entre os funcionários de ambas as instituições. As estagiárias e bolsistas da UFSC, a cada atendimento, dirigiam-se até a recepção para chamar o usuário, individualmente, e direcioná-lo para o seu guichê. Os atendimentos feitos pela SMS-PMF, o recepcionista chamava todos os usuários agendados para o mesmo horário, e os orientavam a aguardarem dentro da sala de atendimento (estes eram os usuários chamados pelas estudantes de “pacientes das cadeiras”). Conforme os estudantes da IES privada e funcionários da SMS-PMF finalizavam os atendimentos, verbalizavam “Próximo!”, para que o usuário se dirigisse até o seu guichê. Os trechos a seguir demonstram como as estagiárias percebiam o modo como estava organizado o fluxo de atendimento na FE UFSC/PMF:

E2: Eles [*estudantes da IES privada*] chamavam aqui atrás de nós: ‘Próximo!’. Vinha um paciente [...] no nosso guichê. Eles [*estudantes da outra instituição*] diziam: “É aqui atrás!”. Então eu dizia [*ao usuário*]: “Pode passar por aqui, [...] pela lateral, que é menos apertado”.

E3: É o paciente perdido, eles [*estudantes da IES privada*] berrando, parece que eu estou na feira.

E3: [...] a rotina deles [*estudantes da IES privada*] é bem mais pesada do que a nossa [...], o ambiente ali é muito mal organizado.

E4: Eu acho que, o grande problema também, é que não tem uma divisória [*na sala de atendimento*] explicando os guichês. O que aconteceu várias vezes é que “o paciente da cadeira” [*usuário agendado para equipe SMS-PMF*] reclamava, eu estou aqui antes dele [*usuário agendado para equipe UFSC*], por que ele foi atendido antes? [...]

E6: O nosso tempo é de 30 minutos. Eles [*usuário agendado para equipe SMS-PMF*] ficam lá parados na cadeira, julgando a gente por estar parado (falas registradas no diário de campo, 36º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Os usuários eram agendados mensalmente, por meio da ferramenta do *Google Docs*¹⁷, para retirar os seus medicamentos na FE UFSC/PMF, porém alguns medicamentos eram fornecidos para mais de um mês, conforme disponibilidade de estoque. A agenda da SMS-PMF era organizada para atendimentos a cada 15 minutos e a da UFSC estavam ampliando de 20 para 30 minutos.

5.3.2.3 Organização pedagógica e oportunidades de aprendizagem na FE UFSC/PMF

Para tentar deixar mais compreensível como estava configurado o ensino em serviço na FE UFSC/PMF, antes de detalhar o serviço assistencial oferecido pela equipe UFSC, pelo fato

¹⁷O *Google Docs* é um pacote de aplicativos do Google, cujas ferramentas funcionam de forma síncrona (on-line) e assíncrona (off-line) para acessar dados.

deste ser feito majoritariamente pelas estagiárias, irei primeiro apresentar o processo de ensino-aprendizagem.

A disciplina “Estágio em Farmácia”, cuja ementa prevê que o estudante seja exposto em atividades de “*dispensação de medicamentos no ambiente da Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina*”, possui uma carga horária de 198 horas/aula, perfazendo 165 horas. No entanto, durante a observação, pude vislumbrar que o objetivo educacional almejado galgava o desenvolvimento de competências para além da dispensação.

Nas turmas acompanhadas, o processo de ensino aprendizagem contou com três supervisoras e duas professoras. Em entrevista, F1 destacou que o fato da professora responsável por esta disciplina, não ser fixa, dificulta um planejamento e uma construção mais sólida e coerente do processo de ensino-aprendizagem desenvolvido na FE UFSC/PMF:

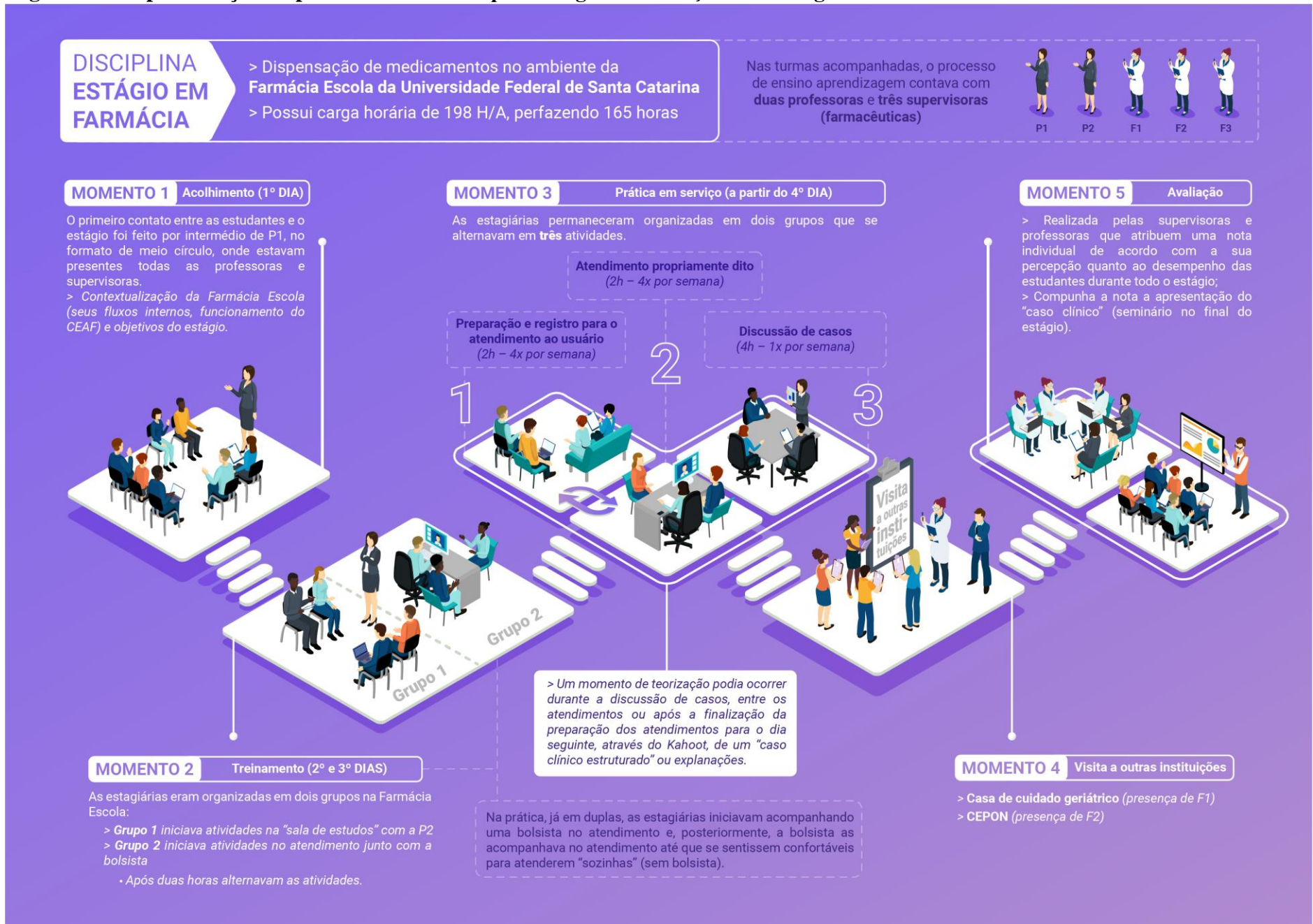
F1: [...] ter alguém [*professor*] realmente fixo para ficar nessa disciplina, porque cada vez é uma pessoa [*professor*] diferente, com uma perspectiva diferente, uma organização diferente. Tem o lado bom também, mas para o planejamento é ruim. [...] (trecho de entrevista com F1, 37º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Conforme observado na rotina, as três supervisoras, todas farmacêuticas, possuíam as mesmas atribuições: concentravam suas atividades no suporte técnico, principalmente, e teórico/clínico às estudantes, desenvolvendo esporadicamente atendimento direto à população. Entretanto, possuíam posturas bastante heterogêneas frente ao processo de ensino-aprendizagem. F1 desempenhava um papel mais intenso na teorização clínica junto às estudantes; F2 realizava atividades mais ligadas a questões burocráticas e de acesso aos medicamentos e F3 ainda estava se familiarizando com os processos, uma vez que havia iniciado suas atividades na instituição no mesmo dia em que imergi em campo.

As professoras que compunham esse grupo tinham atribuições distintas. P1 possuía uma atuação mais “afastada do processo de ensino-aprendizagem” (comparada a P2), conduziu o acolhimento às estagiárias e participou, principalmente no início do estágio, das atividades de grupo nas quartas-feiras e dos seminários no final do estágio. P2 era a professora responsável por conduzir as atividades de grupo nas quartas-feiras e acompanhou as estagiárias, em tempo quase integral, durante o “momento de preparação para o atendimento” (descrito mais adiante). A presença constante de P2 foi necessária uma vez que não havia espaço físico e supervisoras suficientes para manter todas as estagiárias na sala de atendimento.

Na Figura 13 encontra-se esquematizado o processo de ensino-aprendizagem desenvolvido no “Estágio em Farmácia” na FE UFSC/PMF, onde são destacadas as oportunidades de aprendizagem e o processo de avaliação, os quais serão detalhados a seguir.

Figura 13 - Representação do processo de ensino-aprendizagem e avaliação do “Estágio em Farmácia” na FE UFSC/PMF.



5.3.2.3.1 Oportunidades de aprendizagem

Acolhimento

O primeiro contato entre a estagiária e o estágio foi feita por intermédio de P1, no formato de meio círculo, onde a professora contextualizou a FE UFSC/PMF, sua relação difícil com a SMS-PMF, retratou os fluxos internos, apresentou os sistemas utilizados, recapitulou aspectos da funcionalidade do CEAF (processo de solicitação e incorporação de medicamentos) e explicou a organização da Assistência Farmacêutica do município. Esse momento durou cerca de 2 horas e foi realizado na sala de aula da FE UFSC/PMF.

Treinamento

No segundo e terceiro dia de estágio ocorreu o treinamento das estagiárias. Já inseridas na rotina da FE UFSC/PMF, as estagiárias foram organizadas em dois grupos: o primeiro iniciava na “sala de estudos” com a P2 e o segundo no atendimento junto com a bolsista, depois de duas horas alternavam as atividades. Na “sala de estudos”, P2 repassou informações semelhantes às transmitidas por P1 no primeiro dia de estágio, com maior detalhamento quanto aos sistemas utilizados, para um grupo reduzido e de forma mais dinâmica (mostrava os sistemas simultaneamente à explicação). No atendimento, as estagiárias iniciaram acompanhando uma bolsista e, posteriormente, a bolsista acompanhava o atendimento delas até que se sentissem confortáveis para atenderem “sozinhas” (isto é, sem a bolsista). No trecho abaixo, narro o treinamento feito pela bolsista às estagiárias, o qual se restringiu à preparação das estagiárias para questões relacionadas ao acesso ao medicamento, reflexo do modelo de atendimento desenvolvido pelas bolsistas, que será discutido a seguir:

Durante os atendimentos, as bolsistas mostraram todos os detalhes do Sismedex¹⁸: como identificar o mês de vigência do processo para orientar a renovação no próximo mês, como dar baixa [*no estoque*] e renovar o processo no sistema. Explicam também como agendar os usuários no *Google Docs*, localizar onde estão salvos os protocolos de atendimento farmacêutico e os PCDTs [*Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas*]. Ainda, mostram como estão organizados os medicamentos no almoxarifado e o arquivamento dos processos no arquivel [armário]. Elas [bolsistas] preocupam-se em repassar todos os cuidados que as estagiárias têm que ter para garantir que o processo do usuário não apresente nenhum problema que inviabilize o fornecimento do medicamento no próximo mês (trecho adaptado do diário de campo, 2º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Conforme observado na rotina, a figura das bolsistas como apoio das estagiárias, especialmente no início do estágio, gerou tensões entre elas, as quais foram motivadas pela

¹⁸ Sistema de gerenciamento de medicamentos do CEAF utilizado pelo Estado de Santa Catarina.

carência de uma preparação adequada das bolsistas para desenvolver essa atividade. No diálogo abaixo, as estagiárias expressam seus sentimentos frente ao processo de treinamento:

E1: As bolsistas dizem: “tem que apertar aqui, tem que apertar lá”, não deixam a gente [*estagiárias*] ir processando.

E11: As bolsistas não foram orientadas a transmitir as coisas que elas aprenderam.

E1: Questões burocráticas.

E11: É uma coisa a mais para elas [*bolsistas*] fazerem. Elas estão ali para fazer e pronto, reprodução mecânica [...].

E12: A bolsista falou alto que eu fiz besteira na frente do paciente. Fiquei com isso trancado para mim. O jeito que ela [*bolsista*] falou! E eu me senti uma idiota porque já fui bolsista aqui [...].

E11: Já fui questionado por uma bolsista que está no 3º período do curso: “você na 9º fase nunca ouviu falar sobre isso?” Cara! A gente [*estagiárias*] não tem contato com os medicamentos [*na faculdade*]. Eu não sei quantos comprimidos vem na caixa! Vamos [*as farmacêuticas*] colocar os bolsistas para instruir? OK! Mas precisa mostrar para elas [*bolsistas*] como fazer isso. Que dúvidas o estagiário pode ter, qual o principal foco que elas [*bolsistas*] têm que ter. Só jogar para a bolsista “você treinem elas” não é o certo na minha opinião [...] (falas registradas no diário de campo, 14º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Prática em serviço

Após o período de treinamento, as estagiárias permaneceram organizadas em dois grupos que se alternavam em duas atividades, que ocorriam diariamente, com duas horas consecutivas para cada: “preparação para o atendimento e registro” e “atendimento propriamente dito”. Assim, metade das estagiárias iniciava o período em “preparação para o atendimento e registro” e outra em “atendimento propriamente dito”, e, posteriormente, ocorria a alternância. À tarde, devido ao número ímpar de estagiárias, havia uma estagiária que atendia individualmente. Ademais, em razão de algumas percepções de F1 (“conseguiu dar mais atenção no primeiro turno da tarde”) e de algumas estagiárias (“era mais proveitoso para o aprendizado começar o período atendendo e depois registrar e se preparar para os atendimentos do próximo dia”), na metade do estágio houve mudança de turnos dos grupos no período da tarde.

No momento de preparação para o atendimento e registro, as estagiárias se preparavam para o atendimento por meio da leitura dos registros anteriores, quando houvesse, dos protocolos de atendimento farmacêutico, dos PCDTs e pela checagem das interações medicamentosas, principalmente no site *Drugs.com*¹⁹. Após essa fase de estudos elaboravam o “plano” ou as perguntas para os atendimentos subsequentes. Este momento era realizado na “sala de estudo”, com a presença frequente de P2, a qual tirava dúvidas das estagiárias, quando estas a

¹⁹ O Site *Drugs.com* é uma enciclopédia *on-line* farmacêutica que apresenta informação sobre fármacos para usuários e profissionais de saúde.

solicitavam. Os registros eram feitos, ou deveriam, no Sistema de Informação da Farmácia Escola (SIFE)²⁰.

No atendimento propriamente dito, as duplas atendiam cerca de quatro a seis usuários por dia e eram estimulados a ter “dois olhares durante o atendimento: na efetividade e na segurança” (fala de P1 registrada no diário de campo, 1º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Durante o estágio observei que o período de “atendimento propriamente dito” era destinado única e exclusivamente para a assistência direta ao usuário, mesmo que houvesse tempo, o registro era realizado posteriormente, no “momento de preparação para atendimento e registro”. Ainda, ficava a critério das duplas discutir com a farmacêutica e/ou professora dúvidas que surgissem, tanto durante o atendimento como na fase de estudos, bem como as intervenções feitas não passavam obrigatoriamente pelo crivo destas.

Momento de discussão de casos

Outra atividade realizada pelas estagiárias durante o estágio na FE UFSC/PMF foram as discussões de casos. Estes momentos ocorriam uma vez por semana, pelo período de quatro horas, e eram realizados majoritariamente pela P2, com a presença pouco frequente de P1 (mais presente no início) e das farmacêuticas supervisoras. Segundo P1 seria “*Um momento para a discussão dos casos, onde as professoras e supervisoras acompanhariam os atendimentos feitos pelas estagiárias através dos registros*” (fala de P1 registrada no diário de campo, 7º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

No decorrer do estágio, observei que cada estagiária trazia, voluntariamente, a história de um usuário e dividia com o grupo suas percepções e sentimentos, e as professoras, principalmente, e supervisoras faziam alguns apontamentos, baseados nas suas experiências pessoais e profissionais. Não havia uma sistematização dos casos para serem apresentados e discutidos, nem um aprofundamento teórico quanto às evidências clínicas para tomada de decisão e/ou uma sequência clara e ordenada quanto ao raciocínio clínico assumido.

²⁰ O SIFE era um sistema de registro criado por uma ex bolsista da FE UFSC/PMF. Este sistema era constituído por uma página inicial, seguidas por notas de evolução no formato SOAP. A página inicial continha informações relacionadas a hábitos de vida do usuário, doenças e medicamentos, e deveria ser preenchida no primeiro atendimento. Na sua elaboração, a bolsista incorporou ao sistema as doenças e medicamentos do CEAF e o cadastro de problemas de saúde da APS, os demais deveriam ser incluídos pelas estudantes no momento do registro. A avaliação e plano eram feitos por problema de saúde, assim, caso a doença não estivesse cadastrada, não era possível realizar o seu registro. O SIFE possuía algumas avaliações e planos pré-definidos, semelhantes ao *Pharmacotherapy Workup*, porém era possível registrar outro, em um campo aberto (trecho adaptado do diário de campo, 15º dia de estágio).

No entanto, o tempo reservado para a discussão de casos raramente era utilizado integralmente e conforme o estágio avançava, pude observar perda de credibilidade desse momento como um espaço de ensino-aprendizagem. As estagiárias compartilhavam desmotivação e traziam cada vez menos casos para serem discutidos:

E12: [...] antes ela [P2] [...] explicava mais coisas para nós [estagiárias], a gente discutia mais coisas, o que depois acabou ficando cansativo, porque a gente só discutia casos, e meu Deus! Eu não aguentava mais discutir caso (trecho de entrevista com E12, 36º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E5: Às vezes a gente [estagiárias] ficava na dúvida o quanto aquela quarta-feira estava sendo válida [...]. Eu acho que deveria ser incentivado [...] conversar mais sobre caso clínico, mas talvez aproveitar as quartas para fazer visitas, não sei, em laboratório, alguma coisa assim sabe? Aproveitar as quartas para alguma coisa a mais, não só para ficar naquela salinha [...] à tarde toda (trecho de entrevista com E5, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E1: Eu não achava interessante isso da gente [estagiárias] discutir os casos [...]. Talvez trazer temas alternativos na quarta-feira, para a gente discutir [...] para que a gente consiga desenvolver. Talvez o professor entraria nessa parte, de trazer assuntos diferentes para serem abordados (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Ainda, houve a inserção de uma aula teórica expositiva sobre medicamentos na gestação, no horário destinado a discussão de casos, cuja demanda foi levada por uma estagiária à P2.

Momentos de teorização

Conforme observado, ainda, havia alguns momentos de teorização clínica, conduzidas especialmente por F1, que ocorriam por meio do Kahoot²¹, caso clínico estruturado ou explanações. Esses momentos aconteciam durante a discussão de casos ou quando as estagiárias finalizavam a preparação dos atendimentos para o dia seguinte. No entanto, estas oportunidades de aprendizagem não ocorriam como um processo formal, onde todas as estagiárias tinham a possibilidade de as experienciar. Outros momentos de teorização ocorriam entre os atendimentos e incluíam explicações sobre doenças, tratamentos, modo de uso de medicamentos, cálculo de doses, entre outras. O modo como eram realizadas essas teorizações são descritos nos trechos a seguir:

E12: Quando ela [F1] tem tempo [...] ela vem até a gente [estagiárias] e fala: “eu já contei para vocês de um caso de artrite?” [...] Quando a gente estava esperando paciente mesmo, sentada, ela vinha e contava, fazia perguntas, [...] a gente tentava responder. Aí ela [F1] falava: “não, essa eu não vou dar a resposta para vocês, vocês vão procurar” [...]. Quando eu e a E15 [...] acabávamos quatro e meia os atendimentos, a gente ia lá meio assinar a folhinha [de frequência], quietinha, aí F1 já via [...] que já tinha acabado e falava: “mas já acabou?”, “Já, já”. “Então senta

²¹ Kahoot é uma plataforma de aprendizado baseada em jogos, os quais se configuram em testes de múltipla escolha, que podem ser acessados por meio de um navegador da Web ou pelo aplicativo próprio.

aqui que vocês têm que saber bem sobre hipercolesterolemia”. Aí ela começava a falar, e a gente só ficava [ouvindo], e realmente é interessante. Eu acho que é um tempo que a gente [estagiárias] não tem (trecho de entrevista com E12, 36º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E6: Algumas dúvidas sobre as doenças [...] ou algum efeito colateral, eu fui até à F1. Ou ela [F1] mesmo fala, porque às vezes a gente [estagiárias] pega algum exame e ela [F1] fala: “Esse aqui está alterado porque tal, tal, tal” (trecho de entrevista com E6, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Visita a outras instituições

Durante o estágio foram realizadas duas visitas: pela manhã as estagiárias visitaram o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), juntamente com F2, e a tarde foram conhecer uma casa de cuidado geriátrico com F1. No trecho abaixo, F1 descreve o objetivo dessa atividade:

F1: O objetivo [da visita à casa de cuidados geriátricos] é fazer uma atividade fora da Farmácia Escola. Levamos os medicamentos para os pacientes e identificamos se há alguma outra atividade que podemos fazer na instituição. Já foi feita uma visita lá e foi identificado dúvidas com relação à administração de medicamentos via sonda e orientações que devem ser fornecidas aos familiares quando o paciente vai para casa. A devolutiva destas duas demandas foi dada por outra turma de estagiárias e pelas bolsistas. F1 relata que haverá também uma visita no CEPON [...]. Sempre tentamos levar as estagiárias e bolsistas para atividades fora da Farmácia Escola, como essas visitas (fala de F1 registrada no diário de campo, 15º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

5.3.2.3.2 Processo de avaliação das estudantes na FE UFSC/PMF

A avaliação do “Estágio em Farmácia” era pelas supervisoras e professoras, as quais atribuíram uma nota individualmente considerando, de acordo com as suas percepções, o desempenho das estagiárias durante o estágio. As professoras julgaram, especialmente, com base nas atividades em sala de aula (sala de estudos e seminários). Nos trechos a seguir, as professoras e supervisoras descrevem as suas percepções quanto ao processo de avaliação:

F1: A gente [supervisores], por muito tempo, avalia de forma muito subjetiva o estudante. [...]. A minha percepção, por exemplo, é muito diferente da percepção da F2. [...] a solução que eu vi, por exemplo, para as últimas [turmas de estágio] é cada uma [supervisora] dá sua nota e a professora, com esse trabalho de sala, faz uma terceira nota e soma, faz uma média que chega mais próximo, eu acho, do que talvez ele [estagiária] realmente desenvolveu (trecho de entrevista com F1, 37º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

P1: A gente [professoras e supervisoras] tem alguns tópicos, nem me lembro direito quais são eles, uma combinação entre o que a professora observa e a supervisora observa, de pontualidade, assiduidade, responsabilidade, iniciativa. Acaba sendo bastante subjetivo, porque às vezes a gente tem duas supervisoras que divergem. De uma maneira geral a gente consegue localizar os melhores e os piores, mas nem sempre a gente concorda plenamente. Às vezes a avaliação fica: “mais teve um dia que ele [estagiária] fez isso, então salvou a pele dele” [risos]. [...] (trecho de entrevista com P1, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

A apresentação do “caso clínico” em formato de seminário compôs parte da nota do estágio e foi encarada pelas estudantes como o trabalho final de estágio. Além da apresentação, havia a

exigência da entrega de um trabalho escrito, que deveria incluir o registro SOAP e as considerações feitas pelas professoras e supervisoras durante o seminário.

5.3.2.4 Serviço prestado pela equipe UFSC na FE UFSC/PMF

O serviço que a equipe UFSC pretendia realizar era o “*Acompanhamento farmacêutico de alguns pacientes com doenças atendidas no CEAF (doenças autoimunes e hepatite C), mesmo com a alternância de estudantes [...] com o objetivo de avaliar a efetividade e segurança dos medicamentos*” (fala de P1 registrada no diário de campo, 7º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Para isso, ao longo dos últimos anos, elaboraram “protocolos de atendimento farmacêutico”²² para todas as doenças contempladas do CEAF, objetivando instrumentalizar os estudantes e, assim, qualificar o atendimento por eles prestado aos usuários.

Contudo, havia dificuldade quanto a continuidade desse “acompanhamento” aos usuários, em decorrência da separação e diferenciação entre os serviços realizados pelas equipes UFSC e SMS-PMF (usuários transitavam por ambas as instituições) e a ausência de uniformização do serviço prestado dentro da própria equipe UFSC. O serviço assistencial prestado pela equipe UFSC era, majoritariamente, realizado pelas estudantes (bolsistas e estagiárias), as quais eram inseridas na rotina da FE UFSC/PMF de maneiras distintas, contribuindo para o desenvolvimento de atendimentos díspares.

Diferentemente das estagiárias, as bolsistas usualmente não usufruíam de um tempo para preparação prévia; ficavam incumbidas, especialmente, pelos “usuários atendidos por meio de encaixe”; dispunham de 20 minutos para realizar o atendimento e não tinham a obrigatoriedade de realizar o registro. Isso contribuiu para que os atendimentos das bolsistas, em sua maioria, fossem focados em questões vinculadas unicamente a garantia do acesso ao medicamento, mesmo quando seria possível avançar, por haver previsibilidade e possibilidade de preparação prévia.

A seguir, trago dois trechos que ilustram o contexto acima explicitado. No primeiro, revelo uma fala de E6, durante avaliação do estágio, que evidencia a dificuldade do “acompanhamento” devido à ausência de uma “unidade FE UFSC/PMF”. Posteriormente,

²² Os protocolos foram elaborados na forma de fluxogramas e contém, de forma objetiva, informações fundamentais referentes às doenças atendidas no CEAF. Os protocolos são divididos em 3 partes: (1) fisiopatologia da doença (principais mecanismos fisiopatológicos da doença, os sinais e sintomas mais comuns); (2) primeiro atendimento (informações sobre a doença, medicamentos - modo de administração, armazenamento e particularidades - e orientações não farmacológicas; (3) follow-up (avaliação da efetividade e segurança do tratamento).

apresento um trecho retirado do diálogo entre P2 e as estagiárias, que reflete como estas experienciaram a interface do serviço prestado entre bolsistas e estagiárias:

E6: Muitos pacientes que a gente [*estagiárias*] detectou problema [*durante o atendimento*], eu sei que é um problema institucional isso, vão para a prefeitura [*equipe SMS-PMF*]. A gente [*estagiárias*] pediu exame e, provavelmente, eles vão se frustrar, porque eles vão trazer exame e não vai ser visto (fala de E6 registrada no diário de campo, 36º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E6: Algumas bolsistas não se preocupam muito com o atendimento farmacêutico. Além de pegar os nossos [*das estagiárias*] pacientes, [...] que a gente preparou, [...] é um emprego mecânico. “Está tudo bem? Está. Pronto, acabou!” Se for ver os SOAPs [*registros*] que foram feitos por elas [*bolsistas*], a maioria está: “Paciente não quis falar. Paciente disse que está ok”.

E4: Aí não adianta fazer um trabalho bom.

P2: Teria que ter uma padronização para todos os atendimentos.

E3: Independente se for estagiária ou bolsista, tem que fazer o mesmo trabalho. Quem for pegar o paciente vai olhar os registros, porque precisa saber.

E6: É uma das coisas que P1 falou para a gente: “Se identifiquem como sendo da UFSC”. Elas [*bolsistas*] também são da UFSC.

E4: E não fazem o serviço bom.

E6: Depois não adianta ficar criticando a PMF [*equipe SMS-PMF*], porque está acontecendo também do lado de cá [...]. E também não estou generalizando, não estou falando que todas [*bolsistas*] são assim. Mas a gente via os SOAPs [*registros*] de todos os pacientes. E isso era muito evidente. (falas registradas no diário de campo, 36º dia de estágio, na FE UFSC/PMF).

Outro fator que dificultava o estabelecimento do serviço proposto pela equipe UFSC era o componente burocrático do CEAF. Para garantir o acesso mensal aos medicamentos pelo CEAF havia, também, a exigência da renovação do “processo” a cada três meses, a qual, para alguns tratamentos, era bastante dispendiosa. Conforme observado na rotina, esse fluxo burocrático colaborava para que o atendimento, muitas vezes, fosse centrado apenas nas questões vinculadas ao acesso, afetando o desenvolvimento do serviço clínico. Nos trechos a seguir, podemos identificar como as questões burocráticas interferiam no atendimento realizado pelas estagiárias:

E6: Às vezes a gente [*estagiárias*] fica atrelada a algumas questões burocráticas e isso é prejudicial na hora do atendimento [...] às vezes o paciente fica irritado porque está sempre errado [...]. Quando o paciente vem para fazer renovação, é muito difícil a gente [*estagiárias*] fazer um acompanhamento do paciente naquele mês. Não dá tempo porque o próximo paciente está chegando. [...] burocracia demorou 20 minutos [...] o paciente já não quer mais falar ou às vezes ele [*usuário*] quer falar e você vai ser obrigado a cortar (trecho de entrevista com E6, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E7: São muitos alunos para supervisionar. Além do [*estagiário*] obrigatório ainda tem as bolsistas [...] acho que elas [*farmacêutica UFSC*] estão bem sobrecarregadas para dar conta de fazer as renovações, dúvidas de documentos e ainda dúvidas de casos [*questões clínicas*]. Tanto que aí fica muita dúvida para o mês que vem, ou que a gente [*estagiárias*] tem que ficar ligando [*para o usuário*] [...] isso também consome o tempo delas [*farmacêutica UFSC*], fica sempre adiando as coisas, não é resolvido na hora (trecho de entrevista com E7, 36º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E14 e E7 mencionam que muitos usuários estão com problemas no laudo e receita [*documentos necessários para a renovação*]. E14 afirma que “Não irá prender o

paciente num questionário se ele [usuário] não levará o medicamento” (trecho de entrevista informal registrada no diário de campo, 15º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

O financiamento e o acesso aos medicamentos do CEAF, denominado pelos estudantes como componente burocrático, contribuía para a ênfase no acesso ao medicamento em detrimento a prestação de serviço clínico (foco do usuário e da estagiária no fornecimento do medicamento), além de sobrecarga das supervisoras, com conseqüente redução do seu tempo para supervisão de atividades de natureza clínica. Ademais, durante o atendimento ao usuário, as atividades de acesso ao medicamento eram realizadas de maneira intercalada com as atividades clínicas, o que parecia atrapalhar o raciocínio das estagiárias e comprometia o atendimento como um todo. Para exemplificar, narro abaixo o atendimento realizado por E2 e E9 que ilustra o atendimento usualmente realizado pelas estagiárias:

Em duplas [as estagiárias], iniciaram o atendimento ao usuário com a conferência da renovação no Sismedex. Posteriormente, enquanto uma estagiária (E9) conferia os documentos da renovação com a supervisora, a outra estagiária (E2) começou a “entrevista clínica”. Após a checagem, E2 retornou ao guichê, interrompendo o atendimento realizado por E9, solicitou a assinatura do usuário no LME [*Lauda de medicamento especializado da farmácia de alto custo*] e o agendou para o próximo mês. Em seguida, E9 retomou a “entrevista clínica” e E2 foi buscar o medicamento no almoxarifado. Com o medicamento em mãos, E2 descontinuou novamente o atendimento de E9, entregou o medicamento ao usuário e solicitou que este assinasse o recibo de dispensação. Após receber o medicamento o usuário começou a se levantar, e E9 finalizou rapidamente a entrevista clínica e se despediu (trecho adaptado do diário de campo, 5º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

As estagiárias identificaram que o espaço físico destinado ao atendimento aos usuários era inadequado para a realização do serviço proposto pela equipe UFSC, destacando a ausência de privacidade:

E11: Em nenhum tipo de serviço de saúde onde se tem serviço clínico, a abordagem do paciente é feita no guichê. [...] psicólogo não faz, enfermeiro não faz, médico não faz, nutricionista não faz, ninguém faz serviço clínico em guichê onde o paciente sinta do lado de todos os pacientes. Eu tive um paciente que estava com sangramento anal, que até eu conseguir descobrir que era realmente esse problema, é porque ele [usuário] estava em resistência em falar. Tinha uma pessoa do lado (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E4: quando o nosso paciente falava do supositório ele baixava o tom de voz para falar, ali [guichês] não é o ambiente mais adequado para atender (fala de E4 registrada no diário de campo, 14º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E por fim, o sistema de registro utilizado pela equipe da UFSC (SIFE) era visto como complexo, no que se refere ao seu preenchimento, uma vez que o seu layout possuía muitas janelas, travava constantemente e, nesses casos, não salvava o que havia sido preenchido. Acompanhando os atendimentos e, posteriormente, analisando os registros, percebi que o SIFE se constituiu como um limitador do processo de registro e, por conseguinte, do serviço, visto que as estagiárias se limitavam a avaliar apenas as doenças atendidas no CEAF e,

quando intervinham em outra condição clínica, o registro nem sempre ocorria com a clareza necessária para a continuidade do cuidado. Abaixo, trago alguns apontamentos sobre o SIFE, feito pelas estagiárias, que comprometeram o processo de cuidado:

E11: Avaliação e plano não podemos editar [*no SIFE*], então se fazemos e percebemos que está errado não podemos alterar (fala de E11 registrada no diário de campo, 14º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E10 afirma que registra tudo o que faz no S, pois percebeu que todos leem apenas o “S” [*subjetivo*]. No “A” [*avaliação*] e “P” [*plano*] registra apenas as doenças do CEAF, e quando tem certeza do diagnóstico registra outras doenças, mas não é sempre (trecho de entrevista informal registrado no diário de campo, 30º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Questiono E7 e E14 onde eles registram a avaliação e o plano se a doença não é “da lista da UFSC”. E14 afirma que não tem como registrar. E7 “até tem, mas é muito complicado!”. E14 afirma que registram tudo no subjetivo (trecho de entrevista informal registrado no diário de campo, 22º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Sumarizando, era possível evidenciar que a equipe da UFSC almejava e empreendeu enorme esforço para a estruturação de um serviço clínico na FE UFSC/PMF. Entretanto, estavam enfrentando diversos desafios inerentes ao contexto, que incluía: os conflitos com a instituição parceira e a ausência de uma “unidade Farmácia Escola”; o componente burocrático do CEAF; o elevado número e rotatividade das estudantes; a ausência de recursos humanos suficientes, especialmente supervisoras; a experiência prática e teórica das estagiárias aquém do necessário para “assumir” o serviço proposto (que será evidenciado nas narrativas); a estrutura física inadequada e o sistema de registro que limitava o serviço prestado. Em entrevista, E11 traz sua percepção sobre o serviço que era oferecido na FE UFSC/PMF, a partir do seu olhar sobre os registros de atendimento:

E11: O que eu percebo é que há três anos são feitas as mesmas perguntas, o paciente dá as mesmas respostas, são feitas as mesmas intervenções e não mudou absolutamente nada. [...] se você perguntar “você está bem?”, só para esperar que você me responda que sim e ok. E se você não está bem, eu vou dizer: “ah, não está bem, que pena!” Então, eu quero fazer a diferença ou não quero? [...] eu tenho que dar uma resposta para o paciente e nem sempre a resposta é ali, naquele mesmo dia [...]. Se a gente tivesse como dar um acompanhamento de verdade, mas o mês que vem eu não vou estar aqui, então todos os pacientes que eu atendi, todas as coisas que eu deixei, vai ficar ali. Se a pessoa que pegar, entender o que eu deixei e dar continuidade, tudo bem, mas a garantia que isso vai acontecer é mínima. A gente nem sabe o que vai acontecer, mas se eu tivesse foco naquele paciente e eu pudesse atendê-lo, novamente [...] ele entenderia que o que a gente está fazendo realmente é um acompanhamento e não só uma coisa habitual que é perguntar se está tudo bem, se ele come direito, se ele dorme direito, se ele usa o medicamento direito, sabe? (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Apesar de diversos entraves apontado, F1 faz um *feedback* positivo sobre os avanços alcançados pela equipe UFSC no serviço prestado na FE UFSC/PMF desde a sua inauguração:

F1: Eu acho que a gente [*equipe UFSC*] avançou muito, com as condições que a gente tem de serviço, de apoio. Acho que a gente faz milagre! Quando [*a FE UFSC/PMF*] abriu, a gente [*equipe SMS-PMF e UFSC*] apenas entregava medicamento [...]. Porque era de sete em sete minutos [*a agenda*]. Eu acho que essa preocupação da universidade de firmar como Farmácia Escola, a gente conseguiu. Foram brigas e brigas, mas conseguimos firmar, aumentar o tempo de atendimento, fazer os protocolos, desenvolver estratégias, o SIFE, [...] para registrar o que acontece (trecho adaptado de entrevista com F1, 37º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

5.3.3 Saco Grande – adentando em uma unidade escola

O município de Florianópolis estruturava o seu serviço de saúde em cinco distritos sanitários (norte, sul, leste, centro e continente). O CS-Saco Grande pertencia ao distrito sanitário centro e atendia aproximadamente 15.000 pessoas, moradores dos bairros Saco Grande e Monte Verde. O bairro, de maneira geral, era constituído por indivíduos em vulnerabilidade social, como pode ser verificado nos trechos abaixo:

Durante a territorialização, o ACS [*Agente Comunitário de Saúde*] [...] mostra as áreas de maior vulnerabilidade social, que coincidem com as áreas de tráfico. ACS relembra as brigas entre facções que houveram no ano passado, que afetaram a venda de drogas: “*as pessoas não estavam mais vindo comprar por medo*”, o que contribuiu para o acordo de “paz” entre as facções. ACS relata que “*A maior parte do bairro é tranquila, apenas a noite, nas áreas onde há tráfico, que se for subir de carro é preciso apagar os faróis e abrir os vidros*” (trecho do diário de campo, 15º dia de estágio no CS-Saco Grande).

[*Durante o grupo de educação em saúde na escola*] o professor, antes de iniciar o grupo [*com adolescentes*], verbalizou [*apenas para as residentes e estagiárias*] que no grupo já havia estudantes envolvidos no tráfico. [...] “*O desejo de muitos adolescentes é ser o chefe da “boca”*. [...] *isso é uma questão social!*” Segundo o professor, os professores de biologia trabalham em sala de aula sobre gestação e doenças sexualmente transmissíveis [...]. “*E como as estudantes engravidam?*”, comentando que encontrou uma estudante de 13 anos com um filho de seis meses no colo. “*Falta estrutura familiar!*” (trecho adaptado do diário de campo, 53º dia de estágio no CS-Saco Grande).

A estrutura física do CS-Saco Grande possuía três andares: no subsolo situava-se a farmácia, setor de marcação e duas salas de atendimento. No térreo, localizava-se a sala de vacinação; sala de procedimentos, onde se realizava pequenas cirurgias; sala de medicação, com oito cadeiras para administração de medicamentos; sala de esterilização; sala da odontologia e a maioria dos consultórios. No andar superior, encontrava-se o auditório, sala de reunião, sala do administrativo, alguns consultórios e copa. A estrutura da CS-Saco Grande foi reformada recentemente, processo que levou, segundo F4, mais de um ano, no qual o CS se manteve funcionando. O CS é novo e muito bem planejado (Figura 14).

Figura 14 - CS-Saco Grande (vista externa frontal).



5.3.3.1 Um Centro de Saúde Escola

O CS-Saco Grande recebia duas residências multiprofissionais em saúde da família (da SMS-PMF e da UFSC)²³ e a de medicina de saúde e comunidade da SMS-PMF, além de diversos profissionais provenientes de outras residências do Brasil. Ainda era campo de estágio supervisionado para estudantes de cursos de graduação das diversas áreas da saúde – Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, entre outras – incluindo a Farmácia. Essa parceria ocorria por meio de convênio entre a SMS-PMF e UFSC, e havia previsão de assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), no ano de 2019.

Cada área possuía a inserção de seus estudantes de maneira bastante distinta: desde acompanhados integralmente pela professora em atividades mais pontuais, especialmente grupos, onde o estudante não era inserido a uma equipe de saúde da família (como Fisioterapia e Fonoaudiologia); ou acompanhados integralmente pela professora que “assumia” a demanda, juntamente com a equipe daquela área, e atendia junto com os estudantes (como Enfermagem); ou aqueles que se inseriam em uma equipe sob supervisão do profissional da SMS-PMF, sem participação direta do professor (como Medicina e Farmácia). Esse contexto “escola”, ao mesmo tempo em que oportunizava vivências e experiências multiprofissionais, que contribuíam para formar profissionais para o SUS, também, se tornavam um local de cooperação e apoio para a qualificação do serviço prestado à comunidade. Abaixo trago alguns trechos de momentos compartilhados entre estagiárias e residentes, e com as equipes de saúde da família:

²³ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMULTISF) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) (instituição formadora) e da SMS-PMF (instituição executora); e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da UFSC.

Médica M2 encaminha usuário para farmacêutica orientar quanto ao uso de insulina. F6 [*farmacêutica da área*] questiona se as duas estagiárias que estavam na farmácia poderiam acompanhá-la no atendimento. Posteriormente, um estudante de medicina vai até a farmácia para acompanhar o atendimento (trecho do diário de campo, 2º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Residente de Farmácia RF1 [*residente de outro programa*], explica a E17 sobre a PEP [*Profilaxia Pós-Exposição ao HIV*], seus esquemas de tratamento e faz um comparativo entre CS e o HU-UFSC, onde são fornecidos além do esquema de tratamento de primeira linha, tratamentos para gestantes e RN [*recém-nascidos*], além do kit para quem sofre violência sexual (trecho adaptado do diário de campo, 3º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Médica M3 mostra-se muito contente, pois fisioterapia da UDESC [*Universidade Estadual de Santa Catarina*] iniciará estágio no CS. Comenta que a fila para fisioterapia é de 900 dias e que pacientes pós-operatórios precisam iniciar imediatamente a fisioterapia, pois o atraso pode deixar sequelas irreversíveis. Enfermeira ENF comenta que eles [*estagiários da fisioterapia*] iniciarão um grupo de dor lombar (trecho do diário de campo, 20º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Médica M3 [*na reunião de área*] pede busca ativa de usuário com hanseníase e pessoas que possuem contato com ele, vizinhos e familiares [...]. M3 afirma que é o primeiro caso de hanseníase que ele atende, caso inicial no maranhão, e que quem diagnosticou foi um estudante de medicina do quarto período. Acrescenta que nesse período eles estão estudando essas doenças (trecho do diário de campo, 25º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Enfermeira ENF2 comunica [*durante reunião de área*] que haverá uma turma de enfermagem que estará no CS junto com o professor. Explica que não sabe como acontecerá a dinâmica, pois mudou o professor. O professor antigo ficava em um consultório com os estudantes e “puxava pacientes da agenda”. “Ajudava bastante”, referindo-se a demanda de enfermagem da equipe (trecho do diário de campo, 71º dia de estágio no CS-Saco Grande).

No entanto, apesar desse contexto oportunizar um processo de ensino-aprendizagem rico, e por vezes, acolhedor, devido à familiaridade dos profissionais de saúde e da própria comunidade com o modo como estava estruturado o serviço (“escola”), houve momentos em que isso enfadou alguns usuários, gerando desconforto dos profissionais e estudantes, como pode ver visto nas falas da médica M3 e da E17, durante uma reunião de área:

M3: Os pacientes reclamaram que o estagiário de medicina atende muito devagar e que nós passeamos muito pelo CS [*nos momentos que o estagiário precisa tirar dúvida com M3*]. M3 sugere que sejam colocados cartazes pelo CS dizendo “aqui é um posto escola”, “aqui é o posto que mais recebe estudantes”.

E17: Estava atendendo um usuário com depressão na farmácia e ele [*usuário*] começou a chorar durante o atendimento. As pessoas [*demais usuários*] que estavam aguardando na farmácia falaram que eu estava ali para atender e não para ouvir choro. “Eles [*usuários*] não entendem que ouvir faz parte do cuidado”.

M3: Nessas horas eu perco a habilidade de comunicação. Se eu estivesse lá teria falado “você sabia que ela [*estagiária*] não recebe nada para estar aqui, que se ela [*estagiária*] não quiser mais vir será menos pessoas [*usuários*] que serão atendidas. E que provavelmente nem quem está chorando e nem você receberia o seu medicamento. [...] que ela [*estagiária*] e está aprendendo” (falas registradas no diário de campo, 50º dia de estágio no CS-Saco Grande).

5.3.3.2 Estrutura organizacional do serviço do CS-Saco Grande

Conforme observado na rotina, o CS-Saco Grande organizava o atendimento a sua população adscrita por meio de seis equipes de saúde da família (composta por ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico de família e comunidade ou generalista) e quatro equipes de saúde bucal (constituída por auxiliar e/ou técnico de saúde bucal e cirurgião-dentista), e ambas recebiam suporte de outros profissionais de saúde, por meio do apoio matricial.

As áreas que não possuíam equipe de saúde bucal tinham sua demanda “absorvida” pelas outras áreas, chamadas “áreas irmãs”²⁴. A proposta de área irmã era uma estratégia de organização para melhorar a assistência à comunidade e facilitar o processo de trabalho dos profissionais. No trecho abaixo, é possível identificar a pactuação entre duas áreas irmãs, para melhorar a dinâmica de trabalho no período noturno:

Médica M1 comenta que o ACS da área irmã se dispôs a ficar [*na ilha*] todos os dias até às 19 horas. Enfermeira ENF1 comenta que tendo um ACS no andar, permite que as médicas e enfermeiras atendam mais tranquilamente os usuários depois das 17 horas. M1 afirma que a equipe virá no final da reunião para conversarem sobre a organização das ilhas após as 17 horas (trecho do diário de campo, 52º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Como visualizado no trecho anterior, cada equipe possuía a chamada “ilha”, onde o ACS realizava o acolhimento dos usuários pertencentes a sua área. Os agendamentos eram feitos pessoalmente, na respectiva ilha, no formato “agenda do dia”, exceto algumas situações (gestante, puericultura ou quando solicitado pela médica ou enfermeira, especialmente casos de diabetes ou hipertensão descompensado), cujos agendamentos eram programados e poderiam ser feitos via *WhatsApp*²⁵ da área.

Esta configuração de acolhimento por ilhas ocorria em todos, ou quase todos, os CS de Florianópolis, sendo que o CS-Saco Grande foi o piloto em 2017. Pelo olhar de F4 esse modelo era interessante, no entanto “*As ACS estavam sendo absorvidas para o interior do CS*” (fala de F4 registrado no diário de campo, 1º dia de estágio no CS-Saco Grande). Com isso, suas atividades na comunidade estavam se restringido a visitas para casos mais graves (como acamados) ou busca ativa.

O CS-Saco Grande funcionava, ininterruptamente, das 7h às 19h. A ampliação do seu horário de funcionamento e a redução da carga horária de muitos profissionais médicos e enfermeiros, por solicitação destes, não foi acompanhada de um aumento no quantitativo de funcionários.

²⁴ Cada equipe de saúde da família no CS possuía uma área irmã, cuja ilha localizava-se no mesmo hall e tinha como objetivo auxiliarem-se em momentos de férias das médicas e enfermeiras, capacitações ou quando fosse necessário.

²⁵ *WhatsApp* é um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*.

Isso refletiu na dificuldade de organização das equipes quanto ao atendimento, principalmente das 17h às 19h, quando se adotava o modelo de pronto atendimento, contrariando a lógica vigente no CS (modelo de saúde da família).

A coordenação do CS-Saco Grande era colegiada, composta pelo coordenador do CS, um representante dos técnicos, um membro da equipe de saúde bucal e um membro de cada área, que se reuniam semanalmente e cujas deliberações eram conjuntas. As decisões firmadas e os informes repassados nesta instância eram capilarizados para todas as equipes durante as reuniões de área, por seu representante. No trecho abaixo, a médica M1 explica para o novo técnico de enfermagem sobre o papel do colegiado:

M1: O colegiado é uma instância de poder decisório. [...] tem decisões que não podem esperar até a reunião mensal do CS e como o CS-Saco Grande tem muitos funcionários, cerca de 80, o colegiado agiliza a deliberação de muitas decisões que não seria possível ser feita com todos os funcionários (fala de M1 registrada no diário de campo, 22º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Ainda, havia uma reunião mensal do CS, na qual participava todos os seus funcionários, e onde eram discutidas questões gerais e feitas capacitações, as quais eram, muitas vezes, realizadas pelos próprios profissionais do CS.

5.3.3.3 Processo de trabalho dentro das equipes de saúde da família

Conforme observado nas reuniões de área, as equipes adotavam a vigilância em saúde como modelo de prática, com forte presença da enfermagem no desenvolvimento de ações dessa natureza. No entanto, como podemos verificar nos trechos abaixo, era bastante evidente o direcionamento das ações das médicas e enfermeiras para atendimentos individuais (muitas vezes impostas a elas), o que associado à alta demanda, contribuía para a sobrecarga dessas profissionais. Apesar de haver uma pressão da população e, talvez, da própria SMS-PMF (apesar de submerso em um discurso contrário) pelo modelo biomédico, os profissionais das equipes de saúde da família eram motivados a trabalhar na lógica da vigilância em saúde, por meio do processo de acreditação²⁶. No trecho abaixo, podemos visualizar a dinâmica das equipes no processo assistencial a comunidade:

A enfermeira ENF1 afirma que já fez a lista das gestantes da área e agora está fazendo a lista de crianças, porém está com dificuldade de disponibilizar tempo para essa atividade em decorrência da demanda alta da área. Pede para as médicas [*da área e residente*] alimentarem tais listas (trecho do diário de campo, 47º dia de estágio no CS-Saco Grande).

²⁶ A acreditação realizada pela SMS-PMF, eleita como uma das prioridades estratégicas do Plano de Saúde 2018-2021 do município, promovia gratificação financeira aos membros das equipes que atingem algumas metas, dentre elas a vigilância em saúde do seu território.

A interface entre as equipes de saúde da família e os demais profissionais de apoio ocorria, predominantemente, nas reuniões de área, onde eram trazidos para discussão os usuários mais críticos, que requeriam um olhar ampliado, uma visita domiciliar ou uma busca ativa. O trabalho nesse espaço transcendia, em alguns momentos, a lógica multiprofissional (de apenas encaminhamento) e avançava para um trabalho interdisciplinar. No entanto, principalmente em decorrência da alta demanda dos profissionais, muitas vezes o trabalho se restringia a apenas a encaminhamentos, onde cada profissional ficava “na sua caixinha”:

F7: [...] o CS tem um trabalho multiprofissional bom, mas tem um trabalho interprofissional ruim. As pessoas sabem muito bem referenciar umas às outras, pedir ajuda umas às outras, mas as pessoas não sabem trabalhar em conjunto aqui. Cada um na sua caixinha e eu acho que isso tinha que dar uma quebrada em algum momento, sabe? Eu entendo que é difícil por uma questão de demanda e porque daí acaba que é mais fácil, é mais rápido tu referenciar (trecho de entrevista com F7, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Entretanto, conforme observado na rotina e destacado por F7 no trecho acima, havia um reconhecimento sobre o saber do outro (expertise profissional), tradicionalmente firmado por cada profissão dentro do CS e um compartilhamento de responsabilidades no cuidado aos usuários dentro das respectivas equipes, pautado no estabelecimento de uma relação horizontal entre todos os profissionais, das diversas áreas da saúde (do ACS ao médico):

F6 repassa para a equipe que atendeu o usuário encaminhado pela médica M2. Comenta que orientou o uso do dispositivo inalatório e explicou que a beclometasona é um medicamento de uso contínuo. Revisou os outros medicamentos e identificou a não adesão, por questão financeira, aos medicamentos da próstata. Relata que o usuário estava bem e agora voltou a ter dificuldade para urinar. Usuário afirmou que irá tentar comprar. Enfermeira ENF2 pede para ACS passar na casa do usuário para verificar se ele [*usuário*] conseguiu comprar (trecho do diário de campo, 76º dia de estágio no CS-Saco Grande).

E17: No começo eu sentia que não tinha muita participação da farmacêutica [*nas reuniões de área*], mas eu acho que é porque [*a farmacêutica referência para aquela área*] ela é mais quietinha [...]. Mas depois eu percebi que tem espaço para todo mundo participar [...]. Um ajuda o outro e um participa aonde pode e é muito linear [...]. Não tem aquela hierarquia [...] de poder que existe na maioria das Unidades de Saúde (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

5.3.3.4 Estrutura organizacional do serviço de farmácia do CS-Saco Grande

A farmácia localizava-se no subsolo do CS e possuía três guichês de dispensação, todos individualizados, que garantiam certa “privacidade” durante o atendimento ao usuário (Figura 15). Os medicamentos ficavam armazenados em gavetas nos armários localizados em ambiente reservado atrás dos guichês, organizados por ordem alfabética (Figura 16). Com exceção dos medicamentos sujeitos a controle especial e do CEAF (para tratamento da dislipidemia), que possuíam armários próprios. No armário acima de cada fileira de gavetas era guardado o estoque dos seus respectivos medicamentos.

Figura 15 – Espaço da farmácia do CS-Saco Grande destinado a dispensação.



Figura 16 – Local da farmácia do CS-Saco Grande destinado ao armazenamento de medicamentos.



Aos fundos da farmácia havia uma sala de apoio administrativo (Figura 17), que possuía um computador, impressora e livros. Este espaço era utilizado, tanto pelas estudantes, quanto pelas farmacêuticas, para diversos fins, como atividades gerenciais da farmácia, suporte para o supervisor do estágio, atendimentos individualizados a usuários, espaço para estudos, reuniões e seminários. Ainda, havia um consultório ao lado da farmácia, onde as farmacêuticas tinham disponibilidade de usá-lo, porém raramente o utilizavam. No trecho abaixo, F6, em reunião interna da farmácia, reforça sobre o uso destes dois ambientes para melhorar o processo de trabalho pela equipe da farmácia:

F4 afirma que a sala nos fundos da farmácia é uma sala de apoio à dispensação e para atividades administrativas, e que, atualmente, está sempre ocupada para outras atividades. É discutido e entendido que há necessidade de conversar com o coordenador e expor essa situação de falta de espaço físico para a equipe da farmácia. F4 afirma que é preciso retomar o preenchimento da escala para a utilização do consultório ao lado da farmácia. [...] as farmacêuticas reorganizam as escalas para não chocar os horários de atividades que requeiram sala de apoio administrativo (trecho do diário de campo, 53º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Figura 17 - Sala de apoio administrativo.

Apesar de contar com um espaço consideravelmente amplo (comparativamente como outras farmácias de CS), a farmácia do CS-Saco Grande possuía um elevado fluxo de estudantes (estagiárias e residentes), o que tornava o espaço, muitas vezes, insuficiente para comportar todos. Essa conformação causava, por vezes, a ociosidade das estagiárias (por falta de espaço para atendimento) e corroborava para distanciar, fisicamente, a supervisora das estudantes.

No entanto, apesar de haver momentos de “excesso”, havia outros que careciam de pessoas na farmácia. Isso ocorria, pois, a farmácia possuía uma demanda bastante expressiva e contava, no seu corpo de funcionários, apenas com duas farmacêuticas (F4 e F5), com carga horária de 30 horas semanais, e que poderiam acionar, quando sentissem necessidade, um técnico de enfermagem. No entanto, *“Os técnicos de enfermagem trabalhavam em esquema de rodízio na farmácia e, qualquer problema que ocorria [como falta de técnicos no CS], a farmácia deixava de ser a prioridade* (trecho adaptado de entrevista com F4, 68º dia de estágio no CS-Saco Grande). Esse contexto, ausência de uma equipe fixa na farmácia e alto volume de dispensações, tornava a farmácia “dependente” das estudantes (residentes e estagiárias) e despertava nas estagiárias sentimento de responsabilidade em “dar conta” da dispensação.

Conforme observado na rotina, F4 era a farmacêutica referência no CS-Saco Grande, porém compartilhava a responsabilidade sobre o serviço desenvolvido na farmácia juntamente com F5, e ambos *“Tinham as residentes como um apoio para a formação das estudantes”* (trecho de entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande). F5 havia iniciado suas atividades no mesmo dia que imergi em campo, possuía bastante familiaridade com o serviço na APS e com a rede de saúde do município, mas desconhecia os fluxos internos do CS-Saco Grande.

A sua inserção na equipe da farmácia e suas opiniões e posicionamentos, por vezes, divergentes ao do grupo já estabelecido, suscitaram confrontos, principalmente entre ela e as

residentes. Esses embates ocorriam, principalmente, devido à discordância quanto a processos de trabalho e de supervisão, que foram intensificados pelo modo como estavam estruturadas as atividades das estagiárias (detalhadas a seguir). Em entrevista, F5 contextualizou essas divergências e verbalizou o seu entendimento de como deveriam ser administradas no âmbito da farmácia:

F5: Às vezes tem uma necessidade enorme de padronizar certas coisas. Mas não tem como você padronizar, porque as pessoas, os usuários são diferentes. E isso é uma coisa que eu não abro mão, de individualizar algumas coisas. Então para a estudante ver que às vezes um fulano tem uma opinião e o outro ciclano tem outra opinião, é natural, faz parte do processo de trabalho. Mas qual opinião que eu [estagiária] vou seguir? Tipo, qual decisão, ao final, eu vou comunicar para o usuário em última instância? Eu acho que em última instância sou eu, que eu sou a farmacêutica responsável do serviço e inclusive pelas residentes. Qualquer coisa que acontece aqui é eu que vou responder para a prefeitura [SMS-PMF]. É eu que vou responder no Ministério Público junto, claro, com as residentes, porque elas já são farmacêuticas formadas, mas assim, há uma diferença nessa hierarquia (trecho de entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Durante a minha imersão, houve uma reunião interna da equipe da farmácia, e F4 afirmou que acordou com o coordenador que a farmácia iria ter, a partir daquele mês, uma reunião mensal. Esta reunião seria utilizada para organizar e pactuar os fluxos internos, realizar capacitações e discussões de casos clínicos encaminhados pelas equipes ou identificados na dispensação.

5.3.3.5 Serviço prestado pela equipe da farmácia do CS-Saco Grande

O histórico do farmacêutico da SMS-PMF se converge com a narrativa deste profissional no CS-Saco Grande. O CS-Saco Grande foi o primeiro serviço de Florianópolis a receber farmacêutico, por meio da residência em 2002, para trabalhar na lógica da APS, “*para além dos espaços da farmácia*”. Até então, o farmacêutico que atuava na APS em Florianópolis tinha o seu trabalho restrito a atividades dentro da farmácia, “*com pouquíssima, para não dizer nenhuma, interação com as equipes, devido à alta demanda que assumia*”. Posteriormente, mesmo com a manutenção da residência no CS-Saco Grande, a SMS-PMF alocou uma farmacêutica efetiva para este local (trecho adaptado de entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Durante a observação da rotina, pude identificar que os serviços prestados pelas residentes e farmacêuticas efetivas eram distintos. As farmacêuticas efetivas tinham suas atribuições mais vinculadas a questões gerenciais da farmácia, além da dispensação e a supervisão das estagiárias (neste serviço). As residentes tinham “*um processo de trabalho mais próximo do que se espera de um farmacêutico na Atenção Primária*” (trecho adaptado da entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande). Cada residente era referência para uma ou duas

equipes de saúde da família, participavam de grupos de educação em saúde na comunidade, além da dispensação e supervisão das estagiárias em todos esses serviços. Em entrevista, F5 explicita a sua frustração quanto essa “divisão de tarefas”:

F5: Eu chamei uma reunião com F4 e com o coordenador [*do CS*] para dizer como que eu estava me sentindo aqui no Saco Grande, o meu processo de trabalho [...]. Eu me sinto aleijada, uma profissional que o que sobra para mim, farmacêutica da prefeitura, é ficar dentro da farmácia cuidando do estoque, que é algo importante [...], e estar na dispensação. Não faz parte do meu processo de trabalho, aqui no Saco Grande, matricular equipe, fazer visita domiciliar... Isso não é um problema do Saco Grande, isso é um problema institucional da secretaria [*SMS-PMF*] (trecho de entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Essa configuração organizava o serviço de farmácia de modo que as residentes estivessem à frente, “teoricamente”, do serviço de cuidado ao paciente. Coloquei “teoricamente” entre aspas, pois apesar de haver a intenção [*histórica*], o serviço de cuidado farmacêutico ainda não se encontrava estruturado no CS-Saco Grande:

F5: Se for pensar a residência, apesar se ser um espaço privilegiado ainda [...] não está contemplada essa parte clínica para que, de fato, a gente [*equipe da farmácia*] possa fazer o cuidado farmacêutico. A gente ainda está naquele jeito que a gente fazia lá... o nosso jeito tentando fazer [...] (trecho de entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande).

F4: [...] a nossa rotina e a nossa estrutura de serviço não permitem que eu tenha, por exemplo, uma agenda, uma tarde de agenda para fazer acompanhamento farmacoterapêutico. Não tem essa disponibilidade [*pelo SMS-PMF*] (trecho de entrevista com F4, 68º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Conforme observado na rotina, as farmacêuticas não possuíam um fluxo definido para os atendimentos individuais (uma agenda), os quais ocorriam por livre demanda identificada na dispensação ou por encaminhamento pelas equipes. Na dispensação, quando eram detectados usuários que requeriam um olhar mais aguçado, estes eram “levados” para a sua respectiva equipe, nas reuniões de área, ou direcionados para serem atendidos pela própria equipe da farmácia. Os atendimentos individuais, usualmente, destinavam-se a orientar sobre o modo de uso de medicamento, especialmente insulina, e auxiliar na adesão ao tratamento.

Outro serviço prestado pela equipe da farmácia era a conferência da documentação para a solicitação dos medicamentos do CEAF antes de encaminhar o usuário para a FE UFSC/PMF, afim de evitar ao máximo idas desnecessárias. Além disso, F5 pretendia que as primeiras dispensações dos medicamentos do CEAF ocorressem em horário agendado, para que fossem fornecidas todas as informações com relação ao fluxo do CEAF (questões de acesso) e do modo de uso e cuidado com os medicamentos. Ademais, F5 projetava criar um fluxo de monitorização da dispensação para usuários com sífilis e tuberculoses multirresistentes, uma vez que entendia que era função do farmacêutico da APS realizar esse serviço, como ressaltado por ela a F6 e F7:

F5 conversa com F7 sobre os usuários que estão em tratamento para sífilis. A farmácia possui uma lista com estes usuários e F5 identifica que alguns não vieram buscar e outros ainda aplicarão nessa semana. F7 comenta que pode levar os nomes dos usuários para a reunião. F5 sugere entrar em contato com os usuários, pois “*as equipes já estão sobrecarregadas*”. “*A farmácia possui gente para fazer essas buscas ativas toda a semana!*”. [...] F5 pede para F6 e F7 ligarem para os usuários para entender o motivo de não terem vindo retirar o medicamento ou lembrá-los de quando é a próxima aplicação e, posteriormente, registrar no prontuário que foi feita busca ativa. F5 ressalta que acha que seria importante fazer essa busca ativa também para usuários com tuberculose multirresistente (falas registradas no diário de campo, 37º dia de estágio no CS-Saco Grande).

As residentes eram também responsáveis (cada dupla) por outro CS, onde realizavam atividades de gerenciamento da farmácia, além de participarem da reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do município, do conselho de saúde local do CS e municipal. Ainda, algumas farmacêuticas realizavam auriculoterapia, a qual ocorria por livre demanda na farmácia.

A SMS-PMF utilizava um sistema chamado CELK²⁷, o qual interligava os diversos profissionais da rede por meio do prontuário eletrônico e do chat interno. Ainda, este sistema possuía uma interface com a farmácia, onde era possível realizar o gerenciamento dos medicamentos, desde as atividades vinculadas ao processo de dispensação até o pedido de medicamentos. O CELK havia sido recentemente implementado e apresentava, ainda, bastantes ajustes a serem feitos. A interface da farmácia estava em teste piloto no CS-Saco Grande, para, depois de feitos os ajustes, ser implementado no restante da rede. Assim, a farmácia utilizava dois sistemas: o CELK e o Sismedex (utilizado para o gerenciamento dos medicamentos do CEAF e já descrito anteriormente).

5.3.3.6 Organização pedagógica do “Estágio em Farmácia” no CS-Saco Grande

O CS-Saco Grande configurava-se como campo de prática para a disciplina de “Estágio Final”, cuja ementa previa “*estágio em área de atuação farmacêutica*”, que o estudante optava por uma entre as diversas áreas de atuação profissional para realizar seu estágio. A carga horária desta disciplina era de 522 horas/aula, equivalente a 435 horas, e as estagiárias cumpriam seis horas diariamente.

O objetivo educacional do estágio no CS-Saco Grande, verbalizado pela professora, era propiciar às estudantes uma vivência na APS e no SUS:

²⁷ CELK é um programa criado por uma empresa [CELK sistemas], cuja sigla não tem um significado específico.

P3: No [CS] Saco Grande é um estágio de Atenção Primária de Saúde. Então você [as estagiárias] vai trabalhar territorialização, você vai trabalhar equipe de saúde, tem trabalho dos agentes comunitários, tem reunião de equipe, tem grupos de idosos, disso e daquilo, tem acolhimento, tem atendimento da demanda, de uma forma que é a mais próxima do que a gente espera ou imagina que seja da Atenção Primária. Então eu acho que essa vivência que tem lá [no CS- Saco Grande], ela é uma vivência interessante, importante para a formação dos profissionais de saúde. [...] eu quero que elas [as estagiárias] tenham o exemplo da farmacêutica que se responsabiliza e isso é Atenção Primária, é o preceito da Atenção Primária, a responsabilização pelo paciente [...]. O paciente chega com a receita vencida e [a farmacêutica] olha para esse paciente de verdade, não olha [apenas] para a receita carimbada. Isso é a diferença de ser farmacêutico ou não ser, na minha opinião (trecho de entrevista com P3, 77º dia de estágio no CS-Saco Grande).

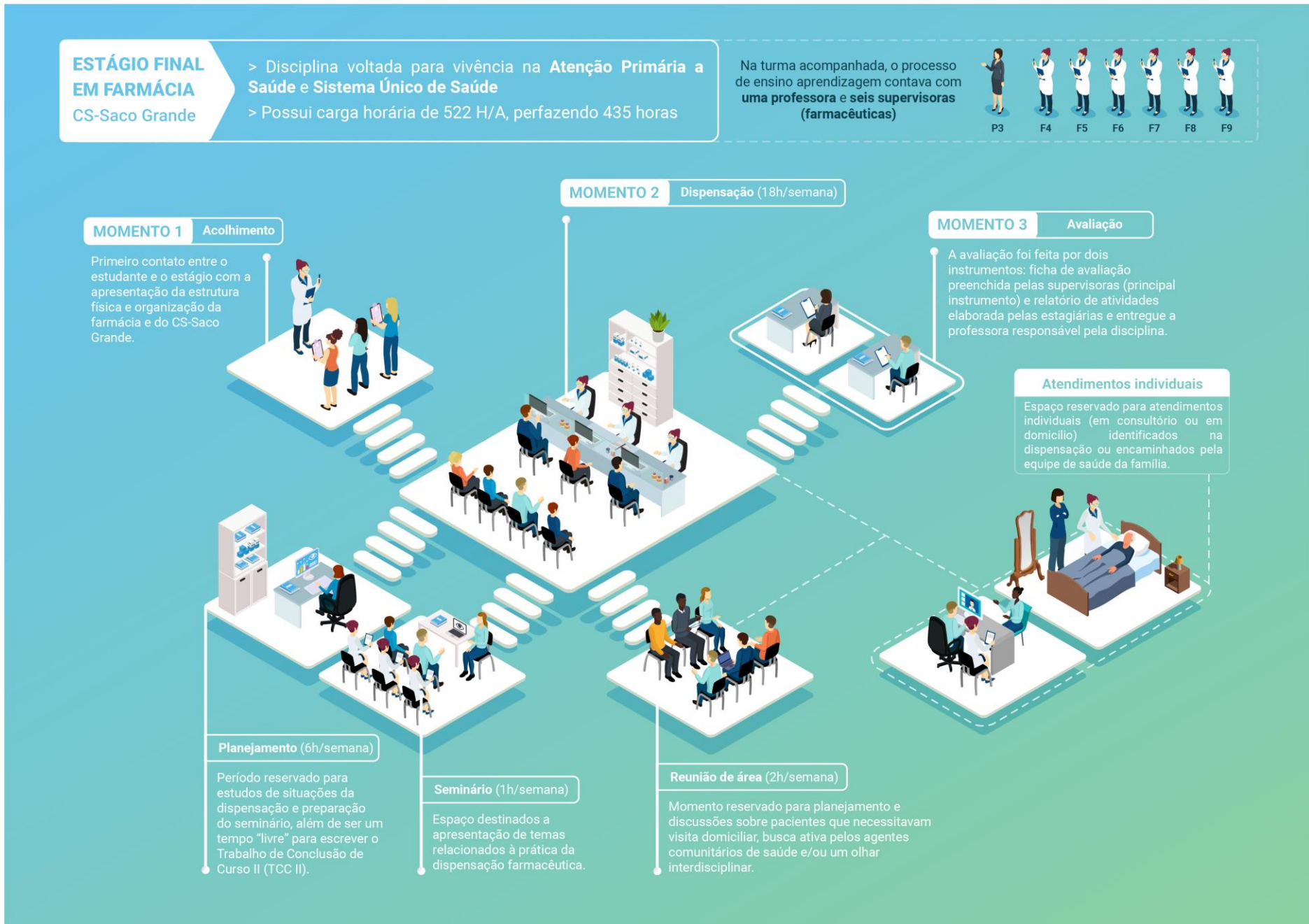
Todas as farmacêuticas tinham como atribuição a supervisão das estagiárias. “*Então normalmente a responsabilidade que está no termo do estágio é de apenas uma, porém todas as farmacêuticas, incluindo as residentes* [da UFSC e da SMS-PMF], *compartilham essa função* (trecho adaptado de entrevista com F4, 68º dia de estágio no CS-Saco Grande). Entretanto, apesar de haver um número elevado de supervisoras (seis), os seus horários e responsabilidades eram distintos e nenhuma possuía a supervisão como atividade principal. Conforme observado na rotina, todas as farmacêuticas que estivessem na farmácia supervisionavam as estagiárias na dispensação e as demais atividades ficavam sob a responsabilidade das residentes, especialmente de F6 e F7, que assumiram, neste semestre, a organização destas atividades:

F5: Elas [residentes] que organizam os seminários, que organizam todo o processo de trabalho fora da farmácia. Então assim, o trabalho de saúde da família, de ir na reunião de matriciamento da equipe, de fazer uma visita, de ir em um grupo, esse processo de trabalho é delas [residentes]. Não está fazendo parte do nosso processo de trabalho [farmacêutica efetiva] [...] essa parte da formação (trecho de entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande).

F9: como nós [residentes] nos distribuimos por equipes [...] então, teoricamente, a estagiária que é da minha área ela é mais minha responsabilidade, porque ela responde diretamente para mim. Então [...] ela [estagiária] foi fazer uma visita que eu não posso ir, quando ela voltar eu vou sentar com ela e perguntar como é que foi [...] e daí nós vamos discutir, se tiver alguma coisa que ser corrigida nós sentamos e vou corrigir (trecho de entrevista com F9, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Na Figura 18 encontram-se destacadas as oportunidades de aprendizagem vivenciadas pelas estudantes durante o estágio no CS-Saco Grande.

Figura 18 - Representação das oportunidades de aprendizagem do “Estágio Final” realizado no CS-Saco Grande.



5.3.3.6.1 Oportunidades de aprendizagem

A inserção das estagiárias ao cenário de prática iniciou-se com um reconhecimento do serviço do CS-Saco Grande, onde foi apresentado o CS, sua estrutura física e, de maneira sucinta, a organização do serviço. Em seguida, foi apresentada a farmácia, a organização dos medicamentos, os fluxos dos serviços realizados e as particularidades no fornecimento de alguns medicamentos e insumos. Posteriormente, foi solicitado que as estagiárias lessem a instrução normativa que rege a Assistência Farmacêutica do município²⁸, que seria, subsequentemente, “problematizada” pelas supervisoras.

Após essa breve introdução, as estagiárias acompanharam, durante a primeira semana, algumas atividades com o objetivo que conhecer e vivenciar como funciona o CS-Saco Grande, para então se inserir nas equipes. Para isso, F6 organizou uma planilha com os locais, cujas atividades deveriam ser acompanhadas pelas estagiárias: marcação de exames, recepção, ilhas das respectivas áreas, sala de vacinação e de medicação.

Após essa “introdução”, o cronograma semanal das estagiárias previa as seguintes atividades para o estágio: dispensação, reunião de área (incluindo territorialização), seminários e planejamento. Ainda, as estagiárias realizavam visitas domiciliares e atendimentos individuais conforme houvesse identificação durante a dispensação ou encaminhamento pela equipe de saúde. Ademais, as estagiárias eram encorajadas, de acordo com o seu interesse, a participarem de grupos e projetos de educação em saúde, reunião mensal da unidade e das residentes, reunião do conselho municipal e local de saúde, entre outras.

Na segunda semana de estágio, duas supervisoras se ausentaram (por um mês) do CS-Saco Grande para atividades da residência (conferência nacional de saúde e estágio em gestão). Como a atividade relacionada ao estágio realizada por elas não foi assumida por outro profissional, isso comprometeu algumas atividades previstas, principalmente os seminários e o início da participação nas reuniões de área (como será descrito a seguir).

Dispensação

²⁸ Instrução Normativa nº 03/2015 da Secretaria Municipal de Florianópolis objetiva “*normatizar as diretrizes dos serviços de Assistência Farmacêutica, definindo a organização e distribuição das tarefas, a prescrição, dispensação e fornecimento de medicamentos na rede municipal e os parâmetros para o funcionamento e estrutura dos serviços*”.

Concomitantemente com a “introdução” das estagiárias nas atividades do CS-Saco Grande (descritas anteriormente), elas foram inseridas na dispensação. Para esta atividade era prevista uma carga horária de 18 horas semanais, distribuídas em três períodos de seis horas, o que preenchia mais da metade do período de estágio.

Esse momento iniciou com a apresentação do sistema utilizado (CELK). Em seguida, as estagiárias acompanharam algumas dispensações feitas pelas supervisoras, para então atenderam o primeiro usuário, com supervisão direta de uma delas. Durante esta etapa, a supervisora permanecia geralmente em pé atrás, observando e auxiliando no passo-a-passo do processo de dispensação e nas orientações aos usuários. E, conforme sentiam o empoderamento da estagiária quanto àquela prática, aumentava a sua autonomia, como pode ser verificado no trecho abaixo:

F4: aos poucos elas [*estagiárias*] começam a se inserir no serviço de dispensação e aí as dúvidas vão surgindo, a gente [*supervisoras*] vai discutindo, vai apresentando algumas situações e elas vão absorvendo todas aquelas informações, e algumas [*estagiárias*] a gente [...] tem total segurança de deixar ali atendendo sozinha, porque já dá conta, já consegue orientar, já consegue passar todas as informações para os usuários (trecho de entrevista com F4, 68º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Reuniões de área

Cada estudante foi incluída em uma equipe de saúde da família, onde passou a acompanhar as reuniões de área e ser referência, juntamente com uma residente, para determinada equipe. A escolha das equipes que seriam acompanhadas pelas estagiárias foi feita considerando as que apresentam maior abertura para a participação das farmacêuticas. As equipes possuíam particularidades quanto à dinâmica de organização e condução da reunião, porém para todas tratava-se de um momento para planejamento, discussão e repasse de “casos”, que requeriam visita domiciliar, busca ativa e/ou um olhar interdisciplinar. De acordo com o cronograma previamente elaborado, as estagiárias iniciariam esta atividade na segunda semana de estágio, porém foi postergada em algumas situações, devido à ausência da residente responsável pela respectiva área (já explicitado anteriormente).

Territorialização

Após serem incluídas nas equipes, as estagiárias realizaram a “territorialização”, a qual não ocorreu necessariamente na área da equipe acompanhada pela estagiária. A territorialização foi feita por um ACS, que percorreu a pé, juntamente com a estagiária, a(s) rua(s) principal(s)

da respectiva área. Durante a territorialização, o ACS apresentava o território adscrito àquela determinada equipe, conversava sobre as áreas de maior vulnerabilidade, sobre a comunidade que vivia naquele espaço e os seus principais problemas de saúde. Ainda, as estagiárias observavam como se estruturava essa região do bairro (calçadas, lixeiras, presença de escolas e comércio...).

Seminário

O seminário foi criado, há um tempo, pelas supervisoras numa tentativa de suprir algumas fragilidades identificadas nos estudantes que realizavam estágio no CS-Saco Grande:

F4: [...] a gente [*supervisoras*] montou a estratégia, por exemplo, dos seminários para trabalhar alguns temas que a gente via que eles [*estagiários*] chegavam sem ter muito conhecimento. Como orientação, por exemplo, do uso de insulina [...]. Os alunos nem sabiam o que era insulina NPH, regular, como que aplicava, como que orientava. Situações, assim, muito básicas, [...] como a orientação do uso dos dispositivos inalatórios [...]. Os alunos chegavam completamente sem ter essa experiência (trecho de entrevista com F4, 68º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Essa atividade tinha a pretensão de contar com a presença de todas (ou grande parte) as supervisoras (farmacêuticas e residentes). Dessa forma, foi planejada para ser realizada, semanalmente, com uma hora de duração, entre as 12h e 13h, na sala de apoio administrativo. A proposta era que cada estagiária (e residentes) prepararia uma apresentação, com o enfoque nos cuidados durante a dispensação. No trecho abaixo, F7 descreve como seriam estruturados esse momento:

F7: O objetivo dos seminários, que serão semanais, é trazer os cuidados na dispensação. Para isso, cada estagiária terá que escolher um tema [...]. O primeiro seminário será sobre asma, pois com o inverno a demanda aumenta. Os seminários devem ser feitos baseados no Pack [PACK Brasil Adulto]²⁹ (fala de F7 registrada no diário de campo, 4º dia de estágio no CS-Saco Grande).

No entanto, por diversas vezes o seminário não ocorreu devido, principalmente, ao esquecimento ou ausência das supervisoras na farmácia no momento destinado a esta atividade. Assim, foram realizados apenas seis seminários ao longo do estágio, sendo eles: asma, diabetes, contraceptivos, anti-inflamatórios e analgésicos, antimicrobianos, antidepressivos e benzodiazepínicos.

Os seminários eram estruturados por classe de medicamentos e não por problema de saúde ou linha de cuidado. As estagiárias traziam em suas apresentações um conteúdo muito próximo com o aprendido em sala de aula durante a graduação (farmacologia pura). As supervisoras

²⁹ PACK Brasil Adulto – Guias Básico para Cuidados de Saúde [no formato de fluxogramas] utilizado pelo SMS-PMF fruto de uma parceria com a África do Sul, também empregado em outras cidades brasileiras.

desempenhavam um papel primordial nas discussões, aproximando a teoria da prática, traduzido os conteúdos para a prática profissional (“o que saber e o porquê preciso saber determinadas questões”). Abaixo, narro as principais discussões trazidas por F6 e F7 durante o seminário realizado por E17 sobre antidepressivos e benzodiazepínicos:

E17 inicia apresentando os sintomas da depressão e expõem os medicamentos que estão incluídos na REMUME de Florianópolis. Posteriormente, apresenta todos os medicamentos, por classe terapêutica, citando o mecanismo de ação e reações adversas.

F6 ressalta que o mecanismo de ação da fluoxetina não envolve apenas aumento da serotonina na fenda sináptica, mas também uma modulação neuronal, com “aumento de receptores”. Conclui que, por isso, o medicamento demora para iniciar seu efeito terapêutico.

F6 e F7 comentam com as estagiárias que é importante observar as doses dos antidepressivos, pois caso a prescrição possua doses acima do recomendado é importante entrar em contato com o médico prescritor, caso seja do CS, ou se negar a dispensar. Discutem sobre a responsabilidade legal do farmacêutico quando avia uma receita médica e que o farmacêutico não é obrigado a atender caso verifique algum risco para o usuário, acrescentando que isto está previsto no código de ética da profissão.

F6 afirma que como o risco de suicídio com o uso de antidepressivos é grande, é importante sempre verificar, durante a dispensação, se o usuário possui sobra de medicamento em casa. F7 ressalta que por ser um antidepressivo com pior perfil de segurança (“mais reações adversas”), é mais utilizado para dor neuropática e enxaqueca [*antidepressivos tricíclicos*]. F6 destaca que é importante frisar que não pode parar o medicamento abruptamente.

F7 questiona as estagiárias “quantas pessoas vocês atenderam que pararam de tomar antidepressivo?”, destacando que a grande maioria, uma vez incluído, toma para o resto da vida. F7 explica que o medicamento é importante, porém outras medidas são necessárias, “o medicamento é o *gap!*”. F6 e F7 destacam a importância da psicoterapia, de orientar o usuário onde tem psicólogo gratuito, além de outras medidas que desperte alegria deles.

Comenta que muitas pessoas têm preconceito e receio de tomar antidepressivo, pois é um medicamento controlado. No entanto destacam que “tem medicamentos das gavetas [*não controlados*] que são mais perigosos que os do armário [*controlados*]”.

F6 afirma que o consumo de álcool com os medicamentos deve ser tratado com cautela, uma vez que se o usuário for orientado a parar totalmente o consumo do álcool, devido ao tratamento, ele pode entender que se for beber (“pois irá”) terá que parar de tomar o medicamento, comprometendo a adesão. F6 destaca “é melhor focar na adesão e redução do consumo de álcool”.

F6 destaca que a bupropiona é fornecida apenas para o tratamento do tabagismo, assim a receita deve apresentar o carimbo do grupo de tabagismo. F7 comenta que a bupropiona causa muita insônia, por isso deve ser orientada a tomar às 8 e às 16 horas. “Se mesmo assim o paciente tiver insônia, ajustar de forma que a última dose seja o mais cedo possível” (falas registradas no diário de campo, 49º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Outros momentos de teorização

Além dos seminários, houve outros momentos em que ocorreu a teorização, e que aconteceram ao longo do estágio durante a dispensação, nas consultas e visitas domiciliares (antes e após) e nas reuniões de área. No entanto, nesses casos, não se constituiu em um

processo formal, ocorrendo de acordo com as situações que se apresentavam no serviço. Abaixo, trago alguns exemplos de teorizações que ocorreram no dia-a-dia do estágio:

F6 atenderá usuário encaminhado pela médica para orientação do uso de insulina. F6 explica para E3 sobre a aplicação de insulina e demonstra em “barriga fake” [*almofada confeccionada pela equipe de farmácia no formato de barriga*]. [...] questiona se há diferença no modo de aplicação em obesos e magros. E3 não sabe responder e relata que fica nervosa quando alguém questiona (trecho do diário de campo, 2º dia de estágio no CS-Saco Grande).

F7 acompanha E16 na separação de medicamentos; explica a diferença entre as duas seringas de insulina “*essa vai até 100UI e marca de duas em duas unidades; essa outra vai até 30 UI e marca de uma em uma unidade*”. “*Quando o paciente utiliza 15 UI fornece essa, [...] que deve ser utilizada apenas quando o número de unidades for ímpar*”. F7 orienta também que a seringa pode ser utilizada de 2 a 3 vezes [...] (falas registradas no diário de campo, 5º dia de estágio no CS-Saco Grande).

[*em reunião de área*] F8 e E17 repassam que a farmácia recebeu anticoncepcional injetável mensal e losartan, porém propranolol está em falta. Médica M3 comenta que o mais importante é o anticoncepcional não ficar em falta. Ressalta que o propranolol pode ser substituído por atenolol, sem prejuízo terapêutico. Ainda, afirma que saiu um estudo recente que mostrou que o losartan em monoterapia não reduz mortalidade. Comenta que tem tentando substituir o losartan por hidroclorotiazida, que se constitui primeira opção em monoterapia, ou enalapril ou anlodipino. Somente em caso de intolerância, como tosse e edema em membros inferiores, mantém losartan em monoterapia (falas registradas no diário de campo, 50º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Planejamento

O planejamento consistia em um período de seis horas reservado para que as estagiárias pudessem estudar situações da dispensação, preparar o seminário, realizar visita domiciliar e consulta, além de ser um tempo “livre” para escrever o Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II). Inicialmente, esse momento era utilizado, principalmente, para a preparação do seminário, após apresentado, e com a aproximação do fim do estágio, foi usado, prioritariamente, para elaboração do TCC II, como ressaltado por F7 em entrevista:

F7: Planejamento eu acho que é ponto positivo em vários aspectos. Eu acho que é ponto positivo que elas [*estagiárias*] têm um tempo para elas [...]. Para mim é ponto positivo só por elas estarem um período, um dia inteiro fora da dispensação, [...] porque eu acho que isso faz tu ficar mais alinhada, mais de boa, te dá uma trégua. O ponto negativo é que eu acho que elas estudaram muito pouco dentro do planejamento delas. Porque uma parte de planejamento é, sim, para elas fazerem o TCC II, para elas organizarem a vida, mas também para elas estudarem temas que elas tenham dificuldade ao longo do estágio. E acho que talvez tenha sido até uma falha nossa [*residentes*] de não colocar isso desde o início, sabe, essa utilidade do planejamento (trecho de entrevista com F7, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Atendimentos individuais

As estagiárias vivenciaram poucos atendimentos individuais, entre consultório e visitas domiciliares, durante o estágio. Isso ocorreu, principalmente, devido à baixa procura por este

serviço, agravado pelo “serviço clínico” não estar totalmente estruturado. Os atendimentos individuais, de uma forma geral, focaram-se em orientações quanto ao modo de uso de medicamentos ou maneiras de contribuir para melhorar a adesão. Nos atendimentos individuais em consultório, as estagiárias acompanharam uma residente e/ou realizaram sozinhas. Nesta última, referia-se a situações bastante pontuais, onde as estagiárias identificaram algum usuário na dispensação que necessitaria de mais tempo para o atendimento e o direcionou para a sala aos fundos da farmácia. Algumas visitas domiciliares não tiveram a presença de uma farmacêutica (apenas médica e ACS), uma vez que apenas quando havia uma demanda para a equipe de farmácia esta profissional acompanhava a estagiária nesta atividade.

Outras atividades

Ademais, as estagiárias participaram de outras atividades, de acordo com o interesse, que envolveram reunião do conselho municipal, reunião mensal do CS, reunião das residentes, grupos de educação em saúde nas escolas e no CS, ambulatório para usuários transsexuais, entre outras.

5.3.3.7 Processo de avaliação das estudantes

A avaliação das estagiárias foi feita por dois instrumentos: ficha de avaliação preenchida pelas supervisoras (principal instrumento) e um relatório de atividades elaborada pelas estagiárias e entregue a professora responsável pela disciplina. Ainda, foi feito um encontro com as estagiárias, por volta da metade do estágio, para “sentir” como o processo de ensino-aprendizagem estava acontecendo, e como poderia ser melhorada essa experiência. No trecho abaixo, P3 descreve a sua percepção sobre processo de avaliação do estágio:

P3: É avaliação muito da preceptora [*supervisora*] [...] elas [*supervisoras*] têm uma ficha de avaliação. Eu costumo conversar com as avaliadoras [*supervisoras*] também no final. Tem o relatório que elas [*estagiárias*] produzem, mas o relatório é muito superficial [...] muito pequeno para poder avaliar alguma coisa. Não consigo avaliar muita coisa no relatório. É mais das conversas [*com os estagiários*] durante o estágio (trecho de entrevista com P3, 77º dia de estágio no CS-Saco Grande).

No último dia de estágio, as supervisoras se reuniram com as estagiárias, individualmente, onde forneceram um *feedback* sobre o desempenho delas durante o estágio e solicitaram um retorno sobre a experiência do estágio no CS-Saco Grande.

5.3.4 Descrição dos participantes

Entre as estudantes que participaram da pesquisa (n=17), a média de idade era de $22,5 \pm 6,3$, com predomínio do sexo feminino (82,3%; n=14). O ingresso no curso de Farmácia oscilou entre os anos de 2011 até 2015. A escolha, predominantemente, pelo curso de Farmácia ocorreu pela afinidade das estagiárias pelas disciplinas de química e biologia no ensino fundamental (47%; n=8), seguida pelo desejo de ser cientista/pesquisadora (29,4%; n=5), sendo que a opção pelo curso devido ao desejo de cuidar foi citada por apenas 17,6% (n=3) das estagiárias.

Entre as que vivenciaram algum estágio ao longo do curso, além dos previstos no currículo formal (58,8%; n=10), quatro realizaram estágio em farmácia hospitalar (com uma duração média de $7,7 \pm 1,7$ meses); cinco em farmácia comunitária (com uma duração média de $8,2 \pm 4,2$ meses) e três em análises clínicas (com uma duração média de $22 \pm 3,5$ meses), sendo que uma estagiária realizou estágio em farmácia comunitária e em farmácia hospitalar. Uma estudante, apesar de não realizar nenhum estágio, além dos previstos no currículo formal, trabalhou em farmácia comunitária privada como balconista durante a graduação. Ademais, 76,5% (n=13) das estudantes realizaram iniciação científica durante o curso, dos quais, apenas 15,4% (n=2) dos projetos de pesquisa eram vinculados a área do cuidado.

As supervisoras possuíam formação diversa, sendo que do total (n=9) cinco haviam sido formadas no currículo generalista, duas apenas em Farmácia, uma havia concluído a habilitação em bioquímica e outra em indústria. O ano de formação oscilou de 2000 a 2018. A idade variou entre 23 a 40 anos, com média de $31,8 \pm 6,9$ anos, e apenas um era do sexo masculino. Quanto à titulação, havia uma supervisora doutora, três mestres, uma especialista e quatro apenas graduadas em Farmácia. O tempo como supervisora, não necessariamente no mesmo local de atuação, variou muito, de quatro meses a 15 anos, excetuando a supervisora que iniciou juntamente com a minha imersão em campo.

Com relação às professoras, todas (n=3) eram formadas em farmácia unicamente, em diferentes IES, entre os anos de 1980 a 2004 e possuíam experiência como farmacêutica, com atuação em farmácia comunitária e/ou na Assistência Farmacêutica. Durante a pós-graduação, os seus projetos de pesquisa envolveram as áreas de saúde pública/coletiva e da Assistência Farmacêutica. O tempo dentro da IES pesquisada variou de 2 meses a 25 anos.

5.3.5 As narrativas

Depois de descrever as duas culturas e os seus respectivos processos educacionais, apresentarei alguns de meus achados, a partir das vozes das estudantes, na forma de narrativas. A partir delas, complementadas com minhas notas de observações de campo, busco revelar os significados atribuídos pelas estudantes do curso de Farmácia às experiências de estágio em ambientes de cuidado em saúde. Para isso, como escritora precisei fazer importantes escolhas, as quais são parte da minha interpretação como pesquisadora dos eventos revelados durante a observação participante. No entanto, busquei trazer autenticidade ao processo vivenciado por elas, a partir da descrição de cenas e falas, e permitir que o leitor faça suas próprias interpretações e construções de significados.

As narrativas exteriorizam o itinerário formativo das estudantes de Farmácia, reflexo do modelo de ensino predominante e de suas vivências compartilhadas com suas supervisoras, em uma cultura que formou a base para a formação das suas identidades profissionais. Essas narrativas nos fornecem dados significativos que ajudaram a entender algumas questões imprescindíveis do ensino-aprendizagem experiencial em ambientes de cuidado em saúde. Alguns temas foram comuns na vivência das diferentes estudantes e, portanto, para evitar sobreposições nas narrativas elegi apresentá-los em apenas uma.

Nesta seção, apresentarei cinco narrativas que buscam desvendar essas questões, que formam a base para o capítulo seguinte, onde os dados foram interpretados e discutidos à luz da teoria. Com isso, desejo conectar supervisores e professores que compartilham a responsabilidade pelo processo de ensino-aprendizagem de estudantes de Farmácia a essas histórias.

5.3.5.1 Meu primeiro olhar: vivências na FE UFSC/PMF

5.3.5.1.1 *Narrativa de E3*

Início a minha série de narrativas, contando a vivência de E3 no estágio na FE UFSC/PMF, a qual está entrelaçada a de E4 (sua dupla de atendimento), que compartilhou com ela todos os momentos durante o estágio. No entanto, trago E3 como primeira voz dessa narrativa, com suas experiências prévias, sentimentos e atitudes, que fizeram com que ela vivenciasse essa prática de maneira singular. E3, 23 anos, estudante de Farmácia do 9º período, iniciou a graduação em 2014/1 e, ao longo do seu percurso, teve dúvidas quando ao curso escolhido: *“Por muito tempo achei que nunca ia me encaixar dentro do curso. Porém, depois de realizar*

os estágios finais, tive uma outra visão da profissão farmacêutica” (E3, questionário de coleta de experiência prévia, 23/05/2019).

Antes de iniciar os estágios do 9º período, E3 estava certa que, naquele ano, prestaria vestibular para outro curso. Já havia se inscrito no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e comprado o curso pré-vestibular. As experiências vivenciadas no estágio na FE UFSC/PMF foram vitais para repensar o rumo que traçaria para sua vida profissional.

E3: *[A expectativa com o estágio na FE UFSC/PMF] era baixa. Eu estava meio receosa, porque durante a graduação eu foquei mais na área de análises [clínicas]. Então, eu estava mais ansiosa para fazer o estágio [em Análises Clínicas] no HU [HU-UFSC] do que aqui. Até o que os outros alunos falavam... Daí eu fiquei: “Não sei se vai ser muito legal”. Eles [os colegas] falavam que o que a gente faz aqui dentro [na FE UFSC/PMF] seria o ideal, que lá fora é um pouco diferente. A maioria [dos colegas] não gostava muito [do estágio na FE UFSC/PMF], mas acho que era mais uma questão de afinidade mesmo. Teve outros colegas que falaram que não gostavam, mas chegaram aqui e amaram* (trecho de entrevista com E3, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E3 iniciou o estágio na FE UFSC/PMF com um pouco de preconceito e certa desconfiança. Contudo, o estágio permitiu abrir seus olhos para a área do cuidado e se materializou como uma grata surpresa na sua vida academia, talvez um dos momentos que mais trarão impactos a sua vida profissional. E3: *“Até então, eu estava um pouco perdida [no curso] e foi aqui [na FE UFSC/PMF] que eu decidi seguir essa parte [área] da Assistência Farmacêutica. Estou até pensando em fazer residência [em saúde da família]”* (trecho de entrevista com E3, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Essa repercussão, reviravolta, que o estágio na FE UFSC/PMF causou em sua vida, se estende, com certa frequência, a outros estudantes de Farmácia. O afastamento do estudante com a prática de cuidado ao paciente, durante a graduação, era uma realidade no curso de Farmácia da UFSC na época do estudo. E, assim, o estágio do 9º período, era, para muitos, a primeira aproximação com um “paciente” e com o SUS.

F1: *Tem estudante que pode ser que [o estágio] não contribua praticamente nada. Tem estudantes que vai mudar a vida. A gente tem, por exemplo, estudantes dessa turma e da turma passada, que nunca pensaram nessa área e, quando fizeram estágio obrigatório, [...] no último minuto do segundo tempo, descobriram... “Eu nem sabia que era assim” [...] “Agora me identifiquei, quero ficar nessa área”* (trecho de entrevista com F1, 37º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Ao longo da graduação, E3 não buscou estágios para integrar seu percurso acadêmico. Os estágios que compuseram o seu itinerário formativo se restringiram aos previstos no currículo formal do curso de Farmácia da UFSC – “Estágio em Farmácia”, na FE UFSC/PMF, e “Estágio em Análises Clínicas”, no HU-UFSC, ambos no 9º período. Seus caminhos se

fizeram entre sala de aula, monitorias e atividades de pesquisa e extensão, porém sem interface com a área do cuidado em saúde.

Em sala de aula, na disciplina de “Assistência Farmacêutica III”, cuja ementa prevê “*dispensação de medicamentos destinados ao tratamento ambulatorial*”, E3 experienciou momentos em que foram trabalhados a anamnese farmacêutica e registro. A professora responsável acreditava que era nessa disciplina, no 7º período, que o estudante de Farmácia tinha o seu primeiro contato, dentro do currículo formal, com o cuidado farmacêutico.

Professora: Tem algumas perguntinhas que até o final do ano, eles [*estudantes da disciplina*] decoram: em que local é o problema? Há quanto tempo? Qual é a intensidade?” Mais ou menos se repete. Claro, aí eu digo para eles: “*Se é dor, eu posso perguntar o local?*” “*Sim!*” “*E se é vômito a queixa, eu posso perguntar o local?*” “*Não!*”. “*Mas a intensidade eu posso!*” [...] Eu sinto, bem claramente que, até o meio do semestre, eles vão meio que patinando nas perguntas, como se fosse checklist. Depois da primeira prova, que começa a dar um estalo, que eles atinam. [*Na primeira prova*] eles [*estudantes*] fazem uma entrevista farmacêutica pelo WhatsApp. Eu simulo o papel de uma paciente e depois eu transformo em Word [*todo o atendimento*] e fico apontando em cada local: “*Essa pergunta não é adequada*”. “*Aqui foi uma pergunta fechada e você precisava de uma resposta aberta*”. “*Que ele discursasse mais sobre tal razão*”. E eu noto que essas devolutivas que tu fazes são muito enriquecedoras para eles (trecho de entrevista com P1, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

A disciplina de “Assistência Farmacêutica III” trabalhava com casos concretos, de usuários atendidos na FE UFSC/PMF. No entanto, a professora percebia que apesar de os estudantes saberem que se tratava de um caso real, é diferente quando estão diante do usuário. Há uma limitação entre o significado atribuído pelo estudante do caso clínico e a um atendimento vivenciado em um cenário de prática.

P1: Uma coisa é eu dizer: “*Uma senhora que vem aqui buscar medicamentos tem o filho assim, assado, e o problema é que o seu outro filho está [envolvido] no tráfico e leva esse que é doente junto. E ela tem um marido que é alcoolista*”. Uma coisa é eu levar, que eles podem ficar muito chocados. E outra coisa é eles estarem na frente dessa senhora e se depararem com a dor, que ela está expressando por essa situação que ela vive (trecho de entrevista com P1, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Esse despertar, essa construção de significados durante o desenvolvimento para o cuidado, era identificado por P1 como um processo que não seguia a mesma dinâmica das disciplinas teóricas. P1: “*Esse treinamento [...] não acontece para todos os alunos, mais ou menos, no mesmo tempo de que absorver conteúdo. Então, eu acabo sem saber se essas três disciplinas [Assistência Farmacêutica II, III e IV] não deveriam iniciar bem antes ou não [no curso de graduação]* (trecho de entrevista com P1, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Isso pode ter contribuído, de certa maneira, para algumas dificuldades vivenciadas pelas estagiárias durante os estágios.

O acolhimento – primeira aproximação entre teoria e prática

No seu primeiro dia de estágio, E3, tímida e com olhar que revelava a sua ansiedade e nervosismo por aquele momento, chegou na FE UFSC/PMF. Direcionou-se até uma farmacêutica e com uma voz baixa verbalizou: “*Eu estou iniciando estágio hoje...*”. Prontamente, a farmacêutica a orientou a aguardar na sala de aula, onde seriam repassadas algumas informações sobre o funcionamento do serviço e do estágio. A FE UFSC/PMF estava bastante agitada. Era dia 15 de maio de 2019. Dia em que ocorreu uma grande manifestação nacional em defesa da educação, em oposição aos cortes de verba no setor, e contra a reforma da previdência. E logo cedo, as farmacêuticas estavam organizando, junto com as bolsistas, a confecção de cartazes e materiais informativos que seriam entregues à população.

E3 adentrou na sala de aula e ficou aguardando, juntamente com suas colegas. Após uma longa rodada de apresentações, onde estavam presentes todas as estagiárias da manhã, professoras e farmacêuticas da UFSC, P1 iniciou contextualizando a situação da FE UFSC/PMF e os conflitos entre as duas instituições. Narrou a situação ocorrida na última turma de estagiários, onde a equipe da SMS-PMF afirmou que “*Não poderia receber as estagiárias da UFSC, pois não teria espaço, devido ao número de estagiários da outra IES*” (fala de P1 registrada no diário de campo, 1º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Posteriormente, as estagiárias foram instruídas quanto à organização do serviço e estruturação do atendimento prestado por elas: “*Vocês devem explicar sobre o monitoramento e convidá-lo a participar do serviço. A redução nas doenças elencadas para serem atendidas pela UFSC [autoimunes e Hepatite C] ocorreu para que vocês consigam se preparar melhor para a clínica*” (fala de P1 registrada no diário de campo, 1º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Ao longo desse primeiro dia, as estagiárias foram estimuladas a avaliar a efetividade e segurança dos tratamentos e investigar outras doenças, por meio do medicamento em uso. Inúmeras vezes, P1 frisou a importância de um registro de qualidade, como forma de garantir a continuidade do cuidado: “*Alguns estudantes atendem, avaliam, intervêm, mas não anotam nada e vão embora. Por isso a exigência do SOAP [registro]*” (fala de P1 registrada no diário de campo, 1º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Conforme P1 apresentava os sistemas que seriam utilizados durante os atendimentos, aproveitava para explicar como as estagiárias deveriam se preparar para os atendimentos:

P1: Pedimos para que vocês identifiquem o paciente que irão atender, a doença e os medicamentos que eles usam, para poder estudá-las nos protocolos de atendimento farmacêutico. E se tiver mais tempo, olhar o PCDT e outras fontes. Conhecendo um pouco as doenças, vocês podem fazer algumas perguntas, sobre a avaliação da efetividade e segurança do tratamento. Como posso fazer a avaliação da efetividade?

Para isso preciso conhecer os sintomas e/ou parâmetros clínicos. E a segurança, o que preciso saber? O que posso perguntar? Preciso conhecer as reações adversas e em algumas vezes exemplificar, sem assustar o paciente [...]. Também é importante conhecer os outros medicamentos em uso para poder fazer alguns estudos, verificar se tem interações, algumas podem ser positivas e outras deletérias. Quanto mais medicamentos, maior o risco de ter interações medicamentosas (fala de P1 registrada no diário de campo, 1º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Enquanto as informações eram repassadas, E3 mantinha o seu olhar disperso, que se dividia entre o celular e a professora a sua frente. Houve pouca participação de suas colegas, apenas três emitiram algum sinal de que ainda estavam conectadas ao que estava sendo dito. E3 se manteve quieta, do início ao fim desse encontro. Não foi possível saber se haviam dúvidas ou se a quantidade de informação a impossibilitava de transformá-las em sinais.

Ao final desse encontro, as estagiárias foram orientadas a escolher, cada uma, um usuário para apresentar no formato de seminário, no final do estágio, como parte da avaliação. Finalizado esse momento, que perdurou cerca de 1h30, P1 discutiu com as estagiárias sobre os reflexos dos cortes de verbas nas IES públicas e as liberou para entregarem os “folhetos” à população e elaborar faixas para a marcha que iria acontecer à tarde, da UFSC até o centro. P1 as convidou para participar de toda a mobilização, que ocorreria ao longo daquele dia.

O início do estágio e a ausência de prática no atendimento ao usuário

Nos dois dias que se sucederam ao acolhimento, E3 acompanhou uma bolsista no atendimento. O serviço prestado era focado no acesso aos medicamentos do CEAF e os registros eram, frequentemente, redigidos integralmente no campo “S” do SOAP e se constituíam em uma descrição do relato feito pelo usuário. Durante esse período, entre os atendimentos, a bolsista explicava todos os detalhes do processo burocrático alusivo ao CEAF, os sistemas e os materiais disponíveis para consulta ou busca de informações sobre medicamentos e doenças do CEAF. Até então, como espectadora, E3 parecia tranquila. Sem muitos questionamentos, acompanhava os atendimentos e as explicações que lhes eram fornecidas.

No entanto, quando E3 se viu em frente ao “seu” primeiro usuário, que ela conduziria o atendimento, viu aflorar inúmeras emoções. Era um misto de ansiedade e aflição. Sentiu-se assustada. Registrar e atender simultaneamente lhe causou preocupação. O medo do desconhecido, a ausência de prática e a incerteza quanto ao conhecimento teórico adquirido ao longo da graduação, a assombravam. Sentia-se incapaz diante do usuário.

E3: Eu tinha muito medo de o paciente chegar com alguma questão e eu não saber responder. Alguma coisa em relação ao medicamento [...]. Então eu estava bem

receosa, [...] porque eu sabia que ia ser atendimento ao público. [...] Uma semana antes eu estava: *“Meu Deus do céu, eu devia ter estudado. Eu devia ter pesquisado alguma... Não sei o que eu vou fazer se eles chegarem e perguntarem alguma coisa que eu não sei responder. Eu vou travar”*. Mais por insegurança mesmo, porque eu sei que eu sei as coisas [...]. E todo mundo [colegas] falava: *“Às vezes o paciente é grosso”*. Daí eu falei: *“Meu Deus, se a pessoa for grossa comigo, eu já vou chorar”* (risos). E eu estava um pouco com medo por causa disso (trecho de entrevista com E3, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Com frequência, principalmente no início do estágio, entre os atendimentos, F1 se dirigia até os guichês e explicava, para as estagiárias, as doenças e tratamentos do CEAF, tentando aproximar os conhecimentos teóricos, vistos em sala de aula, com a prática vivenciada na FE UFSC/PMF. Relembrava os conteúdos, estimulava o raciocínio clínico das estagiárias para a avaliação dos exames. No entanto, E3 possuía dificuldade em recordá-los.

Ao longo do estágio, apesar de preferir atender sozinha, o atendimento em dupla conferiu certa proteção a E3 e permitiu ampliar o seu tempo de interação com o usuário. E3: *“Eu prefiro atender sozinha, mas com a dupla eu achei melhor, para a gente conversar com o paciente. Porque parece que sozinha, eu não sei se eu fico mais travada. Eu pergunto, eu faço atendimento normal, mas parece que não dá tanto tempo”* (trecho de entrevista com E3, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Em certo dia, E3 atendeu sozinha um usuário que realizou transplante renal.

E3: Como o senhor passou no último mês?

Usuário: Bem!

E3: O senhor tem tremores?

Usuário: Não!

E3 havia atendido um usuário no dia anterior que relatou tremores e utilizava tacrolimus. Ela e E4 identificaram na bula do medicamento, que o tacrolimus poderia causar, como reação adversa, tremor.

E3: Alguns pacientes que tomam tacrolimus tem tremores.

Usuário relata dores e cita os medicamentos que utiliza para minimizar.

Usuário: Muitos medicamentos eu não posso tomar.

E3: É importante falar com o médico para avaliar e te receitar algum medicamento.

Paciente descreve vários outros medicamentos que utiliza.

E3 não anota e nem comenta nada.

E3: O senhor pode assinar aqui [recibo de dispensação]. É a última assinatura. Mas é importante ir no médico para avaliar.

E3 levanta-se do guichê, busca o medicamento, entrega e se despede. Não registra o atendimento (falas registradas no diário de campo, 25º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Os atendimentos realizados por E3, ao longo do estágio, eram centrados nas doenças contempladas no CEAF. *“A gente [em dupla] focava mais nas doenças do CEAF, mas se eles [usuários] relatavam [...] alguns efeitos colaterais, e não usavam só a medicação daqui [...], a gente [...] tentava aprofundar um pouquinho, para ter uma ideia mais ou menos do que estava acontecendo”* (trecho de entrevista com E3, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Entretanto, durante esses atendimentos, especialmente no início, E3 sentiu dificuldade em mobilizar o conhecimento teórico e utilizá-lo na prática:

E3: O paciente tem artrite, mas ele toma medicamento para diabetes, para hipertensão... [...] e eu ficava: “*Tá, pera! O que cada coisa [medicamento] faz?*” Aí até vir o raciocínio... Assim, a dificuldade para mim foi nisso, de conseguir ligar os pontinhos. A gente aprende tudo muito individual [*fragmentado*]. Aí chega aqui e você tem que raciocinar muito rápido. Às vezes eu tinha que parar, respirar e anotar, pesquisar, para daí ir fazer os links. Agora está mais fácil, porque o paciente já dá o medicamento e eu já sei para o que é, para o que não é (trecho de entrevista com E3, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Pela perspectiva de F1: “*O estágio seria o momento para as estudantes colocarem em prática o que aprendem na teoria*”. Em entrevista, a supervisora relembrou que: “*Durante a graduação o conhecimento é todo fragmentado e as práticas ficam sempre para o final do curso*”. Essa estruturação curricular contribuía para que as estudantes chegassem aos estágios do 9º período com dificuldade de lembrar conhecimentos triviais para o processo de cuidado em saúde. F1: “*Chega aqui [no estágio] eles já não lembram mais direito de fisiologia, já não lembram mais direito de um monte de coisa [...]. Eles conseguem ter alguns raciocínios, mas das matérias que são mais para o final*” (trechos de entrevista com F1, 37º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

A dificuldade quanto ao raciocínio clínico, durante o estágio, também foi revelada por E3 em diversas situações. Em um momento de discussão de casos, E3 e E4 apresentaram um usuário com enterocolite, que utilizava mesalazina nas formas farmacêuticas comprimido e supositório. Durante o atendimento, o usuário queixou-se que após a troca de fabricante da mesalazina 500mg, começou a sentir “dor, barriga inchada, muitos gases e sangramento”.

E3: Nós [E3, E4 e P2] achamos que é reação adversa!

E4: Ele não detalhou se é diarreia com sangue ou somente sangue.

E6: Será que não é perda de efetividade? [*silêncio*]

E3: Ele relatou que não estava em crise, mas que ficava com inchaço e dor quando tomava a medicação. Ele relatou que só tinha isso quando tomava a medicação. Então a gente acha que é um efeito colateral da medicação mesmo. [...]

P2: No fim [*no momento de preparação e registro*] a gente [P2, E3 e E4] olhou os excipientes e vimos que havia dois diferentes.

E4: O médico orientou o paciente a fazer testes com o que ele retira aqui e o que ele compra [*fabricantes diferentes*].

E10: Para ele intercalar entre os dois fabricantes?

E3: Não ficou claro se ele intercalava ou se ele misturava os dois e tomava. A F2 sugeriu que o paciente conversasse com o médico para substituir por mesalazina de 800 mg, que é de outro laboratório [*fabricante*]. Porém não é da mesma marca do que ele diz fazer efeito.

E3 comentou que elas encaminharam uma folha para o médico com as dosagens da mesalazina disponibilizada na FE UFSC/PMF.

E4: Ficamos [E3 e E4] na dúvida quanto ao posicionamento do médico em fazer “testes”!

E3: Nós comentamos com o paciente: “*Não é o ideal ficar misturando os dois medicamentos*”. Nós vimos que o revestimento desse que ela não gostou é bem diferente do outro, tanto que ele disse que “*tranca na garganta*”.

E4: Pode ser isso ou pode ser perda de efetividade.

P2: Porque vocês acham errado fazer testes?

E4: Porque a médica disse “*Testa qualquer coisa, mas tem que ser o mesmo princípio ativo*”. Não disse “*Testa esse ou aquele, por tanto tempo*”. O paciente disse que o medicamento é caro, não tem condições [*de comprar*]. Ele começou a usar o que ele comprava e sentiu-se bem, depois começou a retirar da FE [FE UFSC/PMF].

E6: Como o paciente administra o medicamento, pois a mesalazina de liberação controlada deve ser administrada longe das refeições. Os alimentos reduzem a absorção do medicamento.

E3: Ele toma de manhã e à noite, mas não sei se toma longe da comida (falas registradas no diário de campo, 14º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Em entrevista, E3 lembrou como ocorreu o raciocínio, no momento do atendimento, para avaliarem que se tratava de um “efeito adverso”.

E3: Primeiro pensamos que podia ser a alimentação, porque na doença de Crohn, qualquer coisinha pode desencadear uma crise. Então perguntamos como estava a sua alimentação. Ele falou que cortava quase tudo, porque o Crohn é bem complicado. Achava que não era da alimentação, porque a alimentação, a dieta era a mesma, não tinha mudado nada. Se não me engano, ele cortava glúten e lactose. Era uma alimentação bem restrita mesmo. Acho que nem tomava água fora de casa. Então, a gente começou a pensar que poderia ser da medicação, porque ele falou que tomava de um laboratório e depois que mudou para outro começou a dar esses sintomas. Então começamos a pensar que poderia ser do adjuvante, porque o fármaco é o mesmo, tanto do supositório quanto do comprimido. O fármaco não muda, só a dose. Então pedimos qual ele estava tomando antes, o laboratório e aí pesquisamos e vimos que tinha diferença [*nos excipientes*] (trecho adaptado de entrevista com E3, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Sua fala nos revela a ausência de um raciocínio clínico sistematizado para tomada de decisão sobre a farmacoterapia. Essa prática fragiliza o seu processo de ensino-aprendizagem, uma vez que não corporifica a sua atuação do cuidado em saúde, e torna o cuidado ao usuário uma prática muito intuitiva e pouco eficiente. Durante os atendimentos, as perguntas feitas por E3 na “entrevista clínica” eram muito semelhantes para todos os usuários: “*Como passou o último mês?*”; “*Teve crises?*”; “*Toma outros medicamentos?*”; “*Faz atividade física?*” (falas de E3 registradas no diário de campo, 14º dia de estágio na FE UFSC/PMF). E3 tentava reproduzir o que havia sido orientado no primeiro dia de estágio, mas não realizava adequadamente o registro dos atendimentos. E3 sentia dificuldade em registrar no formato SOAP. E3: “*Não sei direito o que coloca no O, A, P*” (trecho de entrevista informal com E3 registrado no diário de campo, 25º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Na graduação, na disciplina de “Assistência Farmacêutica III”, foi trabalhado com casos clínicos e registros em SOAP, entretanto para E3:

E3: A realidade é totalmente diferente [*da sala de aula*]. Na teoria é tudo muito lindo, mas na prática, [...] ali na hora você vê que é totalmente diferente. Na aula é tudo muito prontinho. Ela [*professora*] te dá o caso clínico com todas as informações e aí você vai fazer o SOAP. São doenças mais fáceis, geralmente é hipertensão, diabetes [...]. Só que aqui, na rotina, o paciente não vai só estar tomando aquela medicação, que você está dispensando. Ele vai estar tomando cinco,

seis outras medicações. Então na hora do SOAP, você tem que trabalhar a tua cabeça, porque você tem que raciocinar muito rápido. Na aula você tem duas horas para fazer o SOAP, aqui você tem 15 minutos (risos). [...] Então, eu acho que se a gente tivesse uma experiência antes da nona fase, inserida dentro não só da Farmácia Escola, mas uma vivência, eu acho que a gente chegaria bem mais preparado aqui. Não seria um susto tão grande (trecho de entrevista com E3, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Liberdade e responsabilidade em um ambiente de contradições

Ao longo do estágio, E3 se defrontou com situações que lhe causaram desconforto, e de certa maneira, insatisfação. Durante o acolhimento e, mais contundentemente, no primeiro mês de estágio, foi reforçada e exigida a necessidade de registrar e preparar para os atendimentos, os quais seriam acompanhados, semanalmente, no momento de discussão de casos. No entanto, houve situações em que as estagiárias da manhã foram orientadas a atender no período inicialmente reservado para discussão de casos usuários da SMS-PMF e outras vezes a agenda das bolsistas ou da sua colega que estava em atividade fora da FE UFSC/PMF. Nesses dias, os atendimentos, foram feitos sem preparação prévia, uma vez que foram avisadas apenas no dia em que ocorreria essa alteração. Ainda, esse contexto dificultou os registros. Essa situação foi levantada, pelas estagiárias da manhã, na avaliação do estágio:

E2: Como sugestão, eu acho que teve muitas vezes que a gente [*estagiárias*] sentiu uma certa desorganização. De como nos manejavam. Os recados para nós, a forma como se comunicavam conosco, a forma como avisavam nossos horários. Por exemplo, teve uma terça-feira que a gente chegou na farmácia escola, havíamos nos preparado para os atendimentos das 8h às 10h, porém chegaram [*as supervisoras*] do nada e falaram: “*Hoje vocês vão atender os quatro [estagiárias] separados ou a manhã inteira em dupla*” [...]

E4: Porque tem a questão de se preparar. Para se preparar, a gente precisa de tempo. Colocar a gente nessa posição foi: “*Eles só vão atender*” [*fornecer o medicamento*] [...] (falas registradas no diário de campo, 36º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Os dias que se sucederam esses episódios e que se estenderam até o final do estágio, foram marcados por uma mudança de postura de E3, que não foi exclusiva dela. Com o passar do tempo, o entusiasmo comedido, devido à insegurança, foi substituído pela apatia e desmotivação diante dos usuários. Os atendimentos passaram a ser cada vez mais breves e o serviço prestado se configurava como unicamente de acesso ao medicamento.

Certo dia, o primeiro usuário agendado para E3 faltou. Assim, durante os 30 minutos previstos para este atendimento, ela chamou dois usuários da “cadeira” (usuários que estavam no interior da sala de atendimento aguardando para serem atendidos pela equipe SMS-PMF). E3: “*Quando atendemos os pacientes da PMF, atendemos mais rapidinho, pois temos receio de atrasar os nossos [usuários] agendados. [...] Anotamos as coisas mais importantes [...]. F1*

e P2 disseram que precisamos ter registros” (trecho de entrevista informal com E3 registrado no diário de campo, 15º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Após finalizar o atendimento desses dois usuários, aguardou mais uns minutinhos e foi até a recepção chamar o usuário agendado para ela: “*Fulano “X”?* Bom dia! *Pode me acompanhar até o guichê Y*”. Assim que chegou ao guichê de atendimento, o usuário entregou os documentos para a renovação. E3 entrou no Sismedex, conferiu a vigência e identificou que poderia fornecer o medicamento para dois meses. Agendou o usuário para ser atendido pela equipe UFSC, para dali 60 dias, e foi buscar o medicamento no almoxarifado. Quando retornou ao guichê:

E3: Como passou no último mês?

Usuário: Bem, graças a Deus!

E3: Que bom!

E3 entregou o medicamento para o usuário e se despediu.

Me [pesquisadora] aproximei e perguntei: Era o próprio usuário?

E3: Era sim.

Pesquisadora: E qual era a doença?

E3 [fica vermelha]: Não sei. A paciente não estava com muita paciência para falar, guardou as coisas correndo.

O atendimento durou seis minutos. Ao final, E3 permaneceu no guichê, mexendo no celular (falas registradas no diário de campo, 18º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Ao longo do estágio, E3 verbalizou, em diversos momentos, que alguns usuários não davam abertura para ela “conversar”. Para E3: “*Ele [usuário] não confia no farmacêutico. Acha que somente o médico entende sobre a doença dele [...]. Falta privacidade [no atendimento em guichês] [...] Os idosos conversam mais, expõem mais suas dúvidas, reações adversas*” (trecho de entrevista informal com E3 registrado no diário de campo, 18º dia de estágio na FE UFSC/PMF). E3 atendeu o terceiro usuário do dia. Após fornecer o medicamento e, de maneira bastante cordial, se despedir, me aproximei e perguntei se era o próprio usuário. E3: “*Era sim. O paciente elogiou tanto os meus anéis, que esqueci de perguntar sobre o tratamento*” (trecho de entrevista informal com E3 registrado no diário de campo, 18º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Era perceptível que, em alguns momentos, apesar de o usuário demonstrar-se bastante receptivo, o atendimento também se restringia a apenas questionamentos triviais para o acesso ao medicamento.

O último usuário que E3 atenderia, naquele dia, faltou. Ela manteve-se no guichê. Não chamou usuários da “cadeira”. Havia muita conversa paralela entre as estagiárias. F1, que estava na sala do farmacêutico, veio até os guichês e as orientou a irem tomar um café, F1: “*Os pacientes não entendem que vocês não estão atendendo, pois é um processo diferente. Aproveitem o tempo para registrar e estudar os próximos pacientes*” (fala de F1 registrada no diário de campo, 18º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Após permanecer 30 minutos no café,

com suas colegas, o restante da manhã foi dedicado a atividades não vinculadas ao estágio. Os atendimentos não foram registrados e não houve a preparação para o dia seguinte. Entre conversas paralelas e páginas do *Instagram*³⁰, *WhatsApp* e Trabalho de Conclusão de Curso I (TCC I), E3 finalizou mais um dia de estágio.

Com o passar o tempo, a presença de P2 na sala de estudos não mais “intimidava” E3 (e as demais estagiárias), que passou a não se preparar mais para os atendimentos. E3: *“Temos atendido as mesmas doenças, artrite reumatoide, doença de Crohn e retocolite. Então, mais ou menos eu sei o que perguntar. Perguntamos se está com dor, crise. Hoje já consigo ligar os pontos com mais facilidade!”*. E3 sentia que esse momento era muito desgastante, E3: *“Eu preferiria ficar só atendendo. A salinha é maçante. O tempo não passa”* (trecho de entrevista informal com E3 registrado no diário de campo, 10º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Acreditava que o tempo nesse espaço seria mais proveitoso se fosse utilizado para discutir, com a professora, os medicamentos fornecidos na FE UFSC/PMF, afim de qualificar o serviço prestado por elas. E3: *“Não deixar a gente [estagiárias] sozinho vendo [sem condução, professora estava na sala junto com as estagiárias], mas conversar sobre essa medicação, quais são os efeitos adversos, quais medicamentos ela pode e não pode usar”* (trecho de entrevista com E3, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

A sua preocupação com o registro, leitura prévia ao atendimento, também se tornou algo distante. E3: *“Eu sei que tenho pecado nisso! Mas a maioria [dos usuários] não tem registro* (trecho de entrevista informal com E3 registrado no diário de campo, 25º dia de estágio na FE UFSC/PMF). No início do estágio, E3 registrava, com suas limitações, no SIFE. Com o passar do tempo, passou a redigir, em poucas linhas, um relato do atendimento, nas pastas do Word. Outras vezes, simplesmente, não registravam, mesmo havendo tempo para essa atividade, entre atendimentos ou no momento de preparação e registro. Abaixo alguns registros de E3:

Registro nas pastas do Word (fora do SIFE)

S: Transplante hepático.

Tacrolimo 1mg cap;

micofenolato de sódio 360mg;

micofenolato de sódio 180mg.

Realizou transplante a 1 ano e 6 meses, a partir disso utiliza os medicamentos. Relatou melhoras com os medicamentos e não sente efeitos adversos aos medicamentos. Houve redução na dose de tacrolimo e micofenolato de sódio 180mg (trecho do diário de campo, 23º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

³⁰ O Instagram é uma rede social online de compartilhamento de fotos e vídeos entre seus usuários

Ao longo do estágio, E3 vivenciou divergências nas orientações repassadas pelas professoras e supervisoras, quanto ao modo de redigir e onde registrar, o que pode ter causado confusão e desânimo. Em determinados momentos, E3 foi orientada a registrar apenas os usuários das doenças selecionadas pela equipe UFSC, em outros a registrar todos, mesmo os que se recusassem a falar, para poupar tempo de preparação no próximo mês. Ainda, E3 em certos momentos foi orientada a registrar todos os atendimentos no SIFE, contemplando todas “as abas” (S; O; A; P), outras vezes a registrar em um texto único no “S”, e, no início do estágio, a registrar nas pastas no Word.

Certo dia, E7, estagiária da tarde, estava repondo horário no período da manhã. O seu olhar transmitia inquietação com o que estava vivenciando. E7: “*O estágio de manhã é muito diferente! O pessoal não se prepara para o atendimento, chegam atrasados, não registram. Estou bem perdida! Essa cadeira [usuários aguardando no interior da farmácia para serem atendidos pela SMS-PMF]. Próximo! [maneira como são chamados os usuários da SMS-PMF]*” (trecho de entrevista informal com E7 registrado no diário de campo, 30º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

O que acontecia de diferente entre o processo de ensino-aprendizagem da manhã para a tarde? Questionei-me por diversas vezes... Para F1, mesmo que a supervisora estimule igualmente todos os estagiários, segundo ela: “*A evolução do estudante depende muito dele. Sempre vai depender. Porque as ferramentas são passadas e a gente está à disposição para as dúvidas deles. Mas tem o que busca muito e o que não busca nada. E o desenvolvimento dos dois vai ser muito diferente*” (trecho de entrevista com F1, 37º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Por diversas vezes, refleti sobre tudo o que estava presenciando:

Pesquisadora: É importante desenvolver autonomia no estágio, mas deve haver um controle, uma sistematização do processo de ensino-aprendizagem. Percebi que deixar muito solto tem gerado desorganização, o que não contribui para o desenvolvimento das estudantes. Elas precisam ser conduzidas e os resultados devem ser cobrados, para seja possível um *feedback*, tanto das supervisoras, como das professoras. Depois que P2 parou de pedir para ver os registros e as estagiárias encontraram o “caso clínico” para apresentar no seminário, algumas deixaram de fazer os registros e se preparar para os atendimentos. É preciso encontrar um meio termo, afinal a cobrança pela cobrança não gera, na minha opinião, desenvolvimento profissional (reflexão da pesquisadora registrada no diário de campo, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Pela perspectiva de P2 o modelo educacional utilizado com essa turma de estudantes possuía elementos importantes no processo de ensino-aprendizagem, especialmente o tempo mais estendido para o atendimento e um momento para que elas pudessem pensar e refletir sobre a experiência que estavam vivenciando no estágio. No entanto, P2 tinha dúvidas se esse modelo era o melhor, devido principalmente às disparidades de interesse entre as estudantes.

P2: Acho que não tem nenhuma forma que seja perfeita. Eu acho ótimo ter um tempo para além do atendimento [...] para pensar, refletir sobre o que aconteceu. [...] Atender alguém com cuidado, atenção, fazer uma boa anamnese, uma boa entrevista, ela demanda tempo de preparação e posterior de estudo para dar um retorno certinho. Então acho essencial que eles tenham esse tempo dentro do estágio. Se esse formato que a gente utilizou é o melhor, eu não sei. Porque a gente tem desde alunos que sobrava muito tempo, e eles usavam para ficar olhando o Facebook, vendo coisa de formatura. Mas a gente tinha aqueles que não davam conta de fazer tudo que tinham que fazer e ainda levavam coisa para casa. Talvez, atividades nesse tempo [*de preparação e registro*] que fossem mais dirigidas, que tivessem que mostrar resultado, relatório, alguma coisa nesse sentido. Por outro lado, é ruim, porque tira um pouco da autonomia do próprio estudante, de deixar ele andar sozinho um pouco, que eu também acho que isso é uma coisa importante no estágio. [...] Então, talvez, uma coisa é fazer coisas diferenciadas para diferentes alunos, o que vai gerar desigualdades e eles não reclamar [*risos*]. Então não tem forma perfeita. Não sei, eu ainda sou da teoria que tem que deixar um pouquinho de liberdade e se ele vai ficar ali olhando o Facebook, bom, vai do interesse. Não é isso talvez que ele vá fazer no futuro, talvez ele simplesmente não gosta daquilo, tem interesse por outra área, o que também não é um problema, não é todo mundo que vai gostar da mesma coisa (trecho de entrevista com P2, 35º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

O seminário como processo avaliativo

No dia da apresentação dos seminários, as estagiárias estavam bastante incomodadas e chateadas com as supervisoras e professoras. E4: *Nós temos que estar aqui as 8h, todos os dias, para atender. Agora quando é nossa vez de apresentar, não tem ninguém*". Era 8h50, quando F1 chamou as estagiárias para a sala de aula. Elas já estavam se organizando para irem embora. No seminário estava presente apenas F1 e, posteriormente, chegou P1. O dia do seminário foi alterado para comportar a necessidade da FE UFSC/PMF, que estaria fechada naquele dia, e coincidiu com o dia que P2 teria aula, logo não pode participar. E3: *"Será que dá tempo de eu assistir o TCC das 10h20?"* F1: *"Vamos acelerar então para que vocês consigam assistir os TCCs"* (falas registradas no diário de campo, 27º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E3 e E4 se colocaram para serem as primeiras a apresentarem naquele dia. Após abrir o *powerpoint*, E3 iniciou a apresentação do seu "caso clínico". Usuário de 67 anos, com diagnóstico de transplante hepático. Durante o atendimento referiu que estava *"apresentando rejeição e imunidade baixa"* e *"possibilidade de diabetes e o médico estava investigando. Estava bem abatida por conta da rejeição"*. O usuário estava utilizando micofenolato de sódio e tacrolimus.

E3: Verificamos no processo que o paciente estava utilizando anteriormente medicamento de hepatite C. E, no final do atendimento, relatou tremor e que o médico estava investigando.

E3 apresentou o mecanismo de ação dos medicamentos para transplante.

E3: Fomos atrás para ver se as medicações que ele usa estavam relacionadas com os sintomas que estava sentindo.

E3 apresenta efeitos colaterais dos medicamentos.

E3: Micofenolato pode causar distúrbios do metabolismo e um dos efeitos pode ser a diabetes. Então, provavelmente, ele desenvolveu diabetes por causa da medicação. E, também, distúrbio do sistema nervoso, que entraria o tremor, que foi outro sintoma que ele trouxe para a gente. E o tacrolimus também tem como efeito colateral tremor. Os demais sintomas [*reação adversa*] ele não relatou. Tivemos a sorte e atende-lo, novamente, no outro mês.

No segundo atendimento, o usuário comentou que médico havia confirmado diagnóstico de diabetes e que usuário não referiu mais tremores.

E3: Orientamos o uso de máscara. O paciente colocava e retirava a máscara o tempo todo.

P1: O momento que contamina mão, contamina a máscara. Ele tem compreensão disso?

E4: Ele era bem perdido.

P1: Talvez para o caso dele fosse mais efetivo orientar a ter e usar o álcool em gel.

E3: Ele é bem agitado e perdidinho, tentamos orientá-lo, mas mesmo assim no segundo atendimento, o pouco que havíamos falado no primeiro... Pedimos e lembramos por telefone para trazer os exames e ele não trouxe (falas registradas no diário de campo, 27º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Finalizada a apresentação, F1 fez alguns questionamentos e apontamentos.

F1: Qual a dose do tacrolimus e micofenolato?

E3: X comprimidos de X mg ao dia [...].

E3: Verificamos também se as medicações tinham interações. Não tem e o paciente não utiliza outros medicamentos. Como P1 disse antes, acho que seria bem interessante acompanhar esse paciente, para verificar a questão da rejeição.

F1: E a dose está muito baixa para um paciente que está com suspeita de rejeição. É preciso ver os níveis terapêuticos, por isso é importante ver a dosagem do tacrolimus [*sérico*], pois ela está tendo evento adverso, está com rejeição e essa dose está baixa para um paciente que está nesse processo.

E3: P2 também disse isso.

P1: Vocês questionaram se o paciente não estava mais tendo tremores?

E3: Sim. Então esses tremores podem não estar associados a esses medicamentos, pode ser do tratamento do diabetes, hipoglicemia...

F1: Para a diabetes não foi instituído nenhum tratamento?

E4: Ele não comentou nada.

P1: Ele precisa de acompanhamento.

F1: Se aumentar a dose e o evento adverso aumentar e depois reduz a dose e o evento adverso reduzir, confirmaria a associação. Mas, no caso dele não alterou a dose e o sintoma sumiu.

P1: É importante que ele compreenda o risco que “as mãozinhas” podem trazer. Vocês não perguntaram se ele sabe o porquê que está usando a máscara?³¹

E3: Nós falamos que ele precisa usar a máscara!

F1: Como ele tem diagnóstico recente de diabetes é importante procurá-lo. Os pacientes transplantados precisam usar máscara após fazerem o transplante ou quando tem aumento de dose do imunossupressor, ou em lugares fechados com muitas pessoas.

E3: Talvez colocar no registro para em todo o atendimento reforçar a importância do uso da máscara.

F1: Transplante, a princípio, não é do grupo que a gente elencou, mas porque ele está aqui? Porque ele tem um diagnóstico recente de diabetes, suspeita de rejeição do transplante, dificuldade de entender medidas não farmacológicas de cuidado com a doença (falas registradas no diário de campo, 27º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Não havia um processo sistemático de avaliação da farmacoterapia instituído na FE UFSC/PMF. Com isso, E3 se perdia nas informações trazidas pelos usuários durante os

³¹ Importante destacar que a coleta ocorreu anteriormente ao início da pandemia da COVID-19.

atendimentos, o que comprometia que fosse assertiva nos questionamentos feitos a ele, gerando dificuldade em avançar no processo de raciocínio clínico. Isso trazia prejuízos no processo de ensino-aprendizagem e assistência ao usuário.

A experiência...

Para E3 o estágio na FE UFSC/PMF foi a sua primeira oportunidade de ter contato com o usuário e se reverteu em sentimentos positivos. Apesar dos tropeços, medos e dificuldades, essa experiência permitiu a E3 ganhar confiança em si. E3: *“Eu tinha um pouco de receio de como ia ser, porque eu sou um pouco tímida. Eu tenho um pouco de dificuldade de conversar com pacientes”* (trecho de entrevista com E3, 32º dia de estágio na FE UFSC/PMF). E3: *“Costumo não dar muito crédito para mim. No início do estágio, ficava muito na dúvida. Agora estou mais confiante de mim [abre um sorriso].”* (trecho de entrevista informal registrado no diário de campo, 18º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Contudo, E3 vivenciou um processo educacional que a deixou livre para construir o seu processo de ensino-aprendizagem. Isso pode ter impactado de maneira negativa no seu desenvolvimento, uma vez que sem estímulos e em um ambiente que fornecia informações, de certa maneira, contraditórias, fez com que ela não aproveitasse todo o potencial do que estava experienciando. E3 me chamou muito atenção, pois no início do estágio, pelo seu discurso e, também, pelas suas atitudes, me fizeram acreditar que o estágio iria fomentar uma grande transformação nela. E não foi o que presenciei ao seu final.

Essa narrativa nos possibilita abrir os olhos para a imprevisibilidade que o ensino em serviço nos impõe e o modo como isso impacta no estudante, cuja formação foi centrada no ensino tradicional. Essas reflexões se tornarão ainda mais presentes na próxima narrativa.

5.3.5.1.2 Narrativa de E11

A vivência de E11, 30 anos, no estágio na FE UFSC/PMF possui características bastante distintas da descrita anteriormente. Por sua lente, bastante crítica, fruto de sua trajetória de vida, poderemos entender os impactos e as reflexões que o processo de ensino-aprendizagem e do modelo de serviço desenvolvido na FE UFSC/PMF trouxeram para a sua formação. Essa narrativa é marcada pela influência da coexistência, no mesmo semestre do TCC I e do estágio, que balizou o seu processo de ensino-aprendizagem e demarcou suas oportunidades de aprendizagem.

Momentos de dúvidas e indecisões envolveram E11 no decurso da escolha da carreira profissional que pretendia abraçar como propósito de vida. Antes de cursar Farmácia, iniciou Ciências Biológicas, Matemática (licenciatura) e Sociologia. No entanto, a sua vivência como balconista em farmácia comunitária privada, apoiada pelo desejo de ajudar pessoas e de ser cientista, encontrou morada no curso de Farmácia.

Ao longo da graduação em Farmácia, iniciada em 2014, E11 passou a se identificar com a área de saúde pública. E11: *“É a [área] que mais possibilita crescimento profissional”* (E11, questionário de coleta de experiência prévia, 24/05/2019). O anseio em conduzir sua trajetória profissional firmada nesse campo e sua afinidade pelo cuidado em saúde, a impulsionaram na construção do seu percurso formativo. Entre o Departamento de Saúde Pública e de Ciências Farmacêuticas, E11 ergueu a base para trilhar sua jornada acadêmica. Durante o curso, E11 dividia o seu tempo entre sala de aula e projetos de pesquisa, tendo participado de estudos que investigaram a formação de profissionais de saúde. E, mais no final do curso, colaborou em um projeto de extensão, que requeria conhecimentos de farmácia clínica e envolvia atendimento ao usuário, cujos resultados compuseram o seu TCC I.

No currículo formal, E11 buscou cursar as disciplinas do eixo III “Prática Clínica e Farmácia Hospitalar”, concluindo “Farmácia Clínica I” e “Adesão e Comunicação com o paciente”. A “Farmácia Clínica II”, apesar de ter cursado, não obteve, assim como todos os demais colegas, aprovação, o que a impossibilitou de prosseguir com as demais disciplinas do Eixo III. Para E11: *“É um erro essas disciplinas serem ofertadas como optativas”* (E11, questionário de coleta de experiência prévia, 24/05/2019). Ademais, cursou, também, a disciplina optativa “Comunicação e Informação para o SUS”, a qual, pela sua perspectiva, também contribuiu para a sua formação para o cuidado.

Seus estágios se restringiram aos previstos no currículo formal do curso de Farmácia da UFSC – o “Estágio em Farmácia”, na FE UFSC/PMF, e “Estágio em Análises Clínicas”, no HU-UFSC, ambos no 9º período. Entretanto, sua experiência de cinco anos na farmácia comunitária privada, contribuiu para o seu amadurecimento e minimizou sua insegurança e medo no primeiro contato com o usuário: E11: *“A maioria [das estagiárias] pensa: “Ai, vou fazer alguma coisa errada”, porque não tem a vivência necessária com o paciente. Eu já tive. Então, eu já não tenho esse medo. Até porque não existe um erro tão grave que não possa ser corrigido, ali na hora”* (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

No entanto, como qualquer indivíduo que experiencia o novo, a sua entrada na FE UFSC/PMF suscitou preocupações, as quais repousavam na particularidade dos

medicamentos fornecidos na FE UFSC/PMF e no alto custo associado a esses tratamentos. Imerso nesse contexto, E11 se sentia, de certa forma, pressionada. E11: “A maior preocupação que eu tinha é porque na Farmácia Escola tem um medicamento (..) que não tem em qualquer outro lugar [...]. É um medicamento que custa muito caro. Então, [...] tem que estar tudo certo em relação a esse medicamento. Não pode cometer erros” (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Desenvolvimento crescente de competências versus falta de conhecimento teórico

As experiências profissionais progressivas de E11 permitiram-lhe adquirir destreza quanto à habilidade de comunicação e a percepção sobre o risco potencial que um usuário tinha de experimentar um PRM. Contudo, o seu avançar para além da dispensação, em alguns atendimentos, esbarrava na sua escassez de conhecimento teórico relacionado às doenças atendidas no CEAF.

E11: Por mais que eu tentei estudar vários [usuários], acabei me aprofundando em um ou dois, mas, especificamente, para asma, que é o foco do meu TCC. Então, esses eu estou até mais confortável, mais tranquila. Eu já sei as interações possíveis, as clássicas. Quando o paciente usa o salbutamol, a bombinha, e um betabloqueador, eu já fico assim: “Vamos ver isso aqui. Está propenso a ter uma interação medicamentosa”. Porque é uma coisa que eu já adquiri. Em relação aos outros medicamentos [do CEAF], a grande maioria, eu não consegui [desenvolver esse conhecimento teórico] (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

A reforma curricular do curso de Farmácia da UFSC assegurou um currículo, pelo olhar de P2: “Muito mais voltado para o cuidado ao paciente”. Os estudantes tinham a oportunidade de vivenciar disciplinas que trabalhavam temas como: P2: “Ética, educação e saúde, cultura, respeito aos outros e o [...] nosso papel de profissional de saúde na sociedade, enquanto sujeito não só como farmacêutico [...]. Fora as disciplinas clínicas, que também tem em maior quantidade [...]” (trecho de entrevista com P2, 35º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Com o novo currículo, as estudantes passaram a chegar no estágio na FE UFSC/PMF mais preparadas para a clínica: P1: “A gente nota que [...] o raciocínio, a forma de pensar, não precisa fazer o esforço que a gente tinha que fazer antes com os estagiários, que era uma coisa hercúlea” (trecho de entrevista com P1, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Além da inclusão de novas disciplinas e redesenho de outras, a inserção do conteúdo das análises clínicas, anterior ao estágio na FE UFSC/PMF, ampliou o conhecimento teórico das estudantes e contribuiu para a interpretação dos resultados de exames, na avaliação do

paciente. Contudo, P1 identificava a ausência da preparação teórica, ao longo da graduação, para as doenças, cujos tratamentos eram contemplados no CEAF.

Ao longo do estágio, E11 e sua dupla, E5, se organizavam no atendimento intercalando-se entre atividades burocráticas e a realização da entrevista clínica. E11: “*Enquanto um levava para a farmacêutica conferir, a outra fazia a entrevista*” (trecho de entrevista informal com E11 registrado no diário de campo, 23º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Assim, cada uma se preparava, individualmente, para os “seus atendimentos”, porém quando as questões vinculadas ao acesso findavam, ambas participavam da condução da entrevista clínica. Contudo, havia uma diferença interessante entre elas: E5 avaliava apenas as doenças do CEAF, E5: “*Não tenho bagagem para ir além*” (trecho de entrevista informal com E5 registrado no diário de campo, 25º dia de estágio na FE UFSC/PMF). E, E11, contrariamente, avaliava as doenças mais habituais, como hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia e asma, para as quais conseguia desenvolver uma boa entrevista clínica com o usuário, pois possuía uma bagagem teórica maior, quando comparada às doenças do CEAF: investigava, avaliava minimamente a efetividade, e muitas vezes as reações adversas, e orientava ao final do atendimento medidas não farmacológicas e o modo de uso dos medicamentos.

Certo dia, E11 atendeu um usuário cadastrado no CEAF para asma. Como se tratava do perfil de usuário do seu TCC, aproveitou para realizar a coleta de dados e incluí-lo na sua amostra, com o respectivo consentimento.

E11: O senhor está utilizando o medicamento duas vezes ao dia?

Usuário: Sim

E11: Não tem nenhuma sobrinha [*do medicamento*]?

Usuário: Não, tenho para mais hoje e amanhã.

E11: Teve crise, falta de ar?

Usuário: Esse sábado.

E5: Usa a bombinha direitinho?

Usuário: Sim

E11: Esse medicamento não é para crise.

E5: É de uso contínuo!

E11: Por isso perguntei se estava sobrando.

E5 realiza a baixa no sistema e vai até o almoxarifado buscar o medicamento.

E11: Agora, vou fazer algumas perguntas mais específicas sobre as doenças do coração.

E11 explica o trabalho de TCC e comenta: Aqui é uma escola e tem projetos de pesquisa também.

O questionário identifica medicamentos em uso.

E11: Usa a bombinha [*referindo-se ao salbutamol*]?

Usuário: Para mim é um veneno!

E11: Para o senhor é contraindicado, pois usa o propranolol. Então não pode usar a bombinha.

Usuário relata diabetes, para a qual utiliza metformina e cuida da alimentação.

E11: Tem aparelho de glicemia e pressão em casa?

E11 verifica a frequência cardíaca (136bpm), explica o resultado ao usuário.

E11: O senhor pode me trazer no próximo mês os monitoramentos [de *glicemia e pressão arterial*]?

Usuário: Posso sim.

E11 entrega folheto, orienta horários de aferição de pressão arterial.

E11: No próximo mês eu vou rocur-lo e vou discutir o seu caso com a farmacêutica do projeto.

E11 verifica se paciente tem algum suporte familiar.

E11: E de lazer, o senhor faz alguma coisa?

Usuário: Apenas caminhada.

E11: Vou estudar para dar uma resposta mais profissional no próximo mês (falas registradas no diário de campo, 22º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Para E11, o estágio na FE UFSC/PMF: *“Agrega pela experiência de você atender o paciente, de você ter essa vivência”*. Entretanto, se o objetivo educacional ao qual o estágio almejava era o desenvolvimento de competências clínicas, estas, segundo E11, seriam mais exequíveis se o estágio fosse realizado na APS:

E11: Eu não conheço os medicamentos do CEAF. Estou a dois meses lidando com eles e eu não conheço como eu conheço os medicamentos para hipertensão, para hipercolesterolemia, para diabetes, entendeu? Eu acho [...] que seria melhor contemplado numa unidade básica. Talvez pelo conhecimento que eu já tinha. Eu sinto que eu faria mais diferença, nessa proposta clínica, por eu poder contribuir mais com o paciente (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Retornando ao atendimento descrito anteriormente, este durou 34 minutos e E11 não o registrou no SIFE. Suas anotações ficaram restritas a si e ao seu TCC. O registro dos atendimentos no SIFE foi o “calcanhar de alquiles” das estagiárias. Repetidamente, E11 desabafava as suas frustrações, quanto à dificuldade em utilizar o sistema. O preenchimento dos registros no SIFE era moroso e, frequentemente, o sistema estava “fora do ar”, além de passar constantemente por modificações.

No entanto, outras vezes, mesmo havendo coleta de dados para o TCC o registro era feito.

Registro (todo o registro no S no SIFE)

S: paciente relata que pegou uma gripe antes de tomar a vacina nesse último mês e que apresentou uma crise forte durante essa gripe. Tomou a vacina como faz todo ano, mas nunca tinha acontecido nenhuma reação. Passado esse episódio, relata não ter mais acontecido crises ou outros problemas respiratórios. Falou que quando tem crise aumenta as doses e avisou o médico sobre isso e o mesmo não quis aumentar a dose. Quando questionada se o medicamento dava para o mês todo, admitiu que às vezes não. Utiliza uma cápsula inalável de formoterol de 12 mcg e duas de busonida 200 mcg separadamente. Afirma não se confundir, mas acha bastante ter que aspirar várias vezes. Relata ter sido submetida a uma cirurgia há 16 anos que classifica como sem necessidade, pois apresentou nódulos nos pulmões, mas que na realidade não eram, eram consequências de uma pneumonia, acredita ter piorado seus problemas respiratórios desde então, mas que a vida toda foi acometida, sendo facilmente afetada por inalar fumaça, ou poeira ou até mesmo produtos de limpeza. Relatou que tem dor na barriga da perna quando vai dormir, mas que cobre para ficar quente e passa a dor. Sondada sobre a situação, a mesma não soube dar mais detalhes. Relata histórico de cirurgia para a retirada de cálculo no canal da uretra, pelo relato deu a entender que se tratava de uma litotripsia, foi submetida também a colecistectomia aproximadamente 3 anos atrás. Questionada sobre alimentação,

alegou não ser muito cuidadosa mesmo tendo hipercolesterolemia. Já usou estatinas, mas parou e atualmente não utiliza nada.

O: formoterol 12 mcg cap – budesonida 200 mcg cap – Prednisona 20 mg (quando crise) – hormônio tibolona 2,5 mg – descongestionantes nasais

A: Paciente necessita atenção sobre o colesterol, pois demonstrou pouca preocupação com a alimentação e uso de estatinas. Quando utiliza mais doses diárias acaba ficando sem medicamento, necessidade de adequação da prescrição.

P: foi orientada sobre a alimentação, no que diz respeito a ingestão de sal, e alimentos ricos em gorduras, levando em consideração os problemas de cálculo renal, retirada da vesícula e os níveis aumentados de colesterol. Foi orientada sobre a existência do formoterol + budesonida de 12/400 mcg, de modo que utilizaria apenas uma cápsula por dose tornando mais prática a administração, e adesão, também foi esclarecido como faria para substituir (trecho do diário de campo, 17º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E11 era muito comunicativa e participava bastante das discussões de caso. Ela identificava este espaço como estratégico no processo de ensino-aprendizagem do estágio, uma vez que permitia reunir pessoas com experiências e bagagens teóricas distintas, que oportunizavam um olhar mais apurado sobre aquela situação específica. Em uma ocasião, E11 compartilhou com o grupo o usuário atendido naquela semana. O usuário havia feito angioplastia recentemente e não tinha mais queixa de angina. E11: *“Ele tinha uma lista enorme de medicamentos, que fiquei até às 15h fazendo o SOAP. Ele retirou medicamento para dislipidemia, tinha problemas metabólicos, devido à disfunção da tireoide e problema cardíaco, pressão alta e diabetes”*. E11 discorreu que havia uma observação no último registro para avaliar as interações medicamentosas, porém ainda não havia conseguido verificar.

E11: Toma muitos medicamentos para a mesma coisa. Para diabetes deve ser quatro ou cinco. Tenho receio que tenha uma hipoglicemia.

P2: Tem que ver os níveis de glicose que ele tinha. Se você não controla com um tipo [*de medicamento*], você adiciona outro. E, assim vai.

E11: A maior preocupação dele [*usuário*] agora é o problema cardíaco. Ele já tomou sinvastatina, mas só controlou com atorvastatina. Eu apliquei meu questionário e quando fui verificar a pulsação dele, não encontrei o coração. Não estava batendo!

P2: Qual era o peso dele?

E11: 75 kg.

E11: Aí fui buscar um estetoscópio e tinha uma médica na sala de F1. Comentei que não estava ouvindo o coração dele e a médica disse: *“Se ele chegou até aqui o coração dele está batendo!”*. Como ele fez angioplastia e o acesso foi pelo lado direito, a médica me explicou que é normal o paciente não ter mais pulsação no lado onde foi feita a angioplastia (falas registradas no diário de campo, 15º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

O seu conhecimento teórico, sua familiaridade com terminologias médicas e sua postura no atendimento aos usuários, adquiridos com suas experiências progressas, refletiram na sua prática durante o estágio.

Mas o TCC trouxe outros impactos...

O conhecimento e motivação ocasionados pelo TCC I contribuíram para o seu desenvolvimento na prática clínica, uma vez que facilitaram a mobilização e aplicação de conhecimentos teóricos, previamente estudados e possibilitaram o desenvolvimento de algumas habilidades clínicas. No entanto, em alguns momentos, testemunhei o atendimento se limitar a entrega do medicamento, para adaptar o tempo entre atendimento e coleta de dados do TCC I. Ambos, E11 e E5, realizaram a coleta de dados no decorrer do estágio, tanto no período destinado ao estágio, quanto fora dele. Durante os atendimentos realizados por elas, haviam muitas interposições entre questões administrativas e clínicas, além da introdução dos questionários dos respectivos TCCs. E a prioridade, em alguns momentos, se voltava à pesquisa e não ao serviço prestado.

Em alguns momentos me coloquei a pensar: tanto o TCC, quanto o estágio iriam, ao seu final, passar pelo crivo de superiores, seja a banca ou supervisoras e professoras. Entretanto, o TCC I recebia um grau de importância superior e ocasionava uma apreensão maior quanto ao resultado alcançado. E qual traria maior repercussão no processo de formação dos estudantes? Certa vez, E11 e E5 atenderam um usuário e, ao final do atendimento, se comprometem a averiguar as possíveis interações medicamentosas. Entretanto, o agendaram para ser atendido no próximo mês pela SMS-PMF e não registraram nenhuma linha sequer no SIFE. E11 e E5 estavam visivelmente “aceleradas”. Ao término do atendimento, E5 olhou para a tela do computador e comentou com E11:

E5: Vamos rocur-lo [o próximo usuário] rapidinho!
 E5 vai até a recepção, chama o usuário e o direciona até o guichê.
 Usuário: Hoje vou levar para dois meses?
 E11: Vou ver com a farmacêutica.
 E5: Eu vou agendando.
 E11 retornou e afirmou que poderia ser fornecido para dois meses. Realizou a dispensação no sistema.
 E5 buscou o medicamento.
 E11 fez a enquete e entregaram o medicamento.
 Estagiárias estavam com pressa, pois o próximo usuário era do grupo de interesse para o TCC de E5.
 Finalizado o atendimento, foram até a recepção chamar o próximo usuário (falas registradas no diário de campo, 20º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Após a apresentação do TCC I, E11 virou a chave para uma nova etapa. O TCC I não mais assombrava os seus dias. Seria a oportunidade de dedicar-se unicamente ao estágio. Contudo, o tempo já era curto. O estágio estava se aproximando do fim. Na última semana, enquanto muitas estagiárias estavam apenas de corpo presente, cumprindo as horas que restavam do estágio, E11 e E5 estavam mais estimuladas do que nunca. Em um desses atendimentos, percebi a responsabilidade e o comprometimento de ambas. Era um usuário com asma. E5 e

E11 avaliaram a efetividade por meio da sintomatologia (cansaço, falta de ar, tosse); investigaram o uso de outros medicamentos; verificam a dificuldade do usuário com relação ao uso do dispositivo inalatório e o orientaram, e, por fim, questionaram se o usuário tinha consigo exames recentes. Como não havia trazido, pactuaram que ele procuraria umas das duas estagiárias na recepção, que avaliaria os seus exames. Era nítido o estabelecimento de uma relação de confiança. O usuário agradeceu o serviço oferecido e a atenção e preocupação das estagiárias.

Ensino em serviço na área da saúde

Quando E11 iniciou o estágio, esperava encontrar um processo de ensino-aprendizagem e um serviço mais consolidado na FE UFSC/PMF. Entretanto, identificou processos “ *muito dinâmicos*” e “*improvisados*”, frutos da necessidade latente de mudança, que ocorria na rotina, no serviço, e repercutia no processo de ensino-aprendizagem.

Ao longo da graduação, E11 criou a expectativa que na FE-UFSC experienciaria um estágio em um serviço clínico. E11 projetava que seria: “*Uma oportunidade de colocar em prática o que foi visto na graduação. Mas o que percebi foi que a prática se distancia dos conceitos vistos em sala de aula, porque o próprio sistema determina a prática*” (trecho de entrevista informal com E11 registrado no diário de campo, 23º dia de estágio na FE UFSC/PMF). O serviço imputava uma demanda burocrática para que houvesse a garantia do acesso ao medicamento. Com isso, apesar de ser exigido um atendimento clínico, na prática a supervisão ocorria com foco nas questões vinculadas ao acesso ao medicamento.

E11: Elas [*supervisoras*] estão preocupadas se a gente [*estagiárias*] está fazendo certo a questão de data, a questão de prescrição, se está carimbado, [...] essas coisas. [...]. A demanda ali é o paciente, é o atendimento. Mas isso é a demanda do serviço. E a gente também é uma demanda. Só que a gente fica de lado (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Ao longo do estágio, E11 refletiu sobre o processo de ensino que estava experienciando. E11 entendia que: “*Por ser um serviço essencial, a demanda do paciente era a prioridade*”. A sua demanda, como estudante: “*Era ajustada de acordo com a prioridade do paciente*”. E, nesse processo, E11 percebia que as estagiárias “*Ficavam meio perdidas [...]. Porque tinham que dar conta, da agenda, de estudar o caso, de saber o que estava acontecendo com o paciente*”, porém não havia um olhar próximo das supervisoras sobre esses atendimentos, sobre as necessidades das estudantes nesse processo (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Constantemente, E11 indagava-se, se o modo como atendia o usuário, como realizava os encaminhamentos, não poderia ser feito de uma maneira melhor. Acreditava que alguém mais experiente precisaria observá-la nos atendimentos: *“E não apenas ficar lá esperando que a gente [estagiárias] chegue com uma dúvida. [...] às vezes a gente não percebe que a nossa dúvida é uma dúvida”* (fala de E11 registrada no diário de campo, 14º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E11: Algumas coisas poderiam ser melhor conduzidas. [...] A única pessoa que eu senti que pode chegar e me dizer *“você fez um bom atendimento”* foi você [pesquisadora] [...]. Porque ninguém veio me dizer *“Você fez um bom atendimento, você fez uma boa pergunta”*. É legal você ouvir: *“Você fez certo, você fez legal”*. Porque é isso que você guarda na memória para, numa próxima ocasião, você ter uma experiência de sucesso e reproduzir isso (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

A organização do espaço da FE UFSC/PMF contribuía para que as farmacêuticas realizassem a supervisão distante, fisicamente, das estagiárias. Essa configuração as impossibilitava de ouvir os atendimentos conduzidos pelas estagiárias, o que me provocou reflexões: *“Será que se a supervisora estivesse mais próxima fisicamente, o olhar sobre o processo de ensino-aprendizagem conseguiria ser mais aguçado e, assim, mais efetivo?”* (reflexão da pesquisadora registrada no diário de campo, 25º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Certo dia, E11 e E5 atendem usuário com esquizofrenia, cuja mãe estava na FE UFSC/PMF para retirar o seu medicamento.

Mãe: Eu trouxe o exame. Ainda não levei para o médico. Vocês poderiam dar uma olhada.

Mãe do usuário entrega o exame de dosagem de lítio para E11.

No mês passado, E14 e E7 a atenderam e pediram para que trouxesse o exame esse mês.

E11 olhou para trás e viu que havia uma “fila” aguardando para conversar com F1. Enquanto o seu olhar retornava à mãe do usuário, F2 passou ao seu lado. Prontamente, E11 levantou-se e foi em sua direção e, mostrando o exame, comentou: O lítio está abaixo do nível terapêutico!

F2 explicou sobre a relação entre o resultado do exame e o horário de administração do medicamento. E, juntos foram até F1, que estava na sala aos fundos da farmácia. [...]

F1: Se houver associação com outro estabilizador de humor podem estar usando o lítio em subdose. A última moda da psiquiatria é usar doses sub terapêuticas de lítio!

F2: E como está a adesão?

F1: Está indiscutivelmente abaixo do nível terapêutico.

E11 retornou ao guichê e tentou investigar o modo de uso do medicamento.

Mãe: O médico aumentou de um para três comprimidos ao dia e pediu para que fizéssemos esse exame após sete dias.

E11 explicou que a dosagem do lítio sérico está abaixo do recomendado.

Mãe: Será que pode ser o medicamento da gripe que meu filho tomou?

E11 pesquisou a interação do site *Drugs.com* e explicou para a mãe que não havia relação com o medicamento utilizado para a gripe.

E5: A senhora tem resultados anteriores?

Mãe: Não.

E11 não questionou se o usuário teve melhora do quadro clínico com o aumento da dose.

Mãe: Eu preciso ir, pois o meu filho está na recepção e deve estar preocupado que estou demorando.

E11 orientou a mãe verificar se o filho estava engolindo os comprimidos.

Nesse meio tempo, F2 olhou prontuário da SMS-PMF [CELK] e a médica do usuário havia aumentado a posologia do carbonato de lítio de três para seis comprimidos ao dia [o dobro do que o usuário estava efetivamente tomando] e relatou problema na adesão ao tratamento (falas adaptadas registradas no diário de campo, 34º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Ao longo desse atendimento, E11 foi e voltou entre supervisoras e mãe do usuário diversas vezes. E11: *“No final das contas, eu não tive resposta nenhuma que pudesse resolver o problema dela. Mas eu fui e voltei, acho que umas quatro ou cinco vezes para farmacêutica”* (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF). E11 lembrou quando a mãe lhe entregou o exame:

E11: Eu percebi que estava muito abaixo da margem terapêutica. Então levei para farmacêutica e ela disse: *“Pergunta tal coisa”*. Eu fui e perguntei. Aí voltei com a resposta e ela [supervisora] *“Mas você perguntou tal coisa?”*. Eu retornei à mãe com a outra pergunta. E ficou um vai e volta. No fim, a mulher já estava desistindo de querer a minha ajuda em relação aquilo [risos]. Ela viu que não ia surtir muito efeito. O que eu disse para ela foi o que estava no papel: *“Olha, está abaixo da referência”*. Isso bastasse ela ler para perceber que estava abaixo da referência. Eu não fiz nem a parte clínica ali e acabou prejudicando a parte burocrática, porque atrasou o outro atendimento [...], porque eu já estava com menos tempo (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

No outro dia E11 registrou o atendimento:

Registro

S: progenitora veio à farmácia retirar o medicamento. Relata que o paciente se encontra bem e que não tem ocorrido crises recentes. Tem queixas de dores nas costas e que já utilizou diversos analgésicos e não melhora. Trouxe um exame de litemia e pediu para que olhássemos, pois não conseguiu levar ao médico ainda. Foi questionada sobre o uso do carbonato de lítio, foi enfática sobre adequada adesão. Informou que o paciente utilizava 1 cp ao dia e a médica aumentou para 3 ao dia, 7 dias antes do exame. Foi consultado prontuário do Infosaude [sistema informatizado da SMS-PMF] onde tem informações de posologia que diverge do relato da mãe, inclusive com a informação de que a paciente tem problemas de adesão.

O: 1- lítio carbonato 300 mg;

2- olanzapina 10 mg comp

Exames (10/06/2019)

Lítio: 0,20 meq/l – níveis terapêuticos: 0,6 a 1,2 meq/l; níveis tóxicos: acima de 1,50 meq/l após 12 horas da última dose

A: foi constatado um problema de adesão. Onde a paciente utiliza medicamento diferente da posologia prescrita, litemia abaixo do nível terapêutico que evidência.

P: mãe foi orientada sobre adesão, observar a paciente quanto ao uso de medicamentos (trecho do diário de campo, 34º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Durante todo o período de estágio, havia sempre a presença de, pelo menos, uma supervisora junto às estagiárias. Entretanto, E11 percebia que a oportunidade de *“Absorver o conhecimento e a prática delas era muito restrita”* (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Muitas vezes, E11 deparava-se com uma dúvida clínica, durante o

atendimento, que o ideal seria saná-la naquele momento, porém constantemente, havia fila para conversar com a supervisora, principalmente sobre questões burocráticas. Nesses momentos, E11 refletia: *“Se eu levantar para disputar a vez, para fazer uma pergunta [para a supervisora], eu estarei perdendo tempo que poderia estar interagindo com o paciente. Aí você não faz a pergunta, aí a pergunta fica para ti, fica para o paciente”* (trecho de entrevista informal registrado no diário de campo, 23º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Assim, E11, na ansiedade de não deixar o usuário esperando ou atrasar o atendimento de uma colega, priorizava esclarecer questões que precisavam ser resolvidas naquele momento, para garantir o acesso ao medicamento daquele usuário. Com isso, postergava dúvidas clínicas para o momento de discussão de casos com a professora. Contudo, E11 reconhecia que: *“Quando [a dúvida] não é sanada ali, no momento [do atendimento], muita riqueza de detalhe a gente perde. A gente esquece”* (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

“Se não é cobrado eu não faço” – necessidade de estruturação uma avaliação formativa

Durante o acolhimento, no primeiro dia de estágio, foi pactuado que os registros seriam a maneira de as professoras acompanharem a evolução das estagiárias. P1: *“O que vocês estão fazendo, como vocês estão atendendo, se vocês estão estudando os casos, se estão fazendo as perguntas da maneira correta”* (fala de P1 registrada no diário de campo, 1º dia de estágio na FE UFSC/PMF). No início do estágio, E11 tinha mais cuidado e zelo na elaboração dos registros. No entanto, conforme presenciava a ausência de um *feedback* das professoras e a dificuldade de o serviço avançar para além da dispensação, E11 sentiu-se desestimulada em registrar: *“A agenda funciona, todos são atendidos, o que não está funcionando é inserir essa prática [clínica] dentro de uma agenda que visa a dispensação e não serviço clínico”* (fala de E11 registrada no diário de campo, 23º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E11: Às vezes a gente [estagiárias] não consegue fazer o que foi proposto [serviço clínico] e não é porque a gente não quer. É porque temos uma agenda para cumprir. Se você deu um pouco mais de atenção para um [usuário], tem que estar consciente que o próximo não irá conseguir abordar do mesmo jeito (trecho do diário de campo, 25º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

A ausência de continuidade quanto ao serviço prestado foi vivenciada por E11 algumas vezes quando “tentou” realizá-lo. Em uma ocasião, após finalizar um atendimento, E11, extasiada, virou-se para mim: *“Eu fui somar as coisas, ele [usuário] tem pavor de injeção e ele ainda tem as queixas dos sintomas. Então, tipo, tudo leva para essa dúvida: Será que ele está usando?”* E11, visivelmente irritada, me mostra, no SIFE, que esse usuário possuía muitos

registros e vinha relatando a mesma coisa há meses. E, até então, havia passado “despercebido” por todos as estudantes que o atenderam (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E11: Para eu me engajar e fazer uma coisa, eu preciso entender o porquê daquilo, para que serve. Se eu percebo que não vai servir para nada, não vou desperdiçar as minhas energias fazendo aquilo ali. Eu vou focar no que eu sei que vai ter um resultado. Aquilo que tem uma necessidade evidente. Eu entendo que os registros são muito importantes, então, por isso eu não deixei de fazer os meus registros, mesmo ninguém me dizendo: “*Tu táis fazendo um bom registro ou não*”. Eu não deixei de fazer. Eu acho que eu teria feito melhor, com mais afinco, se eu tivesse uma resposta [feedback]: “*Olha, tu poderias levar o teu pensamento para esse lado, nesse caso aqui, que você viu tal coisa*”. “*Olha, tu tens uma informação aqui que não tem uma avaliação, que seria importante*” (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

A privação de *feedback* ao longo do estágio a frustrou muito. E11: “*Eu fiquei esperando, porque me disseram que iriam utilizar isso [os registros] para me acompanhar. Só que não utilizaram isso para me acompanhar, entendeu? E agora eu me pergunto: Será que, realmente, eu fiz bons registros e eu vou ser bem avaliada?*” (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Pela perspectiva da professora caberia às estudantes procura-la para mostrar os registros. Entretanto, como E11 não visualizou essa conduta de suas colegas, permaneceu, passivamente, aguardando a solicitação de P2. E11: “*Porque a gente tem muito disso, também, de não fazer diferente dos outros [risos]*” (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Ao final do estágio, E11 ainda não tinha claro quem a estava “acompanhando”: E11: “*Quem deveria dizer a ela se o que estava fazendo era o correto ou qual seria a maneira correta, a melhor maneira de fazer. Seriam as farmacêuticas ou as professoras?*” Para E11, os papéis entre elas não estavam muito bem estabelecidos. No entanto, entendia que o *feedback* quanto aos registros era uma atribuição da professora. E11: “*Foi ela que nos pediu para fazer. [...] E eu tenho essa opinião: Se eu te peço para fazer alguma coisa, eu vou querer saber se você está fazendo*” (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF). E desabafou, E11: “*O objetivo do professor é passar aquele conteúdo [...]. Se o aluno aprendeu ou não, o objetivo dele, ele cumpriu [transmissão do conteúdo] [...]. Eu acho que deveria ter uma preocupação maior de verificar se a atividade que foi proposta realmente foi realizada como foi pedida*” (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Suas dúvidas quanto ao seu desenvolvimento ao longo do estágio ficaram mais aguçadas com o término do estágio e a aproximação da sua avaliação.

E11: [...] a gente está tão habituada na graduação a ter uma avaliação para você ver: “*Ah, eu estou errando nisso aqui*”.

P2: É que agora eu acho também que está acabando o estágio e vocês sabem que vai ser dada uma nota, e talvez gere essa coisa: “*Eu não sei a minha nota, porque eu não faço ideia como eu fui*”. Talvez seja esse teu medo agora.

E11: Quais os critérios de avaliação? É, exatamente, eu não sei o que eu fiz de errado (falas registradas no diário de campo, 36º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Em entrevista, P1 apontou a fragilidade do processo de avaliação no estágio:

P1: Eu acho que a gente [*supervisoras e professoras*] tinha que ter critérios na avaliação do aluno no estagiário e ele conhecer. Porque tu sabes que quando tu tens um parâmetro pelo qual tu és avaliada, tu acabas obedecendo aquilo, porque tu queres ser bem avaliada. Isso não está bem claro. A gente, hoje, não sabe ainda fazer ou não temos perna ainda para fazer (trecho de entrevista com P1, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Para E11, o acompanhamento dos registros estaria vinculado tanto à avaliação somativa, quanto formativa e identificava no seminário a representação “do trabalho final” de estágio. Contudo, teve bastante dificuldade em encontrar um “caso interessante” para apresentar no seminário e, em alguns momentos, indagou sobre a intencionalidade dessa atividade, mencionando outros aspectos relevantes em um ensino experiencial:

E11: Teremos que apresentar um caso clínico, mas acho que seria interessante apresentar aspectos gerais, da nossa experiência, porque tem comportamentos que se repetem em vários casos.

P2: Você teria algum exemplo?

E11: A gente acha que pelo paciente ir no médico a cada três meses, ele é bem assistido. Mas ele não vai no médico, ele vai na recepção pegar a renovação [*do processo*]. E isso é um descumprimento do próprio protocolo.

P2: Enquanto houver pagamento por procedimento dificilmente irá mudar. Podemos questionar esse processo, repensar essa exigência.

E11: Estou vendo esse seminário como o trabalho final do estágio. E eu me prender a um único caso que não contempla todas as situações que eu vivi, desmerece a experiência que eu tive.

P2 esclareceu que o seminário é para avaliar o raciocínio clínico e acrescentou: As questões que vocês trazem e que a gente tem discutido aqui entre nós ao longo do estágio, podem ser uma sugestão para a próxima turma (falas registradas no diário de campo, 23º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Durante a avaliação do estágio, E11 verbalizou que a compilação das reflexões das suas vivências como estagiária deveriam compor a avaliação dela no estágio.

E11: Se fosse colocado que no final terá que ser feito um relatório ou apresentação das observações gerais, nós estaríamos muito mais preocupadas em observar o que está acontecendo ao nosso redor. Porque lá no final você vai perguntar: O que você achou? Eu não me preocupei em observar! Se não for obrigatório, ninguém faz (fala de E11 registrada no diário de campo, 23º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E ao fim dessa experiência...

E11 experienciou um processo de ensino-aprendizagem aquém da sua expectativa, a qual atribuiu a organização da FE UFSC/PMF, que limitava algumas vivências, como experienciar um serviço clínico e acompanhar um farmacêutico atuando no cuidado. E11: “*O que a gente*

(estagiárias) *acabou tendo uma maior visão, é de um farmacêutico preso à burocracia do serviço, que isso, realmente, acontece todos os dias. Mas a gente não teve aquela parte clínica, de contato mais direto com paciente*” (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Suas inquietudes e frustrações com relação ao serviço, não ficaram restritas aos meus ouvidos. Em diversos momentos, E11 exteriorizou, às colegas e a P2, se ele (o estágio) não teria mais impacto se fosse dissociado da dispensação.

E11: Não separar no sentido de fazer a dispensação em um horário e agendar uma consulta farmacêutica em outra. Não. As duas podem ser feitas no mesmo momento [dia], mas separadas desse ambiente. Eu acho que o serviço clínico precisa de um ambiente melhor, sabe? E nem todo paciente demanda uma atenção clínica. Então, a gente [estagiárias] também teria como focar em alguns [usuários], para ter mais tempo de atendê-los nesse sentido (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Ainda, E11 sentiu a necessidade de um espaço, para além das discussões de casos clínicos. Um espaço de compartilhamento das experiências vivenciadas pelas estagiárias durante esse período de prática em serviço.

E11: O estágio é muito diferente de uma disciplina, que no final você avalia se o professor passou todo o conteúdo. Isso aqui [o estágio] causa um impacto na maneira como a gente [estudantes] vê o que a gente aprende. O que a gente vai levar para a vida profissional. Teria que ter a oportunidade de compartilhar as coisas com os outros. Até para ver se o que eu estou vendo é igual que ela ou ele está vendo. Se o problema não sou eu! (fala de E11 registrada no diário de campo, 23º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Entre tropeços e críticas ao modelo de ensino praticado, ao final do estágio, E11 saiu, de certa forma, satisfeita com o seu desempenho. Identificou que se houvesse maior conhecimento teórico sobre os medicamentos do CEAF, conseguiria desenvolver o cuidado de maneira mais qualificada. E11: *“Mesmo faltando coisas, eu pude fazer um bom serviço naquilo que eu me propus”* (trecho de entrevista com E11, 38º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

5.3.5.1.3 Narrativa de E1

Finalizo as narrativas das estudantes da FE UFSC/PMF contando a história de E1. E1, 22 anos, iniciou o curso de Farmácia em 2014/2, impulsionada pela afinidade com as disciplinas de química e biologia no ensino médio. E1 esculpiu toda a sua trajetória acadêmica demarcada pelo desejo de ser uma farmacêutica que cuida de pacientes: *“Tenho afinidade e me deixaria feliz otimizar a terapia e participar da educação em saúde dos pacientes”* (E1, questionário de coleta de experiência prévia, 24/05/2019). Suas atitudes e emoções ao longo do estágio sinalizavam a dedicação, responsabilidade e entusiasmo a cada usuário que auxiliava, seja orientando o modo de uso do medicamento, promovendo educação em saúde,

contribuindo para o acesso a medicamento ou no encaminhamento para o médico da rede de saúde do município. Seu profissionalismo estará expresso ao longo dessa narrativa, juntamente com suas frustrações, que se colapsaram no desejo de querer ser mais, e que marcarão a vivência dela no estágio na FE UFSC/PMF.

Diferentemente de muitas colegas, a FE UFSC/PMF não era um terreno desconhecido para E1. Era um local seguro para um retorno desejável. E1 vivenciou o dia-a-dia na FE UFSC/PMF por sete meses previamente, onde presenciou o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico que era desenvolvido na época. Esse período contribuiu para direcioná-la na escolha da área de atuação que desejaria seguir durante a sua vida profissional.

E1: Estou a graduação toda querendo voltar [risos]. Eu sempre falava assim: “*Eu quero voltar para a Farmácia Escola*”. Porque eu gostei muito daqui. Eu tinha muita expectativa de fazer aquilo que era feito [...] de acompanhar a consulta [com farmacêutica] (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

O anseio em conhecer mais a área do cuidado em saúde, a estimulou a buscar novas experiências, em espaços de saúde distintos. Experienciou 10 meses na área de farmácia hospitalar, no HU-UFSC, e seis meses em uma farmácia comunitária privada. E1 considerava que essas vivências permitiram a ela atuar no cuidado ao paciente de distintas maneiras: “*Seja garantindo o acesso do paciente ao medicamento (farmácia hospitalar), monitorando o seu uso (cuidado farmacêutico em farmácia hospitalar) e fazendo orientações diretas ao paciente nas dispensações (farmácia comunitária privada e farmácia escola)*” (E1, questionário de coleta de experiência prévia, 24/05/2019).

Essa identificação “precoce” pela área profissional almejada permitiu a E1 ter mais clareza quanto ao percurso formativo que pretendia trilhar ao longo da graduação. Apesar do anseio de muitas estagiárias em cursar disciplinas do EIXO III “Prática Clínica e Farmácia Hospitalar”, nem todas obtiveram sucesso. O sistema de matrícula da UFSC sempre priorizava a vaga para o estudante que estivesse nas fases mais avançadas do curso. No entanto, se o estudante estivesse em uma fase que não permitisse concluir as quatro disciplinas de “Farmácia Clínica”, segundo E6: “*A professora fazia o estudante desistir da disciplina*” e/ou “*não liberava a matrícula*”. Com isso, para cursar as disciplinas do Eixo III, o estudante “*Teria que saber desde o início do curso que queria ir para a farmácia hospitalar*” (falas de E6 registradas no diário de campo, 12º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E1 cursou “Farmácia Clínica I, II, III” e “Adesão e Comunicação com o paciente”. No entanto, sua tentativa de concluir todas as disciplinas do Eixo III esbarrou na baixa procura

dos estudantes pela disciplina “Farmácia Clínica IV” e, conseqüentemente, ausência de oferta pela professora. Essa disciplina previa em sua ementa, entre outros objetivos educacionais, elementos da prática do cuidado farmacêutico: *“detecção, solução e prevenção dos problemas relacionados aos medicamentos e monitoramento terapêutico. Busca, avaliação e seleção de fontes de evidências científicas para a solução dos problemas”*.

Seu empenho em qualificar-se para a área de cuidado em saúde encontrou ainda outros entraves. A disciplina “Práticas de Enfermagem II” era requisitada por um número elevado de estudantes e, frequentemente, apresentava horários que se chocavam com de outras disciplinas, o que a impossibilitou de cursar: *“Até então, era a única disciplina disponível para aprender a aferir sinais vitais, preparo de medicamentos, aplicação de injetáveis. Atualmente, tem a disciplina “Práticas Farmacêuticas”, que é ofertada pelo Departamento de Análises Clínicas”* (E1, questionário de coleta de experiência prévia, 24/05/2019). Ainda intencionava cursar a disciplina “Modelos de Seguimento Farmacoterapêutico”, do Eixo II “Assistência Farmacêutica”, porém esta nunca foi ofertada no curso.

Sua trajetória acadêmica de buscas, encontros e desencontros, suscitou em E1 um entendimento que o curso de Farmácia da UFSC não preparava os estudantes para atuar na área do cuidado farmacêutico. *“É muito teórico, apenas o estágio obrigatório na Farmácia Escola proporciona contato com o paciente. Embasamento teórico nós vamos aprimorando com o tempo. Agora a postura profissional diante de um paciente deveria ser “treinada” mais durante a graduação”* (E1, questionário de coleta de experiência prévia, 24/05/2019).

Os frutos de uma experiência prévia

A expectativa pelo início do estágio na FE UFSC/PMF, de estar defronte com o primeiro usuário a ser atendido, não assombrou o sono de E1 no dia que antecedeu o início do estágio. Tensões e medos não compuseram o hall de sentimentos vivenciados no seu primeiro dia de estágio. Ela atribuía isso as experiências prévias que compuseram o seu percurso formativo ao longo da graduação. E1: *“A parte de conversar com o paciente, ter postura profissional, eu já tinha de outros estágios. Então essas habilidades eu creio que eu não desenvolvi aqui. Eu pratiquei o que eu já evolui ao longo da minha graduação, com os estágios que eu fiz”* (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Ao longo do estágio, E1 se tornou referência para suas colegas, que muitas vezes se espelhavam nela como modelo: *“Mas na minha experiência aqui na Farmácia Escola [...]*

observando os SOAPs [registros] da E1 muitas vezes, que a E1 é a referência hard [...] eu percebia muitas coisas que eu fazia errado e que eu poderia melhorar” (fala de E5 registrada no diário de campo, 36º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Sempre gentil, com uma voz doce e olhar sempre no usuário, conduzia os seus atendimentos de maneira bastante acolhedora. E1 possuía uma escuta ativa bastante eficiente, percebia pelos gestos e tom de voz do usuário, quando algo estava o incomodando. E quando se deparava com alguma dificuldade cognitiva, transcrevia as orientações fornecidas verbalmente, principalmente às relacionadas ao processo burocrático do CEAF, e certificava-se, ao final, do entendimento por parte do usuário. Essa sua postura a acompanhou do primeiro ao último dia de estágio.

E1 percebia uma enorme diferença dela como bolsista, no 3º período, e agora como estagiária no 9º período. E1 lembrou que quando era bolsista, sua preocupação era fazer a parte burocrática e tinha muito medo que algum usuário lhe perguntasse alguma coisa, pois por mais que quisesse ajudar, não saberia responder.

E1: Quando eu era bolsista, eu tinha medo de falar com paciente, porque se eles perguntassem qualquer coisa de medicamento, eu não saberia. Não que eu saiba agora, mas eu tenho noção do que é um anti-hipertensivo, do que é um hipoglicemiante. Eu sei nomes de medicamentos, então eles falam: “*Eu uso tal*”, ele pode não falar o nome certo, mas eu vou saber conectar qual medicamento que é. Daí eu já posso perguntar: “*Está medindo a pressão?*” E esmiuçar o assunto com o paciente. Então hoje, eu não tenho medo de eles me perguntarem qualquer coisa. Mesmo que eu não saiba, ou eu vou ver ou eu vou chamar a farmacêutica. Naquela época, eu tinha muito medo de perguntar, de desenvolver, porque eles iam falar e eu não sabia nada. E daí, eu ia entrar em pânico, porque eu não sabia o que falar [*risos*] (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Certa vez, como de costume, após preparar-se para os atendimentos do dia, a exatas 15h, E1 estava pronta, com todas as suas anotações, para atender o seu primeiro usuário daquele dia. Sentou-se no guichê de atendimento, abriu todos os sistemas que utilizaria naquela tarde. O Sismedex, o *Google Docs* e o SIFE. Certificou-se do nome do usuário e foi até a recepção chamá-lo: “*Fulano X*”. O usuário levantou-se, ofegante, mas com um sorriso no rosto e foi ao encontro de E1, com os documentos da renovação nas mãos. Juntos dirigiram-se até o guichê, onde E1 realizaria o seu atendimento:

Usuário: Achei que não chegaria a tempo. Quase perdi o ônibus! Tive que correr para alcançá-lo. E o pulmão já não ajuda.

E1: E o senhor teve que usar a bombinha?

Usuário: Não

E1 pegou os documentos, que o usuário havia deixado em cima na mesa. Conferiu no sistema e solicitou que ele preenchesse os dados faltantes para prosseguir com a renovação. Posteriormente, E1 pediu licença, explicando que iria conferir a renovação com uma farmacêutica. Levantou-se, foi até F2, que estava na mesa aos fundos na farmácia. Em seguida, retornou ao guichê.

E1: Faz tempo que o senhor faz o tratamento?
 Usuário: Faz bastante tempo sim.
 E1: Que dia fica bom para o senhor vir retirar o seu medicamento no próximo mês?
 Usuário: Esse mês não vai dobrado [*medicamento*]?
 E1: Não. Como esse mês temos renovação, não consigo fornecer dobrado.
 E1 leu o agendamento e confirmou com o usuário.
 E1: O senhor se importa se conversarmos sobre o seu tratamento?
 Usuário: Não. Podemos conversar sim! Tenho todo o tempo do mundo.
 E1 realizou a enquete que foi solicitada por P1, sobre serviço de saúde (público ou privado) e meio de transporte que utiliza para vir até a FE UFSC/PMF [...]
 E1: O senhor ainda está com tosse? Vi no registro.
 Usuário: Depois que tratei a gripe melhorou. O hospital forneceu o espaçador e ajudou muito.
 E1: Parou acetilcisteína?
 Usuário relatou todos os medicamentos que estava utilizando.
 E1: Como utiliza os medicamentos?
 Usuário descreveu o modo de uso de todos os medicamentos
 E1: [*usa*] mais algum medicamento para pressão alta, diabetes...
 Usuário: Sim, hidroclorotiazida e losartana.
 E1: O senhor tem a receita aí contigo, para eu dar uma olhada?
 Usuário entregou a receita: Esse sublingual não estou mais utilizando. O médico disse para eu usar somente quando achasse necessário. O coração está bom, está apaixonado! [risos] O [*medicamento*] do colesterol também parei, estou bem! O AAS também não estou mais tomando, o médico tirou. Mas o uísque tomo todos os dias [risos].
 E1: Tem exames recentes?
 Usuário: Farei novos no próximo mês.
 E1: E o cigarro?
 Usuário: Consegui reduzir muito. Não consigo tragar, pois me dá tosse. O médico disse que já estou com enfisema pulmonar.
 E1 entrega o material educativo elaborado por ela sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
 Usuário demonstrou gostar e agradeceu.
 E1 forneceu os medicamentos ao final do atendimento (falas registradas no diário de campo, 20º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Durante o estágio, E1 verbalizou: “*Não me sinto confortável em avaliar somente a doença do CEAF. O paciente não é somente a doença*” (trecho de entrevista informal com E1 registrado no diário de campo, 9º dia de estágio na FE UFSC/PMF) e criticava a restrição das doenças a serem atendidas pelas estagiárias. E1 procurava identificar e “avaliar”, de acordo com o seu conhecimento, toda a farmacoterapia em uso pelo usuário e, sempre que possível, verificava a sua rede de apoio, alimentação, prática de atividade física e terapia complementares para doenças que fosse interessante utilizá-las.

Sua destreza na comunicação permitia coletar muitas informações durante os atendimentos. No entanto, o raciocínio clínico ocorria de maneira intuitiva: “*Não existe uma lógica formada na minha cabeça. É mais pela demanda que o paciente traz e a associação que consigo fazer com os conhecimentos sobre medicamentos que possuo*” (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Conforme o usuário dava abertura, E1 conduzia alguns questionamentos acerca dos medicamentos em uso: “*Toma tal, tal e tal medicamento. Qual é a dose? Quantas vezes ao dia? De manhã? Mas como usa?*” (trecho de entrevista com E1,

31º dia de estágio na FE UFSC/PMF). E, posteriormente, caso o usuário mencionasse alguma queixa, verificava se ele a relacionava com algum evento ou medicamento, e checava a temporalidade. Entretanto, E1 ainda se sentia muito insegura quanto ao seu conhecimento sobre medicamentos.

Ademais, E1 preocupava-se com o processo burocrático que envolvia o acesso a medicamentos. Sempre muito atenta, certificava-se quando havia alguma suspensão e tentava entender o porquê daquela interrupção. Para E1: *“A pessoa [usuário] não pode ficar sem o medicamento por um erro da parte burocrática. Até porque se ela não tiver acesso ao medicamento, não tem como a gente [estagiárias] fazer assistência. Então a gente perde bastante tempo com a parte burocrática”* (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Sua proatividade e experiência prévia contribuíram para que ela fosse, ainda, capaz de prestar orientações sobre acesso a medicamentos no SUS, tanto pelo CEAF quanto pelo CBAF.

Assim, sua vivência anterior na FE UFSC/PMF permitiu que experienciasse o dia-a-dia do serviço, do fluxo burocrático e das doenças pertencentes ao CEAF, o que permitiria a ela avançar, a um nível superior que suas colegas, no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, competências e atitudes na área do cuidado farmacêutico.

Da alegria à frustração – um processo de ensino aprendizagem muito “solto”

Diariamente, do primeiro ao último dia de estágio, das 13h às 15h, E1 registrava os atendimentos do dia anterior e se preparava para os daquele dia. Cada dia, ela era responsável pelo atendimento de quatro a seis usuários, que ocorriam das 15h às 17h, com exceção das quartas-feiras, que ocorria o momento de discussão de casos. Diferentemente das suas colegas, o seu processo de ensino-aprendizagem, de preparar e atender os usuários, foi individual. Para ela, apesar da sobrecarga imputada pela questão burocrática, pois não tinha com quem “dividi-la”, estar sozinha nesse processo foi importante para o seu desenvolvimento profissional.

E1: [...] se eu fosse dupla [com outra estagiária], [...] a outra pessoa ia ficar falando e eu não ia interromper [...]. Acho que todo mundo ia conseguir se desenvolver melhor se o atendimento fosse individual. [...] Você consegue abordar a pessoa [usuário] melhor quando é só você, porque você vai conduzindo do seu jeitinho: *“Deu um probleminha? Então vamos conversar um pouquinho”*. E, se a outra pessoa já perguntou, você volta, não sabe o que a outra pessoa perguntou. Eu acho que perde um pouco o fio da meada (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

As estagiárias se organizavam para os atendimentos como julgassem mais adequados. E1 lia os registros anteriores no intuito de, na medida do possível, dar continuidade ao “acompanhamento” desse usuário. Para cada usuário que atenderia, ao invés de elaborar perguntas, E1 anotava lembretes no bloco de notas do SIFE, que a auxiliariam durante o atendimento. Nessa fase de preparação, assim como na avaliação e elaboração do plano para registro, E1 utilizava o *Medscape*³², através do aplicativo do seu celular, onde buscava informações sobre medicamentos, e o site *Drugs.com* para verificar possíveis interações medicamentosas.

Durante a fase de preparação e registro, a presença da professora em tempo quase integral se corporificava como apoio às estagiárias. Estava ali para sanar dúvidas ou discutir alguma questão que as estagiárias julgassem pertinentes durante a organização do atendimento ou registro. Sua postura era mais “passiva”, pois acreditava que a autonomia deveria ser um dos pilares do estágio. P2: *“Ele [estudante] precisa desenvolver algumas coisas sozinho. Eu ainda sou da teoria que tem que dar um pouco de liberdade. Ficar segurando a mão: “Você já fez aquilo ali?”, o tempo inteiro, acho que isso não enriquece, é cansativo para mim e para eles”* (trecho de entrevista com P2, 35º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Entretanto, E1 sentiu falta de um direcionamento que a auxiliasse no processo de cuidado do usuário: *“Se fala muito em fazer intervenção, mas o que a gente [estagiárias] tem que pensar? Onde a gente tem que ir atrás?”* (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Em uma ocasião, após realizar os registros e se preparar para os atendimentos, E1 atendeu um usuário cadastrado com esquizofrenia no CEAF. Ele tinha consigo o receituário médico que continha os outros medicamentos que utilizava, além dos fornecidos na FE UFSC/PMF. Entre os medicamentos prescritos, havia o propratilnitrato, cuja posologia era duas vezes ao dia. O usuário se queixava que as dores no peito, cansaço e falta de ar, que se mantinham mesmo com o uso do medicamento e comprometiam suas atividades diárias.

E1: Como o senhor está usando este medicamento? [*propratilnitrato*]

Usuário: Eu tomo um comprimido duas vezes ao dia.

E1: O médico falou para o senhor tomar assim?

Usuário: Não. Estou tomando assim porque estava na prescrição que era para tomar assim.

E1: O senhor deve usá-lo sublingual.

Usuário: Nenhum momento na prescrição estava dizendo que era sublingual.

E1: O senhor tem o medicamento aí contigo?

Usuário entregou a cartela do medicamento e E1 foi confirmar com a supervisora sobre a sua administração sublingual.

E1: F2 você já viu tomar o propratilnitrato ou ele tem que ser [*administrado*] somente sublingual?

³² O *Medscape* é um site que fornece acesso a informações médicas baseadas em evidências científicas.

F2: Tem que ver!

E1: Então tá.

Enquanto retornava para o guichê E1 refletiu: Só que não é “tem que ver”. O paciente está lá e eu preciso atendê-lo. Eu vou orientá-lo a usar sublingual, pois ele é formulado para ser sublingual.

E1 retornou ao guichê, mostrou ao usuário que estava escrito sublingual na cartela e orientou: Tenta usar esse mês duas vezes ao dia, botando embaixo da língua e espera uns cinco minutinhos ele dissolver todo e você vê se vai diminuir as dores (falas registradas no diário de campo, 14º dia de estágio na FE UFSC/PMF, com inserção de trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

E1 lembrou em entrevista que quando o usuário mostrou a cartela do medicamento ela pensou: “*Mas isso aqui é sublingual e ela está referindo dor*”. E comentou que por mais que não soubesse o mecanismo de ação do medicamento, se o usuário ainda estava com falta de ar, aperto no peito, provavelmente havia “*Algum erro, ou de administração, ou de adesão*”, que estava influenciando a “*eficácia*” do tratamento (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF). No outro dia, E1 registrou este atendimento:

Registro

S: Paciente se aposentou em maio e informa que trabalhava como professora de português. Refere que a aposentadoria veio em momento muito bom para cuidar de sua saúde. Paciente relata ter passado bem no último mês. Conta que endocrinologista reduziu medicamentos da diabetes, pois melhorou os exames. Não realiza atividade física. Relata que sente muita dor no peito em forma de aperto e é obrigada a realizar pausa entre as atividades do cotidiano. Informa que em 05/2019 teve consulta com cardiologista e os exames do coração estão bons. E, devido ao fato de não ter indicação para realizar cateterismo, toma o propatilnitrato. Relata que a pressão está boa (sic).

O: metformina - 0-0-2 (jantar); hidroclorotiazida 25mg - 1-0-0; atenolol 50mg - 1-0-1 (10h e 22h); rosuvastatina 10mg - 0-0-1; levotiroxina 100mcg - 1-0-0 (jejum); levotiroxina 50mcg - 1-0-0 (jejum); ácido acetilsalicílico 100mg - 0-1-0 (almoço); omeprazol 20mg - 1-0-0 9 (jejum); losartana 50mg - 1-0-1 (9h e 21h); fluoxetina 20mg - 1-0-0; propatilnitrato 10mg - 1-0-1 (10h - 22h); olanzapina 10mg - 0-0-1

A: Paciente comunicativa e pouco desconexa;

P: Oriente a tomar propatilnitrato sublingual (Utilizava por via oral). Verificar se sentiu dor no peito (trecho do diário de campo, 14º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Sua motivação e vontade em cuidar de pacientes, expressos em suas atitudes e no percurso formativo escolhido, esbarravam na dificuldade na prática clínica. A ausência de completude e sistematização no seu processo de avaliação da farmacoterapia do usuário inibia a concretização de um atendimento efetivo. Para E1, o processo de ensino-aprendizagem na FE UFSC/PMF, como um todo, foi muito “*solto*”, o que afetou o seu desenvolvimento. E1 acreditava que as supervisoras deveriam auxiliar no direcionamento do olhar das estagiárias no serviço “*assistencial*”. Com seus conhecimentos teóricos e, principalmente, experiência prática contribuiriam para que o ensino-aprendizagem despertasse nas estagiárias aprimoramento (ou desenvolvimento) de suas habilidades de anamnese e busca de informações, e assim, saberiam como conduzir a fase de estudos e o atendimento ao usuário.

E1: Então eu acabei de atender um paciente. Ele [usuário] falou que usa uns três, quatro medicamentos. Eu não tenho como intervir nada na hora, porque eu não tenho conhecimento sobre medicamento. Mas vou conversar com a supervisora depois que terminar o atendimento: *“Atendi tal paciente, consegui coletar essas informações, usa esses medicamentos”*. Com a sua [da supervisora] experiência [responderia]: *“E1, foca nisso, quando o paciente apresenta isso. Tem que ficar atenta nisso.”* A supervisora viria se tinha algum outro sintoma ou alguma outra queixa, que é mais perceptível na prática que na teoria. *“Ah ela [supervisora] disse para eu prestar atenção nisso. Então, vou atrás de informações sobre isso, para eu me atentar na próxima vez que eu atender um paciente com a mesma queixa ou dúvida.”* [...] E depois discutir sobre o que eu achei ou não, para direcionar. Não tipo: *“Leia o material que está ali”*. O material que todo mundo lê. Eu fiquei decepcionada por estar muito solto (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Naquela semana, no momento de discussão de casos, E1 compartilhou o atendimento desse usuário com as colegas e com P2:

E1: Ele conseguiu se comunicar normal comigo [usuário com diagnóstico de esquizofrenia]. Então eu consegui desenvolver a conversa com ele. Ele estava bem estabilizado, bem ciente. Perguntei como estava tomando o propranolol. E ele estava engolindo! Falei para começar a tentar usar sublingual, para ver se reduzia as dores no peito. Eu acredito que isso faça diferença.

E5 e E11 sinalizam concordância com a avaliação de E1.

P2: Se é sublingual, ele não deve ter um revestimento adequado para suportar o ácido do estômago.

E1: Não tive tempo de ver os medicamentos dele, pois atendi ontem.

P2: O que eu achei estranho é que o propranolol é para ser utilizado quando tem dor e ele está utilizando todos os dias.

E1: Na receita estava uso contínuo.

P2: Mas é utilizado para prevenção. Ele estava bem? Você conseguiu conversar bem tranquilo?

E1: [O usuário estava] um pouco disperso. Ele me falou que quando está fazendo alguma coisa em casa, cozinhando, precisa parar para descansar, por causa da dor no peito.

P2: No caso dele não tem muito o que fazer, mas dá uma olhada que os antipsicóticos têm efeitos cardiovasculares. Eu já vi cardiologista recomendar uso de estatina mesmo para quem não tem colesterol alto, porque a pessoa é de alto risco. E quanto menor [o colesterol] melhor (falas registradas no diário de campo, 15º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

No mês seguinte, E7 e E14 o atenderam e repassaram o resultado da intervenção de E1 a ela. O usuário comentou que o cansaço reduziu 90% após iniciar uso conforme recomendado por E1. *“Eu fiquei bem feliz na hora, porque isso é uma diferença. Eu a orientei na hora, uma coisa que a gente acha que é supersimples, super boba, que é só a forma de administração do medicamento, mas que melhorou a qualidade de vida dele”* (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF). Era perceptível o entusiasmo de E1 quando conseguia contribuir, de alguma forma, para a melhora da qualidade de vida do usuário.

Ao longo dos atendimentos e no momento de preparação e registro, houve momentos em que E1 poderia ter sido direcionada no processo de cuidado. Entretanto, talvez a carência de experiência prática das professoras e por não abordarem de maneira sistematizada a avaliação

da farmacoterapia, impossibilitaram E1 de avançar no desenvolvimento de habilidades e competências clínicas.

A importância de um processo de trabalho estruturado na formação para o cuidado

Em um momento de discussão de casos, E1 relatou o atendimento, realizado no dia anterior, de um usuário cadastrado no CEAF para asma. O usuário administrava um jato de fenoterol diariamente e, quando se sentia cansado, acrescentava mais dois jatos. Ainda tomava, sob indicação de um farmacêutico, cloreto de magnésio e cápsula de alho diariamente, para prevenção de crises de asma, e quando tinha “crise” utilizava formoterol + budesonida três vezes ao dia (com receita médica). O usuário tinha também tendinopatia de supraespinhal, para a qual tomava, quando sentia dor, dipirona e ciclobenzaprina. E1 contou que ao final do atendimento, o usuário questionou sobre o corticoide presente no formoterol + budesonida, e que ela explicou sobre o seu efeito local e sobre a necessidade do seu uso contínuo, para evitar “crises”.

E1: Depois desse atendimento, decidi fazer um folheto explicando o que é asma. Tem muitas pessoas que utilizam o medicamento porque o médico passou, mas não tem noção do que é a doença. É uma plantinha que tem que ser regada todos os dias para não ter crise.

E1 elaborou o folheto com base no documento do Ministério da Saúde e continha informações como: o que é a asma, a diferença das vias aéreas de alguém com asma; os sintomas; a ausência de cura e necessidade de tratamento contínuo; e medidas educativas para evitar crises.

P2: Não precisa entregar para todos os pacientes, mas quando vocês percebem que eles não compreendem a doença, podem imprimir na hora e entregar. Você [E1] verificou se o paciente estava utilizando o dispositivo corretamente?

E1: Não. [Esse atendimento] foi antes de F1 explicar [o modo de uso dos dispositivos inalatórios].

P2: A iniciativa da E1 elaborar esse material é muito bacana (falas registradas no diário de campo, 19º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Certo dia, E1 atendeu um usuário cadastrado no CEAF com transtorno afetivo bipolar. No atendimento a mãe relatou que o filho estava utilizando os medicamentos (quetiapina, lamotrigina, escitalopram e carbonato de lítio) há três anos sem melhora terapêutica (observado pela mãe), com sintomas frequentes (diário) de ansiedade e “pânico”. A mãe comentou que o filho vai ao psiquiatra uma vez por mês e que não conseguia ir à psicóloga por medo. Por meio da percepção da mãe sobre os sintomas do usuário, E1 avaliou que o tratamento não estava sendo efetivo.

P1: É difícil avaliar paciente com doença psiquiátrica.

E1: Pensei em orientar o médico a pedir dosagem de lítio.

P1: Você vai pedir para um psiquiatra fazer dosagem de lítio? (*silêncio na sala*) O que podemos fazer para não interferir no diagnóstico e tratamento do paciente é checar as interações para verificar intoxicação por lítio e fazer uma carta!

Posteriormente discutem por um tempo prolongado sobre o lítio e o risco de intoxicação, devido à obesidade do usuário.

P1: Temos que nos ater onde o farmacêutico pode atuar [*nesses casos*], como reações adversas e interações (falas registradas no diário de campo, 7º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Sensibilizada com a situação e preocupada com o usuário, no dia seguinte, E1 também compartilhou o caso com F1 e juntas definiram que enviariam uma carta ao médico de saúde da família, solicitando sua avaliação para o encaminhamento do usuário à psicologia. E1 elaborou a carta e F1 a corrigiu. E1 entrou em contato com a mãe do usuário para verificar a possibilidade de antecipar o seu agendamento do próximo mês na FE UFSC/PMF. No retorno, a satisfação de E1 estava retratada em seus olhos. No horário agendado, E1 chamou a mãe, que estava acompanhada pelo usuário, que logo retornou à recepção, pois ficou incomodado com o barulho presente na sala de atendimento. E1 comentou que haviam conseguido uma consulta médica para o usuário e pediu para a mãe entregar a carta, que elas haviam elaborado a ele.

O profissionalismo e a responsabilidade de E1 pelo usuário e a clareza nas informações repassadas, marcaram esse atendimento. Ao final, E1 comentou com mãe, que o próximo atendimento, em decorrência do término do seu estágio, seria feito por outra estagiária, que iria manter o acompanhamento. A mãe agradeceu “*Toda atenção e dedicação*” de E1 com o seu filho e pediu se poderia dar um abraço. Fiquei emocionada com a demonstração de afeto e reconhecimento pelo serviço prestado por E1.

No início do estágio, E1 participava das discussões de casos com mais afinco. Usualmente, mantinha o computador aberto e buscava informações, seja na bula, quando era situação que envolvia estabilidade e excipientes, em monografia do fármaco e nas associações médicas ou artigos científicos, quando se tratava de dúvidas quanto a uma doença específica. Conforme o tempo passava a sua participação ficava cada vez mais tímida. E1 interagiu pouco, mantinha-se sempre no computador, finalizando registros e preparando os atendimentos do dia seguinte. Por diversas vezes me questionei: Será que ela não tinha dúvidas? Ou entendia que este momento não estava trazendo contribuições para o seu processo de ensino-aprendizagem?

Em entrevista, E1 afirmou que não achava interessante discutir casos. E1 entendia que esse momento, junto a professora, seria mais bem aproveitado, se fossem trazidos temas alternativos, para serem discutidos, que complementariam a sua formação teórica. No entanto, acreditava que “*Por estarem numa prática de estágio, esse momento não poderia se assemelhar a uma coisa tipo aula, tipo forçar, porque querendo ou não a gente está se*

descobrimo como farmacêutico” (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

A riqueza que esse espaço poderia agregar para a sua formação, não fomentou entusiasmo em E1. Talvez a falta de consistência nos encaminhamentos que eram sugeridos ou o apenas “contar de casos” atendidos, desmotivou a sua participação neste espaço. Ao invés de aproveitar esse momento como intencionado pelas professoras e supervisoras, E1 o utilizava para tentar colocar em dia a demanda reprimida dos atendimentos, que ela buscava executar, de acordo com o que era pretendido pela equipe UFSC. Contudo, esse tempo, ainda, não era suficiente.

A continuidade do cuidado: um serviço não exequível na FE UFSC/PMF

A proatividade e comprometimento de E1 se estendiam a todos os usuários que atendia. E, quando alguma questão envolvendo o serviço a impossibilitava de realizar o atendimento conforme planejado, sua frustração era perceptível. Um dia, final da tarde, E1 foi até a recepção chamar, com 16 minutos de atraso, o seu último usuário daquele dia. A tarde havia sido bastante tumultuada. Problemas com processos e/ou renovações dos usuários atrasaram a sua agenda e comprometeram que conduzisse os seus atendimentos para além do acesso ao medicamento. Era o filho que estava ali para buscar o medicamento do pai. Aparentemente com pressa, adentrou a farmácia e se dirigiu até o guichê, juntamente com E1. Ele havia chegado muito antes do horário agendado na FE UFSC/PMF.

E1: Seu pai ainda está deixando de tomar a medicação às vezes?

E1 havia visto no último registro, de sete meses atrás, que o usuário havia relatado que as crises diminuíram bastante e que, por isso, muitas vezes não administrava o medicamento.

Filho: Sim

E1 entregou o material educativo que elaborou sobre asma. Reforçou, resumidamente, alguns pontos do tratamento e do caráter crônico da doença.

E1: Essa medicação tem que ser utilizada todos os dias.

Forneceu o medicamento e se despediu. Olhou para mim e desabafou: Estou frustrada hoje. Não era para ter sido assim! Me preparei para o atendimento e não consegui por causa do tempo [*farmacêuticas da SMS-PMF “fechavam” o estoque as 17 horas*].

Registro:

S: filho relata que o pai ainda não administra o medicamento todos os dias por medo e desconhecimento sobre a doença.

O: formoterol + budesonida 12/400 mcg 2x/dia

A: doença de base não controlada.

P: informei filho sobre a doença de base do pai ser de cunho inflamatório e ser necessária a administração todos os dias; Pedi para filho incentivar o pai a usar todos os dias o medicamento; entrego material educativo sobre a asma: "conhecendo a asma", disponível no material do apoio sobre asma; verificar se utiliza outros medicamentos (falas registradas no diário de campo, 22º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

No decorrer do estágio, houve momentos em que os atendimentos foram reduzidos de 30 para 20 minutos, o que prejudicou o atendimento prestado, principalmente, por E1: “*No início estávamos atendendo em 30 minutos e eu estava conseguindo fazer tudo, clínico e burocrático. Mas essa semana está um caos*” [atendimentos realizados a cada 20 minutos] (trecho do diário de campo, 23º dia de estágio na FE UFSC/PMF)

Durante a avaliação do estágio, as estagiárias discutiram sobre o tempo destinado para cada atendimento. E1 afirmou que “*30 minutos daria para conversar mais com o paciente e fazer a parte burocrática tranquilo*”. No entanto, posteriormente vivenciou que o atendimento realizado de 30 em 30 minutos, reduziu o número de usuários e com isso a possibilidade de identificar algum problema com o uso de medicamento.

E1: Antes [atendimento de 20 em 20 minutos] eu atendia seis ou cinco [usuários]. Eu conseguia fazer SOAP de dois, às vezes meio corrido [...]. [Atendimentos de 30 minutos] eu só tenho quatro pacientes. Daí eles faltam [risos], porque ontem só veio uma pessoa. Ou elas não querem falar, porque elas têm a opção de não querer compartilhar, não querer conversar. Então eu acho que reduz [...] a possibilidade de surgir algum caso interessante. Daí eu já não sei se meia hora de atendimento seria o ideal (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

O serviço que a equipe UFSC propunha que as estagiárias desenvolvessem era, pela perspectiva de E1, inexecutável. Não apenas pela estruturação da FE UFSC/PMF e o serviço burocrático envolvido no CEAF, mas pela própria organização dos atendimentos. O tempo destinado à preparação e atendimento, associado à limitada experiência das estudantes, se tornavam obstáculos para a garantia da prestação de um serviço de “acompanhamento” do usuário na FE UFSC/PMF:

E1: Eu acho que é pouco o tempo que a gente [estagiárias] tem para se preparar para atender os pacientes. Primeiro que a gente tem acesso ao nome, ao medicamento e à classificação em que ele [usuário] está aqui na Farmácia Escola. [...] Aí você chega de frente para o paciente e pergunta: “*Você usa mais algum medicamento?*” E ele usa mais dez [medicamentos] [...]. Então ele já não é mais aquela classificação que está aqui, ele já tem N outros problemas, que não dá para a gente se preparar [para o atendimento] em uma hora e meia. Isso que ainda não é só esse paciente. A gente se prepara para quatro ou cinco pacientes. Eu acho impossível ter um *feedback*, ter uma intervenção, se preparando para todos esses pacientes de um dia para o outro [...]. Eu acho que isso é mais a longo prazo. Então, eu tive o primeiro contato com o paciente, vou sondar o que ele tem, quais são os medicamentos. Posteriormente, eu posso ver as interações. Mas só uma dispensação, para mim é insuficiente [...], porque a gente não tem experiência na parte técnica [de conhecimento] de medicamento. De saber que isso não pode. Isso tem que cuidar. Isso é muito comum nesse medicamento, então se a pessoa se queixar disso, você tem que fazer a ligação. A gente não tem esse raciocínio na hora para fazer as intervenções no primeiro atendimento (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Ademais, os desafios com a prática clínica foram vivenciados, muitas vezes, associados à dificuldade no acesso às supervisoras para sanar suas dúvidas vinculadas a questões clínicas

no momento do atendimento, devido, além da sobrecarga já mencionada, a ausência de formação das supervisoras para a área do cuidado em saúde.

E1: Tudo bem que às vezes elas [*supervisoras*] tentavam. A F1 vinha perto da gente [*estagiárias*]: “*Está tudo certo?*”. Nesse momento estava tudo certo, não tinha nenhuma dúvida. Mas, às vezes, durante o atendimento, eu gostaria de perguntar alguma coisa e não tinha uma supervisora para perguntar. Tudo bem que sempre tem gente ali. Só que, às vezes, não é tecnicamente a área da pessoa [*supervisora*] [...]. Às vezes, a F1 não estava, estava a F2, só que ela não atendia os pacientes assim. A devolutiva dela [F2] [...] é mais tipo: “*Vamos procurar, vamos ver na bula*” [...]. Eu estava com uma dúvida, daí eu fui perguntar e ela [F2] falou: “*Não sei se tem problema ou não*”. Claro, ninguém sabe, mas às vezes com a experiência de atender, a pessoa já sabe se isso pode ou se isso não pode. É uma coisa de prática, não de estudar ou não (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

A experiência

E1 veio com uma grande expectativa em dar continuidade à sua formação para o cuidado, cujo início ocorreu na FE UFSC/PMF. No entanto, a privação de acompanhar um atendimento farmacêutico a frustrou. Para E1, a figura de uma profissional referência, um modelo, seria imprescindível para a sua formação como farmacêutica. Com toda a bagagem que havia acumulado durante a graduação, acompanhar uma farmacêutica iria concretizar toda uma cadeia de conhecimentos teóricos que aprendera.

E1: Eu acho que o que mais dificultou foi de não ter a figura do farmacêutico para a gente [*estagiárias*] se espelhar. Não ter um modelo. Porque a gente tem aula com professores que talvez nunca estiveram na prática, atendendo os pacientes, várias vezes, rotina. E eles não conseguem passar isso para a gente. É sempre mais livros, o que é mais indicado na literatura. Então, a gente nunca sai preparado (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

Assim, E1 acreditava que a experiência na FE UFSC/PMF traria um enorme impacto na sua formação, porém não influenciou como havia imaginado. E1: “*Talvez se a pessoa nunca pisou aqui, é o primeiro contato dela com paciente, vai agregar muito ter o contato com o paciente e ver a demanda que esse paciente traz. Só que para mim, eu acho que eu não tive tanto ganho*” (trecho de entrevista com E1, 31º dia de estágio na FE UFSC/PMF).

5.3.5.2 Meu segundo passo: as vivências no CS-Saco grande

5.3.5.2.1 *Narrativa de E17*

Início essa narrativa contando um pouquinho da história de E17 e dos reflexos do seu percurso educacional na experiência vivenciada por ela, durante o seu estágio no CS-Saco Grande. Estudante de Farmácia do 10º período, 24 anos, E17 vem de uma família cujos pais

também são da área da saúde: pai é médico e mãe psicóloga. Talvez sua origem nos ajuda a entender um pouco seu perfil curioso e seu espírito investigativo, que ganhará vida ao longo dessa narrativa.

O curso de Farmácia entrou na vida de E17 quase que ao acaso, após insucesso no primeiro vestibular para Fisioterapia e por incentivo de uma professora de Química. E17 escolheu uma profissão, cuja área de atuação era por ela, até então, desconhecida. No entanto, à medida que experienciava a sua *práxis*, nos estágios, “ser farmacêutica” ganhava cada vez mais cor e passava ser (ad)mirada como sua morada, ao longo de sua vida profissional.

E17: Estava pensando, quem [*colegas de graduação*] está mais focado no final do curso, foram os que fizeram mais estágios durante a graduação. Dá tempo para se apaixonar e se dedicar para aprender! Percebo que os meus colegas se frustram com a profissão, quando vão para os estágios, devido à questão salarial, reconhecimento profissional e também porque é difícil colocar tudo que aprendemos em prática (trecho de entrevista informal registrado no diário de campo, 29º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Durante a graduação, E17 fez iniciação científica na Bioquímica, estágio em farmácia de manipulação e em duas farmácias comunitárias privadas, uma de bairro e outra de rede, além dos dois estágios previstos no currículo formal do curso de Farmácia da UFSC – “Estágio em Análises Clínicas”, no HU-UFSC, e “Estágio em Farmácia”, na FE UFSC/PMF. Na farmácia de manipulação, onde acreditava, no início do curso, que encontraria refúgio profissionalmente, E17 teve o seu primeiro contato com o usuário e pode vivenciar como abordá-lo. Nas farmácias comerciais, com auxílio das farmacêuticas, alcançou êxito nas conexões entre sala de aula e o dia a dia da farmácia, especialmente com conceitos trabalhados na disciplina de Farmacologia. No último ano do curso, se identificou com a área de saúde pública, tanto com o serviço assistencial, quanto com a área acadêmica, o que a motivou a conversar com a professora da área, a respeito da possibilidade de realizar mestrado.

Conheci E17 no seu primeiro dia de estágio no CS-Saco Grande. Até então, nunca havia visto antes pela UFSC. E17 iniciou o estágio às 11h. Com um sorriso tímido e olhos que transmitiam toda a sua expectativa por aquele momento, E17 adentrou a farmácia e se dirigiu até a sala de apoio administrativo, onde estavam reunidas as supervisoras (F6 e F7) e E3. E17: “Oi gente!” E17 já conhecia as supervisoras que estavam responsáveis pelo seu acolhimento, o que dispensou maiores apresentações.

Em sua primeira atividade, leitura da normativa que rege a Assistência Farmacêutica do município, indagou as supervisoras sobre quais receitas eram atendidas no SUS (rede pública e privada), sobre a fiscalização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na

farmácia do CS, sobre a existência de farmácia viva do bairro e sobre a oferta de práticas integrativas e complementares no CS. Já no seu primeiro dia de estágio, E17 revelou um pouco sobre si: questionadora e entusiasmada, características que me fizeram lembrar um pouco de mim, durante os estágios na minha época na graduação.

Formação do farmacêutico para o cuidado – ausência de um padrão de atendimento

Após acompanhar alguns atendimentos e receber orientações das supervisoras, E17 estava “pronta” para atender seu primeiro usuário. Sentou-se na cadeira e chamou: “54!”. Seu primeiro usuário encontrava-se a sua frente, em pé e de braços cruzados. Ainda entendendo o sistema que acabara de aprender, E17, com os olhos fixos na tela do computador, manteve-se atenta a todos os detalhes para realizar a baixa correta do medicamento no sistema. A postura intimidadora do senhor, aparentemente impaciente e com pressa, não amedrontou E17. A sensação era que ela estava tão focada no sistema, que não percebeu o usuário à sua frente. Esse comportamento de E17 se manteve ao longo do estágio. Sempre tranquila, não acelerava o atendimento, mesmo quando havia muitos usuários aguardando para serem atendidos na farmácia.

Todos os dias E17 chegava no estágio e prontamente perguntava a quem estava na dispensação: “Alguém quer trocar comigo?”. No início do estágio, E17 apresentava dificuldade em questões simples da dispensação, como realizar cálculos do quantitativo de medicamento, de acordo com a posologia, e orientação sobre o modo de uso e preparo de alguns medicamentos. Com o passar dos dias, E17 ganhou confiança e começou a interagir com o usuário e a avaliar o processo de uso dos medicamentos e a questionar quanto à efetividade e segurança dos medicamentos, de acordo com o conhecimento acumulado até ali.

E17: Como o seu pai está?

Filho do usuário: Está bem.

E17: Sabe se ele tem aferido a pressão?

Filho do usuário: Não sei te dizer, mas acho que sim.

E17: Ele tem sentido falta de ar?

Filho do usuário: Acho que não. O que eu percebi é que está com tosse.

E17: Seu pai utiliza somente o salbutamol?

Filho do usuário: Ele utiliza uma outra bombinha, que coloca uma cápsula dentro.

E17: Ele retira na farmácia escola?

Filho do usuário: Acho que sim! Ele toma muitos medicamentos!

E17: Alguém ajuda ele com os medicamentos?

Filho do usuário: Não, mas ele sabe todos.

E17 oferece serviço da farmácia para organizar os medicamentos.

E17: Quantas vezes ele toma paracetamol por dia?

Filho do usuário: Acho que 4 vezes ao dia.

E17 consulta a dose máxima na internet e orienta a não tomar mais de 8 comprimidos (de 500 mg) ao dia.

E17: Seu pai tem problema hepático?

Filho do usuário: Não [...] (falas registradas no diário de campo, 14º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Sua *práxis* delongava o seu atendimento e “*sobrecarregava*” quem estivesse na dispensação com ela. Isso gerou momentos de tensão entre E17 e suas colegas e com as supervisoras, especialmente as residentes. E17 era, constantemente, advertida, a encaminhar os usuários que atendia na dispensação para uma consulta farmacêutica.

Em conversa com a supervisora F6, a estagiária E3 desabafou: Eu me irrita com E17. Ela demora demais nos atendimentos [*dispensações*]. Na sexta-feira pedimos [*estagiárias E3 e E16*] para F5 [*supervisora*] conversar com ela, pois ela fica 40 minutos com cada paciente! Me incomoda ver os pacientes em pé aguardando [...]. A supervisora F6 concordou, porém advertiu E3: mas a farmácia não é um *drive thru* e o paciente tem que aguardar para ser atendido, como acontece quando é atendido pela Medicina e Enfermagem (falas registradas no diário de campo, 61º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Ao longo do estágio, E17 experimentou momentos que foi pressionada a acelerar o atendimento, em decorrência a sobrecarga do serviço. Isso a deixava muito desconfortável, pois entendia que seu tempo era mais “devagar” e gostava de respeitá-lo, para garantir qualidade nas suas ações e não correr o risco de errar.

E17: Eu acho que a maior dificuldade que eu tive aqui [...] foi essa questão da pressão assim. De ter que fazer as coisas em determinado tempo ou quando tinha muita fila, às vezes, eu mesmo me pressionava [...] a acelerar. Só que ao mesmo tempo, eu queria dar um bom atendimento para o usuário. Então tinha a pressão minha e externas de cumprir em determinado tempo. E isso me deixava mal, de não conseguir (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Os atendimentos prestados por E17 se assemelhavam, ou tentavam, com a prática farmacêutica de F5, porém esta contava com uma experiência profissional de anos na APS. F5 realizava um atendimento que promovia o fornecimento do medicamento e um serviço de rastreamento, onde identificava usuários com problemas na farmacoterapia e os encaminhava para a equipe e/ou farmacêutica da área. O delongar dos seus atendimentos também era alvo de críticas. As incertezas quanto ao modelo de atendimento que E17 deveria “seguir” transmutou-se em insegurança sobre tudo o que aprendera até então. Como E17 deveria conduzir o seu atendimento na dispensação? Haveria certo ou errado?

E17: [*durante o estágio*] acho que eu consegui melhorar o atendimento, o que falar e o que não falar, porque eu falo muito e pergunto muito. E eu achava que isso era muito bom. Na farmácia escola eu achava: “*Que maravilhoso, eu pergunto muito, eu consigo...*” Eu achava que eu conduzia um atendimento muito bom. Só que aqui, eu vejo que às vezes falar demais é ruim. Então eu tenho me policiado mais com o que eu pergunto (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Durante a dispensação, E17 buscava avaliar a farmacoterapia do usuário. No entanto, contraditoriamente, quando E17 participava de uma consulta farmacêutica, a avaliação da efetividade e segurança deixava de ser foco do seu processo de cuidado, que se centrava no

modo de uso do medicamento e na criação de mecanismos para auxiliar a adesão ao tratamento.

E17: Eu perguntei, não lembro exatamente como foi, [...] eu pergunto às vezes até demais [...]. Devo ter perguntado: “*Como que a senhora toma isso?*” Aí eu percebi que ela estava confusa e [...] levei para a F8, [...] que me contou que a paciente não sabia ler. [...] F8 já a conhecia, porque era da nossa área [...]. Discutimos um jeito de fazê-la entender. Colocamos adesivos, fizemos desenho de lua e [...] [*tentamos*] ensinamos ela [...] a aplicar a insulina. Mas percebemos que ela não conseguia entender. Ela não tinha nenhuma rede de apoio, só uma filha e o marido, mas a filha não estava disposta a ajudar e o marido [...] também era analfabeto [...]. Era uma situação bem complicada. Aí a enfermeira ENF3 começou a deixar as insulinas já preparadas para ela. Mas quanto aos demais medicamentos, acho que ela entendeu. A gente falou que mensalmente vamos colocar adesivo nas cartelas, o do dia e o da noite. E eu acho que ajudou bastante (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

E17 tentava reproduzir o atendimento aprendido na FE UFSC/PMF associado às atribuições desempenhadas pelas farmacêuticas do CS-Saco Grande, que foram construídas historicamente pelas farmacêuticas que por ali passaram, e refletia no modo como os demais profissionais as enxergavam. Tratava-se de uma construção social de uma cultura do “ser farmacêutico na APS” que criou base para a sua identidade profissional.

Reflexos de uma formação fragmentada não voltada ao cuidado em saúde

Em certa ocasião, após E17 finalizar uma dispensação para um usuário que retirava medicamento para o tratamento de tabagismo, RF1 (residente de farmácia de outro programa), que acompanhava um grupo de tabagismo, se aproximou de E17 e explicou sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Esclareceu sobre o grupo de apoio, para auxiliar o usuário a parar de fumar e as opções de tratamentos medicamentosos disponíveis. E17 ficou atenta à explicação, interpelou cada detalhe que não compreendia. Essa característica questionadora de E17, por vezes, ocasionava desconforto entre as supervisoras, especialmente as residentes, quando não tinham a resposta para as suas indagações.

RF1: É importante ressaltar ao paciente a importância de parar de fumar para usar o adesivo.

E17: O que acontece se o paciente persistir fumando?

[*silêncio*] F7 e RF1 não sabiam responder o questionamento de E17.

F7: Vai causar uma sobrecarga de nicotina.

E17, não satisfeita com a resposta, buscou a informação na internet [...].

E17: Porque o adesivo não pode ser colocado próximo às mamas?

F7: Provavelmente, porque tem muito tecido adiposo e isso pode aumentar a absorção do medicamento (falas registradas no diário de campo, 3º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Após a explicação, questionei E17 sobre como ela se sentiu durante o atendimento que acabara de prestar. E17: “*Um pouco insegura. Nunca tinha atendido ninguém* [tabagista]

antes e não tive isso na faculdade. A única coisa que tive foi a farmacotécnica de forma farmacêutica transdérmica e bupropiona, muito rapidamente em farmacologia. Mas em um próximo [atendimento] me sentirei mais segura” (trecho de entrevista informal com E17 registrado no diário de campo, 3º dia de estágio no CS-Saco Grande).

O afastamento entre o estágio (prática) e as disciplinas (teoria) importantes para a prática clínica, associados a escassez de disciplinas de “Farmacologia”, eram identificados por E17 como responsáveis pelas suas dificuldades durante a dispensação. A lembrança do estágio em farmácia comercial ressoava em sua mente como um período em que ela conseguia estabelecer, de maneira mais eficiente, o “link” entre teoria e prática. E17: *“Acredito que isso ocorreu porque na época estava cursando “Farmacologia” e “Assistência Farmacêutica”. Lá eu conseguia dar mais [desenvolver o serviço assistencial]. Agora demoro muito para lembrar”* (trecho de entrevista informal com E17 registrado no diário de campo, 5º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Nesse contexto, os seminários, durante o estágio no CS-Saco Grande, se tornaram estratégicos no processo de ensino-aprendizagem de E17: *“No semestre passado [9º período] a gente não teve mais disciplina [...] obrigatória. Então, faz um ano que eu não tenho [teoria] ... Então para a gente recapitular, para lembrar, para trazer para cá... É legal ter seminário”* (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

A sua fragilidade teórica causava desconforto. Frustrava-se quando se deparava com alguma situação em que não dispunha de conhecimento suficiente para atuar junto ao usuário. Sempre que isso acontecia, tratava de supri-la na literatura. O interesse pela área do cuidado em saúde, explícito em suas ações e comprometimento, não a direcionou para cursar as disciplinas do eixo “Prática Clínica e Farmácia Hospitalar”. Isso aconteceu, pois o seu despertar para a área do cuidado, aflorou tardiamente durante a graduação.

No início da sua participação nas reuniões de área, E17 achava “difícil” a inserção do farmacêutico na equipe. E17: *“É discutido muitos casos clínicos, que precisam de conhecimento prático. O caso da permetrina que eu poderia contribuir, eu não sabia responder. F8 não se manifesta durante a reunião, talvez F5 conseguiria contribuir nas discussões, pois possui um bom conhecimento clínico”*. A sua feição transmitia toda a frustração que vivera naquele dia na reunião (trecho de entrevista informal registrado no diário de campo, 24º dia de estágio no CS-Saco Grande). No entanto, com o passar do estágio E17 começou a interagir com a equipe, o que gerou satisfação.

[*Antes de iniciar a reunião propriamente dita, durante os informes*] M3: Tenho um matriciamento para a farmácia e não posso esquecer de passar.

E17: Nós temos duas coisas para repassar, mas passaremos na próxima semana [*se vira para F8 validando a sua afirmação*]. E17 estava bastante entusiasmada e ansiosa para repassar o caso para M3.

Ao terminar a reunião, E17 bastante contente, comenta comigo [sorrindo]: Hoje a reunião foi legal. Participamos mais (falas registradas no diário de campo, 50º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Atenta e entusiasmada a tudo que era discutido nas reuniões, participava sempre que a farmácia era requisitada. Em determinados momentos, sua feição revelava o quanto aquela experiência se distanciava da sua realidade e do que aprendera durante a graduação:

M3: Percebi que você [E17] fez uma cara de susto quando comentei sobre o paciente com HIV que foi internado. Essa é a realidade brasileira.

E17 com olhos arregalados e surpresa, confirma com a cabeça e verbaliza: Mas o medicamento é fornecido! A gente aprende na teoria uma coisa e na prática é totalmente diferente. A gente acha que prescrevendo e fazendo uma dispensação correta, está garantido [*o tratamento e sucesso terapêutico*] (falas registradas no diário de campo, 15º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Na mesma reunião, ao ouvir a médica M3 solicitar que a ACS fizesse uma busca ativa, E17, cheia de dúvidas, se virou para mim e questionou: “*O que é busca ativa? É ver onde mora o paciente?*” Antes e após as reuniões não eram feitas teorizações e/ou reflexões de modo a empoderar E17 sobre a prática do farmacêutico na APS e sobre o trabalho interprofissional. A graduação possuía a disciplina obrigatória de “Atenção à Saúde (I, II, III e IV)”, que dispunha de uma carga horária bastante extensa, mas que, talvez, não encontraram ressonância em E17 naquele momento. Essas disciplinas estavam distribuídas nos primeiros períodos (1º, 2º e 3º) e no 8º período, com enfoque maior da APS nas três primeiras, respectivamente.

A proatividade e motivação diante da ausência de estruturação do processo de aprendizagem

Ao longo do estágio, E17 aproveitava cada situação que vivenciava para aprender alguma coisa. Era curiosa e proativa. Um dia, quando chegou na farmácia, vendo que não havia guichê para ela ficar na dispensação, foi organizar o estoque juntamente com RF1. A cada gaveta que abria, ela lia, com muita atenção o nome do medicamento e fazia diversos questionamentos para RF1. Essa característica de E17 também se fez presente nas suas atividades de introdução ao CS-Saco Grande, quando acompanhou um técnico de enfermagem nas salas de vacinação e de medicação.

O técnico de enfermagem, muito solícito e colaborativo, explicou sobre a aplicação de medicamento por via subcutânea, intramuscular e endovenosa. Após elucidar, detalhadamente, as técnicas de aplicação, sob muitos questionamentos de E17, o técnico de enfermagem verificou se E17 gostaria de “praticar” nele a aplicação intramuscular, com água

destilada. E17 prontamente aceitou. Com um sorriso, E17 pegou a seringa e o técnico de enfermagem foi repassando o passa-a-passo, enquanto ela fazia o procedimento. Ao finalizar, E17 encapou a agulha e foi rapidamente advertida a nunca fazer isso. Posteriormente, o técnico de enfermagem mostrou a E17 todos os tipos e tamanhos de agulhas e, como não havia ninguém esperando para fazer medicação, a levou para a sala de vacinação. Mostrou as vacinas, o processo rigoroso de refrigeração e verificou se ela gostaria de administrar a vacina na criança que estava aguardando. Entusiasmada, E17 realizou o procedimento, com todo o cuidado, seguindo todas as orientações previamente fornecidas e sob o olhar atento do técnico de enfermagem.

A expectativa das supervisoras era que as estagiárias apenas acompanhassem os técnicos de enfermagem, com o intuito de conhecer o serviço prestado pelo CS-Saco Grande. Na perspectiva delas, não fazia parte desta atividade o aprendizado de técnicas de aplicação de medicamento intramuscular, subcutâneo e endovenoso ou vacinas. Quando E17 retornou para a farmácia, foi repreendida, na sala de apoio administrativo, por F6:

F6: Vocês não podem aplicar injetáveis, pois não fizeram capacitação e o SIARE [*Sistema de Informação para Acompanhamento e Registro de Estágios*] não está pronto, e, dessa forma, não estão asseguradas. E se vocês tiverem algum acidente de trabalho? É a F4 que assume a responsabilidade, pois é nome dela que está no SIARE de vocês.

F7: Relaxa não aconteceu nada!

E17: Mas ela me explicou direitinho e perguntou se eu queria fazer...

F6: Você deveria ter dito não!

E16: Mas nós não fomos orientadas [...].

F6 vai para a dispensação e E17 desabafa: Agora estou me sentindo mal!

E16: Nada a ver amiga, não nos foi falado nada e os funcionários deveriam saber o que podemos fazer (falas registradas no diário de campo, 4º dia de estágio no CS-Saco Grande).

No outro dia, ao chegar na farmácia, como nenhuma supervisora a direcionou para as atividades introdutórias, E17 questionou: “*Posso subir para acompanhar a ilha hoje?*” Cheia de dúvidas e indagações acompanhou a ACS por cerca de duas horas e conheceu um pouco mais sobre o fluxo de serviço do CS. Ao final da manhã, após compreender a dinâmica das equipes e a organização das ilhas, E17 olhou para mim, com os olhos brilhantes: “*Sempre ouço dizer que o SUS não funciona. E aí estar aqui e ver que isso funciona!*” (falas de E17 registradas no diário de campo, 6º dia de estágio no CS-Saco Grande).

E17 ansiava vivenciar tudo o que o estágio poderia lhe oferecer. Como não havia participado de nenhuma visita domiciliar ainda, E17, em uma reunião de área, pediu para F8 se poderia acompanhar alguma visita domiciliar com a equipe. A médica M3 ouvindo a conversa, convidou E17 para participar da visita domiciliar daquela semana. Como não se tratava de

uma demanda específica para a farmácia, a princípio, E17 foi apenas com M3, ACS e comigo. No caminho para a casa do usuário, paramos na padaria, para M3 comprar um café. Enquanto esperávamos, E17 questionou ACS sobre quem era o usuário e o que ele tinha. Com o café na mão, seguimos caminhando até a casa do usuário. E17 observava tudo ao seu redor: “*Como vocês sabiam que estava tudo certo no bairro para fazer a visita domiciliar?* [referindo a violência]”. M3 explicou que quando o bairro está com problemas, as ACS ficavam sabendo rapidamente e comunicavam todos do CS pelo grupo do *WhatsApp*.

Chegando na casa, família em situação de vulnerabilidade social, fomos até a sala, onde o usuário encontrava-se deitado no sofá. M3 aferiu glicemia, pressão, auscultou coração e pulmão e verificou saturação de oxigênio. Filho e filha ficaram juntos durante o atendimento. Relataram que o usuário não estava se alimentando, mas estava tomando muita água. A tosse parou, após tratamento com antibiótico, mas teve episódio de suor noturno. M3 explicou que como todos os parâmetros clínicos do usuário estavam bons, não tinha como interná-lo naquele momento. Comprometeu-se a solicitar coleta de sangue domiciliar, com urgência, para avaliação. Filhos estavam preocupados que poderia ser problema renal. M3 conversou com o usuário: “*Você precisa comer para conseguir se recuperar e ficar bom*”. E17 observou tudo com muita atenção, me questionou sobre o aparelho de saturação de oxigênio [*o que é?*]. Ao sairmos E17 questionou M3 sobre o quadro clínico do usuário (trecho do diário de campo, 29º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Sua motivação e proatividade se manifestavam não apenas no seu processo de aprendizagem, mas também no cuidado ao usuário. Durante uma dispensação, um usuário queixou-se de dor de estômago e náuseas. O usuário estava sem utilizar o medicamento para gastrite, pois estava se sentindo bem. No entanto, nos últimos dias teve uma piora dos sintomas gástricos e retornou o uso de omeprazol. No decorrer do atendimento, o usuário pediu para E17 uma indicação de um antiemético natural. Um “chazinho”. E17 estava cursando a disciplina de Plantas Medicinais e Fitoterapia naquele semestre e se colocou à disposição para discutir uma opção terapêutica com as professoras. Segundo E17, a professora [médica] a orientou avaliar questões relacionadas ao estresse e violência, que E17 fez através de contato telefônico. Após buscas na literatura e conversas com as professoras, E17 estava cogitando marcar para conversar pessoalmente com o usuário e indicar espinheira santa e gengibre. Entretanto, em entrevista, relatou: “*Esse caso acabou ficando sem o ponto final, porque ela não veio mais aqui [...], ficou nas conversas por telefone [...] dei algumas orientações*” (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Todas as vezes que E17 conseguia auxiliar algum usuário, seus olhinhos reluziam sua alegria e satisfação. E, quando eu não estava presente, E17 compartilhava todos os detalhes comigo. Parecia que queria dividir a sua alegria com alguém:

E17 retornou da consulta bastante feliz. Comentou que fizeram marcação com durex colorido nas cartelas de medicamentos, para que o usuário identificasse qual deveria tomar pela manhã, tarde e noite. Orientaram sobre a aplicação de insulina. O usuário não *“puxava a insulina o suficiente e aplicava errado”*. E17 demonstrou que o usuário aplicava com a agulha deitada. *“Nós levamos a barriga fake e F8 explicou como fazer a aplicação da insulina, com ângulo de 90°”* [...]. O usuário estava com o aparelho quebrado e F8 e E17 ficaram de falar com a enfermeira ENF3, para que ela fizesse a sua troca. Questionei se ela conseguiu interagir na consulta ou ficou mais observando. Sorrindo, me respondeu: *“Eu interagi!”* (fala de E17 registrada no diário de campo, 53º dia de estágio no CS-Saco Grande).

No entanto, conforme o estágio se aproximava do fim, a concentração e dedicação de E17, que antes era canalizada para o estágio, convergiram-se para o TCC II. Assim, os horários de planejamento foram preenchidos por atividades vinculadas ao TCC II. A apreensão em finalizar o TCC a tempo tornou-a dispersa no atendimento. F5 identificava que a coexistência do TCC e “Estágio Final” do mesmo semestre trazia prejuízos ao processo de ensino-aprendizagem. Através de sua lente *“Quando as estagiárias estão com condições de serem mais proativas e de quem sabe inovar em algumas coisas, já estão muitas cansadas por causa do TCC e psicologicamente às vezes até em sofrimento”*. Aí vem os acordos, *“Eu posso folgar esse dia para poder finalizar o TCC? Porque eu tenho orientação no dia tal e eu estou atrasada, ou o orientador não está me respondendo”*. Então acaba que no último mês de estágio a prioridade acaba sendo o TCC (trechos de entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Bônus e ônus da autonomia no atendimento

Na dispensação, quando uma dúvida surgia, era possível perceber os olhos de E17 deixando o usuário e buscando alguma supervisora que pudesse auxiliá-la. Algumas vezes, a supervisora alertava: *“A gente vê isso depois, agora eu estou com fila”* (referindo-se a usuários para atender). Outras vezes, era perceptível, em sua feição, que a resposta fornecida ou encaminhamento sugerido, especialmente pelas residentes, não encontrava concordância em E17, que titubeava na frente do usuário. E ainda, havia momentos em que essa procura fracassava e, mesmo assim, a orientação era fornecida ao usuário (certa ou errada). Em muitas situações, as estagiárias, não apenas E17 recorriam a mim para sanar suas dúvidas, talvez por estar ali, próxima delas e sempre “disponível”. Entretanto, orientava, na medida do possível, a conversar com uma supervisora.

Quando a supervisora estava próxima, ao seu lado atendendo, E17 não ficava confortável em interromper o seu atendimento para sanar uma dúvida. Quando isso acontecia, E17: *“Eu conduzia do meu jeito, pois sabia que a supervisora estaria ali ao lado para corrigir”* (trecho

de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande). Contudo, em determinados momentos, eu percebia as supervisoras tão imersas no processo assistencial, que me questionava: “*será que elas conseguiam ouvir e ajuizar os atendimentos realizados pelas estagiárias, para retificar caso fosse necessário?*”.

A presença da supervisora ao seu lado, observando, aguçava sentimentos negativos em E17. Sentia-se constrangida e pressionada. E sob pressão, o medo de errar causava nervosismo, despertava insegurança e, segundo E17, era quando os erros aconteciam. E17 vislumbrava que a presença da supervisora próxima (atendendo ou não) era interessante, desde que não fosse para “vigiar”, mas para dar suporte, quando as estagiárias identificassem alguma questão que necessitasse do seu auxílio. E17 entendia que as estagiárias já estavam em um momento que deveriam começar a identificar os próprios erros e dúvidas:

E17: Eu acho que a gente [*estagiárias*] está em um momento que [...] já deveria ser dada uma certa autonomia, porque em questão de meses a gente está no mercado de trabalho. Então a gente precisa saber como lidar com as situações e como buscar ajuda [...]. Por isso que [...] eu esperava que aqui a gente fosse ser um pouquinho mais solta a respeito do atendimento, porque isso aqui é um estágio de última fase (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Conforme o estágio avançava e E17 ganhava confiança, ela ansiava pelo desenvolvimento da autonomia nos atendimentos ao usuário. As dúvidas, cada vez mais, eram trabalhadas inicialmente por ela e somente após apresentada, já com o “encaminhamento”, para as supervisoras, a fim de ratificar-se. E17: “*Preferia assim, do que alguém olhar e fazer para mim. Sentia que aprendia mais dessa forma*” (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande). Para ela, o estágio deveria dar autonomia para que as estagiárias pudessem ver até onde elas conseguiriam ir e suporte que, por ventura, elas necessitassem. O estágio seria, pelas palavras de E17: “*Um meio termo*” (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande). Entretanto, na percepção de E17, F5 conduzia o processo de supervisão como se as estagiárias estivessem no início do curso:

E17: A F4 deixa a gente muito solta, mas a F5 não. A F5 tem um método de supervisionar diferente. Talvez ela não tenha entendimento que a gente está na última fase [...] e que talvez seja importante para a gente ter essa autonomia, para daqui a pouco se inserir no mercado de trabalho, sem tanta insegurança. Tipo pensar: “*Não, eu já passei por isso lá [no estágio], quando eu precisei eu fiz isso...*” (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

F5 havia pactuado com as estagiárias que os medicamentos do CEAF, os sujeitos a controle especial, e, posteriormente, os antibióticos deveriam passar por ela, para conferência, antes de concluir a dispensação. F5 visualizava que esses momentos, em que a supervisora estava “*lá atrás*” (na sala de apoio administrativo), reservada, longe do usuário, poderia ser estratégico para as estudantes sanarem suas dúvidas, que, muitas vezes, não ocorreria se a supervisora

estivesse ao seu lado, atendendo (trecho de entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande). Então, além de minimizar os erros, aproveitariam esse momento para relembrem a indicação e, minimamente, o modo de uso dos antibióticos e medicamentos sujeitos a controle especial. No entanto, por diversos motivos, principalmente sobrecarga do serviço, isso foi feito poucas vezes.

No entanto, na ânsia em desenvolver autonomia no processo de atendimento, E17 vivenciou momentos de conflitos com as supervisoras, na medida em que contrariou o que havia sido inicialmente pactuado. Em uma dispensação, E17 atendeu a mãe de uma criança com prescrição de dipirona suspensão. Como na rede de saúde era padronizada apenas a forma farmacêutica gotas, E17 entrou na internet, conferiu a posologia da dipirona gotas para criança na bula e, posteriormente, foi até F7, que estava organizando o estoque, ratificar o seu entendimento:

E17: Uma criança de 7 meses deve ter uns 11 kg...

F7: Estou achando muito alto esse peso para a idade da criança.

E17 continua: Na bula, a posologia recomendada é de 3 à 10 gotas, para crianças de 9-15 kg.

F7: Não recorro a dose da dipirona para crianças. Seria interessante você confirmar com F5.

E17 e F7 olham no mural uma tabela, que contém a conversão da dipirona comprimido para gotas [*gotas para mg*], porém permanecem com a dúvida. E17 separa a dipirona gotas, entrega para a mãe e escreve na receita quantas gotas deve administrar na criança [*conforme a bula*], reforçando para iniciar com menor dose.

F7, ouvindo a orientação, chama E17.

F7: F5 está confirmando a dose.

E17 retorna até o guichê: A senhora pode aguardar, pois a farmacêutica está confirmando dose.

Mãe: Eu já dei dipirona e é esta dose mesmo. Se levanta e vai embora.

E17 vai até a sala de apoio administrativo, onde estava F7 e F5: Era essa mesmo a dose. A mãe disse já havia usado antes.

F9: Isso não é uma garantia que seja a dose correta, pois a mãe pode ter visto na internet.

F6: Você olhou na bula do fabricante da dipirona fornecido no CS, pois pode mudar de fabricante para fabricante.

E17: Sim.

F5: O correto nesses casos é você levar a dúvida para o farmacêutico [*supervisora*], antes de informar ou orientar o paciente. Quem faz a indicação e anota na receita é o farmacêutico e não o estagiário.

Percebi que E17 ficou desconfortável. Depois de um tempo, E17 foi conversar com F7 e F9: Não entendi o que F6 disse sobre o número de gotas depender do fabricante! Se é genérico não deveria ter a mesma concentração por gota?

F7: Eu entendo a sua dúvida, mas pode haver diferenças entre os fabricantes.

F9: Os prescritores geralmente prescrevem 1 gota por kg, mas que F5 comentou que a dipirona é diferente [*posologia*] do paracetamol (falas registradas no diário de campo, 67º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Essa passagem despertou em mim muitas reflexões sobre o processo de ensino-aprendizagem em ambientes de cuidado em saúde. Indagações sobre autonomia dos estudantes e sobre o quão frágil é o processo de supervisão, perturbou a minha mente por vários dias. O

supervisor, que é quem responde pelo serviço, muitas vezes está distante do estudante, e, assim, precisa confiar que eles saberão identificar suas fragilidades e dúvidas e, assim, recorrerão ao supervisor. Desenvolver autonomia e garantir que não haja dano ao usuário é, sem sombra de dúvida, o grande desafio do ensino em ambientes de prática do cotidiano do cuidado.

O feedback e a complexidade do ensino em serviço

No decorrer do estágio, E17 sentiu falta de um *feedback* das supervisoras para saber se “*estava fazendo certo*”. Ficou o estágio inteiro se “*policinando*” para não fazer nada errado. Os “*feedbacks*” que foram feitos transcorriam, principalmente, como correções de condutas pontuais, algumas vezes feitas na sala de apoio administrativo, outras no corredor onde ficavam os medicamentos e, muitas vezes, na frente do usuário. E17: “[A supervisora] *vinha e corrigia na frente ou ignorava o que você estava falando e falava [diretamente] para o paciente*”. E17 achava que esse processo poderia ser diferente: “[A supervisora poderia] *chamá-la para um local distante do usuário. Vem cá! É isso, isso e isso. Passa para o paciente*”. Isso favoreceria que as estagiárias adquirissem confiança ao invés de ser “*descredibilizadas*” frente ao usuário (trechos de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

E17: Eu acho que os *feedbacks* às vezes aconteceram e foram muito bons para mim [...]. Mas, às vezes, eu acho que [...] não sei se é porque eu estou muito nervosa com o TCC, mas às vezes eles vieram não da melhor forma possível, sabe? De formas mais grosseiras. Da pessoa [*supervisora*] não se colocar no lugar do outro, assim, como você gostaria de receber um *feedback*, sabe? Eu acho que é importante ter essa empatia, por mais seja uma escala hierárquica supervisora-estagiária, a gente tem que se colocar no lugar do outro. Pensar como é que o outro vai receber. Se o outro é esforçado, se o outro está ali para estudar, aprender, faz parte errar. E se a pessoa está ali disposta a aprender [...], tu tens que falar com educação, com cuidado. Eu acho que às vezes faltou (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Certo dia, mais ao final do estágio, período em que os ânimos estavam alterados em decorrência do final do semestre e entrega do TCC II, E17 atendeu um usuário que buscava a farmácia para retirar o seu medicamento do CEAF. E17 fez o procedimento burocrático no sistema, buscou o medicamento e retornou ao guichê para entregar o medicamento ao usuário.

F6 que estava em pé atrás dela alertou, com certa frieza e na frente do usuário: O usuário precisa assinar o recibo de dispensação!

E17: Mas F4 me falou que não precisava.

F6: Mas precisa, não é “*pesquisadora*”? [*fico quieta*].

E17 insiste: Mas F4 disse que não precisava.

F5 ouve a discussão nos guichês e vai até lá: Assinatura do que?

F6: Do usuário no recibo de dispensação.

F5: Precisa assinar sempre! E17 fez estágio na farmácia escola e sabe disso.

E17 finaliza o atendimento, percebo que ela fica bastante incomodada e chateada. Sai da farmácia e vai ao banheiro. Retorna com a cara de choro.

F5: E17 vai dar uma espremeção!

F6 fica sozinha na dispensação. Farmácia lotada. Vou para a sala de apoio administrativo.

F6 vai até mim: Estou me sentindo mal. Eu fiz alguma coisa errada? [*permaneço calada*]. Ela [E17] é muito teimosa!

E17 chega nesse instante. F6 pede para conversar com ela. Vão para a sala de apoio administrativo.

E17 [*chorando*]: Eu sei que eu faço muitas perguntas. Mas faço porque quero ajudar ao máximo o paciente [...]. Eu fico muito sentida pelo modo ríspido como somos tratadas às vezes. E como somos chamadas atenção. Estamos atendendo e paramos para falar alguma coisa com alguém e somos chamadas atenção de maneira ríspida [...].

F6 ouve tudo com muita atenção: Esse *feedback* de vocês é muito importante e tem que ser dado (falas registradas no diário de campo, 74º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Pela avaliação de F5 “*o problema não foi o que foi dito para ela, foi a forma como foi dito e na frente do usuário*”:

F5: Se a gente pudesse voltar atrás, o que é que a gente [*supervisoras*] faria: Ela [E17] ia terminar o atendimento, o usuário ia embora, não ia assinar o documento [...] e antes de chamar outro usuário, talvez a gente ia se levantar e ia vir: “*Olha, então o negócio é o seguinte...*”. Ou ia fazer isso depois no final da manhã: “*Olha, lembra aquele atendimento do componente especializado? Todo mundo tem que assinar por causa disso, disso e daquilo*” (trecho de entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande).

A experiência...

A experiência vivenciada possibilitou E17: “*Ver a atuação do farmacêutico dentro da equipe multiprofissional, que vai além da dispensação* (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande). Entretanto, a exigência delongada do estagiário na dispensação frustrou, de certa forma, suas expectativas, uma vez que limitou a sua participação em outras atividades. Às vezes que estive em atividades fora da farmácia, E17: “*Fui com a consciência pesada, porque o jeito que liberavam era como se estivesse indo matar o estágio*” (trecho de entrevista com E17, 79º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Pela lente de E17, os problemas vivenciados por ela durante sua experiência no CS-Saco Grande poderiam ter sido minimizados, se houvesse um contato mais próximo da professora com as estagiárias e com o estágio. Ademais, acreditava que a professora poderia qualificar os momentos de teorização que já existem (participar dos seminários) e criar novos espaços de discussão ao longo do estágio.

E17: Eu sinto que a professora com o conhecimento que ela tem [...] poderia ter dedicado mais tempo para sanar as nossas dúvidas ou para discutir alguma questão ou para... como foi feito os seminários ela trazer algumas questões parecidas para a gente (trecho de entrevista com F5, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande).

A experiência de E17, retratada nessa narrativa, é marcada por inúmeros sentimentos, sensações e atitudes, que representam um pouco da sua vivência como estudante do curso de Farmácia em um estágio na APS. O término de um ciclo e as inúmeras indagações e incertezas estão submersas nas atitudes e no discurso de E17: “*Eu vou sair e agora?*” O medo de ficar desempregada e a necessidade de estar preparada para o mercado de trabalho, abraçam gentilmente E17 e fortificam sua energia e determinação em buscar ser mais, em um movimento de transformação.

5.3.5.2.2 Narrativa de E16

E para última narrativa, escolhi contar a história de E16. E16 possuía características bastante díspares de E17 e esse contraste entre ambas nos ajuda a entender algumas questões importantes no processo de ensino-aprendizagem no curso de Farmácia em ambientes de cuidado em saúde. No transcurso dessa narrativa, pretendo dar visibilidade aos sentimentos e ações de E16 ao longo do estágio, de modo que o leitor consiga compreender o processo de ensino-aprendizagem pelos olhos de E16. Afinal, é a história de E16 que será contada a partir de agora.

E16 possuía 27 anos e cursava o 10º período do curso de Farmácia. Antes de iniciar Farmácia, cursava Química, também na UFSC. Ao longo do estágio, dúvidas sobre o seu futuro profissional marcavam o seu discurso e “ser farmacêutica” não era algo incontestável após o término dessa jornada que, segundo ela, custou longos e intermináveis oito anos dentro da universidade. O desejo de fazer residência em saúde da família foi sufocado por frustrações e perdeu força ao longo do estágio. No entanto, não foi descartado, em absoluto, dos planos E16. Talvez no futuro, esse projeto possa ser retomado: E16: “*Agora, eu preciso de um tempo para a minha cabeça*” (trecho de entrevista com E16, 72º dia de estágio no CS-Saco Grande).

No momento do estágio, a incerteza quanto ao amanhã permanecia viva no seu ideário e a área de terapias alternativas era a opção mais ambicionável por E16, na busca por sua identidade profissional. A realização de cursos de formação estava entre seus planos, após o término da graduação em Farmácia.

Durante a graduação, E16 vivenciou pouco o mundo do trabalho. Suas escolhas não permitiram que experienciasse de forma mais intensa e prolongada a cultura da profissão de Farmácia. Os seus estágios se restringiram aos muros da universidade. E16 realizou apenas os estágios previstos no currículo formal do curso de graduação em Farmácia da UFSC – o

“Estágio em Farmácia”, na FE UFSC/PMF, e “Estágio em Análises Clínicas”, no HU-UFSC, ambos no 9º período. O estágio no CS-Saco Grande aconteceu, segundo E16, de certa forma, ao acaso. E16 almejava que o seu “Estágio Final” fosse realizado em “*farmácia clínica, no hospital infantil*”. No entanto, ela perdeu o prazo para se candidatar à vaga nesse cenário e decidiu, então, realizar o estágio no CS-Saco Grande.

Meu primeiro contato com E16 aconteceu no seu primeiro dia de estágio. Diferentemente das demais estudantes, E16 iniciou suas atividades no CS-Saco Grande dois dias após a data prevista. A primeira troca de olhares que tivemos, me revelou um semblante apático, de uma menina de poucas palavras. Confesso que, inicialmente, fiquei bastante receosa: será que ela iria permitir que eu adentrasse no seu processo de ensino-aprendizagem? Será que me revelaria seus sentimentos e percepções ao longo do estágio? No entanto, conforme o estágio progredia, meus medos foram acalentados e substituídos por uma euforia em estar acompanhando estudantes com perfis, experiências e expectativas tão distintas, que se tornariam âncoras para o aprofundamento desse processo, que é tão singular.

Como as demais colegas, em seu primeiro dia de estágio, E16 foi orientada a ler a normativa que rege a Assistência Farmacêutica do município, na sala de apoio administrativo. No entanto, naquele mesmo dia, F5 iniciou suas atividades no CS-Saco Grande. Naquela manhã, a farmácia reunia quase todas as farmacêuticas. Com o espaço restrito e a necessidade de uso do computador, foi solicitado que E16 desse uma “pausa” na leitura recomendada. Sem nova orientação, E16 se encostou-se no armário próximo aos guichês de dispensação e ficou ali, parada, observando.

F7 que estava na dispensação, vendo E16 “sem fazer nada”, questionou: “*Você prefere me acompanhar ou continuar lendo a normativa no consultório ao lado da farmácia?*” E16 respondeu: “*Por mim tanto faz. Você quem manda!*” (falas registradas no diário de campo, 3º dia de estágio no CS-Saco Grande). Percebi que E16 e F7 já se conheciam, e mais que isso, possuíam um forte vínculo de amizade, que marcará muito a trajetória de E16 no estágio. No entanto, apesar da familiaridade de E16 com as supervisoras, F6 e, principalmente, F7, ela manteve o seu olhar fechado, distante e triste, ao longo deste e de muitos outros dias do estágio.

Reflexões da ausência de uma cultura para o cuidado no processo formativo

No decorrer do estágio, E16 expôs, de uma maneira bastante aberta, suas fragilidades na área do cuidado em saúde. E16 revelou que a maior dificuldade, no início do estágio, era saber a indicação dos medicamentos que estava dispensando. E16: *“Acho que isso não foi visto durante a academia ou se foi não lembrava. [...] No começo eu ficava meio assim, porque tipo, parece que a gente tinha que saber aquilo. Mas depois não me senti incomodada de perguntar”* (trecho de entrevista com E16, 72º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Suas dificuldades teóricas relacionadas aos medicamentos, doenças e o modo como abordar o usuário, tornou, muitas vezes, o seu atendimento focado em garantir unicamente o medicamento. No início do estágio, a seu despreparo causou-lhe insegurança e receio em errar. E16: *“Estou perdida e não gosto de entrar no automático. Tenho receio de fazer alguma coisa errada”* (fala de E16 registrada no diário de campo, 5º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Certo dia, E16 atendeu um usuário que lhe entregou duas receitas e comentou que o médico havia aumentado a dose da metformina. Em um dos receituários constava *“metformina 1 vez ao dia e enalapril”* e no outro *“metformina três vezes ao dia e glibenclamida”*. Os receituários eram de maio e junho respectivamente. E16 ficou com dúvida qual deveria seguir, para fornecer o medicamento ao usuário. Olhou para mim e me perguntou: *“Qual das receitas eu sigo?”*. F6 estava chegando na farmácia, ouviu a indagação de E16 e respondeu: *“Olha a data do receituário e forneça pela receita mais nova”*. Enquanto acompanhava E16 buscar e separar os medicamentos, ela desabafou para mim: *“Estou muito perdida”* (falas registradas no diário de campo, 5º dia de estágio no CS-Saco Grande).

No início, mais intensamente, E16 apresentava muita dificuldade quanto ao processo de dispensação: de manipular o sistema de gerenciamento da farmácia, identificar os medicamentos fornecidos no CS-Saco Grande e calcular o quantitativo de medicamento de acordo com a posologia. Esses processos geravam muitas dúvidas, especialmente o último, e era onde E16, recorrentemente, se reportava à supervisora pedindo auxílio. Conforme aumentava a sua destreza nestas etapas, E16 avançava na orientação do modo de uso dos medicamentos, por meio da leitura do receituário médico. Entretanto, inúmeras vezes, E16 se posicionou auxiliando as colegas na separação dos medicamentos, ao invés de atender os usuários.

A interação de E16 com os usuários se intensificava à medida que ganhava confiança em si mesma. Este acreditar em si foi fortemente dependente da teoria compartilhada nos seminários. Conforme os temas eram trabalhados neste espaço, em um movimento de

coparticipação entre todos, E16 transmutava-os para o seu processo de dispensação. E o próprio dia-a-dia na dispensação permitia que ela e as demais estagiárias se familiarizassem com as orientações e as doses terapêuticas recomendadas, e se questionassem quando alguma prescrição não seguia o padrão. Era a experiência e a teorização tornando-se âncoras para uma aprendizagem significativa.

[*Na semana após o seminário sobre asma conduzido por uma supervisora*] E16 atendeu o pai de usuário com receita de salbutamol.

E16: Vocês têm espaçador em casa?

Pai do usuário: Nem sei o que é isso! A médica disse para espirrar na cara dele. Nunca, nenhum filho meu usou esse medicamento antes.

E16 me chamou e mostrou a receita: Não é muito?

Receita continha prescrição de 6 puffs de salbutamol de 4/4 horas.

Pesquisadora: Orientei a conversar com a supervisora.

E16 foi até a sala de apoio administrativo e mostrou a receita para F5.

F5: Dá uma olhada no FTN [*Formulário Terapêutico Nacional*], enquanto confiro na bula.

Tanto a bula como o Formulário Terapêutico Nacional recomendavam de 1 a 2 jatos de salbutamol, 4 vezes ao dia.

E16: Imagina se só entregássemos!

F5 grifou a receita e orientou E16 a aconselhar o usuário a procurar a médica prescritora [*médico não era do CS-Saco Grande*].

F5: Ressalta para o pai que ficamos preocupadas com essa dose prescrita.

E16 retornou ao guichê: Como a médica orientou a utilizar?

Pai do usuário: 4 vezes ao dia.

E16: Você sabe para que está utilizando?

Pai do usuário: Para falta de ar.

E16 orientou a usar 1 a 2 puffs, 4 vezes ao dia. Explicou quanto ao uso da máscara e espaçador [*demonstrando*] e orientou a procurar o médico, em caso de dúvidas. E16 parecia insegura quanto às informações que estava fornecendo. Me olhou diversas vezes para validar suas orientações, porém não retornou para conversar com F5 (falas registradas no diário de campo, 46º dia de estágio no CS-Saco Grande).

No entanto, nem todos os seminários foram convertidos em conhecimentos e utilizados no seu processo de dispensação. Algumas vezes, esse momento foi conduzido em um formato de palestra, que lembrava a aula de farmacologia da graduação. O mesmo tom durante toda a apresentação tornou esse momento exaustivo. Outras vezes, era notória a falta de vontade de E16 de estar ali. Com os olhos ora presos no celular, ora mirando o nada, a fala de quem estava conduzindo, por mais que envolvesse as demais colegas, soava como eco e certamente não era convertido em signos por E16.

E16 atendeu paciente com receita de insulina NPH e regular.

Usuário: Posso utilizar a seringa mais de uma vez?

E16: Pode até três vezes, né F5?

F5: Sim! F5 estava no guichê ao lado conferindo receitas de medicamentos controlados.

Usuário: A insulina “cremosa” é a NPH?

E16 olhou para mim, eu fiz que sim com a cabeça. F5 ouviu e confirmou a informação do usuário e pediu para E16 identificar o frasco da insulina regular [*regular e NPH possuem a mesma embalagem*].

E16 afirmou que as caixinhas já estavam identificadas.

As informações necessárias para esta dispensação já haviam sido trabalhadas no seminário de diabetes, feito por F8 (falas registradas no diário de campo, 56º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Em certa ocasião, uma residente de Medicina entrou em contato com a farmácia para ver se alguém poderia fazer um teste rápido (sífilis, HIV, Hepatite B e C), pois a médica da área não estava no CS-Saco Grande. As três estagiárias prontamente se dispuseram a ir, no entanto, como havia apenas F5 na supervisão, foram sozinhas. Ao chegar na sala, onde atenderiam o usuário, praticaram os testes rápidos previamente nelas, para depois fazerem no usuário. E3: *“A gente se atrapalhou um pouco, mas foi tranquilo”*. Como todos os resultados deram negativos, comunicaram diretamente ao usuário. E3: *“Se desse positivo comunicaria a médica e repetiria o exame. Eu não saberia como comunicar um diagnóstico para o paciente”*. E17 e E16 concordaram com a afirmação de E3. Após terminar, retornaram para a farmácia. Instantes depois, a residente da Medicina foi até a farmácia:

RM2: Onde vocês colocaram as embalagens dos testes rápidos? Preciso do número para registrar.

E3 [*vermelha*] respondeu: Não sei.

E17: Todas as embalagens foram descartadas junto com o material no descartpack.

RM2 não falou nada e saiu.

E3: Estou me sentido mal.

E17: Amiga, não se sinta mal, pois não nos orientaram (falas registradas no diário de campo, 17º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Na graduação, na disciplina de “Imunologia Clínica”, as estudantes aprendem a realizar o teste rápido. As três estagiárias possuíam habilidade técnica para essa prática, porém havia uma lacuna entre a realização do exame e como transpor isso para um processo de cuidado. Ou talvez a dificuldade fosse de comunicação e de registro da prática.

Ao retornarem para o atendimento na farmácia, E16 atendeu um usuário que havia iniciado, naquele mês, o seu tratamento com insulina. O usuário segurava em uma das mãos o receituário médico e na outra o frasco de insulina que abriu a cerca de um mês. Tão logo se sentou no guichê, sugeriu E16 que gostaria de retirar um novo frasco de insulina, pois foi orientado em uma farmácia comercial que ela (insulina) perde a “eficácia” 30 dias depois de aberta. Com um olhar preocupado, o usuário contou que teve hipoglicemia de madrugada, chegando a 68 mg/dL, no início do frasco, e após 15 dias de abertura do frasco, não conseguiu mais alcançar a “meta” terapêutica estipulada pelo médico.

E16 insegura com a situação olhou para o lado, procurando uma supervisora, me avistou e me questionou: *“A validade depois de aberta é de 4 a 6 semanas, né?”*. Orientei conversar com alguma supervisora. Antes de E16 levantar-se do guichê, o usuário comentou ainda que o médico suspendeu a glibenclamida, mas que ele continuava utilizando. E16 não emitiu

nenhum comentário, levantou-se e foi ao encontro de F7, que estava na sala de apoio administrativo. F7 era a farmacêutica responsável pela área do usuário. A primeira reação de F7 foi: *“Talvez fosse melhor encaminhar para M1, pois talvez ela prefira ela mesma atender”*. Posteriormente, decidiu marcar uma consulta para antes da reunião de área, ou seja, no dia seguinte.

F7 foi até o guichê agendar um horário para atender o usuário e solicitou que trouxesse o mapa glicêmico. Como os novos aparelhos não possuíam chip, o usuário referiu dúvidas quanto à sua acurácia. F7: *“Traz o aparelho que aí testamos o teu aparelho e o do posto”*. Durante todo o atendimento, E16 não expressou nenhuma opinião. Ao finalizar o atendimento, F7 retornou para a sala e E16 olhou para mim e disse: *“Não entendi nada do que aconteceu (se referindo ao atendimento), eu estava só de corpo presente”*, acrescentando que normalmente ela já é assim, quando um usuário fala muito ela *“viaja”* e não consegue prestar atenção (falas registradas no diário de campo, 45º dia de estágio no CS-Saco Grande).

No dia seguinte, F7 e E16 atenderam junto ao usuário. E após o término do atendimento, F7 foi até a farmácia buscar um glicosímetro para verificarem as suas glicemias capilares:

E16: Eu tenho medo de agulha!

F7: Fura qualquer dedo e depois aperta, para o sangue sair mais fácil.

E16 furou o seu próprio dedo, conforme orientação de F7: *Aí dói!*

F7 coletou a gota de sangue com a fita reagente para glicosímetro e passou para E16 que a colocou no glicosímetro.

Glicemia de E16 foi de 72dl/ml: *Estou com diabetes?*

F7: Não amiga, o contrário! Você está com hipoglicemia, provavelmente porque está em jejum ainda.

E16: Mas o paciente disse que estava com glicemia de 68 no início do tratamento [...].

Esse momento se restringiu a verificação da glicemia de E16 e F7 e não a ensinar e aprender a técnica correta e os cuidados para a verificação de glicemia capilar (falas registradas no diário de campo, 47º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Na graduação a diabetes foi trabalhada em diversas disciplinas, porém E16 não conseguiu, durante o estágio, acessar conhecimentos triviais e nem habilidades para o cuidado de usuários com essa doença. Após verificarem as suas glicemias, E16 e F7 fizeram o registro no sistema. Enquanto E16 se posicionava em frente ao computador, F7 explicou como fazer um SOAP:

F7: No “S” é o que ele [usuário] nos falou. No “O” é o que ele toma. É importante colocar a concentração e posologia dos medicamentos.

E16 registra no “S”: *Paciente iniciou insulino terapia recentemente e procurou a farmácia relatando hipoglicemia na primeira dose de insulina e depois apresentou dificuldade em atingir a meta, mesmo com o aumento de 2UI a cada dois dias, conforme orientação do médico particular. Paciente relata também prurido e vermelhidão nos membros. Fiz [F7] interconsulta com a residente de medicina RM1 (online), que afirmou que essa coceira pode estar relacionada à diabetes, e não necessariamente à insulina.*

F7: Coloca o controle de HGT [hemoglicoteste] 2 vezes por dia no “O”. Na avaliação vamos colocar que paciente está em adequação de dose de insulina e que foi feito interconsulta com a residente de medicina RM1 sobre prurido e orientado que poderia ser um sintoma comum da diabetes.

E16: Mas está repetitivo [referindo-se da informação constante no S e no A].

Ficam na dúvida, mas mantém a informação em ambos.

F7: E no plano, eu coloco o que eu fiz!

E16: Mas a professora falava para colocar no “P” o que iria fazer, no futuro.

Me pediram ajuda. Dou o exemplo de um atendimento e registro médico, para facilitar o entendimento.

F7: Então no P podemos colocar que orientamos quanto à alimentação, modo de administração da insulina, armazenamento, HGT [hemoglicoteste] antes do jantar e troca de seringa de 100UI para 50UI, que possui marcação de UI ímpares.

Enquanto E16 e F7 faziam SOAP, E16 demonstra pressa para finalizar o registro: Tá bom, amiga! Tá bom assim...

Finalizado o registro, E16 e F7 retornam para a farmácia e ficam na sala de apoio administrativo com F6. F5 me pede para eu fechar a porta. Posteriormente, F7 e E16 vão tomar café e dirigem-se para a reunião de equipe. Na dispensação permaneceram apenas F5 e E17 (falas registradas no diário de campo, 47º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Na situação descrita acima, ambas não possuíam o processo de avaliação da farmacoterapia e registro naturalizados. Qual era, afinal, a avaliação e o plano do farmacêutico para aquele atendimento?

E16 era pouco proativa e entusiasmada com a prática farmacêutica. E16 não demonstrava avançar na autonomia no processo de atendimento. Sempre que se deparava com alguma situação adversa, recorria a alguma supervisora. Não buscava sozinha solução para suas dúvidas. O estágio seria o momento de E16 desenvolver autonomia no processo de dispensação. Contudo, E16 acreditava que o seu “pouco conhecimento” dificultava a realização de suas atividades com autonomia e destreza. E reconhecia que não conseguiu estar “100% presente” no estágio, devido a questões pessoais e, principalmente, a elaboração do TCC II.

E16: Eu acho que deveria ser separado, o TCC II e o estágio, porque [...] a gente não consegue se entregar, pelo menos eu não consegui [...] me entregar 100% aqui e não estou conseguindo me entregar 100% para o TCC (trecho de entrevista com E16, 72º dia de estágio no CS-Saco Grande).

“Me sinto um robzinho” - ausência de sistematização do processo de supervisão

Ao longo do estágio, em muitos dias, havia muitos usuários aguardando para serem atendidos na farmácia. Nesses momentos, percebia E16 “acelerada”, parecia que entrava em um processo automático: chamava o número (e não o usuário), dava baixa no estoque do medicamento no sistema; separava-os; lia a sua posologia, e para os medicamentos de uso agudo fornecia algumas poucas informações.

E16: Eu acho que [...] todas as coisas que eu fiz foi muito no automático assim, sabe? E, às vezes, era muita gente [*usuários para serem atendidos*], era muita demanda. Daí eu me sentia muito pressionada em ter que... sabe, tipo supermercado assim, que você tem que... [...] suprir uma demanda. E não tendo que dar um suporte ao paciente (trecho de entrevista com E16, 72º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Por diversos momentos E16 permaneceu sozinha na dispensação, com a supervisora dando suporte na sala de apoio administrativo: “*Qualquer coisa, estou aqui atrás. Me chame se o movimento aumentar*” (fala recorrente de F5). E16 ficava muito irritada quando isso acontecia. E16: “*Eu amo quando me deixam sozinha*”, dizia ela ironicamente (falas registradas no diário de campo, 69º dia de estágio no CS-Saco Grande). Quando a supervisora ficava na sala de apoio pedagógico “disponível” para tirar dúvidas e conferir receitas de medicamentos sujeitos a controle especial e de antibióticos, ela não desempenhava apenas essa atividade. No entanto, quando alguma estagiária buscava sua ajuda, ela parava o que estava fazendo e a auxiliava.

Na sala, a supervisora tinha acesso fácil a livros e a internet, o que facilitava esclarecer dúvidas trazidas pelas estudantes. Apesar de bastante solícitas, as supervisoras, geralmente, respondiam pontualmente as questões trazidas pelas estagiárias. O dia-a-dia da supervisão não incluía estimular as estudantes e, quando a supervisora estava na sala de apoio administrativo, o olhar sobre as atividades junto ao usuário era escasso. Em outros, apesar de a supervisora estar ao lado das estagiárias, em virtude de estarem com o foco no usuário (em atendimento) dificultava, em alguns momentos, que visualizasse o atendimento realizado pelas estagiárias:

[*após o seminário de métodos contraceptivos*] E16 atendeu uma usuária com receita de anticoncepcional injetável, aplicação mensal.

E16: A aplicação pode ocorrer em até 7 dias antes ou após a data de aplicação [*da próxima aplicação*].

Usuária: Não precisa ser no mesmo dia?

E16: Idealmente sim, mas tem uma margem para aplicação.

Quando E16 foi dar baixa no sistema, percebeu que o medicamento estava em falta. F7, que estava no guichê ao lado, explicou que estava para chegar na próxima semana.

F9, que estava no outro guichê, comentou que a usuária poderia buscar no CS-Santo Antônio, que ainda tinha estoque, ou comprar pelo programa farmácia popular, com desconto.

Após seminário de contraceptivos, E16 sentiu-se empoderada para fornecer orientações sobre anticoncepcionais. No entanto, E16 forneceu informação incorreta para a usuária, e mesmo havendo duas supervisoras nos guichês ao lado, não a corrigiram (falas registradas no diário de campo, 41º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Certa vez, E16, olhando o mural da farmácia, comentou comigo que naquele dia, uma quarta-feira, tinha reunião da sua equipe, porém E16: “*Nunca me levaram!*”. A farmacêutica responsável pela sua área estava afastada em atividades da residência, porém E16 não havia, até então, questionado e nem demonstrado interesse em participar da reunião para outra

supervisora. Na outra semana, comentou com F5 que não havia participado de nenhuma reunião de área. F5: *“Sobe lá e diz que F7 está de férias e pergunta se você pode observar para ver como é”*. Fomos juntas até a ilha da sua equipe e a ACS, ao nos avistar, questionou: *“Você é a estagiária “X” da farmácia? Estava aqui anotado (mostrando um recadinho afixado no computador) que você participaria da reunião. O médico está finalizando os atendimentos e, assim que terminar, eu chamo vocês”*. Como não havia cadeira para sentar, encostamo-nos à parede e, enquanto aguardamos, E16 me indagou como era a reunião e o que era discutido (fala de ACS registrada no diário de campo, 22º dia de estágio no CS-Saco Grande).

E16 possuía um perfil introspectivo, o qual contribuía para que não partisse dela a ação em participar de alguma atividade. Sua postura era, frequentemente, de aguardar, sem sugerir, a supervisora direcioná-la para a atividade que deveria realizar. Entretanto, não havia a figura de uma supervisora que centralize a coordenação do estágio, de modo a assegurar que as estagiárias transitassem em todas as atividades necessárias para o seu desenvolvimento. Assim, as estagiárias tornavam-se, de certa maneira, “livres” para escolher as oportunidades de aprendizagem que experienciariam.

F6: Vocês precisam se empoderar e comunicar para as supervisoras que, naquele dia, realizará determinada atividade. Existem várias atividades e vai depender do interesse de cada um em se envolver (fala de F6 registrada no diário de campo, 49º dia de estágio no CS-Saco Grande).

E16: Em algum momento vocês poderiam ter chego e mostrado [as demais atividades que as estagiárias poderiam se inserir].

F7: Acho que vai depender do interesse de vocês. Nem tudo é responsabilidade nossa de ficar oferecendo coisas para vocês.

E16: Mas também não é responsabilidade nossa!

F6: O estágio é em dispensação, e que as demais atividades que vocês participam é um “plus”.

F7: As pessoas responsáveis pelo estágio não somos nós [F6 e F7]. Nós estamos aqui para ajudar e tentar fazer que a experiência de vocês seja a melhor possível. A gente tenta dar opções e dentro do interesse de vocês, a gente tenta manejar (falas registradas no diário de campo, 67º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Esse modo de perceber o estágio era, de certa maneira, compartilhado pela professora P3, que entendia que as atividades que as estudantes desenvolviam dependiam do local, mas também do interessante da estudante:

P3: A gente orienta: *“Você está lá, você tem que aproveitar para tentar fazer isso e tentar fazer aquilo”*. Mas depende também da boa vontade do aluno. O aluno também pode estar desinteressado e não aproveitar a oportunidade, não é? Estágio tem disso, em qualquer lugar. O estágio você aproveita dele o quanto você está disponibilizado para... Ou, enfim, preparado para aproveitar. Às vezes a gente também não sabe aproveitar adequadamente (trecho de entrevista com P3, 77º dia de estágio no CS-Saco Grande).

No entanto, havia uma linha muito tênue entre a “liberdade” para escolher as suas atividades e empatia com a sobrecarga imputada nos farmacêuticos da SMS e responsabilidade quanto ao serviço que dependia, de certa maneira, das estagiárias para funcionar. Por outro lado, faltava iniciativa e, posso dizer, interesse de E16, em determinados momentos, de sair da zona de conforto, que era a dispensação.

E16: Talvez a coisa dinâmica, tipo livre assim [*como ocorre*], talvez não funcione tanto. Porque assim, se me deixasse livre, eu não ia fazer nada. Porque eu estou no momento que, eu queria estar na minha casa, deitada, em posição fetal, sabe? Então, às vezes a gente [*estagiárias*] se tem um estímulo: “*Não, vamos lá. Hoje é isso, vamos fazer*”, às vezes a gente acaba se surpreendendo [...]. E ser cobrada. Não tipo cobrada uma prova, mas uma conversa: “*A gente pode melhorar aqui*” (trecho de entrevista com E16, 72º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Relacionamento interpessoal e o processo de ensino

E16 era bastante reservada e muitas vezes denotava tristeza em sua feição. Em um determinado dia, um usuário entregou-lhe dois receituários semelhantes do mesmo médico. E16 sem saber qual dos dois deveria seguir, para fornecer os medicamentos, levou até F5 que estava na sala de apoio administrativo. F5 em uma tentativa de incluí-la no seu raciocínio, conferiu em voz alta os receituários, marcando com um asterisco as diferenças entre eles. No entanto, E16 não se envolveu com a situação e permaneceu com os olhos vidrados no celular o tempo todo, até que após receber uma mensagem no *WhatsApp*, começou a chorar. Pediu para alguém terminar de atender o usuário e saiu da farmácia. F5, preocupada, seguiu E16 para tentar entender o que havia acontecido. E16 bastante abalada preferiu não compartilhar, pois tratava-se que um problema pessoal. Em seguida, F7, por sugestão de F5, foi ao seu encontro e ficaram, por cerca de 30 minutos, conversando, na garagem do CS-Saco Grande.

E16: Eu não sou uma pessoa que eu consigo esconder quando eu estou triste, brava...Isso é uma coisa que eu preciso aprender, para a minha carreira. E, eu acho que me prejudicou um pouco, também, estar com pessoas que eu conheço. Porque daí eu me sinto mais a vontade de expressar os meus sentimentos. Quando é com pessoas desconhecidas, você acaba mantendo uma: “*Não, porque as pessoas não me conhecem, então eu tenho que...*” [*estudante simulando seu próprio pensamento nessas situações*]” (trecho adaptado de entrevista com E16, 72º dia de estágio no CS-Saco Grande).

A relação de amizade entre E16 e F7 possibilitou que E16 ampliasse o seu acesso a oportunidades de aprendizagem, uma vez que F7 queria tornar a sua experiência, F7: “*A mais agradável possível*” (trecho de entrevista com F7, 78º dia de estágio no CS-Saco Grande). Sempre que viável, privilegiava a sua participação nas atividades por ela desenvolvidas:

F7 me pediu ajuda com um usuário “bem complexo”, que ela iria atender. Sua dúvida era se poderia orientar o usuário a administrar os três medicamentos que estavam prescritos de 8 em 8 horas, juntos com a clonidina, prescrita as 8, 14 e 20

horas. Me mostrou a receita: AAS 100mg (0-1-0), brilinta 90mg (1-0-1), anlodipino 5mg (2-0-2), enalapril 20mg (1-0-1), carvedilol 25mg (1-0-1), sinvastatina 20 mg (0-0-2), hidroclorotiazida 25mg (1-0-0), metformina 500mg (2-0-2), monocordil 20mg (1-1-1), vastarel 35mg (1-0-1), procoralam 5mg (1,5-0-1,5), alopurinol 100mg (1-0-0), clonidina 0,15mg (2-2-2), hidralazina 50mg (1-1-1), furosemida 40mg (1-0-0) e metildopa 250mg (1-1-1). O usuário afirmou a ela que parou de tomar todos os medicamentos. Procurou F7 para que ela o ajudasse a “entender o tratamento”. F7 não sabia dizer quais os problemas de saúde do usuário e o que o fez parar com todo o tratamento. Relatou que ela e E16 fizeram “*caixinhas para organizar os medicamentos*” e que pretendia, na consulta, incentivar a adesão ao tratamento. F7 atenderia o usuário ainda naquela manhã e E16 iria acompanhá-la. E “*seoubesse, E17 também*” (trecho do diário de campo, 43º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Se por um lado esse contexto tinha o potencial de contribuir para o desenvolvimento de E16, por ampliar o seu acesso a oportunidades de aprendizagem, por outro, como verbalizado por ela, poderia se tornar, e se tornou, em determinados momentos “informal demais”. Momentos que poderiam ser utilizados para discutir questões relativas ao estágio, tinham o seu foco desviado para conversas pessoais, como já evidenciado anteriormente.

A supervisora como modelo profissional

A equipe que E16 acompanhou era absolutamente aberta para o trabalho cooperativo e interprofissional. Senti-me tão acolhida como farmacêutica que os meus próprios olhos brilhavam ao ver as possibilidades de interação e contribuição do farmacêutico naquela equipe. Ah, se fosse assim no meu tempo de residência! Entretanto, não observava nem sombra desse meu entusiasmo em E16. Para E16: “*As reuniões não acrescentaram muito, [...] talvez não ao meu interesse*” (trecho de entrevista com E16, 72º dia de estágio no CS-Saco Grande). Durante as reuniões, E16 mantinha-se calada e com o olhar perdido, às vezes deitava no ombro de F7.

F7 tinha uma participação, pode se dizer, ativa nas reuniões, porém suas intervenções não demandavam sua expertise farmacêutica. A médica M1 buscava bastante a interface com a farmácia, seja em recomendações quanto ao tratamento medicamentoso, dúvidas quanto à coleta de exame domiciliar ou repasse de casos que envolviam especialmente problemas de adesão ao tratamento. Em uma reunião, a médica M1 repassou o caso de usuário para o qual gostaria que F7 realizasse uma visita domiciliar. O usuário tinha 60 anos e possuía diabetes de difícil controle, para a qual utilizava insulina NPH (20UI+20UI+20UI) e regular (10UI+10UI+10UI).

M1: Quando usuário prepara a dose da insulina, ele aspira primeiro a NPH e depois a regular. E, contamina com protamina a regular. Ele está utilizando a insulina regular há três meses e sente sintomas de hipoglicemia já com glicemia abaixo de 110. Eu gostaria que a farmácia trabalhasse adesão e educação com o usuário.

Talvez pudessem fazer uma VD [*visita domiciliar*] para ver se ele está armazenando corretamente.

F7: Entender como está a dinâmica dele com os medicamentos.

RM1: Retirei a [*insulina*] regular, pois não confio [*no usuário*]. Pensei em fazer uma aplicação da [*insulina*] regular para ver como é a cinética dele.

TECS: Pode ser feito na sala de medicação. Eu posso acompanhar o HGT [*hemoglicoteste*] do paciente. Eu não sabia que a farmácia fazia VD [*visita domiciliar*].

F7: Qual o nome do paciente para olhar o prontuário e agendar uma VD? Na próxima semana não estarei no CS, terá que ser depois.

RM1: Na próxima semana eu o atenderei. Aí você agenda a VD para depois então (falas registradas no diário de campo, 52º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Após esse episódio, e em vários outros, me questionei se pela perspectiva de F7 (e não apenas dela) o papel do farmacêutico se restringia a contribuir com mudanças comportamentais dos usuários (com foco na adesão) ou se ela se sentia insegura para avaliá-lo e, assim, delegava essa função a outro profissional. Independe de qual seria, o seu “ser farmacêutico” certamente contribuiu para moldar a identidade profissional de E16, como podemos visualizar abaixo.

Em uma reunião, enquanto aguardávamos os demais profissionais chegarem, a médica M1 pediu um *feedback* de E16 sobre a visita domiciliar que ela havia participado na semana anterior juntamente com ela [*médica*], com a enfermeira, a assistente social e a ACS. A M1 convidou E16 para acompanhar a visita domiciliar mesmo não havendo, a princípio, uma demanda para a farmácia. Era um usuário em vulnerabilidade e que possuía uma ferida de difícil cicatrização.

M1: Como foi para você a visita domiciliar?

E16: Eu fiquei muito sensibilizada. Olhei a ferida mais de longe.

M1: Esse tipo de ferida não é comum de se ver em casa. Porém a equipe do hospital preferiu dar alta para o paciente, mesmo com essa úlcera aberta.

E16: Uma coisa que eu fiquei na dúvida é se o paciente realmente está conseguindo aplicar a insulina. Pois com toda a sua dificuldade em caminhar [*usa andador*], será que consegue abrir a geladeira, aspirar e aplicar a insulina?

M1: Eu havia entendido que o familiar ajudava. Mas o familiar não está com muita frequência em casa...

O olhar de E16 sobre o usuário se assemelhou ao modo como F7 se inseria nas discussões com a equipe (falas registradas no diário de campo, 37º dia de estágio no CS-Saco Grande).

A experiência...

E16 vivenciou uma rotina desgastante vinculada ao processo de dispensação, que a frustrou. Apesar de entender que a dispensação compõe a maior parte do estágio, E16 acreditava que o estágio deveria, pelas suas palavras, “*ser mais dinâmico*”, realizar simulações, trabalhar mais temas nos seminários. E16: “*As opções que eram dadas, eram subitamente retiradas*” (trecho de entrevista com E16, 72º dia de estágio no CS-Saco Grande).

E16: A experiência do estágio para mim não foi boa. Talvez por ter pessoas conhecidas... E também porque ficamos apenas na dispensação.

F7 lembrou que em uma conversa com as estagiárias sobre o interesse em participar dos grupos, E16 questionou se era obrigada a participar, demonstrando total falta de interesse.

E16: Mesmo que a gente [*estagiárias*] quisesse participar de alguma atividade, se não tivesse gente para dispensar, teríamos que ficar aqui [*na farmácia*]. [...]

F6 discordou de E16 e ressaltou que tinha momentos que não havia estagiários e residentes e a farmácia funcionava da mesma maneira.

E16: Quantas vezes a gente não pode ficar no planejamento, porque não tinha ninguém aqui.

F7: A gente sempre falou para vocês não fazerem isso, que a responsabilidade pelo serviço não era de vocês.

E16: Eu acho que não tem que ficar justificando o meu não gostar. Eu não tive uma experiência boa (falas registradas no diário de campo, 67º dia de estágio no CS-Saco Grande).

O seu ideal de estágio, segundo ela: *“Talvez não tenha como acontecer”*, pois (a tal dinamicidade) envolvia a participação mais frequente em visitas domiciliares, que possuísem uma demanda para a farmácia. E16: *“As visitas que eu fui, a maioria, foi [...] para ver o que é que o médico está fazendo. É legal? É legal, mas às vezes de acompanhar mais o farmacêutico atuando nessas visitas. É que às vezes não tem, então não tem o que fazer”*. E a participação em grupos de forma estruturada e planejada: *“Vocês vão ir em um grupo [...] uma vez por semana [...] uma vez a cada 15 dias ou pelo menos uma vez por mês”* (trecho adaptado de entrevista com E16, 72º dia de estágio no CS-Saco Grande).

Esta narrativa revela uma experiência marcada por uma liberdade que reduziu as oportunidades de aprendizagem de E16. A falta de direcionamento e a sombra do modelo de ensino vivenciado por ela ao longo da graduação prejudicaram o seu desenvolvimento. Seus sentimentos e ações foram inversos ao supostamente esperado em um ambiente que se mostrara tão promissor devido as suas relações de amizade. O estágio não proporcionou a E16 (ad)mirar sua atribuição na APS e pouco a estimulou a ser mais, em um movimento voltado para conhecer-se como farmacêutica.

5.3.6 Discussão

As cinco narrativas nos revelam importantes aspectos experienciados pelas estudantes de Farmácia no decurso do estágio em serviços de saúde que estruturaram e direcionaram o processo de ensino-aprendizagem nesses contextos. Tais aspectos relacionavam-se ao currículo formal do curso de graduação, experiências prévias, particularidades das estudantes, dinâmica do serviço, sobrecarga e autoridade das supervisoras, modelo de avaliação e ausência de clareza sobre o papel do farmacêutico no cuidado em saúde (professoras, supervisoras, estudantes e usuários).

Trarei a reflexividade teórica fundamentada nas lentes que compuseram o meu referencial teórico nesta tese, a partir das quais tentarei discorrer e aproximar os meus achados sob estas

perspectivas (GREEN; CASTANHEIRA, 2019). Utilizei o termo educador (educadora) para descrever tanto as supervisoras, quanto as professoras, por entender que ambas assumem esse papel, com suas atribuições distintas, no processo de ensino-aprendizagem em serviço. Para Freire, o educador deve atuar como motivador e facilitador do processo de ensino-aprendizagem e preparar o caminho para a total autonomia do educando (FUNAI *et al.*, 2016; MORERA *et al.*, 2016).

5.3.6.1 Estrutura curricular e a cultura para o cuidado no processo educacional

A reforma curricular, que ocorreu de maneira tardia no curso de Farmácia da UFSC, impulsionou o repensar do curso, com redesenho de algumas disciplinas e inclusão de outras. Pelo olhar das educadoras da FE UFSC/PMF, o novo currículo oportunizou às estudantes vivenciarem disciplinas mais voltadas para o cuidado em saúde. Contudo, alguns conteúdos importantes para a prática do cuidado ainda estavam previstos apenas em disciplinas não obrigatórias, as quais as estudantes possuíam dificuldades em cursá-las. Apesar de o novo currículo possibilitar uma maior aproximação com o componente teórico, a prática ainda acontecia de maneira dissociada da teoria, com os estágios acontecendo somente no final do curso.

O ensino das profissões da área da saúde no Brasil, incluindo a Farmácia, é, ainda, fortemente influenciado pelo relatório Flexner (1910), com o ensino estruturado sob paradigma positivista, uso de metodologias de ensino tradicionais e estrutura curricular marcada pela divisão das ciências básicas e profissionalizantes (CARVALHO; CECCIM, 2006). A incorporação desse modelo tem causado, entre outras implicações, baixa produção de conhecimento, separação entre teoria e prática; desumanização e descontextualização da prática (PAGLIOSA; ROS, 2008), e contribuído para uma formação inadequada de profissionais da saúde, tanto em nível técnico, quanto nos aspectos ético e de consciência social (PEREIRA; LAGES, 2013).

A literatura na área da saúde, especialmente na Medicina, tem empreendido esforços para garantir a formação de profissionais mais preparados para a prática profissional contemporânea e a estruturação de currículos integrados tem sido identificada como uma alternativa salutar nesse contexto (BRAUER; FERGUSON, 2014; WIJNEN-MEIJER *et al.*, 2020). Na área da Farmácia, alguns países, especialmente os Estados Unidos e Canadá, tem avançado na direção de integrar o currículo didático e o componente experiencial ao longo da

graduação (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015; THE CANADIAN COUNCIL FOR ACCREDITATION OF PHARMACY PROGRAMS, 2018).

No Brasil, as DCN/2002 já recomendavam que a matriz curricular se estruturasse de modo que conteúdos de todas as áreas (Biológicas, Exatas, Humanas e Sociais e Farmacêuticas), interagissem entre si (lógica interdisciplinar), evitando a dicotomia entre o ciclo básico e profissionalizante (BRASIL, 2002). Contudo, Morais (2015) identificou uma dificuldade de os cursos de Farmácia do Brasil transporem a lógica intradisciplinar para a interdisciplinar. As disciplinas antes ministradas na forma de habilitação foram incorporadas em uma matriz única, porém sem uma integração explícita entre as ciências básicas e as três áreas profissionalizantes (medicamentos, análises clínicas e alimentos) (MORAIS, 2015). Essa configuração também estava presente no curso de Farmácia da UFSC.

Para Brauer e Ferguson (2014), a integração horizontal, entre disciplinas das ciências básicas e profissionalizantes, contribui para diminuir a redundância de conteúdos em sala de aula e nas avaliações. Entretanto, sozinha não é suficiente para romper com o currículo tradicional. De acordo com a escada de integração de Harden³³, uma disciplina que integra conteúdos, seja das ciências básicas ou das ciências básicas com profissionalizantes, de uma forma horizontal, pode ser definida como uma “disciplina integrada”, não um currículo integrado (BRAUER; FERGUSON, 2014).

No currículo integrado verticalmente, a integração ocorre ao longo do curso, onde o tempo gasto em sala de aula diminui gradualmente ao longo do tempo, com aumento da prática, reduzindo o afastamento entre teoria e prática. O objetivo da integração vertical é apoiar a aprendizagem significativa, demonstrando aos estudantes a relevância das ciências básicas para a prática profissional. No entanto, para as experiências práticas serem definidas como “estágios integrados”, elas precisam estar realmente integradas ao componente teórico (ciências básicas e profissionalizantes), no que Brauer e Ferguson chamam de “apresentação síncrona do material”. Estes autores salientam, ainda, que um currículo integrado verticalmente não ignora o conteúdo das ciências básicas, mas o equilibra com o das ciências profissionalizantes, de modo que, conforme os estudantes progredam no currículo, revisitam as ideias básicas repetidamente, em complexidades distintas, até que tenha compreendido o conteúdo em toda a sua profundidade (BRAUER; FERGUSON, 2014).

³³ Harden desenvolveu uma estrutura para mapear o nível de integração que um currículo, a partir de uma “escada de integração” com 11 degraus, sendo eles: isolamento, conscientização, harmonização, aninhamento, coordenação temporal, compartilhamento ou ensino conjunto, correlação, programação complementar, multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar (HARDEN, 2000).

Recentemente, Wijnen-Meijer e colaboradores (2020) propuseram definir a integração vertical, na área da Medicina, como “*uma abordagem educacional deliberada que promove um aumento gradual da participação do aluno na comunidade profissional, por meio de um aumento gradual do engajamento na prática baseado no conhecimento, com responsabilidades graduadas no atendimento ao paciente*”(WIJNEN-MEIJER *et al.*, 2020, p.4). Nessa perspectiva, a integração vertical, em vez de apenas um arranjo curricular, contribui para um amadurecimento e envolvimento com a profissão, com efeitos cognitivos, motivacionais e de formação de identidade profissional dos estudantes (WIJNEN-MEIJER *et al.*, 2020).

As atuais DCN, DCN/2017, recomendam que os cursos de Farmácia organizem seus currículos por competências (BRASIL, 2017). Isso requer que o currículo seja estruturado de maneira que haja a integração de conteúdos e habilidades em elementos curriculares (integração horizontal) e o seu desenvolvimento longitudinal (integração vertical), para que o estudante possa ser exposto, de maneira gradual, a competências ao longo do currículo (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; PEARSON; HUBBALL, 2012; PERRENOUD, 1999). Ademais, há a indicação para que os estágios sejam ofertados desde o início do curso e ocorram ao longo da graduação. Contudo, não há recomendação explícita quanto à integração do componente experiencial aos conteúdos didáticos (integração vertical) e ainda há um apelo para que os estágios continuem atrelados às antigas habilitações (BRASIL, 2017).

As DCN/2017 apontam para três áreas de práticas para o desenvolvimento do estágio: fármacos, cosméticos, medicamentos e assistência farmacêutica (60% da carga horária total de estágio); análises clínicas, genéticas e toxicológicas e alimento (30%) e especificidades institucionais e regionais (10%) (BRASIL, 2017). Essa polarização do estágio em distintas áreas de atuação reduz o tempo do estudante experienciar a prática profissional em cada uma delas, o que traz prejuízos no desenvolvimento de competências, repercutindo na formação de egressos pouco preparados para o mercado de trabalho.

No curso de Farmácia da UFSC, os estágios previstos no currículo formal em vigor durante este estudo eram em farmácia e análises clínicas, ambos no 9º período do curso, com carga horária de 165 horas, além do estágio final no 10º período, com carga horária de 435 horas, o qual o estudante escolhia a área de acordo com o seu interesse. A ausência de um currículo integrado verticalmente e de desenvolvimento de competências e responsabilidades crescentes ao longo da graduação, especialmente na área do cuidado em saúde, contribuíram para que as

estudantes se defrontassem com dificuldades durante o estágio para a prática assistencial e, em determinados momentos, demonstrassem pouca atitude para o cuidado.

A literatura aponta que a aprendizagem contextualizada é um elemento importante para a aprendizagem de adultos. Segundo Wijnen-Meijer e colaboradores (2020) a aprendizagem contextualizada pode ser distinguida em três dimensões: semântica ou cognitiva (aprendizagem de ciências embutida em problemas profissionais), física (aprendizagem em um ambiente físico semelhante ao ambiente de recuperação futura), e afetiva ou comportamento (aprender interagindo com o contexto, com deveres e responsabilidades). A dimensão afetiva (comportamento) parece ser a mais poderosa para a aprendizagem, uma vez que fala da natureza motivacional, a qual determina o sucesso educacional. Assim, apenas fornecer ligações cognitivas com a prática e/ou oportunidades de observá-la, não gera o mesmo impacto de colocar os estudantes em contato direto, interagindo com os usuários, aumentando suas responsabilidades profissionais (WIJNEN-MEIJER *et al.*, 2020).

A ausência de uma cultura para o cuidado e de responsabilidade pelos usuários foi identificada em diversas situações. Uma postura de “se eu não fizer, outro profissional o faz”, e delegar a sua responsabilidade no cuidado. Durante a graduação, o afastamento das professoras com a prática do cuidado em saúde e a recente mudança paradigmática da profissão farmacêutica, além do estágio previsto somente no final do curso, podem ter contribuído para que a teoria trabalhada em sala de aula fosse, aos olhos das estudantes, algo longínquo da práxis profissional, algo utópico, teórico. Assim, ao se depararem com a prática nos estágios, os conhecimentos prévios das disciplinas não encontraram ressonância e houve dificuldade em mobilizá-los para a prática.

Ainda a pouca expectativa de algumas estagiárias sobre o serviço farmacêutico no cuidado em saúde se refletiu nas suas atitudes durante o estágio. As estagiárias não se viam como agentes de transformação, uma profissional que contribui com a equipe para a saúde do usuário. Prado e Reibnitz (2016) também se defrontaram com o desconhecimento do educando, do ensino superior, em relação à realidade profissional. Para tanto, as autoras propuseram a imersão do educando no cenário de prática para observar a realidade, com o objetivo de despertar a curiosidade, a qual permitiria que ele reconhecesse o sentido e a utilidade do conhecimento a ser aprendido e as competências que precisaria desenvolver (PRADO; REIBNITZ, 2016). No entanto, na área da Farmácia, isso se torna um problema mais complexo, visto que há poucos serviços estabelecidos no Brasil que atuam dentro de uma lógica de tomada de decisão

racional sobre farmacoterapia e cujas intervenções ocorrem de maneira articulada com a equipe de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017; BALDONI *et al.*, 2016).

Os serviços escola (farmácia universitária e ambulatórios vinculados às IES) são os locais que mais avançaram no desenvolvimento de serviço dessa natureza no Brasil (FOPPA *et al.*, 2020), porém muitos estão articulados com projetos de pesquisa e não ao estabelecimento de serviço em si. No entanto, quando os estudantes se deparam com o ensino em serviço fora dos muros da universidade, a oferta de serviços clínicos ainda é pouco presente no cotidiano do serviço do farmacêutico (ARAÚJO *et al.*, 2017; BALDONI *et al.*, 2016; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

5.3.6.2 Autonomia versus ausência de estruturação no processo de ensino-aprendizagem em serviço

Um dos temas centrais e causa de muitas indagações, reflexões e contrassensos entre os educandos e educadores durante o estágio, em ambos os cenários de prática, foi o desenvolvimento de autonomia do educando. A busca dos educadores por permitir e dos educandos de alcançar essa condição, obteve diversas interpretações e empregos, que demarcaram e trouxeram importantes consequências na vivência das estudantes nos estágios. Nos dois cenários de prática, as estudantes vivenciaram, de modos distintos, a “autonomia” sobre o seu processo de ensino-aprendizagem. No Saco Grande estava mais relacionada às oportunidades de aprendizagem que experienciariam e na FE UFSC/PMF, ao direcionamento escolhido para conduzir o processo de cuidado em saúde nos atendimentos realizados, como será mais detalhado a seguir.

A “autonomia” conferida às estudantes durante o seu processo educacional, em ambos os cenários, não era conduzida ao longo de um *continuum* de um processo de aprendizagem experiencial, onde o conhecimento é criado da transformação da experiência (da prática) (KOLB, 2015). Era um processo bastante intuitivo, sem uma base teórica e um processo de avaliação que fortalecesse o desenvolvimento das estudantes e o aprimoramento do processo de ensino-aprendizagem.

Havia a expectativa, refletida no discurso de algumas educadoras e no processo de avaliação, que o estágio “apenas” propiciasse vivência das estudantes no atendimento ao usuário, o qual coincide com o processo de ensino-aprendizado pouco estruturado. Para Kolb, a aprendizagem é um processo social, onde a experiência, cuidadosamente cultivada,

desempenha um papel central. Entretanto, nem toda a experiência redundava em aprendizagem, uma vez que esta requer processos contínuos de ação e reflexão, que questionem preconceitos da experiência direta, temperem a vivacidade e a emoção com a reflexão crítica, e extraiam lições das consequências da ação (KOLB, 2015).

Na FE UFSC/PMF, o processo de ensino-aprendizagem tinha suas atividades bastante definidas: momentos de preparação, de registro e de atendimento. Contudo, ficava a critério das estudantes discutirem com a supervisora ou professora dúvidas que surgissem durante o atendimento ou na fase de estudos, incluindo intervenções feitas junto ao usuário. As educadoras entendiam que era papel do estágio contribuir para o desenvolvimento da autonomia das estudantes, o que, segundo elas, requeria liberdade durante o processo de ensino-aprendizagem. No entanto, essa “liberdade” conferida às estudantes, principalmente no espaço de preparação e registro, transmutou, muitas vezes, na subutilização desse espaço. Inúmeras vezes, as estagiárias optavam em aventurar-se em questões de ordem pessoal (redes sociais ou TCC) ou simplesmente em fazer nada.

Para Freire (2000), o respeito à liberdade e autonomia do educando não é sinônimo de “poder tudo” em qualquer situação. Liberdade sem limites é tão deletéria quanto à inexistência de liberdade (FUNAI *et al.*, 2016; MORERA *et al.*, 2016). Em sua pedagogia, Freire afirma que a aprendizagem se constrói por meio de uma relação horizontal e de afeto entre educadores e educandos, onde a teoria sustenta a prática e a prática é critério de validação da teoria, e os educandos, como sujeitos históricos e autônomos, são capazes de intervir em uma realidade mutável, por meio de uma ação consciente, sendo assim, a educação é uma prática de liberdade (BRACCIALLI, 2009; WATERKEMPER; PRADO; REIBNITZ, 2016).

No CS-Saco Grande, a liberdade para escolha das oportunidades de aprendizagem era nomeada pelas participantes do estudo de “autonomia”. Nesse cenário não havia a figura de uma supervisora que centralizasse a função de coordenar as atividades das estagiárias, de modo que elas transitassem em todas as práticas necessárias para o seu desenvolvimento, de acordo com os objetivos educacionais almejados com o estágio. Com isso, as experiências vivenciadas no estágio, em parte, dependiam de aspectos de proatividade e motivação individual de cada estudante. No entanto, até então, elas haviam sido expostas a um modelo de ensino pautado na centralidade do professor no processo educacional e foram “treinadas” a seguir o comando de um superior, o detentor do conhecimento (SOUZA *et al.*, 2016). Ao serem colocadas em uma cultura que lhes conferiu liberdade para definir o seu percurso

formativo, de acordo com o seu interesse, isso não se reverteu, necessariamente, em um movimento de desenvolvimento, de transformação.

A transposição do modelo tradicional (bancário) requer que o educador, por meio da dialogicidade, promova espaços educativos, participativos e inclusivos, e estimule a curiosidade, o pensamento crítico e criativo, por meio da ação e reflexão, tornando o educando protagonista consciente do seu processo de aprendizagem (MORERA *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2016). Para isso, o reconhecimento do educador como mediador no processo de aprendizagem, e não apenas como avaliador, precisa ser internalizado pelos educandos, de modo a favorecer o ambiente educacional. O modelo de ensino-aprendizagem no CS-Saco Grande, apesar de oportunizar a dialogicidade, não suscitou esse reconhecimento, e a formação de vínculo e de confiança entre educador e educando, antes das estudantes obterem a “autonomia” para o atendimento ao usuário, contribuiu para que as estagiárias se sentissem pressionadas e vigiadas quando uma supervisora estava próxima a elas.

Ademais, havia uma ausência de um compartilhamento entre as supervisoras acerca do entendimento dos objetivos educacionais do estágio associada a uma cultura de que o estudante preenche a carência de recursos humanos nos serviços de saúde. Isso colocava as estagiárias em uma posição de vulnerabilidade e enfrentamento com a supervisora nos momentos em que desejava participar de uma atividade fora da dispensação. Essa linha tênue de articulação entre ensino e serviço, com o uso, muitas vezes, dos estudantes para suprimir uma carência de recursos humanos do serviço, tanto nos estágios como nos programas de residência, traz impactos negativos para o processo de ensino-aprendizagem e insatisfação dos estudantes (SILVA; MOREIRA, 2019).

Assim, apesar de incluir as estagiárias nas equipes, a autonomia concedida em um processo de ensino-aprendizagem “fluido”, não estruturado, contribuiu para reduzir as suas oportunidades de aprendizagem e comprometeu o aproveitamento de todo o potencial que o local de estágio oferecia para formação do farmacêutico na APS.

5.3.6.3 A supervisão em serviços de saúde e a aprendizagem assistida por pares

A supervisão indireta configurou-se como o principal arranjo no processo de ensino-aprendizagem em ambos os cenários, com a presença das supervisoras distantes fisicamente do serviço realizado pelas estagiárias, apesar de em alguns momentos, no CS-Saco Grande, estarem próximas, porém com o foco no atendimento que estavam prestando ao usuário. Essa

configuração física, mas também organizacional, facilitava as estudantes de sanar as dúvidas técnicas e tinha o potencial de permitir que as supervisoras despertassem a curiosidade e promovessem a reflexão junto às estudantes. No entanto, a rotina do serviço e sobrecarga das supervisoras sucumbiu um processo de supervisão mais ativo.

Além do estímulo à reflexão não ser incorporado no processo de ensino-aprendizagem, o processo de teorização, a luz do que as estudantes estavam vivenciando no estágio, ocorreu aquém do que elas ansiavam, especialmente, na FE UFSC/PMF. A Teoria da Aprendizagem Experiencial entende que o processo de aprendizagem em ambientes de prática real ocorre quando o aprendiz se envolve em uma experiência concreta, desenvolve uma observação reflexiva, em seguida de uma conceituação abstrata, para então realizar uma experimentação ativa. Esse processo ocorre em um *continuum*, de modo recursivo e é sensível à situação de aprendizagem (KOLB, 2015).

A Teoria da Aprendizagem Experiencial é referência para a estruturação de programas de ensino experiencial na Farmácia e em outras profissões da área da saúde (ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2015; MCGIVNEY *et al.*, 2011; MENDONÇA *et al.*, 2017; YARDLEY; TEUNISSEN; DORNAN, 2012). No Brasil, o desenvolvimento de um projeto educacional fundamentado nos princípios da Aprendizagem Experiencial, em uma unidade de clínica comunitária pública, contribuiu para o desenvolvimento de competências clínicas de graduandos de Farmácia para a prestação de serviços de cuidado centrado ao usuário (MENDONÇA; FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2017).

No CS-Saco Grande, os seminários trouxeram conhecimentos teóricos que fortaleceram o desenvolvimento de competências para a dispensação, uma vez que permitiram a interface direta da teoria com a prática, no próprio serviço, entre educadora (supervisora) e educando. Contudo, foram escassos e o alcance do objetivo almejado foi fortemente influenciado pelo modo como os seminários foram conduzidos e a motivação das estudantes. Quando esse momento era coordenado por uma supervisora, que possuía mais experiência prática e, assim, conseguia aproximar a teoria da prática, a construção de conhecimento se efetivava e era possível visualizá-la na prática assistencial.

Na FE UFSC/PMF, o local identificado pelas estagiárias como estratégico para a teorização seria o momento de discussão de casos e de preparação e registro dos atendimentos, os quais eram geralmente conduzidos pela professora. Entretanto, em determinados momentos, ao invés de promover discussões relativas ao processo assistencial farmacêutico, como avaliação

e tomada de decisão sobre a farmacoterapia ancorada em evidências científicas (teorização), esse espaço configurava-se mais como um contar de casos. Talvez a separação, novamente presente entre a academia e o serviço, a teoria e a prática, tenha contribuído para esse contexto. A presença das supervisoras e alinhamento prático delas com os casos contados, certamente contribuiria para tornar o momento mais significativo para as estudantes, como acontecia nos seminários no CS-Saco Grande.

Ainda, havia, em ambos os cenários, mais presente na FE UFSC/PMF, de maneira não estruturada e esparsa, a introdução de conteúdos teóricos, pelas supervisoras, durante os atendimentos, que quando acontecia, favorecia a sua incorporação na prática do cuidado aos usuários. Por mais que não houvesse a estruturação de um processo de ensino-experiencial, que certamente promoveria um maior desenvolvimento, o próprio dia-a-dia do serviço auxiliava as estudantes a se familiarizarem com as doenças, doses terapêuticas recomendadas e a desenvolver criticidade com relação às receitas médicas.

O modelo de supervisão indireta praticada em ambos os cenários, associado a sobrecarga de trabalho, obrigava as supervisoras a confiar no serviço realizado pelas estudantes, uma vez que era impossível ouvir e checar tudo o que era demandado e orientado ao usuário. O que era exequível era ratificar o medicamento que seria entregue. Essa configuração em um currículo que não prevê o desenvolvimento crescente de competências e que permite que o primeiro contato dos estudantes com um usuário aconteça nos estágios, poderia ocasionar (e ocasionou), falhas na assistência ao usuário.

A importância da inclusão dos estudantes, com diferentes atribuições, em diversos cenários de prática, desde o início do curso, com vistas a desenvolver competências iniciais e intermediárias, poderia favorecer o processo de ensino-aprendizagem e reduzir o risco de danos à população (WIJNEN-MEIJER *et al.*, 2020). Entretanto, essa proposta causaria um aumento do número de estudantes nos ambientes de prática, o que sobrecarregaria, ainda mais, as supervisoras. Nesse contexto, a academia poderia apoiar e dar suporte à supervisão, por meio, por exemplo, da presença de alguém da academia (professor ou farmacêutico) nos cenários de prática (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Outra proposta, já bastante utilizada na Medicina, como alternativa ao aumento da pressão nos serviços de saúde para receber estudantes, seria a utilização da “aprendizagem assistida por pares” (*Peer Assisted Learning*), onde o estudante “mais velho” ensina o “mais novo” (BURGESS; MCGREGOR, 2018; SECOMB, 2007; SHARIF-CHAN *et al.*, 2016).

A aprendizagem assistida por pares é uma intervenção educacional eficaz nos estágios clínicos de estudantes de ciências da saúde (BULTE *et al.*, 2007; GURAYA; ABDALLA, 2020; SECOMB, 2007). Essa abordagem desfruta de alta aceitação entre os estudantes tutorados, com reflexos no aumento da motivação para a aprendizagem, uma vez que permite ambientes mais confortáveis; confere confiança na prática clínica, com melhora nos domínios psicomotor e cognitivo; além de ampliar as oportunidades de inserção de estudantes em ambientes clínicos durante a graduação (BULTE *et al.*, 2007; SECOMB, 2007). Os efeitos positivos não se restringem apenas ao estudante-tutorado. A aprendizagem assistida por pares contribui potencialmente para a melhora do desempenho acadêmico do professor-aluno; melhora a sua comunicação e orientação junto aos pacientes e colabora para o desenvolvimento de habilidades organizacionais e interpessoais (BULTE *et al.*, 2007; BURGESS; MCGREGOR, 2018; GURAYA; ABDALLA, 2020).

No CS-Saco Grande, a aprendizagem assistida por pares já era feita, em muitos momentos, onde a residente “ensinava” a estagiária do 10º período. Esse modelo de ensino propiciava um processo bastante horizontal e que favorecia a dialogicidade entre educandas e educadoras. Entretanto, em alguns momentos, a falta de expertise e experiência no cuidado ao usuário, propiciava que as dúvidas das estudantes se estendessem às supervisoras. Esse contexto e a relação de amizade entre as residentes e estagiárias comprometeram o reconhecimento da autoridade da educadora no processo de ensino-aprendizagem. Segundo Paulo Freire, a autoridade de um educador emerge naturalmente a partir da demonstração de seu preparo profissional e ocorre pelo exercício firme e respeitoso da docência, e deve ser empregada para motivar e auxiliar o educando (FUNAI *et al.*, 2016; MORERA *et al.*, 2016).

Em estudo realizado por Sharif-Chan e colaboradores (2016), apesar de ser uma necessidade inerente ao próprio método – um *trainee sênior* ensinar um *trainee júnior* - essa estrutura hierárquica não era tão clara na área da Farmácia, uma vez que a maioria dos *trainees* estão no mesmo nível ou em um nível semelhante de aprendizagem. Entretanto, os autores identificaram que mesmo que a aprendizagem assistida por pares pudesse ser comprometida pela falta de estrutura hierárquica no arranjo organizacional, os estagiários de Farmácia ainda se beneficiavam de aprender com seus colegas (SHARIF-CHAN *et al.*, 2016).

Na FE UFSC/PMF, a atribuição do processo de ensino-aprendizagem inicial foi concedida a uma bolsista, cuja formação acadêmica era inferior, além de realizarem o atendimento com foco diferenciado do que era requisitado para as estagiárias e não possuíam treinamento para essa atividade, refletindo em falta de empatia e paciência com as estagiárias. Apesar de ser

mais comum na literatura que o professor-aluno possua uma formação superior ao tutorado, essa configuração pode ocorrer de outras maneiras, desde que haja a garantia de que o professor-aluno possua mais expertise que os tutorados (SCHUETZ *et al.*, 2017).

Carr (2016) verificou que para a aprendizagem assistida por pares ser bem-sucedida e sustentável, as suas atividades devem ser estruturadas, bem organizadas e monitoradas para garantir que a experiência de aprendizagem seja otimizada (CARR *et al.*, 2016). Ademais, os professores-alunos precisam receber capacitação para que possam desenvolver essa atribuição com destreza. Há evidências que sugerem que o capacitação formal de professores-alunos em habilidades de ensino, produz resultados positivos em termos de competência e maior engajamento no processo de aprendizagem (BURGESS; MCGREGOR, 2018).

Contudo, não apenas a capacitação de professores-alunos deve ser incentivada nos cursos de Farmácia. Lancaster e colaboradores (2014) identificaram que o estabelecimento de programas de desenvolvimento de professores é benéfico para o ensino, uma vez que promovem um aumento da sua valorização, reacendem a motivação e entusiasmo pelo ato de educar e contribui para melhorar os seus conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática docente. Os autores destacam que na área da Farmácia essa capacitação docente torna-se ainda mais estratégica como forma de avançar e garantir a preparação de futuros farmacêuticos como membros essenciais nas equipe de saúde (LANCASTER *et al.*, 2014).

O desenvolvimento da competência de ensinar é reconhecida cada vez mais como fundamental em todas as profissões da saúde, com a expectativa que estes ensinem colegas dentro e entre as disciplinas profissionais, bem como eduquem seus pacientes (BURGESS; MCGREGOR, 2018). Na área da Farmácia, essa competência passou a ser incluída nos documentos oficiais com a intensificação das discussões sobre a participação mais ativa do farmacêutico nos sistemas de saúde e o seu envolvimento na prestação de serviços assistenciais e resolução de problemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1994, 1997). Assim, a iniciativa de ambos os locais de incluir a aprendizagem assistida por pares, se for antecedido de um planejamento, capacitação e *feedback* das supervisoras, pode contribuir para o processo educacional, com resultados positivos para o professor-tutor, tutorado e serviço.

5.3.6.4 O professor no processo de ensino-aprendizagem em locais de prática

O afastamento da academia nos estágios que não ocorriam nos muros da universidade atribuía às supervisoras a incumbência integral sobre o processo educacional das estudantes. A estrutura da academia era um dificultador para a participação mais efetiva da professora no cenário de prática, devido aos encargos docentes com outras disciplinas e pós graduação, além de baixa carga horária dedicada para as atividades de estágio. Com isso, a sua atribuição fica restrita a viabilizar o estágio e, de certa forma, avaliar as estagiárias ao término do estágio e mediar algum conflito que surgisse ao longo do estágio.

Na área da Farmácia, cuja formação para o cuidado em saúde é recente, essas atribuições do corpo docente são ainda comuns. Nas demais áreas da saúde, especialmente Medicina e Enfermagem, a presença dos professores nos locais de prática é uma realidade, apesar de não necessariamente ocorrer de maneira articulada com o serviço. Contudo, na área da Farmácia os cenários de prática de cuidado em saúde são diversos, o que dificulta essa supervisão do professor. Para Albuquerque e colaboradores (2008), apesar de haver espaços na área da saúde de integração ensino-serviço, a inserção da academia nesses serviços “*se caracteriza por um relativo distanciamento, um tratamento de certa forma cerimonioso entre os envolvidos, no qual as críticas que tenham ao outro não encontram canais adequados de expressão*” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008, p. 358).

Os autores acrescentam que há queixas do serviço pela maneira como é conduzido o processo educacional, que desconsidera o serviço na definição dos objetivos educacionais, cabendo a ele apenas supervisão do estudante, feita em alguns casos de modo “assistemático e solitário”, sem uma discussão ou presença mais efetiva do professor. A presença do professor no serviço permitiria que se sentisse parte dele, o que o auxiliaria a compreender o desenvolvimento do estudante e permitiria colaborar na qualificação do serviço, além de contribuir para sua própria formação no cuidado em saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

No entanto, além da ausência de um espaço formal de planejamento conjunto das atividades de estágio entre as educadoras (com ou sem a presença do educando), não era previsto educação permanente³⁴ para as supervisoras, tanto no componente pedagógico quanto assistencial. A educação permanente traria, certamente, ganhos para o serviço, mas também para a academia, uma vez que favoreceria a identificação das necessidades dos cenários de

³⁴ De acordo com Rovere (1993, p.490) educação permanente é uma “proposta educativa realizada nos âmbitos do trabalho, destinada a refletir sobre esse mesmo processo de trabalho e a intervir nele com fins de melhorar a qualidade dos serviços e as condições laborais” (ROVERE, 1993).

prática e aproximaria o olhar do professor sobre a prática profissional, que enriqueceria a sua práxis de educar, tornando-a mais contextualizada.

As estudantes do CS-Saco Grande visualizavam uma função ampliada do papel da academia, na figura da professora, nas atividades de estágio. Havia a percepção de que a professora poderia contribuir nos momentos de teorização e na resolução de dúvidas e indagações vivenciadas no dia-a-dia do estágio. De acordo com Kolb e colaboradores (2014), o ensino experiencial, ancorado na Teoria de Aprendizagem Experiencial, vislumbra quatro funções que os educadores podem adotar para contribuir na construção de conhecimento do educando: facilitador, especialista no assunto, avaliador e treinador. No contexto do ensino experiencial, os educadores podem desenvolver a flexibilidade para usar todas as funções para criar um processo de ensino e aprendizagem mais poderoso e eficaz (KOLB *et al.*, 2014).

Na FE UFSC/PMF, a função das professoras no processo de ensino-aprendizagem oscilou de facilitadora e avaliadora, de acordo com a proximidade junto ao processo educacional. Como facilitadora, a presença da professora contribuiu para direcionar as estudantes na avaliação, busca de informações e estimulá-las a relembrar conteúdos vistos na graduação. Para Kolb e colaboradores (2014) tornar-se um educador em ambiente de prática real envolve mais do que apenas ser um facilitador ou combinar o estilo de aprendizagem com o estilo de ensino. A educação experiencial é um processo relacional complexo que envolve equilibrar a atenção para o aluno e para o assunto, enquanto também equilibra a reflexão sobre o significado profundo das ideias com a habilidade de aplicá-las (KOLB *et al.*, 2014).

Ademais, houve momentos em que a carência de experiência prática no atendimento aos usuários dificultou algumas discussões e direcionamentos no processo educacional. Segundo Pereira (2016), a maioria dos professores responsáveis pelas disciplinas da área do cuidado nos cursos de Farmácia no Brasil, provavelmente nunca cursou uma disciplina que enfatizasse o processo lógico de tomada de decisão em farmacoterapia. Assim, para melhorar a formação de farmacêuticos clínicos na graduação, o autor reforça que é necessário melhorar a qualidade da formação dos docentes (PEREIRA, 2016).

5.3.6.5 Serviço de cuidado ao paciente vivenciado e praticado nos locais de estágio

A FE UFSC/PMF era uma farmácia comunitária que prestava serviço aos usuários do CEAF. Esse cenário condicionava um contexto bastante particular para o processo de ensino-aprendizagem, uma vez que eram atendidos usuários com doenças, em sua maioria, não

prevalentes na população. Isso se tornava um dificultador, na medida em que o tempo de estágio era curto e conhecimento teórico prévio dessas doenças e tratamentos era pequeno. Para tentar driblar essa situação foram selecionadas algumas doenças para serem atendidas pela equipe UFSC, porém a complexidade alta das doenças permanecia como dificultador.

O ensino farmacêutico, atualmente, segue as recomendações das DCN/2017, cuja base deriva das DCN dos cursos da área da saúde, que vislumbra que os profissionais tenham formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautada no compromisso com a construção e consolidação do SUS (BRASIL, 2001, 2002, 2017; HADDAD *et al.*, 2006). O termo generalista utilizado pelas profissões da área da saúde remete ao profissional ser capaz de atender às principais necessidades de saúde da população, na lógica e no contexto da atenção primária à saúde (BRASIL, 2007). Contudo, na área da Farmácia, o termo generalista foi, equivocadamente, interpretado como se referindo ao profissional capaz de exercer as atividades antes previstas em cada uma das habilitações da profissão (BRASIL, 2002).

Dessa forma, um estágio, oferecido no currículo formal, que possibilitasse ao estudante uma aproximação com as doenças prevalentes, em um ambiente de APS, em estreita relação com os princípios do SUS, estaria mais próximo ao recomendado para formação de um profissional de saúde no Brasil. O estágio no CS-Saco Grande permitiu que os estudantes fossem expostos a uma infinidade de sensações, de experienciar o dia-a-dia no SUS, o trabalho interprofissional e o contato com um amplo número de usuários que utilizam medicamentos para doenças prevalentes, porém não eram todos os estudantes do curso de Farmácia da UFSC que vivenciaram essa experiência.

As DCN/2017, que regulamentam o ensino farmacêutico, estabelecem como perfil do formando egresso/profissional, *“um profissional da área de Saúde, com formação centrada nos fármacos, nos medicamentos e na assistência farmacêutica, e, de forma integrada, com formação em análises clínicas e toxicológicas, em cosméticos e em alimentos, em prol do cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade”* (BRASIL, 2017, p.1). Ao mesmo tempo em que tenta romper com a formação tecnológica e se aproximar de uma formação para o cuidado em saúde, conforme recomendado pela OMS e FIP, as DCN/2017 trazem discursos que se contrapõem a essa nova identidade profissional (*“centrada nos fármacos”*) (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2012b; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1994, 1997).

Esse contexto, que será discutido em profundidade mais adiante, contribuiu para a dificuldade de entendimento das estudantes sobre o papel do farmacêutico no cuidado em saúde, e se

refletiu no serviço oferecido por elas em ambos os locais de estágio. Os atendimentos realizados na FE UFSC/PMF centravam-se, geralmente, nos medicamentos do CEAF, ao invés de se avaliar o usuário e, de maneira integral, a sua farmacoterapia. O processo assistencial ocorria predominantemente na avaliação da efetividade (sem metas definidas) da farmacoterapia, desconsiderando, muitas vezes, a avaliação da segurança e comodidade, e com direcionamento frequente das supervisoras para medidas não farmacológicas e encaminhamento ao médico.

Embora a formação em Farmácia preconize que os estudantes tenham um conhecimento especializado em medicamentos, tradicionalmente o ensino enfatiza a aquisição de conhecimento sobre os efeitos biológicos dos medicamentos no organismo e não da sua aplicação em uma prática padronizada e incorporada de maneira consistente em todo o currículo de farmácia (KOLAR; HAGER; LOSINSKI, 2017). Cipolle, Strand e Morley (2012) propõem um processo de cuidado que direciona a prática clínica do farmacêutico e assegura um processo lógico e racional de tomada de decisões em farmacoterapia, permitindo que ele aplique seus conhecimentos de forma sistematizada durante o processo assistencial, para identificar, resolver e prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos (de indicação, efetividade, segurança e comodidade).

A ausência de uma cultura para o cuidado durante o processo educacional dificultava que as estudantes se identificassem como profissionais de saúde e assumissem uma atitude para a prática centrada no usuário. Ainda, a prática farmacêutica, refletida nos atendimentos e nos momentos de discussão de casos, não possuía um processo sistematizado e racional de avaliação e tomada de decisão sobre a farmacoterapia e havia uma dificuldade em estabelecer os registros como parte integral do processo assistencial. Isso dificultava a continuidade e o entendimento do usuário sobre o serviço proposto, e a materialização do que é “ser farmacêutico no cuidado em saúde” para as estudantes.

A documentação, componente da gestão da prática, é uma etapa imprescindível no processo de cuidado, uma vez confere respaldo legal ao serviço, possibilita a continuidade do cuidado e permite a avaliação de resultados, por meio de relatórios de gestão (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012). Na FE UFSC/PMF a documentação era uma etapa requisitada com bastante ênfase pelas educadoras, contudo foi um ponto frágil no processo de cuidado, devido à qualidade dos registros. Segundo Cipolle, Strand e Morley (2012), a documentação deve conter a avaliação da farmacoterapia; o julgamento clínico do farmacêutico, apoiado por

valores clínicos e/ou laboratoriais do paciente; as alterações recomendadas na farmacoterapia; o plano de cuidado e o cronograma para a próxima avaliação.

Os registros das estagiárias, em sua maioria restritos a descrições de relatos dos usuários, era o reflexo da ausência de um padrão no processo de cuidado, carência de um processo lógico de avaliação e tomada de decisão em farmacoterapia e não internalização de uma filosofia de prática profissional que assumisse a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos usuários, por meio de uma prática generalista, centrada no usuário e na construção de relação terapêutica.

Ademais, o estágio concentrado em dois meses inviabilizava que as estudantes finalizassem o ciclo completo do processo de cuidado. Primeiramente porque os usuários, independente da qualquer coisa, dificilmente compareciam na FE UFSC/PMF em um período inferior a um mês. Segundo, porque raramente as estudantes possuíam expertise para avaliar e elaborar um plano de cuidado no primeiro atendimento ao usuário, antes da fase de estudo (pós-atendimento), de modo que fosse possível avaliar a intervenção no mês seguinte.

No CS-Saco Grande, o serviço em que as estudantes estiveram expostas, predominantemente, foi a dispensação. Nesse espaço, em alguns momentos, as estudantes tentavam avaliar se as necessidades farmacoterapêuticas do usuário estavam sendo atendidas. Contudo, novamente, era um processo intuitivo, sem um método cognitivo lógico para a avaliação da farmacoterapia (indicado, efetivo, seguro e cômodo). Os problemas relacionados ao uso de medicamentos mais identificados e encaminhados para uma “consulta farmacêutica” eram de comodidade, mais especificamente, dificuldades no uso dos medicamentos. Esse contexto se estendia para o interior das equipes de saúde da família, onde o farmacêutico era solicitado, especialmente, para contribuir na melhora da adesão ao tratamento do usuário.

A não adesão a medicamentos é um problema universal que tem atraído atenção significativa nos últimos anos, sendo responsável por muitas publicações na área da saúde. Entretanto, quando a adesão é avaliada em uma abordagem estreita, não centrada no usuário e integrado a um processo lógico e racional de tomada de decisões em farmacoterapia, terá sua capacidade de controlar a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos substancialmente reduzida. Isso porque se um usuário não aderiu a um medicamento devido a efeitos adversos ou se o medicamento prescrito não é apropriado, considerando a sua situação clínica individual, promover a adesão pode criar danos não intencionais. Dessa maneira, avaliar a adesão em um contexto restrito deve ser desencorajada por educadores e farmacêuticos (SORENSEN; PESTKA; BRUMMEL; *et al.*, 2016).

Sorensen e colaboradores (2020) destacam a importância de um processo de cuidado definido para os farmacêuticos como forma de legitimar a profissão e demonstrar o seu valor. Para tanto, afirmam que é essencial que os educadores dos cursos de Farmácia preparem os estudantes para contribuir de forma única no atendimento ao usuário, isto é, sejam capazes de avaliar a farmacoterapia sistematicamente e comunicar a equipe sobre as necessidades relacionadas ao uso de medicamentos dos usuários. Para fornecer à sociedade, farmacêuticos preparados para prestar cuidado de maneira consistente, a academia precisa de maior consistência, especificidade e intencionalidade no ensino e de um processo comum de atendimento ao usuário, em todos os pontos (da sala de aula aos locais de prática), em todos os cursos de Farmácia (KOLAR; HAGER; LOSINSKI, 2017; SORENSEN *et al.*, 2020).

No Brasil, ainda hoje, é possível observar certa relutância de coordenadores de faculdades, colegiados de cursos e de profissionais ligados às Instituições de Ensino Superior, com relação à inserção de disciplinas que privilegiem o trabalho na área do cuidado, durante a graduação. Esse cenário propicia a ausência de profissionais com formação adequada, e consequentemente de supervisores, e escassez de docentes capacitados para essa área de atuação (PEREIRA, 2016).

5.3.6.6 Autonomia e ausência de *feedback*

Entre as diversas estagiárias, de ambos os locais de prática, a bagagem teórica e as habilidades para o cuidado em saúde eram muito diversas. Com isso, o processo de ensino-aprendizagem nesses locais de prática deveria seguir seu curso em tempos diferentes, refletindo no desenvolvimento de autonomia em graus distintos no serviço, o que requeria um olhar cauteloso e individualizado das supervisoras sobre as estudantes. Segundo Perrenoud (1999) e Koster, Schalekamp e Meijerman (2017), a avaliação formativa visa o monitoramento da aprendizagem com o objetivo de *feedback*, ao educador e educando, sobre o progresso do estudante no processo de aprendizagem. Isso auxilia o educador a identificar áreas problemáticas, e assim, poder ajudar os estudantes a adaptar e melhorar sua aprendizagem (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; PERRENOUD, 1999).

Em ambos os contextos, o processo de ensino-aprendizagem ocorreu como um caminhar solitário e permeado por dúvidas. A supervisão indireta e a ausência de uma avaliação formativa imputavam sobre as estudantes a responsabilidade de identificar suas dúvidas e dificuldades. No entanto, a literatura aponta que a autoavaliação por si só não é eficaz, uma vez que o nosso comportamento e desempenho é informado por nossa mente inconsciente,

que é focada na autopreservação. Culpamos fatores externos e rejeitamos responsabilidades pessoais quando obtemos um *feedback* negativo ou um desempenho aquém do desejado. A opinião de fontes externas confiáveis e válidas torna-se imprescindível para a certificação do nosso desempenho. Assim, para obter um *feedback* realmente eficaz, os educadores devem associar a seu *feedback* (*feedback* externo) ao estímulo à reflexão-na-ação do educando (automonitoramento) (ARCHER, 2010). Ademais, para a autoavaliação seria necessário que as estudantes tivessem clareza dos objetivos de aprendizagem, das competências pretendidas e/ou outros parâmetros que lhes permitissem realizá-la de maneira consciente e propositiva.

Nesse contexto, o *feedback* é visto como parte integrante e fundamental do processo de ensino aprendizagem. Contudo, há pouco consenso sobre sua definição na literatura (ALVERO; BUCKLIN; AUSTIN, 2001; CLEMENT; FRANDSEN, 1976; FRANDSEN; MILLIS, 1993; RAMAPRASAD, 1983). Van de Ridder e colaboradores (2008), definem *feedback* na educação clínica como “*informação específica sobre a comparação entre o desempenho observado de um estagiário e um padrão, fornecida com o intuito de melhorar o desempenho do estagiário*”. Para isso, o provedor de *feedback* precisa saber o padrão de comparação, para descrever a diferença entre um desempenho real e o almejado (VAN-DE-RIDDER *et al.*, 2008).

Entretanto, não havia padrões objetivos estabelecidos quanto aos resultados de aprendizagem pretendidos durante os estágios. A ausência de padrões (metas) de competência é identificada como uma das causas da escassez de fornecimento de *feedback* pelo educador e de sua aceitabilidade pelo educando, uma vez que modificamos comportamentos ou buscamos aperfeiçoamento, na medida que identificamos que precisamos melhorar (ARCHER, 2010; ENDE, 1983).

Ademais, a literatura aponta que o fornecimento de *feedback* na área da saúde é ainda mais desafiador, uma vez que os educadores precisarem reconhecer as necessidades psicossociais do educando e resguardar os direitos e segurança do usuário. Além das habilidades clínicas serem raramente observadas, e quando são, as informações obtidas não chegam de volta aos educandos. A preocupação quanto ao efeito emocional que um *feedback* pode causar, inibem, muitas vezes, o seu fornecimento ou tornam a mensagem fornecida pouco específica, com consequente redução na aprendizagem e prejuízos na assistência ao usuário (ARCHER, 2010; ENDE, 1983). Por isso, Archer (2010) recomenda que o *feedback* se concentre na tarefa ao invés do indivíduo.

O modelo de *feedback* utilizado tanto na FE UFSC/PMF, quanto no CS-Saco Grande permanecia reducionista em sua abordagem, ou seja, não se configurava como um processo sequencial, mas como uma série de eventos não relacionados. Segundo Archer (2010), apenas o *feedback* visto ao longo de um *continuum* de aprendizagem, dentro de uma cultura de *feedback*, pode torná-lo efetivo. Muitos estudos exploram os tipos de *feedback* que podem ser usados para apoiar os estudantes. O *feedback* pode ter função diretiva, isto é, informar ao estudante sobre o que requer correção, ou facilitadora, o qual envolve o fornecimento de comentários e sugestões para facilitar a revisão pelo próprio estudante (ARCHER, 2010). Tanto na FE UFSC/PMF, quanto no CS-Saco Grande, os *feedbacks* feitos tinham uma função diretiva, uma vez que transcorriam como correções de condutas pontuais.

No CS-Saco Grande, em alguns momentos, principalmente devido à urgência na intervenção, os *feedbacks* ocorreram na frente do usuário. Isso causou, por vezes, desconforto e insatisfação das estagiárias. O *feedback* fornecido em um ambiente positivo de aprendizagem, que garante a privacidade do educando e cujo o educador assume uma postura gentil, de apoio e preocupação com a situação, permite que o *feedback* atinja o seu propósito (RAMANI; KRACKOV, 2012).

Nos serviços de saúde, muitas vezes, pode ser necessário que o *feedback* diretivo ocorra, impreterivelmente, na frente do usuário para resguardá-lo de alguma omissão ou erro que o estudante possa ter cometido durante o processo assistencial. No entanto, o modo, por vezes, pouco empático de conduzir essa intervenção pode ser um sinal do despreparo para o ato de educar. A aprendizagem assistida por pares praticada no CS-Saco Grande imputava às residentes a missão de aprender a prática e aprender a ensinar a prática, uma vez que nem a graduação, nem a pós-graduação contemplavam uma formação para a “docência”. Para Ramani e Krackov (2012), a carência de capacitação e experiência do educador no ato de educar reflete-se na dificuldade em traduzir suas observações em *feedback* específico e construtivo, gerando *feedbacks* permeados de julgamento, o que dificulta que se atinja o seu objetivo: contribuir para o desenvolvimento do educando (RAMANI; KRACKOV, 2012).

Na FE UFSC/PMF, a ausência de um *feedback* ao longo de um *continuum* era mais sentida pelas estagiárias devido à complexidade do serviço que era proposto. A dificuldade no direcionamento quanto à abordagem e avaliação clínica dos usuários, em decorrência da ausência de uma cultura para o cuidado durante o processo educacional, e a falta de uma avaliação formativa durante o estágio aumentavam as incertezas das estagiárias quanto à prática clínica que estavam desenvolvendo.

Ende (1983) afirma que todos os estudantes, em maior ou menor grau, serão confrontados com a incerteza no início do estágio clínico e a ausência de um *feedback* amplia essa insegurança. Com isso, os estudantes criam suas próprias percepções, a partir de pistas internas e externas, atribuindo a elas importâncias inadequadas. O aluno menos motivado “*pode acabar se sentindo totalmente perdido. O aluno cuja reação à incerteza é de excesso de independência ou arrogância pode obter um sentimento de aprovação totalmente injustificado*” (ENDE, 1983, p.778).

Esse processo de ensino-aprendizagem se tornava ainda mais frágil na ausência de motivação de algumas estudantes para a prática assistencial e para o processo de aprendizagem. Entretanto, mesmo as estagiárias que se comprometiam e/ou possuíam uma experiência prévia na área do cuidado em saúde, esbarravam em conhecimentos e habilidades triviais para o cuidado, que necessitavam o olhar individualizado de um superior sobre a sua prática, para identificar as suas fragilidades e as direcionar, por meio do estímulo, de modo a facilitar o processo educacional.

Ademais, a ausência de um *feedback* positivo e não apenas de correção foi destacado pelas estagiárias durante o processo de ensino-aprendizagem. Não apenas corrigir os comportamentos observados, mas também reforçar atitudes positivas é uma etapa fundamental para aumentar a aceitação do *feedback* e possibilitar a melhoria de desempenho com base nele. O *feedback* positivo pode apoiar boas práticas, motivar o aluno a repeti-las e levá-lo a buscar mais *feedback*, além de conferir confiança as suas habilidades e criar um melhor ambiente de aprendizagem (RAMANI; KRACKOV, 2012).

Assim, percebemos que apesar de o fornecimento de *feedback* nos serviços de saúde ser bastante complexo, há uma certa desatenção quanto a esse componente educacional. Os *feedbacks*, quando aconteceram, foram pontuais e, principalmente, diretivos, não ancorados ao longo de um *continuum*. A capacitação de educadores e a inclusão do *feedback* na cultura educacional, ao longo da graduação, devem ser incentivados, uma vez que são elementos fundamentais para o sucesso da aprendizagem.

5.3.6.7 Avaliação somativa – reflexos do modelo de ensino tradicional

Além da avaliação formativa, para o alcance os objetivos educacionais, o ensino-aprendizagem precisa estar alinhado, coerentemente, a um processo de avaliação somativa (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; PERRENOUD, 1999). As avaliações

somativas são usadas para verificar se os educandos alcançaram os resultados esperados, ou seja, se cumpriram os requisitos curriculares (KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017; MILLER, 1990; NASH *et al.*, 2015).

O processo de avaliação, em ambos os estágios, era bastante subjetivo, feito, principalmente, a partir da percepção das supervisoras sobre o desempenho das estudantes durante o estágio. Em alguns momentos, a ausência de clareza quanto aos critérios de avaliação causou desestímulo nas estagiárias. Como já comentado no tópico anterior, a importância de saber os critérios de avaliação reside no fato de que quando identificamos que nosso desempenho está aquém dos padrões, buscamos modificar nossos comportamentos e nos aperfeiçoarmos (ARCHER, 2010; ENDE, 1983).

Na FE UFSC/PMF, havia outro elemento que compunha a “nota” das estudantes, a apresentação de um caso clínico, o qual deveria ser identificado no atendimento e apresentado para o grupo no final do estágio. Era perceptível que enquanto as estudantes ainda buscavam pelo “caso”, elas permaneciam curiosas e dedicadas no processo de ensino-aprendizagem. Contudo, quando o encontravam, a motivação reduzia consideravelmente e a qualidade dos atendimentos, ao invés de aumentar com o tempo de estágio (experiência), decaía.

Estudo realizado por DiFrancesco (2011) identificou que a identidade pessoal desempenhou um importante papel no processo de aprendizagem experiencial de estudantes de Farmácia. Embora os resultados de aprendizagem devam ser padronizados, cada estudante é diferente, e esta diferença é um componente central da aprendizagem experiencial. Os educadores precisam compreendê-las e considerá-las no processo de construção do conhecimento (DIFRANCESCO, 2011).

Em ambos os estágios, aspectos intrínsecos da personalidade das estagiárias influenciaram os “resultados” alcançados no processo de ensino-aprendizagem, especialmente, quando não conseguiam se afastar de problemas pessoais para vivenciar intensamente a construção de conhecimento experienciada no estágio. Segundo a Teoria de Aprendizagem Experiencial, a aprendizagem é um processo contínuo e ascendente impulsionado pela experiência e, assim, o conhecimento é continuamente derivado e testado e a aprendizagem se torna um instrumento, registro histórico, de compreensão para se lidar com as situações futuras. Ademais, há outros fatores que influenciam a aprendizagem como o potencial de desenvolvimento do aprendiz, envolvimento afetivo com a situação e as condições de aprendizagem (KOLB, 2015).

A partir desta perspectiva, não poderíamos almejar que todas as estudantes alcançassem um mesmo resultado ao final dos estágios, uma vez que há uma história singular de aprendizagens

vivenciadas e saberes formulados por cada uma delas, que determina a maneira como os níveis de consciência se organizam. Isso nos ajuda a entender o desenvolvimento díspar entre as estagiárias, com algumas avançando apenas para o nível aquisitivo, outras prosseguindo para o nível especializado, porém nenhuma para o nível integrativo, o qual requer tempo e amadurecimento profissional (KOLB, 2015).

O estágio como disciplina deve possuir objetivos educacionais a serem alcançados, a partir de estratégias traçadas entre a academia e serviço. No entanto, em ambos os cenários os resultados de aprendizagem foram, em determinados momentos, vulneráveis à situação e interesse de cada estudante. As próprias educadoras verbalizavam que o desenvolvimento das estudantes dependia muito delas. Por mais que o processo de ensino-aprendizagem em serviço seja dinâmico, ele precisa ser estruturado para garantir que o estágio não apenas se configure como uma vivência, mas gere uma aprendizagem significativa.

Em ambos os cenários, havia estagiárias que encontravam em um movimento de “*ser mais*” e outras que estavam alheias ao processo educacional. Freire utiliza o termo “*ser mais*” como uma característica que se expressa na própria busca do *ser mais*, por meio do qual o ser humano está em permanente procura, aventurando-se curiosamente no conhecimento de si mesmo e do mundo” (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010). Os estágios apresentaram-se como experiências positivas para estudantes que estavam nesse movimento. Entretanto, o processo educacional deve ser inclusivo e cabe ao educador facilitar e motivar o aprendizado do educando e considerar as particularidades e tempos quanto à construção de conhecimento de cada um.

Ademais, havia, em alguns momentos, a valorização em relação ao TCC, a qual comprometia o desenvolvimento das estudantes no seu processo de ensino-aprendizagem, uma vez que a demanda do usuário era sufocada em detrimento das atividades vinculadas a ele. Esse contexto pode encontrar explicação e ancoragem na cultura vivenciada pelas estudantes nos muros da universidade, onde a pesquisa possui uma relevância e enaltecimento em detrimento a práxis profissional (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Ou talvez, havia falta de maturidade e, talvez, de desenvolvimento de profissionalismo ao longo da graduação.

As educadoras reconheciam a fragilidade quando ao modelo de avaliação somativa utilizada e demonstraram desejo em qualificá-la. A reforma curricular do curso de Farmácia recomendou que a formação fosse pautada em competências, que tem como uma das principais características a necessidade de métodos de avaliação válidos e confiáveis para garantir que

todos os educandos alcancem um nível mínimo aceitável dentro de um padrão de resultados (KATOUE; SCHWINGHAMMER, 2020; TEN CATE; SNELL; CARRACCIO, 2010).

Para auxiliar a operacionalização dos resultados educacionais tem sido utilizada, principalmente na área médica, a abordagem das “Atividades Profissionais Confiáveis” (EPAs), que se constituem em descrições cuidadosas de atividades profissionais, respeitando contexto e nível de desenvolvimento (KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017). Na área da Farmácia, a publicação de um conjunto das principais EPAs, em 2017 pela AACP, simplificou a avaliação dos estudantes e estimulou o seu uso para estruturação de programas de ensino experiencial em nível de graduação e especialização na área da Farmácia (HAINES *et al.*, 2017; KOSTER; SCHALEKAMP; MEIJERMAN, 2017).

Já na perspectiva Freiriana, que considera educar muito mais do que treinar para o desempenho de destrezas, mas contribuir na formação de ser humano, o portfólio apresenta-se como um instrumento de avaliação interessante por permitir o diálogo entre educador e educando, e possibilitar o educando tornar-se participante ativo da avaliação e no processo de aprendizagem (PRADO; REIBNITZ, 2016). Contudo, as estudantes possuíam, em sua imensa maioria, um papel bastante passivo no processo de ensino-aprendizagem nos estágios, realizando apenas as atividades para as quais seriam cobradas ou avaliadas, reflexo de uma caminhada ao longo da graduação balizada por pressupostos de uma educação tradicional.

5.3.6.8 Formação da identidade profissional

A formação das identidades profissionais dos alunos é importante para permitir a transição entre a universidade e a vida profissional (RONFELDT; GROSSMAN, 2008). Estudos que examinam a formação da identidade profissional do estudante de Farmácia no contexto do ensino superior tem crescido nos últimos anos (KELLAR *et al.*, 2020; MYLREA; SENGUPTA; GLASS, 2019; NOBLE *et al.*, 2014; QUINN; LUCAS; SILCOCK, 2020).

Segundo Ronfeldt e Grossman (2008), os principais fatores que influenciam a formação da identidade profissional de estudantes de ensino superior, na Farmácia, incluem: (1) ter oportunidades de imaginar como seria ser um farmacêutico, por meio de atividades de aprendizagem que promovam conexões entre o que é aprendido e a prática futura; (2) ter oportunidades de observar modelos, seja na prática ou em aproximações com a prática; (3) ter oportunidades para experienciar como é ser farmacêutico, por meio do envolvimento na prática ou em atividades que sejam aproximações realistas da prática; (4) e ter oportunidaes

de avaliar suas experiências de aprendizagem, por meio da autoavaliação e *feedback* externo (RONFELDT; GROSSMAN, 2008).

No curso de Farmácia da UFSC, havia disciplinas isoladas que oportunizavam, de certa forma, a imaginação, observação, experimentação e avaliação das estudantes nas atribuições no cuidado ao usuário, por meio, por exemplo, de casos reais e uso de simulações como metodologia educacional em disciplinas obrigatórias. No entanto, os estágios, pelos olhos das estudantes, se configuraram como a principal oportunidade para elas observarem, experienciarem e validarem sua prática, ou seja, os estágios assumiram um papel imprescindível na formação da identidade profissional. Entretanto, os estágios aconteciam, muitas vezes, apenas no 9º período. A ausência de preocupação com a integração das disciplinas em situações de práticas sociais contribuiu para uma compreensão ingênua da prática profissional e tornou a inserção nos cenários de prática bastante complexa, permeada de incertezas e inseguranças.

O desenvolvimento de identidade profissional, que ocorre simultaneamente nos níveis individual e coletivo, é favorecido pela integração vertical. Em currículos com um aumento gradual nas responsabilidades, os estagiários são desafiados longitudinalmente a assumir as responsabilidades no cuidado ao paciente. Simultaneamente, a nível social, os estudantes passam gradualmente da participação periférica para a plena participação na comunidade de prática, onde aprendem a agir dentro da comunidade profissional internalizando valores e normas (WIJNEN-MEIJER *et al.*, 2020).

Outro fator envolvido na formação de uma identidade profissional frágil dos graduandos refere-se às “constantes” mudanças da profissão farmacêutica, no último século, quanto a suas funções e responsabilidades. Kellar e colaboradores (2020) identificaram cinco discursos de identidade proeminentes na literatura de educação farmacêutica na América do Norte: boticário, distribuidor, comerciante, consultor especialista e provedor de cuidados de saúde, a que domina a literatura atual. Entretanto, os construtos da identidade do farmacêutico não são simples, evidentes ou progressivos. Elementos de discursos de identidade anteriores permanecem no currículo formal e/ou oculto e afetam as habilidades dos estudantes para a formação de novas identidades coletivas. Como consequência, os estudantes se formam com uma identidade profissional frágil, que pode ser facilmente transferida para outra identidade com base no que é vivenciado na prática (KELLAR *et al.*, 2020).

No currículo do curso de Farmácia da UFSC, assim como no discurso das educadoras, era perceptível a confluência e o acúmulo de discursos de identidades profissionais, as quais

contribuíam para a baixa expectativa profissional imputada ao farmacêutico no cuidado em saúde. Apesar de o currículo estar em processo de mudança, e ter incluído algumas disciplinas mais voltadas para o cuidado ao usuário, permanecia caracterizado pela presença marcante das antigas habilitações e com um perfil bastante tecnológico.

Na FE UFSC/PMF havia falta de um referencial, de um padrão de atendimento farmacêutico no processo assistencial. A abordagem, o método de avaliação da farmacoterapia e o registro eram realizados de maneiras distintas e as farmacêuticas, na maioria do tempo, concentravam suas atividades no suporte técnico e teórico às estudantes, realizando, esporadicamente, atendimento ao usuário. Esse contexto contribuía para que as estudantes não possuíssem um “modelo de atendimento farmacêutico”. Tinham dúvidas se o modo como conduziam o atendimento poderia ser feito de outra maneira, com outro olhar, com outra abordagem.

A impossibilidade de observar uma farmacêutica atuando foi apontada pelas estudantes como prejudicial para o desenvolvimento de competências profissionais, e, conseqüentemente, para formação de uma identidade profissional. Segundo Ronfeldt e Grossman (2008), os modelos desempenham um papel significativo na validação da identidade profissional dos estudantes e, inversamente, a ausência de modelos positivos resulta na formação ingênua da identidade profissional.

No estágio no CS-Saco Grande, a práxis das supervisoras influenciou o modo como as estagiárias percebiam a profissão farmacêutica na APS, e, conseqüentemente, refletia na sua postura para a prática profissional. No entanto, a ausência de compartilhamento de uma filosofia de prática e processo de cuidado comum entre as farmacêuticas, dificultava o entendimento das estudantes quanto ao seu papel no cuidado em saúde. Para algumas estagiárias a atribuição do farmacêutico restringia-se a melhorar questões comportamentais relacionadas ao uso do medicamento e as demais demandas eram encaminhadas ao médico responsável. Outras identificavam que o farmacêutico poderia contribuir de maneira mais abrangente na otimização da farmacoterapia, porém a carência de conhecimento aprofundado em medicamentos limitava a atuação junto à equipe de saúde em questões clínicas.

Em ambos os cenários de prática foi possível perceber uma dificuldade de legitimar a prática profissional farmacêutica no cuidado ao usuário. A ausência de um padrão para o processo de cuidado e fragilidade no processo de gestão da prática podem ser reflexos do acúmulo de identidade discursiva da profissão farmacêutica. Esse cenário, associado ao currículo tradicional, cria condições que tornam desafiador para os estudantes de farmácia a adoção

plena da identidade do profissional de saúde (KELLAR *et al.*, 2020; KOLAR; HAGER; LOSINSKI, 2017; WIJNEN-MEIJER *et al.*, 2020).

5.3.7 Considerações finais do estudo de perspectiva etnográfica

Como descrito na metodologia, os pressupostos epistemológicos que guiaram a pesquisa assumem a ausência de neutralidade do pesquisador, o qual é um instrumento de pesquisa, e a construção dos significados ocorre por meio de um processo interativo entre os indivíduos investigados e a investigadora. Minha visão, perspectiva e experiência sobre o ensino e a profissão farmacêutica foram trazidas para o campo no momento da minha imersão e deixo isso declarado no início desta tese. Assim, minha coleta de dados, análise, interpretação e conclusões podem ser distintas de outros pesquisadores que possuem visões de mundo diferente da minha. Ademais, apesar do meu esforço na tentativa de objetivar o meu objetivo de pesquisa, na FE-UFSC/PMF, por ter grande intimidade com o local, posso ter falhado em alguns momentos e comprometido as minhas interpretações.

Outra limitação refere-se à natureza dos locais investigados. Por serem dois cenários de prática, ou seja, serem locais de prestação de serviço de saúde à comunidade, não foi possível a filmagem como ocorre na maioria dos estudos de perspectiva etnográfica na educação em sala de aula. Dessa forma, apesar do meu afincamento em anotar todos os detalhes dos locais, atores e interações, algum elemento pode ter passado despercebido. Ainda, principalmente na FE-UFSC/PMF, houve dias que o tumulto gerado pelo grande número de pessoas atendendo e sendo atendidas dificultava ouvir os atendimentos integralmente. E por fim, como eram várias estudantes realizando atendimentos conjuntamente, era inviável acompanhar todas ao mesmo tempo, mas a focalização e a análise contrastiva me guiou em campo para que eu conseguisse aprofundar no entendimento daquelas culturas.

A mudança de postura das estudantes por estarem sendo observadas (aparentemente) não aconteceu, uma vez que quando iniciaram o estágio eu já estava inserida em campo, ou seja, para elas eu já era parte daquele processo, o que não causou estranheza. Já com relação às supervisoras e professoras, a minha presença, principalmente no início, pode ter suscitado mudanças de posturas e discursos que seriam diferentes na minha ausência.

O tempo em campo apesar de parecer curto quando comparado a estudos etnográficos tradicionais pode ser considerado uma fortaleza no estudo, uma vez que permaneci em campo quase que integralmente com as estudantes ao longo de todo o estágio, conseguindo

acompanhar todas as atividades e oportunidades de aprendizado vivenciadas por elas. A escolha de cinco estudantes que foram âncoras para a apresentação dos resultados, ainda que pareça restrito e não contemple todas as particularidades características individuais das estudantes, representa as características da cultura estudada que foi analisada exaustivamente. Ademais, de forma a manter o sigilo e privacidade dos participantes, todos foram designados como do sexo feminino. Assim, questões de gênero não puderam ser debatidas nesse estudo.

Outro ponto que trago como limitação é que a coleta se restringiu aos locais de prática. As estudantes não foram acompanhadas ao longo da graduação e, assim, as suas experiências prévias foram compreendidas a partir das suas percepções. E por fim, os resultados apresentados nesta pesquisa representam a cultura educacional de um determinado curso de Farmácia de uma IFES do Brasil e, assim, não se pode esperar que represente todos os cursos de Farmácia do Brasil. Contudo, os IES podem se identificar com a realidade descrita nessa pesquisa.

5.3.7.1 Conclusão

Com este estudo etnográfico, busquei compreender os fatores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem em serviço à luz da Teoria de Aprendizagem Experiencial e das pedagogias das competências e da crítica. Várias questões foram levantadas ao longo da pesquisa e auxiliaram o processo de focalização, próprio da etnografia, que conduziram a uma série de descobertas, cujas conclusões auxiliam o nosso entendimento sobre como ocorre o processo educacional em ambientes de prática do cotidiano do cuidado, em um curso de Farmácia de uma IFES, estruturado em um currículo tradicional, cujas práticas acontecem no final do curso e se encontram desarticuladas do componente teórico.

A pesquisa de campo permitiu identificar um movimento, a partir da reforma curricular, de reestruturação do currículo e ampliação das oportunidades de aprendizagem na área do cuidado em saúde. Nesse contexto, o estágio foi reconhecido pelas educadoras e educandas como um momento ímpar no processo de formação, onde a experiência vivenciada pelas estudantes foi capaz de despertar atitudes voltadas ao cuidado ao usuário. As duas culturas apresentam grande potencial como cenários de prática, tanto por possibilitar valiosas experiências no cuidado em saúde como por possuírem uma estrutura de pessoal favorável para o processo de ensino em serviço, uma vez que contam com farmacêuticas e residentes (CS-Saco Grande) e farmacêuticas e professoras (FE-UFSC/PMF). Ademais, o estágio no CS-Saco Grande oportunizou uma inserção das estudantes na APS e no dia-a-dia dos

profissionais no SUS, além de propiciar uma vivência interprofissional importante para a formação dos estudantes das áreas da saúde.

Entretanto, a pesquisa apontou para uma fragilidade no processo de ensino-aprendizagem em serviço. O estágio, em ambos os cenários, não envolveu um processo de aprendizagem experiencial estruturado que permitisse às estudantes a reflexão e teorização conjunta com a experimentação. A sobrecarga das supervisoras com demandas do serviço e o afastamento da academia no processo de ensino-aprendizagem que ocorria fora dos muros da universidade dificultavam o exercício do estímulo à reflexão e do *feedback* da educadora para a educanda. As educadoras assumiram, especialmente, a função de facilitadora e/ou avaliadora, e em alguns momentos, as supervisoras, desempenharam a função de especialista no assunto e treinadoras. A prática docente assistencial no serviço certamente contribuiria para que as professoras assumissem outras funções na aprendizagem experiencial.

A avaliação não era estruturada em um *continuum* ao longo do processo educacional e houve ausência de definição dos resultados de aprendizagem pretendidos com o estágio. Os *feedbacks* se configuraram como diretivos, com a função de correções pontuais, e houve a carência do fornecimento de *feedbacks* positivos durante o estágio. A avaliação somativa se constituiu como uma etapa subjetiva, onde o aprendizado das estudantes foi fortemente vulnerável ao interesse individual de cada uma. Ainda, a cultura educacional que privilegia a pesquisa em detrimento da prática profissional trouxe importantes reflexos na motivação para o estágio.

Ademais, as estudantes vivenciaram uma liberdade nos atendimentos aos usuários sem terem experienciado uma cultura para o cuidado no processo educacional. O estágio seria o momento no qual a estudante deveria desenvolver autonomia na prática profissional, entretanto, o curso não conseguiu assegurar que as estudantes adquirissem conhecimentos, habilidades e atitudes que propiciassem o seu desenvolvimento para a prática do cuidado. O estágio no 9º período do curso foi para muitas estudantes a primeira oportunidade de contato com o usuário, uma vez que não há no currículo formal a previsibilidade de estágios introdutórios, que propicie desenvolvimento crescente de competências e responsabilidades das estudantes.

E por fim, a ausência de uma prática farmacêutica padrão ensinada ao longo da graduação nesta IES e vivenciada nos cenários de prática dificultaram a formação de uma identidade profissional das estudantes para o cuidado em saúde.

Os cursos de Farmácia no Brasil estão reestruturando os seus currículos e o componente experiencial articulado e integrado verticalmente ao longo do currículo, deve ser pauta dessas discussões. É preciso repensar, urgentemente, o componente experiencial dos cursos de Farmácia do Brasil, para que a formação avance e entregue farmacêuticos eficientes, que assumam a sua função social nos sistemas de saúde. Somente assim, a profissão resgatará a sua legitimidade perante a sociedade e, principalmente, diante dos demais profissionais da saúde.

5.3.7.2 Reflexões sobre a minha experiência com a pesquisa de perspectiva etnográfica na educação

A motivação pela escolha da etnografia, que posteriormente descobri que seria perspectiva etnográfica, foi fruto do desejo de querer ver pelos olhos das estudantes, sentir suas apreensões, inseguranças e entusiasmo sobre o processo de ensino-aprendizagem em ambientes de prática do cotidiano do cuidado. A observação participante em conjunto com as entrevistas, especialmente as informais, me conduziram para o mundo das estudantes. Ao acompanhá-las ao longo do estágio, inserida na dinâmica do dia-a-dia delas (e não como alguém externo ao processo) e ancorada em uma teoria que me posicionou em campo, possibilitou a compreensão daquelas culturas. Olhar e compreender todos os eventos, as relações, os sentimentos, as características pessoais, as experiências prévias e as intenções futuras, certamente, nenhuma outra metodologia me oportunizaria tal riqueza de informações e essa compreensão tão aprofundada sobre os fatores envolvidos nesse componente educacional. Não se tratava de observar o outro, mas se sentir como o outro. É isso que significou, para mim, ser uma etnógrafa.

Desvencilhar-me da eterna busca pelo $p < 0,001$ como única forma de garantir validade e compreender que cada abordagem dentro da pesquisa possui suas limitações na busca por verdades, me tornou uma pesquisadora melhor. Um farmacêutico ou qualquer outro profissional formado em uma perspectiva positivista encontra muitos entraves para legitimar o poder científico da sua pesquisa diante de seus pares. É gratificante ver que cada vez mais farmacêuticos tem se aventurado em pesquisas dessa natureza. Entretanto, ainda somos minoria e temos muito que aprender sobre o conhecimento humanístico e social.

Durante a minha imersão, sempre respeitei o tempo das estudantes e sua prioridade, que era o aprendizado. Esforcei-me para que minha presença não causasse desconforto e, em muitas ocasiões, elas voluntariamente me forneciam informações sobre o seu processo de ensino-

aprendizagem. A disponibilidade de todas em compartilhar seus pensamentos, indagações, sentimentos e me permitir estar próxima vivenciando junto a elas essa experiência foi imprescindível para que eu tivesse toda essa riqueza de informações. As educadoras também foram solícitas e abertas, me permitindo fazer parte do seu dia-a-dia, e interessadas em contribuir com a pesquisa. Sentir-me “em casa” em ambos os locais me trouxe a tranquilidade para que a pesquisa fluísse de maneira que eu conseguisse traduzir tudo o que via e ouvia em significados atribuídos naquela cultura.

Realizar um estudo de perspectiva etnográfica nesses cenários, com a minha formação inicial, foi um grande desafio. Quando decidi por esta metodologia, por entender que seria a única capaz de responder as minhas indagações, sabia que precisaria empreender enorme esforço e dedicação para o seu aprofundamento teórico. Contudo, a etnografia não exige apenas tempo e esforço intensivo antes de entrar em campo e durante a coleta de dados, mas também na fase analítica, devido especialmente ao enorme volume de dados acumulados ao final da imersão em campo (neste estudo foram mais de 1000 páginas transcritas). Dessa maneira, é preciso que o pesquisador tenha bastante clareza desses aspectos antes de iniciar uma pesquisa, para não se frustrar ou entregar produtos que não são resultados de uma etnografia.

Para mim, essa pesquisa foi transformadora, como pesquisadora e educadora, na figura de supervisora de estágio. Permitiu-me refletir sobre a minha *práxis* com os olhos das estudantes e identificar questões que estavam impregnadas na minha postura pautada no paradigma da educação tradicional (bancária). Olhar pelos olhos das estudantes me possibilitou abrir as janelas da fragilidade do processo educacional envolvido no ensino experiencial, no qual eu estava inserida. Acho que essa é uma grande potencialidade da etnografia: o desenvolvimento de uma perspectiva crítica e reflexiva sobre a cultura educacional em que se está inserido.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

6.1 CONCLUSÕES FINAIS

Esta tese reúne uma série de achados sobre os estágios nos cursos de Farmácia do Brasil, e mais profundamente, na área de cuidado em saúde no contexto comunitário. A primeira fase da pesquisa revelou uma heterogeneidade nos estágios, com presença ainda bastante marcante das antigas habilitações, em especial das análises clínicas. Entretanto, a totalidade dos cursos participantes previa estágio em farmácia comunitária ou ambulatorial no seu currículo formal. Os estágios, de uma maneira geral, aconteciam de maneira bastante pontual, com carga horária baixa e, predominantemente, no final do curso. Esse cenário sinaliza que o país tem empreendido poucos esforços na implementação de programas de ensino experiencial robustos como nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, cuja formação encontra-se focada no desenvolvimento de competências para o cuidado centrado no paciente, em ambientes de prática hospitalar e comunitária, com nível crescente de responsabilidade ao longo do curso.

Ademais, o Brasil tem vivenciado um atraso na implementação de serviços clínicos farmacêuticos voltados para o cuidado em saúde, o que associado ao crescimento exponencial e desordenado dos cursos, especialmente, nas últimas duas décadas, tem prejudicado a oferta de locais de estágio que possibilitem oportunidades de aprendizagem com qualidade e carga horária adequada. Esse cenário, como identificado na segunda fase da pesquisa, tem conferido à farmácia universitária um papel estratégico para que os estudantes experienciem a prática clínica. Entretanto, nem todos os cursos de Farmácia possuem farmácia universitária e essa experiência não excluiu a importância de inserir os estudantes no mundo do trabalho durante a sua formação.

Contudo, há uma desarticulação entre academia e serviço que tem dificultado a alocação dos estudantes nos serviços de saúde, especialmente no SUS, e tornado mais complexo a transformação dos cenários de prática em espaços de ensino-aprendizagem. A participação limitada dos preceptores no processo de planejamento e um afastamento da academia aos locais de estágio, tem conferido ao preceptor integralmente a função de incorporar os valores e conceitos acadêmicos no mundo do trabalho. Entretanto, programas de educação permanente para preceptores, no componente clínico e pedagógico, com vistas a promover a melhoria do serviço e do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas, não é uma realidade nos cursos de Farmácia do Brasil.

A terceira etapa do estudo revelou a ausência de estruturação do processo de ensino-aprendizagem e a carência de políticas públicas de educação que fortalecessem o ensino em serviço. Os estágios se caracterizaram unicamente como uma vivência e não uma experiência que impulsionava um processo de reflexão e teorização para, posteriormente, oportunizar uma experimentação ativa, isto é, uma tomada de decisão consciente, crítica e criativa do estudante. As estudantes vivenciaram uma autonomia nos atendimentos aos usuários sem terem experienciado uma cultura para o cuidado no processo educacional ao longo do curso. A insuficiência de conteúdos teóricos (disciplinas optativas) e a não articulação e integração vertical dos estágios ao longo do currículo, favorecia erros e omissões durante o processo assistencial. Esse contexto era agravado pela ausência de uma prática farmacêutica padrão ensinada ao longo da graduação e vivenciada nos cenários de prática, o que contribuiu para as incertezas das estudantes quanto a sua atuação para o cuidado em saúde, e, como consequência, a formação da identidade profissional.

A tese nos permitiu identificar que o processo de avaliação não tem sido incorporado como parte integrante do processo educacional, de modo coerente à metodologia e objetivos educacionais propostos para os estágios. Este achado, revelado na segunda fase da pesquisa e reforçado no estudo de perspectiva etnográfica, nos permite verificar que os cursos de Farmácia têm utilizado instrumentos que não possuem capacidade de mensurar desempenho e/ou motivar o estudante para um movimento de reflexão e tomada de consciência sobre suas necessidades de aprendizado com o objetivo de melhorar seu desempenho futuro. Ademais, a sobrecarga de serviço das supervisoras e o afastamento da academia no processo de ensino-aprendizagem que ocorria fora dos muros da universidade, resultante de um processo histórico, foram fatores que dificultaram a realização de uma avaliação formativa, com *feedbacks* que permitissem aos estudantes identificar suas fragilidades e potencialidades ao longo do estágio.

As fragilidades do componente experiencial são inúmeras e, certamente, não são exclusivas desta IES, como revelado de maneira mais geral na literatura anterior a esta tese. Espera-se que esse estudo sensibilize os educadores a incluir o componente experiencial nas discussões de reestruturação curricular dos cursos de Farmácia do Brasil. O fortalecimento da integração-ensino-serviço-comunidade associado a estruturação de programas de ensino experiencial robustos ao longo da graduação permitirá a qualificação de farmacêuticos em consonância com as necessidades do sistema de saúde e da população.

Vale à pena destacar que a tese foi finalizada durante a pandemia do COVID-19. Contudo, a coleta de dados para a sua construção ocorreu no período anterior a ela, dessa maneira não sofreu prejuízos e nem reflexos desse momento. Entretanto, ao findar esta tese, com base em tudo o que identifiquei e discuti ao longo da sua escrita, reflito sobre os percalços e fragilidades da formação nesse período, uma vez que os estágios da área da saúde, em muitos cursos, sofreram alterações e adaptação, seja quanto ao seu caráter presencial e/ou afastamento ainda maior componente teórico. Ademais, na Farmácia os estudantes vivenciaram uma prática que reforçava ainda mais o fornecimento do medicamento por si só, como forma de proteger os usuários e os profissionais de saúde.

6.2 IMPLICAÇÕES

6.2.1 No ensino

Com base nos resultados obtidos vislumbramos algumas recomendações que poderiam contribuir para criação de programas de ensino experiencial mais robustos, que auxiliariam a entrega de farmacêuticos mais preparados para atuar no cuidado em saúde de maneira mais assertiva e eficiente.

1. Cursos de Farmácia organizar seus currículos utilizando o *Syllabus*;
2. Currículo integrado verticalmente com estágios acontecendo de maneira articulada com o componente teórico;
3. Programas de ensino experiencial robustos, ocorrendo desde o início da graduação e com aumento crescente de responsabilidade de competências;
4. Aproximação dos professores com o serviço, de modo a qualificar os locais de prática e desenvolver/manter competências clínicas para o serviço assistencial;
5. Educação permanente para supervisores sobre o componente clínico e pedagógico;
6. Estruturação de um processo de ensino experiencial que estimule nos estudantes a teorização à luz da prática, a reflexão e o desenvolvimento de pensamento crítico sobre a prática;
7. Estruturação de um processo *continuum* de avaliação formativa incorporado no processo de ensino-aprendizagem, que valorize o *feedback* com função facilitadora, incluindo os positivos ao longo do processo;
8. Definição de objetivos de aprendizagem e critérios claros quanto ao resultado esperado ao final do estágio;

9. Inclusão de métodos de avaliação somativos objetivos associados a métodos que contribuam para o desenvolvimento crítico-reflexivo do estudante;
10. Ensinar e vivenciar uma prática farmacêutica padrão no cuidado em saúde.
11. E reforçar o fortalecimento de políticas públicas, como PET – Saúde, que incentivem o encontro do estudante com o serviço, especialmente o interprofissional.

É importante destacar que a efetivação dessas iniciativas requer a adequação, pelas IES, dos recursos humanos, professores e supervisores, em quantidade e com qualificação oportuna. Para isso, discussões consistentes devem ser travadas junto ao Ministério da Educação e Ministério da Saúde com envolvimento da sociedade civil organizada de forma a galgar incentivos que contribuam para o fortalecimento do ensino em serviço.

6.2.1 Na área da saúde pública

A inserção de estudantes de Farmácia, e de outras profissões da saúde, desde o início dos cursos, de maneira estruturada e planejada ao longo do curso, poderia trazer implicações importantes na prevenção de iatrogenias no cuidado em saúde geral, uma vez que permitiria o encontro do estudante com o serviço, com outros profissionais, com o usuário e, especialmente, com a prática profissional, o que promoveria um amadurecimento e envolvimento profissional.

O fortalecimento do ensino-serviço-comunidade poderia contribuir, também, para a prevenção quaternária, tão importante, especialmente no contexto do SUS, uma vez que o entendimento claro sobre a sua prática profissional e do processo de cuidado em saúde e interdisciplinar, reduziria o risco de intervenções desnecessárias.

6.3 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

A partir dos resultados desta tese, identificamos algumas recomendações para as pesquisas futuras, dentre essas, expandir a pesquisa para outros cenários de prática de cuidado em saúde, como hospitais e ambulatórios, com vistas a contribuir para um entendimento dos diversos fatores envolvidos no ensino experiencial no curso de Farmácia. Ademais, ampliar o foco da pesquisa e investigar o processo de ensino-aprendizagem na residência, o que, também, auxiliaria na qualificação da formação de farmacêuticos para a prática do cuidado em saúde. Novos estudos podem ser realizados objetivando a elaboração de EPAs para qualificar o processo de ensino-aprendizagem nos estágios em farmácia e permitir mais transparência quanto aos critérios de avaliação.

REFERÊNCIAS

ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION. *Accreditation Standards and Guidelines for the professional program in Pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree*. Illinois: ACPE, 2011. 95 p.

ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION. *Accreditation Standards and key elements for the professional program in Pharmacy leading to the Doctor of Pharmacy Degree ("STANDARDS 2016")*. Illinois: ACPE, 2015. 31 p.

ACUNA-JOHNSON, P. Regulatory and legal issues in Pharmacy Education: cases in Latin American Countries. In: FATHELRAHMAN, A. I. *et al.* (Org.). *Pharmacy Education in the Twenty First Century and Beyond*. Londres: Elsevier Ltd, 2018. p. 271–284.

AGAR, M. H. *Language shock: Understanding the culture of conversation*. New York: William Morrow, 1994.

AGNESS, C. F.; HUYNH, D.; BRANDT, N. An Introductory Pharmacy Practice Experience Based on a Medication Therapy Management Service Model. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 75, n. 5, p. 1–8, 2011.

AL-GHANANEEM, A. M. *et al.* A Call to Action to Transform Pharmacy Education and Practice in the Arab World. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 82, n. 9, p. Article 7014, 2018.

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008.

ALMEIDA, R. B.; MENDES, D. H. C.; DALPIZZOL, P. A. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 35, n. 3, p. 347–354, 2014.

ALVERO, A. M.; BUCKLIN, B.; AUSTIN, J. An Objective Review of the Effectiveness and Essential Characteristics of Performance Feedback in Organizational Settings (1985-1998). *Journal of Organizational Behavior Management*, v. 21, n. 1, p. 3–29, 2001.

ANDERSON, C. *et al.* Transforming Health Professional Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 75, n. 2, p. 1–3, 2011.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 3603–3614, 2010.

ARAÚJO, F. Q.; PRADO, E. M. Análise das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. *Revista Contemporânea de Educação*, v. 3, n. 5, p. 96–108, 2011.

ARAÚJO, P. S. *et al.* Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 1–11, 2017.

ARAUJO, R. M. L. *Desenvolvimento de Competências Profissionais: as incoerências de um discurso*. Orientadora: Lucília Regina de Souza. 2001. 207 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

ARAUJO, R. M. L. As referências da pedagogia das competências. *Perspectiva*, v. 22, n. 2, p. 497–524, 2004.

ARCHER, J. C. State of the science in health professional education: effective feedback. *Medical Education*, v. 44, n. 1, p. 101–108, 2010.

ASSOCIATION OF FACULTIES OF PHARMACY OF CANADA. *AFPC Educational Outcomes for First Professional Degree Programs in Pharmacy in Canada 2017*. Ottawa: AFPC, 2017. 20 p.

ATHANASES, S. Z.; HEATH, S. B. Ethnography in the study of the teaching and learning of English. *Research in the Teaching of English*, v. 29, n. 3, p. 263–286, 1995.

AUSTIN, Z.; ENSOM, M. H. H. Education of Pharmacists in Canada. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 72, n. 6, p. 1–11, 2008.

AUSTRALIAN PHARMACY COUNCIL. *Accreditation Standards for Pharmacy Programs in Australia and New Zealand*, 2012.

BALDONI, A. D. O. *et al.* Perspectives for Clinical Pharmacy in Brazil. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, v. 2, n. 3, p. 45–46, 2016.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 363–373, 2008.

BOYLE, C. J. *et al.* Developing and implementing an academy of preceptors. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 73, n. 2, p. 1–10, 2009.

BRACCIALLI, L. A. D. *Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência*. Orientadora: Maria Amélia de Campos Oliveira. 2009. 280 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BRANDT, N. J.; COOKE, C. E. Centers for Medicare and Medicaid Services support for Medication Therapy Management (Enhanced Medication Therapy Management): Testing Strategies for Improving Medication use among beneficiaries enrolled in Medicare Part D. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 33, n. 2, p. 153–164, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 80.80 – 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 300 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Parecer CNE/CES nº 1.300/2001, de 6 de novembro de 2001*. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2001. Seção 1. p. 25. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Ministério da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 164 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1. p. 27833. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017*. Institui

as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2017. Seção 1. p. 30. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 9 fev. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1. p. 9. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2019.

BRASIL. *Lei Nº 11.788, de 25 de Setembro de 2008*. Dispõe sobre o estágio de estudantes; 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2009. Seção 1. p. 3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11788.htm. Acesso em: 1 fev. 2020.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015*. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 ago. 2015. Seção 1. p. 193. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.

BRAUER, D. G.; FERGUSON, K. J. The integrated curriculum in medical education : AMEE Guide nº 96. *Medical Teacher*, v. 37, n. 4, p. 312–322, 2014.

BULTE, C. *et al.* Student teaching: views of student near-peer teachers and learners. *Medical Teacher*, v. 29, n. 6, p. 583–590, 2007.

BURGESS, A.; MCGREGOR, D. Peer teacher training for health professional students : a systematic review of formal programs. *BMC Medical Education*, v. 18, n. 263, p. 1–12, 2018.

CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION. *CPhA Position Statement on a Doctor of Pharmacy Degree as an Entry-Level to Practice*. 2011. Disponível em: <http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the->

issues/PPDoctorOfPharmacyEN.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface*, v. 12, n. 25, p. 363–376, 2008.

CARR, S. E. *et al.* “Helping someone with a skill sharpens it in your own mind”: a mixed method study exploring health professions students experiences of Peer Assisted Learning (PAL). *BMC Medical Education*, v. 16, n. 48, p. 1–10, 2016.

CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. *Mercado de trabalho farmacêutico no brasil: 2010 a 2015*. 1. ed. São Paulo: Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2016. 32 p.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149–182.

CHAIYAKUNAPRUK, N. *et al.* Pharmacy Practice in Thailand. In: FATHELRAHMAN, A.; IBRAHIM, M.; WERTHEIMER, A. (Org.). *Pharmacy Practice in Developing Countries: Achievements and Challenges*. Londres: Elsevier Ltd, 2016. p. 3–23.

CHANAKIT, T. *et al.* A Survey of Pharmacy Education in Thailand. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 78, n. 9, Article 161, 2014.

CHANAKIT, T. *et al.* Hospital pharmacists’ perceptions of the suitability of doctor of pharmacy graduates in hospital settings in Thailand. *BMC Medical Education*, v. 15, n. 181, p. 1–15, 2015.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*, v. 16, n. 2, p. 221–236, 2003.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management*. 3rd. ed. New York: McGraw Hill, 2012. 736 p.

CLEMENT, D. A.; FRANDBSEN, K. D. On conceptual and empirical treatments of feedback in human communication. *University of Sussex Library*, v. 43, p. 11–28, 1976.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Competências para a atuação clínica do farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz*

de Competências para a Atuação Clínica. Brasília: CFF, 2017. 124 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Perfil do farmacêutico no Brasil*. Brasília: CFF, 2015. 44 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº 572 de 25 de abril de 2013*. Dispõe sobre a regulamentação das especialidades farmacêuticas, por linhas de atuação. 2013a Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/572.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº 585 de 29 de agosto de 2013*. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013b. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº 586 de 29 de agosto de 2013*. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. 2013c. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/572.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília: CFF, 2016. 200 p.

CORIA, M. M.; DELUCA, M.; MARTÍNEZ, M. E. Curricular Changes in Accredited Undergraduate Programmes in Argentina. *Quality in Higher Education*, v. 16, n. 3, p. 247–255, 2010.

COSTA, F. A. *et al.* Provision of pharmaceutical care by community pharmacists across Europe : Is it developing and spreading ? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 23, n. 6, p. 1336–1347, 2017.

CRESWELL, J. W. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. 403 p.

CYPRIANO, C. C.; MARÇAL, C. C. B.; HEINDMANN, I. B. Pensar e refletir para um novo agir pedagógico em saúde. In: PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. (Org.). *Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde*. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 117–130.

CYPRIANO, C. C.; MARÇAL, C. C. B.; KEMPFER, S. S. Saberes necessários à prática docente: ensinar para o querer saber mais. In: PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. (Org.). *Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde*. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p.

83–98.

DALY, K. J. *Qualitative Methods for Family Study and Human Development*. Los Angeles: Sage Publications, 2007. 312 p.

DANIELSON, J. *et al.* A Qualitative Analysis of Common Concerns about Challenges Facing Pharmacy Experiential Education Programs. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 79, n. 1, p. 1–8, 2015.

DAUGHERTY, K. K.; CUMBERLAND, D. M. The use of portfolios in US pharmacy schools. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 82, n. 3, p. 240–252, 2018.

DELORS, J. *et al.* *Um tesouro a descobrir: relatório da Unesco da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI*. Brasília: UNESCO, 2010. 288 p.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *Handbook of Qualitative Research*. 2nd. ed. Los Angeles: Sage Publications, 2000. 1143 p.

DIFRANCESCO, P. *The Role of Situated Learning in Experiential Education : An Ethnographic Study of the Knowledge-Construction Process of Pharmacy Students during Their Clinical Rotations*. Chairperson of Committee: Dwight E. Giles Jr. 2011. 257 f. Dissertation (Doctor of Education) - University of Massachusetts Boston, 2011.

ENDE, J. Feedback in Clinical Medical Education. *Journal of the American Medical Association*, v. 250, n. 6, p. 777–781, 1983.

EUROPEAN COMMISSION/EACEA/EURYDICE. *European Higher Education Area in 2015: Bologna Process Implementation Report*. Luxembourg: Publication Office of the European Union, 2015. 297 p.

EUROPEAN PARLIAMENT. *Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council*. 2005. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF> Acesso em 20 nov. 2019.

FINKLER, R. U.; SILVA, A. S.; BONAMIGO, A. W. Visão dos preceptores quanto à preceptoria e o acolhimento do estudante de graduação na atenção primária à saúde. *Research, Society and Development*, v. 8, n. 2, p. 1–17, 2019.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 408 p.

FOPPA, A. A. *et al.* Experiential education in the pharmacy undergraduate curricula in Brazil. *Pharmacy Practice*, v. 18, n. 1, p. 1–9, 2020.

FRANSEN, K. D.; MILLIS, M. A. On conceptual , theoretical and empirical treatments of feedback in human communication: Fifteen years later. *Communication Reports*, v. 6, n. 2, p. 79–91, 1993.

FRANK, J. R. *et al.* Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*, v. 32, n. 8, p. 638–645, 2010.

FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Critical thinking in the context of clinical practice : The need to reinvent pharmacy education. *Revista Portuguesa de educação*, v. 28, n. 2, p. 231–250, 2015.

FUNAI, A. *et al.* Saberes necessários à prática educativa: ensinar é uma especificidade humana. In: PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. (Org.). *Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde*. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 99–116.

GADOTTI, M. *PAULO FREIRE su vida y su obra*. 1. ed. Bogotá: Codecal, 1991. 193 p.

GALAL, S. M. *et al.* Impact of an Elective Course on Pharmacy Students' Attitudes, Beliefs, and Competency Regarding Medicare Part D. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 76, n. 5, p. 1–9, 2012.

GALL, J. P.; GALL, M. D.; BORG, W. R. *Educational research: An introduction*. 7th ed. Boston: A & B Publications, 2002. 683 p.

GALLAGHER, C. W.; GALLAGHER, B. C. W. Distrupting the Game-Changer: rememebering the History of Competency-Based Education. *Change*, v. 46, n. 5, p. 16–23, 2014.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1989. 324 p.

GENERAL PHARMACEUTICAL COUNCIL. *Future pharmacists Standards for the initial education and training of pharmacists*. London: GPC, 2011. 64 p.

GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, v. 3, n. 2, p. 81–89, 2005.

GONÇALVES, C. N. S. *et al.* Integração Ensino – Serviço na voz de profissionais de saúde. *Revista de enfermagem UFPE*, v. 8, n. 6, p. 1678–1686, 2014.

GREEN, J. L.; BLOOME, D. Ethnography and ethnographers of and in education: A situated perspective. In: FLOOD, J.; HEATH, S. B.; LAPP, D. (Org.). *Handbook of research on teaching literacy through the communicative and visual arts*. New York: Macmillan Publishers, 1997. p. 181–202.

GREEN, J. L.; CASTANHEIRA, M. L. Revisiting the relationship between ethnography, discourse and education. *Revista Caletroscópio*, v. 7, n. 1, p. 10–55, 2019.

GREEN, J. L.; DIXON, C. N.; ZAHARLICK, A. Etnografia como uma lógica de investigação. *Educação em Revista*, v. 42, p. 13–79, 2005.

GREEN, J. L.; SKUKAUSKAITE, A.; BAKER, W. D. Ethnography as epistemology: an introduction to educational ethnography. *Research Methods and Methodologies in Education*, v. 12, p. 44–50, 2012.

GUERRA, E. L. A. *Manual de Pesquisa Qualitativa*. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014. 47 p.

GUIMARÃES, L. S. P.; HIRAKATA, V. N. Use of the generalized estimating equation model in longitudinal data analysis. *Revista HCPA*, v. 32, n. 4, p. 503–511, 2012.

GURAYA, S. Y.; ABDALLA, M. E. Determining the effectiveness of peer-assisted learning in medical education: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Talibah University Medical Sciences*, v. 15, n. 3, p. 177–184, 2020.

HADDAD, A. E. *et al.* *A trajetória dos cursos de graduação na saúde, 1991-2004*. Brasília: Inep/MEC, 2006. 531 p.

HAINES, S. T. *et al.* Core Entrustable Professional Activities for new Pharmacy Graduates. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 81, n. 1, p. Article S2, 2017.

HAINES, S. T. *et al.* Report of the 2015-2016 Academic Affairs Standing Committee. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 80, n. 9, p. Article 20, 2016.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. *Etnografia: métodos de investigación*. Barcelona: Paidós, 1994. 352 p.

HARDEN, R. M. The integration ladder : a tool for curriculum planning and evaluation. *Medical Education*, v. 34, n. 7, p. 551–557, 2000.

HASSALI, M. A.; AHMADI, K. VIEWPOINTS. A need to rethink and mold consensus regarding Pharmacy education in developing countries. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 77, n. 6, p. 1–2, 2013.

HEPLER, C.; STRAND, L. M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, v. 47, v. 3, p. 533–543, 1990.

INSTITUTO REGIONAL FAIMER BRASIL. *Glossário de métodos de avaliação dos estudantes*. Disponível em: <file:///C:/Users/Aline/Downloads/Glossario_Instrumentos de avaliação FAIMER BRASIL 2016.pdf>. Acesso em 15 abr. 2019.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. *2012 FIP Global Pharmacy workforce report*. 2012a Disponível em: <https://www.fip.org/file/1414>. Acesso em: 18 mai 2019.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. *A Global Competency Framework for Services Provided by Pharmacy Workforce*. 2012b. Disponível em: https://www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/GbCF_v1.pdf. Acesso em: 21 fev. 2019.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. *Pharmacy - Workforce Intelligence: Global Trends Report*. 2018. Disponível em: <https://www.fip.org/file/2077>. Acesso em: 18 abr. 2019.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. *Transforming Our Workforce Workforce development and education: Systems, tools and navigation*. 2016. Disponível em: <https://www.fip.org/file/1392>. Acesso em 05 jun. 2019.

IOBST, W. F. *et al.* Competency-based medical education in postgraduate medical education. *Medical Teacher*, v. 32, n. 8, p. 651–656, 2010.

IVAMA, A. M. *et al.* *Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

JABBUR-LOPES, M. O.; MESQUITA, A. R.; SILVA, L. M. A. Virtual Patients in Pharmacy Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 76, n. 5, p. 1–8, 2012.

JOINT COMMISSION OF PHARMACY PRACTITIONERS. *Pharmacists' Patient Care Process*. 2014. Disponível em: <<https://jcpp.net/wp-content/uploads/2016/03/PatientCareProcess-with-supporting-organizations.pdf>>. Acesso em 04 mai. 2021.

KASSAM, R.; KWONG, M.; COLLINS, J. B. Promoting direct patient care services at community pharmacies through advanced pharmacy practice experiences. *Pharmacy practice*, v. 21, n. 6, p. 368–377, 2013.

KATOUE, M. G.; SCHWINGHAMMER, T. L. Competency-based education in pharmacy : A review of its development , applications , and challenges. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 26, n. 4, p. 1114-1123, 2020.

KELLAR, J. *et al.* A Historical Discourse Analysis of Pharmacist Identity in Pharmacy Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 84, n. 9, p. Article 7864, 2020.

KENNERLY, J.; WEBER, R. J. Role of Pharmacy Education in Growing the Pharmacy Practice Model. *Hospital Pharmacy*, v. 48, n. 4, p. 338–342, 2013.

KHEIR, N. *et al.* Pharmacy Education and Practice in 13 Middle Eastern Countries. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 72, n. 6, p. Article 133, 2008.

KHEIR, N.; AL-SAAD, D.; AL-NAIMI, S. Pharmaceutical care in the Arabic-speaking Middle East: literature review and country informant feedback. *Avicenna*, v. 2, n. 1, p. 1–22, 2013.

KIM, Y. J. Study of the UK Pharmacy Education and the Pharmacy Registration Assessment : In England and Wales. *Korean Journal of Clinical Pharmacy*, v. 25, n. 2, p. 61–67, 2015.

KNOER, S. J.; ECK, A. R.; LUCAS, A. J. A review of American pharmacy: education, training, technology, and practice. *Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences*, v. 2, n. 32, p. 1–7, 2016.

KOLAR, C.; HAGER, K. D.; LOSINSKI, V. Beyond the Pharmacists' Patient Care Process: Cultivating Patient Care Practitioners by Utilizing the Pharmaceutical Care Framework. *Inovations in pharmacy*, v. 8, n. 3, p. Article 7, 2017.

KOLB, A. Y. *et al.* On Becoming an Experiential Educator: The Educator Role Profile. *Simulation & Gaming*, v. 45, n. 2, p. 204–234, 2014.

KOLB, D. A. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. 2. ed. New Jersey: Pearson Education Inc, 2015. 390 p.

KOSTER, A.; SCHALEKAMP, T.; MEIJERMAN, I. Implementation of Competency-Based Pharmacy. *Pharmacy*, v. 5, n. 10, p. 1–16, 2017.

LANCASTER, J. W. *et al.* Faculty Development Program Models to Advance Teaching and Learning Within Health Science Programs. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 78, n. 5, p. 1–7, 2014.

LE BOTERF, G. *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Editions d'organisation, 1995. 116 p.

LE BOTERF, G. *De la Compétence à la Navigation Professionnelle*. Paris: Editions d'Organisation, 1997. 296 p.

LI, S. C. Pharmacy education in Australia with a special focus on clinical pharmacy education. *Journal of Asian Association of Schools of Pharmacy*, v. 8, p. 1–6, 2019.

LIANG, K. Y.; ZEGER, S. L. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *BIOMETRIC*, v. 73, n. 1, p. 13–22, 1986.

LOPES, N. M. S. *et al.* A Quantitative Analysis of the Quality of Pharmacy Education in Brazil. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 83, n. 3, p. 291–297. 2019.

LOSINSKI, V. *Educating for Action: Understanding the Development of Pharmaceutical Care Practitioners*. Adviser: Linda Strand and Brian Isetts. 2011. 247 f. Dissertation (Doctor of Philosophy) - University of Minnesota, 2011.

MARRIOTT, J. L. *et al.* Pharmacy Education in the Context of Australian Practice. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 72, n. 6, 2008.

MARTÍNEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 613–619, 2012.

MATTOS, C. L. G.; CASTRO, P. A. *Etnografia e educação: conceitos e usos*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 298 p.

MCGIVNEY, M. S. *et al.* An Introductory Pharmacy Practice Experience Providing Pharmaceutical Care to Elderly Patients. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 75, n. 8, p. 1–9, 2011.

MENDONÇA, S. D. A. M. Ensino-aprendizagem em serviço na Educação para Atenção Farmacêutica. Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira e Erika Lourenço de Freitas. 2016. 238 f. Tese (Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

MENDONÇA, S. A. M. *et al.* Pharmacy Practice Experiential Programs in the Context of Clinical Education. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, v. 9, n. 2, p. 35–41, 2017.

MENDONÇA, S. A. M.; FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Competencies for the provision of comprehensive medication management services in an experiential learning project. *PLoS ONE*, v. 12, n. 9, p. 1–14, 2017.

MERTENS, L. *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo: Cinterfor, 1996. 119 p.

MESQUITA, A. R. *et al.* The effect of active learning methodologies on the teaching of pharmaceutical care in a Brazilian Pharmacy faculty. *PLoS ONE*, v. 10, n. 5, p. 1–16, 2015.

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills competence performance. *Academic Medicine*, v. 65, n. 9, p. 63–67, 1990.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.

MOORE, J. M. *et al.* Impact of a Patient-Centered Pharmacy Program and Intervention in a High-Risk Group. *Journal of Managed Care Pharmacy*, v. 19, n. 3, p. 228–236, 2013.

MORAIS, D. C. M. *Um Estudo Demográfico/Cartográfico e Análise das Matrizes Curriculares dos Cursos de Farmácia*. Orientadora: Cláudia Beatriz de Castro Nascimento Ometto. 2015. 366 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2015.

MORERA, J. A. C. *et al.* Refletindo com freire: sobre dialogicidade e cotidianos profissionais. In: PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. (Org.). *Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde*. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 61–82.

MORSE, J. M. The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, v. 5, n. 2, p. 147–149, 1995.

MYLREA, M. F.; SEN-GUPTA, T.; GLASS, B. D. Design and Evaluation of a Professional Identity Development Program for Pharmacy Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 83, n. 6, p. 1320–1327, 2019.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1565–1572, 2016.

NASH, R. E. *et al.* An international review of the use of competency standards in undergraduate pharmacy education. *Pharmacy Education*, v. 15, n. 1, p. 131–141, 2015.

NEVES, C. E. B.; KOPPE, L. R. Processo De Bolonha : A Reforma do Sistema de Educação Superior Europeu. *TOMO*, n. 15, p. 15–39, 2009.

NOBLE, C. *et al.* Becoming a pharmacist : the role of curriculum in professional identity formation. *Pharmacy Practice*, v. 12, n. 1, p. 1–13, 2014.

NUNES-DA-CUNHA, I. *et al.* A Comparison of Patient-Centered Care in Pharmacy Curricula in the United States and Europe. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 80, n. 5, p. Article 83, 2016.

OLIVEIRA, A. Etnografia e pesquisa educacional: por uma descrição densa da educação. *Educação Unisinos*, v. 17, n. 3, p. 271–280, 2013a.

OLIVEIRA, A. Por que etnografia no sentido estrito e não estudos do tipo etnográfico em educação? *Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade*, v. 22, n. 40, p. 69–81, 2013b.

OLIVEIRA, A. B. *et al.* Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 41, n. 4, p. 409–413, 2005.

OLIVEIRA, N. V. B. V. *et al.* Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil : perfil

sociodemográfico e dinâmica de trabalho em farmácias e drogarias privadas. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 4, p. 1105–1121, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*. Alma-Ata, 1978

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Propuesta de Plan Básico de Educación Farmacéutica y Competencias del Farmacéutico para la práctica profesional*, 2014.

Disponível em:

https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/ix_cpef/PlanBasico.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

OSTERMANN, F.; CAVALCANTI, C. J. H. *Teorias de Aprendizagem*. 1. ed. Porto Alegre: Evangraf, 2011. 58 p.

OZAWA, K. Progress of Pharmacy Education in Japan - Model Core Curriculum for Pharmacy Education and the Evaluation Standards. *Journal of Asian Association of Schools of Pharmacy*, v. 7, p. 8–14, 2018.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. DA. The Flexner Report : for good and for bad. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PEARSON, M. L.; HUBBALL, H. T. Curricular Integration in Pharmacy Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 76, n. 10, p. Article 204, 2012.

PEIRANO, M. Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, v. 20, n. 42, p. 377–391, 2014.

PEREIRA, I. D. F.; LAGES, I. Diretrizes Curriculares para a formação de profissionais de saúde: competência ou práxis? *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 11, n. 2, p. 319–338, 2013.

PEREIRA, L. R. L. Da Botica à Clínica Farmacêutica. In: SOARES, L. *et al.* (Org.). *Atuação clínica do farmacêutico*. Florianópolis: editora UFSC, 2016. p. 91–113.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 44, n. 4, p. 601–611, 2008.

PERLROTH, D. *et al.* *Medication Therapy Management in Chronically Ill Populations : Final Repor*. 2013. Disponível em:

<https://innovation.cms.gov/files/reports/mtm_final_report.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1999. 101 p.

PETERSON, S. L.; WITTSTROM, K. M.; SMITH, M. J. A Course Assessment Process for Curricular Quality Improvement. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 75, n. 8, p. 1–7, 2011.

PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA. *National competency standards framework for pharmacists in Australia*. Disponível em: <https://www.psa.org.au/wp-content/uploads/2018/06/National-Competency-Standards-Framework-for-Pharmacists-in-Australia-2016-PDF-2mb.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

PHILIPPE, J. *Compétences et socioconstructivisme: un cadre théorique*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2009. 110 p.

PIERANTONI, C. R. *et al. Graduações em Saúde no Brasil: 2000-2010*. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2012. 228 p.

PIMENTEL, A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, v. 12, n. 2, p. 159–168, 2007.

PLOYLEARMSANG, C. *et al.* Hospital Pharmacy Practice and the Way Forward for Pharmacy Education in Thailand. *International Perspectives on Pharmacy Practice*, v. 72, n. 1, p. 34–41, 2019.

PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. *Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde*. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. 195 p.

QUINN, G.; LUCAS, B.; SILCOCK, J. Professional Identity Formation in Pharmacy Students During an Early Preregistration Training Placement. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 84, n. 8, p. Article 7804, 2020.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. *Atenção Farmacêutica: da Filosofia ao Gerenciamento da Terapia Medicamentosa*. 1. ed. São Paulo: RCN Editora, 2011. 344 p.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Atenção farmacêutica como contracultura. *Farmácia revista/CRFMG*, n. 3, p. 21–22, 2006.

RAMANI, S.; KRACKOV, S. K. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Medical Teacher*, v. 34, n. 10, p. 787–791, 2012.

RAMAPRASAD, A. On the Definition of Feedback. *Behavioral Science*, v. 28, n.1, p. 4–13, 1983.

RAMOS, M. N. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 93–114, 2003.

RONFELDT, M.; GROSSMAN, P. Becoming a professional: Experimenting with Possible Selves in Professional Preparation. *Teacher Education Quarterly*, v. 35, n. 3, p. 41–60, 2008.

ROSALDO, R. *Culture & Truth: The Remaking of Social Analysis*. Boston: Press Beacon, 1993. 300 p.

ROVERE, M. R. Gestión de la educación permanente: una relectura desde una perspectiva estratégica. *Educación Médica y Salud (OPS)*, v. 27, n. 4, p. 489–515, 1993.

RUIZ, I. *et al.* Pharmaceutical Care Education at the University of Chile. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 66, n. 2, p. 144–147, 2003.

SANDELOWISKI, M. Sample size in qualitative methods. *Research in Nursing & Health*, n. 18, p. 179–183, 1995.

SANTOS, R. I. *Concepções de Assistência Farmacêutica no contexto histórico Brasileiro*. Orientadora: Marení Rocha Farias. 2011. 172 f. Tese (doutorado em Farmácia) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2011a.

SANTOS, W. S. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 1, p. 86–92, 2011b.

SATURNINO, L. T. M. *et al.* Farmacêutico : um profissional em busca de sua identidade. *Revista Brasileira Farmacêutica*, v. 93, n. 1, p. 10–16, 2012.

SCHUETZ, E. *et al.* A large-scale peer teaching programme – acceptance and benefit. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, v. 125, p. 71–79, 2017.

SECOMB, J. A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *Journal of clinical nursing*, v. 17, n. 6, p. 703–716, 2007.

SHARIF-CHAN, B. *et al.* An Observational Case Study of Near-peer Teaching in Medical and Pharmacy Experiential Training. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 80, n. 7, p. Article 114, 2016.

SILVA, D. Á. M. *et al.* A PRÁTICA CLÍNICA DO FARMACÊUTICO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE A. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 2, p. 659–682, 2018.

SILVA, R. M. B.; MOREIRA, S. N. T. Estresse e residência multiprofissional: compreendendo significados no processo de formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 4, p. 157–166, 2019.

SILVA FILHO, C. C. *et al.* Da pirâmide para o círculo: em busca de práticas educativas participativas em saúde. In: PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. (Org.). *Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde*. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 141–156.

SKRABAL, M. Z. *et al.* Portfolio use and practices in US colleges and schools of pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 76, n. 3, p. 1–8, 2012.

SOARES, L. *et al.* Educação farmacêutica e identidade profissional. In: CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. (Org.). *O farmacêutico na Atenção à Saúde*. 2. ed. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2008. p. 263–286.

SORENSEN, T. D. *et al.* A Dentist, Pilot, and Pastry Chef Walk into a Bar... Why Teaching PPCP is Not Enough. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 84, n. 4, p. 400–405, 2020.

SORENSEN, T. D.; PESTKA, D.; SORGE, L. A.; *et al.* A qualitative evaluation of medication management services in six Minnesota health systems. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 73, n. 5, p. 307–314, 2016.

SORENSEN, T. D.; PESTKA, D. L.; BRUMMEL, A. R.; *et al.* Seeing the Forest Through the Trees: Improving Adherence Alone Will Not Optimize Medication Use. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, v. 22, n. 5, p. 598–604, 2016.

SOSABOWSKI, M. H.; GARD, P. R. Pharmacy Education in the United Kingdom. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 72, n. 6, Article 130, 2008.

SOUZA, D. M. *et al.* Entre a alienação e libertação: da concepção bancária a concepção problematizadora da educação. In: PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. (Org.). *Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde*. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 37–60.

SOUZA, W. M. *et al.* Teaching in pharmaceutical care: a systematic review. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, v. 9, n. 10, p. 321–326, 2015.

STOCKL, K. M. *et al.* Effect of an intervention to increase statin use in Medicare members who effect of an intervention to increase statin use in Medicare members who qualified for a Medication Therapy Management program. *Journal of Managed Care Pharmacy*, v. 14, n. 6, p. 532–540, 2015.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. *Dicionário Paulo Freire*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

TEN CATE, O.; SNELL, L.; CARRACCIO, C. Medical competence: The interplay between individual ability and the health care environment. *Medical Teacher*, v. 32, n. 8, p. 669–675, 2010.

THE CANADIAN COUNCIL FOR ACCREDITATION OF PHARMACY PROGRAMS. *Accreditation Standards for Canadian first professional degree in Pharmacy programs*. Toronto: CCAPP, 2018. 31p.

THE EUROPEAN PARLIAMENT AND THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. *Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) n° 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System*. Official Journal of the European Union, 2013. 132-170.

THE NATIONAL ASSOCIATION OF PHARMACY REGULATORY AUTHORITIES (NAPRA). *Professional competencies for Canadian pharmacists at entry to practice*. Ottawa: NAPRA, 2014. 25 p.

THE PHARMACEUTICAL SOCIETY OF IRELAND. *Core Competency Framework for Pharmacists*. Disponível em: <http://www.thepsi.ie/Libraries/Pharmacy_Practice/PSI_Core_Comp_Framework_Web_Version_Final.sflb.ashx>. Acesso em: 17 fev. 2019.

TIBÉRIO, LOLANDA DE F. L. C. *et al.* *Avaliação prática de habilidades clínicas*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 316 p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições , diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507–514, 2005.

TURNER, C. J. *et al.* A Strategy to Develop Advanced Pharmacy Practice Experiences. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 71, n. 3, p. 1–8, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Arquivos – Relatório do Seminário Reforma Curricular na área da Farmácia – Semana de Formação Pedagógica da UFSC*. Florianópolis. 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Projeto Político do Curso de Farmácia*. 2016. Disponível em: <<http://farmacia.ufsc.br/files/2011/05/PROJETO-POLÍTICO-PEDAGÓGICO-alterações-2016.pdf>>. Acesso em 08 fev. 2019.

VAN-DE-RIDDER, J. M. M. *et al.* What is feedback in clinical education ? *Medical Education*, v. 42, N. 2, p. 189–197, 2008.

VIEIRA, A. L. S.; MOYSES, N. M. N. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. *Saúde Debate*, v. 41, n. 113, p. 401–414, 2017.

VOS, S. S.; TREWET, C. B. A Comprehensive Approach to Preceptor Development. *American Journal of Pharmaceutical Education*, v. 76, n. 3, p. 1–7, 2012.

WATERKEMPER, R.; PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. Paulo Freire: ideias que desacomodam. In: PRADO, M. L.; REIBNITZ, K. S. (Org.). *Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde*. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. p. 13–36.

WIJNEN-MEIJER, M. *et al.* Vertical integration in medical education : the broader perspective. *BMC Medical Education*, v. 6, n. 509, p. 1–5, 2020.

WITZEL, M. D. R. F. Aspectos Conceituais e Filosóficos da Assistência Farmacêutica, Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. In: STORPIRTIS, S. *et al.* (Org.). *Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2007. p. 336–348.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *The role of the pharmacist in the health care system: preparing the future pharmacist: curricular development*. Vancouver: WHO. 1997. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63817>. Acesso em: 11 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *The role of the pharmacist in the health care*

system. Geneva: WHO. 1994. Disponível em:
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2995e/h2995e.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

YARDLEY, S.; TEUNISSEN, P. W.; DORNAN, T. Experiential learning : AMEE Guide No. 63. *Medical Teacher*, v. 34, n. 2, p. 102–115, 2012.

ZEGER, S. L.; LIANG, K.Y. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *BIOMETRIC*, v. 42, n. 1, p. 121–130, 1986.

ZERRIN, H.; HUSSAIN, A. The changing face of pharmacy practice and the need for a new model of pharmacy education. *Journal of Young Pharmacists*, v. 5, n. 2, p. 38–40, 2013.

APÊNDICE A - Termos de consentimento livre e esclarecido

- Coordenadores de curso ou docentes responsáveis pelos estágios em farmácia comunitária (Fase exploratória – estudo quantitativo - questionário online)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos, por meio desta, solicitar formalmente sua participação no mapeamento dos estágios do eixo cuidado em saúde desenvolvida em farmácias comunitárias nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil.

A pesquisa constitui objeto do trabalho de doutorado da aluna Aline Aparecida Foppa, sob a orientação da professora Clarice Chemello (Departamento de Farmácia Social) e coorientação da professora Alessandra Rezende Mesquita (Departamento de Farmácia Social), no programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Essa pesquisa faz parte de um projeto mais amplo intitulado “Desenvolvimento de um percurso formativo para o ensino do cuidado farmacêutico nos cursos de graduação em Farmácia no Brasil”, o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (CAAE nº87998718.2.0000.5149).

A finalidade da sua participação é fornecer informações sobre a estrutura organizacional e pedagógica dos estágios do eixo cuidado em saúde, desenvolvidos em farmácia comunitária, da sua Instituição de Ensino Superior (IES).

Os resultados do estudo, conforme norma vigente, serão publicados em revistas científicas, sempre respeitando o sigilo e o anonimato dos participantes. Nunca serão fornecidos dados do participante/instituição que lhe identifique. O participante poderá solicitar, a qualquer momento, informações obtidas desta pesquisa relacionadas com seus dados. Toda a informação obtida neste estudo é confidencial e será estritamente utilizada para fins de pesquisa. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. A participação neste estudo é totalmente voluntária. Todo participante é livre para recusar a seguir na pesquisa, em qualquer momento, sem que isto lhe afete.

Caso tenha alguma dúvida sobre o questionário, pedimos a gentileza de contatar com a pesquisadora Aline Aparecida Foppa: E-mail: alinefoppa@yahoo.com.br Telefone: (48) 98416-6377.

() Declaro que após ter sido esclarecido, consinto em participar da presente pesquisa.

- **Estudantes. Preceptores e docentes** (estudo qualitativo)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra, do pesquisador responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: Proposição de um percurso formativo para o ensino do cuidado em saúde nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil.

Em caso de dúvida, você poderá se comunicar com a Prof^a Dr^a. Clarice Chemello, coordenadora deste estudo, na Faculdade de Farmácia da UFMG, na Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, sala 4126-bloco 4, Belo Horizonte/MG e pelo telefone (31) 3409-6999. O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG é Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil, CEP: 31270-901, telefone (31) 3409-4592, o qual poderá ser procurado para resolver questões éticas (dúvidas) advindas dos participantes.

Objetivo: Entender o processo de ensino-aprendizagem das competências para o cuidado em saúde, em cenários de prática real, nos cursos de graduação em Farmácia.

Procedimentos: Ao aceitar participar desta pesquisa, você deve permitir ser observado, se necessário, e fornecer informações, por meio de entrevistas e/ou grupo focal, relativas processo de ensino-aprendizagem, em ambientes reais, das competências ligadas à área do cuidado em saúde. As entrevistas e o grupo focal serão realizados nas dependências do seu local de trabalho ou de estágio, em horário a combinar, de acordo com sua disponibilidade, tendo duração de aproximadamente 30 minutos para entrevistas e 2 horas para grupo focal.

Benefícios: A participação nesse projeto auxiliará na identificação de nós críticos no processo de ensino-aprendizagem em ambientes reais, o que fomentará mudanças robustas nesse processo e contribuirá na elaboração do percurso formativo para o ensino do cuidado em saúde nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil.

Riscos: o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto e constrangimentos durante a entrevista/grupo focal e observação; medo de repercussões eventuais; divulgação de dados confidenciais e pode tomar o seu tempo para responder ao

questionário/entrevista. Para minimizar os desconfortos potenciais, será garantido que as entrevistas ocorrerão em local reservado e em data previamente acordado, sendo que você possui liberdade em não responder questões que não se sinta confortável. Será também assegurado a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo de você e da sua instituição, sendo que suas características individuais serão substituídas por identificador único na base de dados. E por fim, serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes do grupo estudado e você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento, a qualquer momento e por qualquer motivo

Custos e/ou ressarcimento de despesas e/ou indenização referentes à participação no projeto: a participação neste estudo é voluntária, portanto, não haverá nenhum custo ao participante e o mesmo também não receberá nenhuma remuneração para tal. É garantida a recuperação de danos (indenização), caso seja comprovado o dano decorrente da pesquisa.

Informação sobre resultados do estudo: Os resultados do estudo, conforme norma vigente, serão publicados em revistas científicas, sempre respeitando o sigilo e o anonimato dos participantes. Nunca serão fornecidos dados do participante/instituição que lhe identifiquem ou que possam identificar-lhe. O participante poderá solicitar a qualquer momento a informação e resultados obtidos desta pesquisa relacionados com seus dados.

Confidencialidade: Toda a informação obtida neste estudo é confidencial e será estritamente utilizada para fins de pesquisa. Todos os dados pessoais coletados serão protegidos e incluídos numa base de dados de acordo com as Normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda do pesquisador acima citado, em seu setor de trabalho, na UFMG, por até cinco (5) anos. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. **Direito de recusa ou desistência:** A participação neste estudo é totalmente voluntária. Todo participante é livre para recusar a seguir na pesquisa em qualquer momento sem que isto lhe afete.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu.....,
 abaixo assinado, concordo em participar do Projeto de pesquisa intitulado **“Proposição de um percurso formativo para o ensino do cuidado em saúde nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil”** como participante. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Florianópolis, / /2019

Aline Aparecida Foppa

Participante

**APÊNDICE B – Questionário utilizado para mapear os estágios em farmácia
comunitária dos cursos de graduação em Farmácia**

(Seção 1) Termo de consentimento Livre e Esclarecido

(Seção 2) - Estágios do eixo cuidado em saúde desenvolvido em farmácias comunitárias

Para responder esse questionário, considere os seguintes conceitos:

Cuidado em saúde: conjunto de ações e de serviços, ofertados ao indivíduo, à família e à comunidade, que considera a autonomia do ser humano, a sua singularidade e o contexto real em que vive, sendo realizado por meio de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças, e que possibilite às pessoas viverem melhor (Brasil, 2017).

Farmácia comunitária: estabelecimento tipo drogaria, farmácia do setor público ou privado, com ou sem manipulação de medicamentos (magistrais, homeopáticos, fitoterápicos), inserido na comunidade, e que presta atendimento e serviços farmacêuticos ao público em geral (SBFC, 2018).

- Qual o nome da Instituição de Ensino Superior (IES) a qual você está vinculado?

- Se a sua Instituição de Ensino Superior possui mais de um campus/núcleo, favor especificar a qual você está vinculado? _____

(Seção 3) - Estágios do eixo cuidado em saúde desenvolvidos em farmácias comunitárias

➤ Para responder as questões a seguir, considere APENAS os estágios do eixo cuidado em saúde, previstos como obrigatórios na matriz curricular, desenvolvidos em farmácia universitária, farmácias comunitárias do SUS e farmácias comunitárias privadas.

-
- Há disciplina(s) pré-requisito(s) para a realização dos estágios desenvolvidos em farmácias comunitárias?
() Sim
() Não

- () Não conheço suficiente sobre
- Se sim, qual(is)? _____

 - E qual o somatório da carga horária total dessas disciplinas? (em horas) _____

 - Há disciplina(s) com atividades práticas nos cenários dos estágios desenvolvidos em farmácia comunitária?
() Sim
() Não
() Não conheço suficiente sobre
Se sim, qual o somatório da carga horária total dessas disciplinas? (em horas)

 - Quantos estágios obrigatórios desse eixo, desenvolvidos em farmácias comunitárias, estão previstos no currículo do curso? _____

 - Qual a carga horária total desses estágios? _____

 - Qual o número máximo de estudantes orientados por docente nesses estágios?

 - Em média, quantos estudantes são orientados por docente nesses estágios?

 - Em média, qual a carga horária semanal dos docentes destinada para esses estágios? (em horas) _____

 - Como é elaborado o plano de atividades do estágio?
() Somente com o estudante
() Somente com o supervisor
() Com o estudante e supervisor
() Pré-estabelecido pelo docente de estágio ou colegiado do curso

 - Em média, com que frequência o docente visita/acompanha o estudante nesses locais de estágio? (vezes/semestre) _____

- Há momentos/encontros/horas-aula específica para a discussão/reflexão dos docentes com os estudantes sobre a prática desenvolvida nesses estágios?
 - () Sim
 - () Não
 - () Não conheço suficiente sobreSe sim, em média, com que frequência ocorrem? (vezes/semestre) _____

- Quais instrumentos são utilizados para avaliar esses estágios? (marque quantas opções forem necessárias)
 - () Prova escrita.
 - () Relatório.
 - () Discussão nos Fóruns, utilizando o Ambiente Virtual de Aprendizagem.
 - () Feedback oral ou escrito, feito pelo supervisor, sobre a performance do estudante no estágio.
 - () Longbook - *“Planilha ou lista de atividades dos estudantes”*
 - () Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) - *“Refere-se a um exame organizado em várias estações as quais os estudantes rodam e são avaliados em tarefas específicas (anamnese, mensuração de parâmetros clínicos, comunicação com o paciente, entre outras) por um ou dois examinadores, que pontuam o desempenho em uma folha de marcação/tempo previamente estruturados”*.
 - () Long-case - *“Observa-se a consulta do estudante com um paciente real e se avalia a tomada a história clínica, exame físico, planejamento do manejo e orientações do paciente, seguido por questões sobre o caso e atendimento realizado pelo estudante. O atendimento pode não ser observado pelo avaliador”*.
 - () Mini-Cex - *“Observa-se a consulta do estudante com um paciente real e se avalia a tomada a história clínica, exame físico, planejamento do manejo e orientações do paciente. Essas observações devem ser relativamente curtas, com aproximadamente 15 minutos, com feedback imediatamente após a avaliação. Necessário minimamente quatro observações para garantir a confiabilidade da avaliação”*.
 - () (MiniPat - *“É uma ferramenta de avaliação por pares que reúne pontos vistas diferentes e comparara com a autoavaliação do desempenho do estudante”*.
 - () Patient-survey (PS) - *“Pesquisa respondida por paciente sobre o serviço em que foi atendido ou sobre o profissional que o atendendo ou realizou determinado procedimento”*.

- Portifólio - “*Registro de atividade acompanhado de reflexão sobre os pontos chaves da aprendizagem e prática*”.
 - Autoavaliação do estudante
 - Não existe nenhum processo de avaliação
 - Não conheço suficiente sobre
- Em quais dos seguintes locais que desenvolvem esses estágios, há dificuldade em alocar os estudantes? (marque quantas opções forem necessárias)
 - Farmácia comunitária do SUS
 - Farmácia comunitária privada
 - Farmácia universitária
 - Não há dificuldade
 - Para viabilizar esses estágios, a sua IES oferece alguma destas contrapartidas? (marque quantas opções forem necessárias)
 - Farmácia comunitária privada – contrapartida financeira
 - Farmácia comunitária privada – programa de educação para profissionais
 - Farmácia comunitária do SUS - programa de educação para profissionais
 - Não oferece nenhuma contrapartida

(Seção 4)

- A sua Instituição de Ensino Superior dispõe de farmácia universitária?
 - Sim (ir para seção 5)
 - Não (ir para a seção 7)

(Seção 5) - Farmácia universitária

- A farmácia universitária se viabiliza por meio de:
 - Serviço próprio
 - Convênio com o Sistema Único de Saúde
 - Contrato com empresa privada
 - Parcerias com Organizações não governamentais
 - Outro: Qual? _____

- Se convênio com SUS, a farmácia universitária está vinculada ao(s) (marque quantas opções forem necessárias):
 - () Componente Básico da Assistência Farmacêutica
 - () Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
 - () Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
 - () Fornecimento de medicamentos judiciais
 - () Não se aplica
 - () Outro: Qual? _____

- Se contrato com empresa privada, a farmácia universitária está vinculada a:
 - () Planos de saúde
 - () Redes de farmácia
 - () Farmácia de bairro
 - () Não se aplica
 - () Outro: Qual? _____

- Quais dos seguintes serviços de cuidado em saúde são oferecidos na farmácia universitária (marque quantas opções forem necessárias):
 - () Rastreamento em saúde - *“Serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento”.*
 - () Educação em saúde - *“Serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos”.*
 - () Dispensação - *“Serviço realizado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário; entrega de medicamentos e outros produtos para a saúde; orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados”.*
 - () Manejo de problema de saúde autolimitado - *“Serviço pelo qual o farmacêutico acolhe uma demanda relativa ao problema de saúde autolimitado, identifica a necessidade de*

saúde, prescreve e orienta quanto a medidas não farmacológicas, medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica e, quando necessário, encaminha o paciente a outro profissional ou serviço de saúde”.

Monitorização terapêutica de medicamentos - *“Serviço que compreende a mensuração e a interpretação dos níveis séricos de fármacos, com o objetivo de determinar as doses individualizadas necessárias para a obtenção de concentrações plasmáticas efetivas e seguras”.*

Conciliação medicamentosa - *“Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras”.*

Revisão da farmacoterapia - *“Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recurso”.*

Acompanhamento Farmacoterapêutico - *“Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento de toda a farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos e reduzir os riscos”.*

Gestão da condição de saúde - *“Serviço farmacêutico focada no gerenciamento da terapia de UMA doença ou condição específica”.*

Acompanhamento Farmacoterapêutico - *“Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento de toda a farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos e reduzir os riscos”.*

Nenhuma das alternativas anteriores

Não conheço suficiente sobre

- Quais dos seguintes procedimentos Farmacêuticos são realizados na farmácia universitária? (marque quantas opções forem necessárias):

Verificação de parâmetros clínicos (aferição de pressão arterial, medidas de glicemia, colesterol, triglicerídeos e medidas antropométricas)

Administração de medicamentos

- Organização de medicamentos
- Realização de pequenos curativos
- Perfuração de lóbulo auricular
- Nenhuma das alternativas anteriores
- Não conheço suficiente sobre

- A farmácia universitária é campo de estágio obrigatório do eixo cuidado em saúde?
 - Sim (Ir para seção 6)
 - Não (Ir para seção 7)

(Seção 6) - Estágio em farmácia universitária

- A supervisão nesse local do estágio é feita pelo:
 - Farmacêutico
 - Docente
 - Residente ou pós-graduando
 - Estudantes em níveis mais avançados de formação (exemplo último ano de graduação)
 - Não há supervisão
 - Outro. Qual? _____

- Em média, quantos estudantes são supervisionados por profissional simultaneamente?

- É realizado um processo formal de educação para qualificar a supervisão desses profissionais?
 - Sim Não
 - Se sim, com que frequência: _____(vezes/ano)

- Como ocorre o processo de ensino-aprendizagem do cuidado em saúde nesse campo de estágio?
 - Estudante apenas observa o supervisor.
 - Estudante observa o supervisor e depois executa com 100% de supervisão.
 - Estudante observa o supervisor e depois executa sem supervisão.
 - Estudante não observa o supervisor e executa com 100% de supervisão.
 - Estudante não observa o supervisor e executa sem supervisão.

() Não conheço suficiente sobre

(Seção 7)

- Desenvolve estágio OBRIGATÓRIO do eixo cuidado em saúde em farmácia comunitária privada?
 - () Sim (Ir para seção 8)
 - () Não (Ir para seção 9)

(Seção 8) - Farmácia comunitária privada

➤ Se sua IES possui convênio/parceria com mais de uma farmácia comunitária privada como campo de estágio de cuidado em saúde, responda as questões a seguir conforme o perfil da maioria.

- Como são definidas as farmácias privadas que serão campo de estágio?
 - () Os docentes estabelecem previamente os estabelecimentos
 - () O estudante deve buscar um estabelecimento de interesse

- Quais dos seguintes serviços de cuidado em saúde são oferecidos na farmácia comunitária privada (marque quantas opções forem necessárias):
 - () Rastreamento em saúde

“Serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento”.
 - () Educação em saúde

“Serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos”.
 - () Dispensação

“Serviço realizado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário; entrega de medicamentos e outros produtos para a saúde; orientação sobre seu uso

adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados”.

Manejo de problema de saúde autolimitado

“Serviço pelo qual o farmacêutico acolhe uma demanda relativa ao problema de saúde autolimitado, identifica a necessidade de saúde, prescreve e orienta quanto a medidas não farmacológicas, medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica e, quando necessário, encaminha o paciente a outro profissional ou serviço de saúde”.

Conciliação medicamentosa

“Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras”.

Revisão da farmacoterapia

“Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recurso”.

Acompanhamento Farmacoterapêutico

“Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento de toda a farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos e reduzir os riscos”.

Gestão da condição de saúde

“Serviço farmacêutico focada no gerenciamento da terapia de UMA doença ou condição específica”.

Nenhuma das alternativas anteriores

Não conheço suficiente sobre

- Quais dos seguintes procedimentos farmacêuticos são realizados na farmácia comunitária privada? (marque quantas opções forem necessárias)

Verificação de parâmetros clínicos (aferição de pressão arterial, medidas de glicemia, colesterol, triglicerídeos e medidas antropométricas)

Administração de medicamentos

Organização de medicamentos

- Realização de pequenos curativos
 - Perfuração de lóbulo auricular
 - Nenhuma das alternativas anteriores
 - Não conheço suficiente sobre
- É realizado um processo formal de educação para qualificar a supervisão desses profissionais?
 - Sim Não
- Se sim, com que frequência: _____(vezes/semestre)
- Como ocorre o processo de ensino-aprendizagem do cuidado em saúde nesse campo de estágio?
 - Estudante apenas observa o supervisor.
 - Estudante observa o supervisor e depois executa com 100% de supervisão.
 - Estudante observa o supervisor e depois executa sem supervisão.
 - Estudante não observa o supervisor e executa com 100% de supervisão.
 - Estudante não observa o supervisor e executa sem supervisão.
 - Não conheço suficiente sobre

(Seção 9)

- Desenvolve estágio do eixo cuidado em saúde em farmácia comunitária do SUS?
 - Sim, é um estágio obrigatório previsto na matriz curricular (Ir para seção 10)
 - Sim, apenas como um dos campos opcionais dentro de um estágio obrigatório previsto na matriz curricular (Ir para seção 10)
 - Sim, mas não é um estágio obrigatório previsto na matriz curricular (Ir para seção 11)
 - Não (Ir para seção 11)

(Seção 10) - Farmácia comunitária do SUS

- Se sua IES possui convênio/parceria com mais de uma farmácia comunitária do SUS como campo de estágio do eixo cuidado em saúde, responda as questões a seguir conforme o perfil da maioria.
- As farmácias comunitárias do SUS, onde se desenvolvem estágio desse eixo, estão vinculadas a(os): (marque quantas opções forem necessárias)

- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)
 - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)
 - Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)
 - Fornecimento de medicamentos judiciais
 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)
 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
 - Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)
- Quais dos seguintes serviços de cuidado em saúde são oferecidos na farmácia comunitária do SUS (marque quantas opções forem necessárias):
- Rastreamento em saúde

“Serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento”.
 - Educação em saúde

“Serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos”.
 - Dispensação

“Serviço realizado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário; entrega de medicamentos e outros produtos para a saúde; orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados”.
 - Manejo de problema de saúde autolimitado

“Serviço pelo qual o farmacêutico acolhe uma demanda relativa ao problema de saúde autolimitado, identifica a necessidade de saúde, prescreve e orienta quanto a medidas não farmacológicas, medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica e, quando necessário, encaminha o paciente a outro profissional ou serviço de saúde”.
 - Conciliação medicamentosa

“Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras”.

Revisão da farmacoterapia

“Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recurso”.

Acompanhamento Farmacoterapêutico

“Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento de toda a farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos e reduzir os riscos”.

Gestão da condição de saúde

“Serviço farmacêutico focada no gerenciamento da terapia de UMA doença ou condição específica”.

Nenhuma das alternativas anteriores

Não conheço suficiente sobre

- A supervisão nesse local do estágio é feita pelo:

Farmacêutico

Docente

Residente ou pós-graduando

Estudantes em níveis mais avançados de formação (exemplo último ano de graduação)

Não há supervisão

Outro. Qual? _____

- É realizado um processo formal de educação para qualificar a supervisão desses profissionais?

Sim Não

Se sim, com que frequência: _____(vezes/semestre)

- Como ocorre o processo de ensino-aprendizagem do cuidado em saúde nesses campos de estágio?

- Estudante apenas observa o supervisor.
- Estudante observa o supervisor e depois executa com 100% de supervisão.
- Estudante observa o supervisor e depois executa sem supervisão.
- Estudante não observa o supervisor e executa com 100% de supervisão.
- Estudante não observa o supervisor e executa sem supervisão.
- Não conheço suficiente sobre

(Seção 11) ESTÁGIOS DO EIXO CUIDADO DESENVOLVIDOS EM OUTROS LOCAIS ALÉM DOS CITADOS ANTERIORMENTE

- Sua IES possui convênio/parceria com outros locais (hospitais, clínicas, ambulatórios, casas de cuidado, entre outros) como campo de estágio do eixo cuidado em saúde?
 - Sim (Continuar na seção 12)
 - Não (Ir para seção 13 - muito obrigada)

(Seção 12)

Quais locais?

- Hospital
- Clínicas
- Ambulatórios
- Casas de cuidado
- Outros
- Quais dos seguintes serviços de cuidado em saúde são oferecidos na farmácia comunitária do SUS (marque quantas opções forem necessárias):
 - Rastreamento em saúde

“Serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento”.
 - Educação em saúde

“Serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos”.
 - Dispensação

“Serviço realizado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário; entrega de medicamentos e outros produtos para a saúde; orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados”.

Manejo de problema de saúde autolimitado

“Serviço pelo qual o farmacêutico acolhe uma demanda relativa ao problema de saúde autolimitado, identifica a necessidade de saúde, prescreve e orienta quanto a medidas não farmacológicas, medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica e, quando necessário, encaminha o paciente a outro profissional ou serviço de saúde”.

Conciliação medicamentosa

“Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras”.

Revisão da farmacoterapia

“Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recurso”.

Acompanhamento Farmacoterapêutico

“Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento de toda a farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos e reduzir os riscos”.

Gestão da condição de saúde

“Serviço farmacêutico focada no gerenciamento da terapia de UMA doença ou condição específica”.

Nenhuma das alternativas anteriores

Não conheço suficiente sobre

APÊNDICE C – Tópico Guia - Entrevista semiestruturada com estagiárias

• Na Farmácia Escola UFSC/PMF

- ✓ Fale-me sobre a tua experiência em realizar um estágio com foco no atendimento clínico/cuidado ao paciente na farmácia escola (expectativas, medos, dificuldades).
- ✓ Como você percebe o processo de ensino-aprendizagem na farmácia escola? (acolhimento inicial/treinamento, estruturação do processo: atendimento/período de preparação e estudo, o que contribuiu e/ou prejudicou o processo de ensino aprendizagem). Se o estágio estivesse iniciando agora, você teria sugestões para melhorá-lo?
- ✓ Como você vê o papel das supervisoras no processo de ensino? (Quais são suas atribuições no processo de ensino-aprendizagem? Quais suas contribuições para o seu desenvolvimento profissional?)
- ✓ Como você vê o papel das professoras no processo de ensino na farmácia escola (Quais são suas atribuições no processo de ensino-aprendizagem? Quais suas contribuições para o seu desenvolvimento profissional?)
- ✓ Qual a diferença de você antes e após o estágio? (principais aprendizados, competências desenvolvidas – conhecimentos, habilidades e atitudes)
- ✓ Você poderia me descrever um atendimento em que você ficou satisfeita com a tua atuação profissional? Como foi esse atendimento? Como você identificou problemas com a farmacoterapia? Onde você buscou informações para resolvê-lo? E qual foi a devolutiva para o paciente? (raciocínio clínico, busca de informações e tomada de decisão)
- ✓ Gostaria de dizer algo a mais sobre sua experiência como estagiária na farmácia escola?

- **No CS-Saco Grande**

- ✓ Fale-me sobre a tua experiência em realizar estágio num Centro de Saúde (expectativas, medos, dificuldades, contato com outros profissionais).
- ✓ Você poderia me descrever um atendimento em que você ficou satisfeita com a tua atuação profissional? Como foi esse atendimento? Me leve até a situação, descreva como foi, o que você fez, como você se sentiu, que conhecimentos mobilizou para tomar decisão? (Como identificou problemas com a farmacoterapia? Onde você buscou informações para resolvê-lo? E qual foi a devolutiva para o paciente? (raciocínio clínico, busca de informações e tomada de decisão).
- ✓ Qual a sua percepção sobre o processo de ensino-aprendizagem no Centro de Saúde? (acolhimento inicial – prepara para o atendimento sozinho; estruturação do processo - seminários; atividades desenvolvidas - o que contribuiu e/ou prejudicou o processo de ensino aprendizagem). Se o estágio estivesse iniciando agora, você teria sugestões para melhorá-lo?
- ✓ Qual a sua percepção sobre o papel/atribuição/contribuição das supervisoras no processo de ensino? (Em que situações você as procurou? Você recebeu feedback das supervisoras sobre o teu desempenho? Em quais momentos? Isso contribui para sua melhora profissional/ melhorou a sua conduta?). Como você percebe o papel da supervisora como membro da equipe de saúde/ Atenção Primária a Saúde?
- ✓ Qual a tua percepção sobre o papel/atribuição/contribuição da professora/orientadora no processo de ensino no estágio no Centro de Saúde? (Em que situações você buscou a professora/orientadora? Houve encontros com a professora/orientadora na universidade, Centro de Saúde ou atividades no moodle? Você recebeu feedback da professora sobre o teu desempenho? Em quais momentos? Isso contribui para sua melhora profissional/ melhorou a sua conduta? Você acredita que essa frequência é adequada? Você acredita que a aproximação dela com o estágio poderia contribuir com o seu aprendizado? Como?)
- ✓ Qual a diferença de você antes e após o estágio? (principais aprendizados, competências desenvolvidas – conhecimentos, habilidades e atitudes)
- ✓ Gostaria de dizer algo a mais sobre esta experiência?

APÊNDICE D – Tópico Guia - Entrevista semiestruturada com supervisoras**• Na Farmácia Escola UFSC/PMF**

- ✓ Pensando em todas as mudanças que aconteceram no processo de ensino na farmácia escola, quais são os pontos positivos do modelo desenvolvido hoje? E quais são os pontos negativos?
- ✓ O que te motiva no dia-a-dia como supervisora? E o que te desmotiva?
- ✓ Como você vê o papel da supervisora no processo de ensino-aprendizagem na farmácia escola? Você sente que poderia contribuir mais se houvesse alguma formação específica (pedagógica, clínica)? Qual a tua principal contribuição para o desenvolvimento profissional do estudante? Além da supervisão direta aos estudantes, você está envolvida em outras atividades de ensino?
- ✓ Como você vê o papel das professoras no processo de ensino-aprendizagem na farmácia escola? (Quais são suas atribuições no processo de ensino-aprendizagem? Quais suas contribuições para o seu desenvolvimento profissional?)
- ✓ Qual é a principal contribuição do estágio na farmácia escola no processo de formação profissional das estudantes? (Principais aprendizados? Competências desenvolvidas – conhecimentos, habilidades e atitudes)
- ✓ Gostaria de dizer algo a mais sobre o processo de ensino-aprendizagem na farmácia escola?

- **No CS-Saco Grande**

- ✓ Fale-me sobre qual a tua percepção sobre o papel/atribuição/contribuição do farmacêutico na APS? Me conte um pouco sobre tua experiência como supervisora aqui no Centro de Saúde do Saco Grande. O que te motiva no dia-a-dia como supervisora? E o que te desmotiva? Qual a tua principal contribuição para o desenvolvimento profissional das estudantes? Você sente falta de algum apoio/capacitação da universidade que poderia contribuir para melhorar a supervisão e ou processo de ensino-aprendizagem?
- ✓ Qual a tua percepção do processo de ensino-aprendizagem desenvolvido aqui (propicia o desenvolvimento crescente de competências e responsabilidades; desenvolvimento de autonomia - como você vê a questão de autonomia dos estudantes, uma vez que a responsabilidade pelo serviço é tua?). Esse processo de ensino permite a realização de feedback com as estudantes (avaliação formativa)? Quando e como ele ocorre?
- ✓ Como você vê o papel/atribuição/contribuição da professora/orientadora no processo de ensino-aprendizagem (no desenvolvimento do estágio)? Como ocorre a articulação com a academia para desenvolvimento do estágio? (há reuniões com a professora, elaboração do plano de atividades conjunto, feedback do processo, avaliação do estudante).
- ✓ Na sua opinião, qual é a principal contribuição do estágio no Centro de Saúde no processo de formação profissional do estudante? (Principais aprendizados? Competências desenvolvidas – conhecimentos, habilidades e atitudes; interprofissionalismo, educação em saúde)
- ✓ Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE E – Tópico Guia - Entrevista semiestruturada com as professoras**• Na Farmácia Escola UFSC/PMF**

- ✓ Pensando em todas as mudanças que aconteceram no processo de ensino na farmácia escola, na sua opinião quais são os pontos positivos do modelo desenvolvido hoje? E quais são os pontos negativos?
- ✓ Como você vê o papel das supervisoras no processo de ensino-aprendizagem na farmácia escola? (Quais são suas atribuições no processo de ensino-aprendizagem? Quais suas contribuições para o seu desenvolvimento profissional?)
- ✓ Como você vê o papel das professoras no processo de ensino-aprendizagem na farmácia escola? (Quais são suas atribuições no processo de ensino-aprendizagem? Quais suas contribuições para o seu desenvolvimento profissional?)
- ✓ Na sua opinião, qual é a principal contribuição do estágio na farmácia escola no processo de formação profissional do estudante? (Principais aprendizados, Competências desenvolvidas – conhecimentos, habilidades e atitudes)
- ✓ Como se dá o processo de avaliação das estudantes nessa disciplina de estágio? Quais aprendizados/competências esse processo de avaliação consegue mensurar?
- ✓ Você gostaria de dizer algo a mais sobre o processo de ensino-aprendizagem-avaliação na farmácia escola?

- **No CS-Saco Grande**

- ✓ Qual é a principal contribuição do estágio em um Centro de Saúde no processo de formação profissional do estudante? (Principais aprendizados? Competências desenvolvidas – conhecimentos, habilidades e atitudes; interprofissionalismo; educação em saúde).
- ✓ Como você vê o papel/atribuição/contribuição das supervisoras no processo de ensino-aprendizagem em um Centro de Saúde? Como você percebe o papel do farmacêuticos como membro da equipe de saúde/ Atenção Primária a Saúde?
- ✓ Qual a tua percepção sobre o teu papel/atribuição/contribuição, como professora/orientadora no processo de ensino-aprendizagem no estágio em um Centro de Saúde (em que situações as estudantes te procuram? em que momentos você fornece um feedback sobre o seu processo de aprendizagem? - há encontros ou atividades no moodle?). Você acredita que poderia contribuir de alguma outra maneira no apoio/capacitação das supervisoras e/ou com o processo de ensino-aprendizagem?
- ✓ Como se dá o processo de avaliação das estudantes nessa disciplina de estágio? Quais aprendizados/competências esse processo de avaliação consegue mensurar? Você entende que ele é adequado?
- ✓ Você gostaria de dizer algo a mais sobre o processo de ensino-aprendizagem-avaliação no estágio no Centro de Saúde do Saco Grande?

APÊNDICE F – Questionário - Compreendendo a experiência prévia dos estudantes com a área de cuidado farmacêutico/farmácia clínica

Dados pessoais

1. Nome:

2. Sexo:

3. Idade:

4. Iniciou e/ou concluiu outro curso superior:
() sim () não
4.1 Se sim, qual? _____

5. Ano e semestre que iniciou o curso de farmácia:

6. Índice de aproveitamento escolar (IAA):

7. Índice de aproveitamento escolar Médio (IAM):

8. Porque escolheu o curso de farmácia. Especificar apenas uma opção:
() Afinidade pelas disciplinas do curso (química e biologia)
() Tinha farmácia como segunda opção de curso
() Experiência em farmácia comercial
() Familiar já trabalha na área
() Desejo de cuidar/ajudar as pessoas
() Vontade de ser cientista
() Outro, qual? _____

Estrutura do curso quanto à formação para a área clínica

Disciplinas

Entendendo a Atenção Farmacêutica como “*um modelo de prática farmacêutica, desenvolvido no contexto do serviço farmacêutico clínico, que tem como núcleo central o cuidado com e para o outro por meio do desenvolvimento e manutenção de uma relação*”

terapêutica, na qual o farmacêutico se responsabiliza pelo tratamento medicamentoso, garantindo que a farmacoterapia em uso seja a mais efetiva, segura e conveniente.”

9. Na sua opinião, quais disciplinas **obrigatórias** contribuem para a prática da atenção farmacêutica?

10. Na sua opinião, quais disciplinas **não-obrigatórias** que você cursou contribuía para a prática da atenção farmacêutica?

11. Você alguma vez não conseguiu fazer alguma disciplina, pois a mesma não estava sendo ofertada durante o semestre ou por outro motivo?

() sim () não

Se sim, quais e porquê?

12. Na sua opinião, o curso prepara você para atuar na atenção farmacêutica?

() sim () não

Se não, porquê?

Estágio e atividades complementares

13. Você realizou estágio não obrigatório:

() sim () não

13.1 Se sim, em qual área e por quanto tempo (em meses)?

- Farmácia comunitária pública _____
- Farmácia comunitária privada _____
- Farmácia de manipulação _____
- Farmácia escola _____
- Farmácia hospitalar _____
- Assistência Farmacêutica _____
- Laboratório de análises clínicas _____
- Laboratório de análises de alimentos _____
- Indústria de medicamentos _____
- Indústria de alimentos _____
- Farmácia de manipulação _____

14. Em algum estágio desenvolveu atenção farmacêutica?

- sim não

14.1 Se sim, descreva brevemente o seu estágio:

15. Que atividades complementares você realizou durante a sua graduação:

- Empresa Junior
- Centro Acadêmico
- Diretório Central de Estudantes - DCE
- Extensão
- Monitoria
- Pesquisa
- Outro, qual _____

16. Alguma das atividades complementares que você realizou estava vinculada a atenção farmacêutica/ farmácia clínica?

- sim não

17. Na sua opinião, o curso possibilita atividades que promovam contato com outras profissões?

sim não

17.1 Se sim, exemplifique _____

18. Você tem afinidade/gosta da área atenção farmacêutica/farmácia clínica?

sim não

19. Qual área pretende seguir depois de formado:

Hospitalar

Saúde pública

Assistência Farmacêutica

Análises clínicas

Indústria de medicamentos

Indústria de alimentos

Manipulação

Docência

Outro, qual _____

20. Por quê?

ANEXO A- Matriz de competências do Conselho Federal de Farmácia (2017)

ÁREA DE COMPETÊNCIA: CUIDADO À FAMÍLIA E À COMUNIDADE	
Competências/Ações-chave	Habilidades/desempenhos/performances/tarefas
Identificar e avaliar a demanda de saúde da comunidade	<ul style="list-style-type: none">● Identificar e entrevistar informantes-chave;● Utilizar e analisar dados dos serviços de saúde, dos sistemas de informação disponíveis, assim como das demandas de saúde atendidas e não atendidas;● Definir, estimar e interpretar indicadores de saúde;● Conduzir estudos de vigilância epidemiológica, de utilização de medicamentos e de farmacovigilância; identificar riscos relacionados à segurança do paciente, visando ao desenvolvimento de ações preventivas e corretivas;● Fazer diagnóstico situacional de saúde.
Planejar, executar e avaliar ações de saúde coletiva	<ul style="list-style-type: none">● Planejar, executar e avaliar ações, em consonância com as políticas públicas; Identificar, avaliar e aplicar informações em saúde baseada em evidências, para a tomada de decisão; Desenvolver e/ou participar de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de prevenção de doenças e de outros problemas de saúde no ambiente domiciliar, ambiente de trabalho ou território/comunidade, tais como: atividades de rastreamento, de educação em saúde, de segurança do paciente e do uso racional de medicamentos, campanhas de vacinação, entre outros; Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de atenção integral; Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, assim como outros agravos e situações de importância local;● Elaborar protocolos clínicos e terapêuticos, procedimentos operacionais padrão (POPs), entre outros documentos; Participar de comissões, comitês e conselhos (técnicos/controlar social); Promover e/ou participar de processos de auditorias; Desenvolver ações de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância; Construir parcerias com outros atores sociais, a fim de pactuar e realizar ações intersetoriais; Avaliar as tecnologias em saúde; Documentar, acompanhar e avaliar sistematicamente as ações de saúde coletiva, por meio de indicadores; Modificar ações e processos em saúde coletiva; Fomentar a participação da comunidade e dos farmacêuticos no controle social e na gestão local; Divulgar ações e resultados em saúde coletiva.

ÁREA DE COMPETÊNCIA: CUIDADO AO PACIENTE

Competências/Ações-chave**Habilidades/desempenhos/performance/tarefas**

Fazer acolhimento

- Proceder à escuta qualificada, a fim de acolher e identificar as demandas, de forma humanizada, responsabilizando-se pela continuidade do cuidado, e viabilizando o estabelecimento de vínculo paciente/ profissional/serviço;
 - Avaliar e proceder à estratificação de risco do paciente;
 - Identificar situações que requerem intervenção do farmacêutico, a partir de critérios definidos, e dar continuidade ao cuidado;
 - Identificar alertas de encaminhamentos do paciente e referenciar a outro profissional ou serviço de saúde;
 - Documentar o acolhimento.
-

Identificar as necessidades e os problemas de saúde do paciente

- Fazer anamnese farmacêutica;
 - Verificar parâmetros clínicos, por meio da realização de semiotécnica, de testes rápidos, da solicitação e interpretação de exames clínico-laboratoriais e parâmetros farmacocinéticos;
 - Avaliar risco e vulnerabilidade do paciente;
 - Avaliar a farmacoterapia, considerando a necessidade, o acesso, a efetividade, a segurança e a comodidade, bem como os aspectos legais e técnicos da prescrição;
 - Avaliar experiências prévias, processos de uso do medicamento e itinerários terapêuticos dos pacientes;
 - Analisar as informações por meio do raciocínio clínico, baseado em evidências científicas, para identificar sinais e sintomas característicos de problemas de saúde autolimitados, outras condições de saúde não controladas ou que requeriam diagnóstico, bem como eventos adversos relacionados aos medicamentos;
 - Comunicar de forma efetiva ao paciente, e quando pertinente ao cuidador, à família e a outros profissionais, as necessidades e os problemas de saúde;
 - Documentar as necessidades e os problemas de saúde.
-

Elaborar o plano de cuidado

- Definir, em consonância com as políticas públicas, o tipo de cuidado em saúde: prover serviço farmacêutico, fazer matriciamento em saúde e/ou referenciar o paciente a outro profissional ou serviço de saúde;
 - Selecionar condutas baseadas em evidências científicas, a fim de solucionar as necessidade e/ou problemas de saúde identificados;
 - Construir o plano de cuidado pactuado com o paciente e articulado com a equipe de saúde;
 - Contribuir e/ou participar para a tomada de decisão da equipe sobre a farmacoterapia.
-

Realizar intervenções estabelecidas no plano de cuidado	<ul style="list-style-type: none">● Referenciar pacientes para cuidados de outro profissional da saúde, de forma articulada com o sistema de saúde;● Fazer o rastreamento em saúde;● Promover e fazer educação em saúde;● Dispensar medicamentos e outros produtos para a saúde;● Manejar problemas de saúde autolimitados;● Prescrever medidas farmacológicas, não farmacológicas e outras intervenções relativas ao cuidado;● Fazer a monitorização terapêutica de medicamentos;● Conciliar medicamentos;● Revisar a farmacoterapia;● Fazer a gestão da condição de saúde;● Acompanhar a farmacoterapia;● Determinar parâmetros clínicos;● Administrar medicamentos e vacinas;● Adequar a prescrição à rotina do paciente (aprazamento), orientar e/ou organizar os medicamentos;● Fazer pequenos curativos;● Comunicar de forma efetiva ao paciente, e quando pertinente ao cuidador, à família e a outros profissionais as intervenções realizadas e notícias relevantes ao tratamento;● Documentar as intervenções.
Avaliar os resultados das intervenções realizadas	<ul style="list-style-type: none">● Verificar os resultados alcançados e, quando pertinente, revisar o plano de cuidado e estabelecer novas condutas;● Avaliar o impacto das intervenções realizadas, considerando indicadores.

**ÁREA DE COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS/DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E PESSOAL
PARA O CUIDADO À SAÚDE**

Competências/Ações-chave	Habilidades/desempenhos/performances/tarefas
Reconhecer e avaliar a organização dos serviços de saúde e sua integração com as redes de atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Analisar a organização normativa, política e estrutural ● Mapear e examinar as redes de atenção à saúde ● Fazer a territorialização e mapeamento em saúde ● Identificar potencialidades de ações intersetoriais ● Avaliar os processos de trabalho, serviços de saúde, organização das redes de atenção à saúde
Realizar comunicação e gestão da tecnologia de informação em saúde, e atuar com competência cultural	<ul style="list-style-type: none"> ● Compreender e desenvolver a comunicação efetiva com os pacientes, família, comunidade, outros profissionais da saúde, entre outros ● Mediar e manejar conflitos ● Estabelecer empatia e vínculo ● Realizar comunicação efetiva de notícias difíceis ● Conhecer e utilizar a tecnologia da informação nos serviços farmacêuticos ● Conhecer e estabelecer as estratégias de buscas em bases de dados ● Avaliar, desenvolver, validar e aplicar materiais para a educação em saúde ● Disseminar a informação e o conhecimento ● Atuar, levando em conta aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, ambientais, étnico-raciais, de identidade de gênero, de orientação sexual, necessidades da sociedade, bem como características regionais
Gerenciar pessoas	<ul style="list-style-type: none"> ● Motivar e gerenciar pessoas levando em conta aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, ambientais, étnico-raciais, de identidade de gênero, de orientação sexual, necessidades da sociedade, bem como características regionais ● Organizar tempo e agenda

**ANEXO B - Aprovações do comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da
Universidade Federal de Minas Gerais**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE UM PERCURSO FORMATIVO PARA O ENSINO DO CUIDADO FARMACÊUTICO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA DO BRASIL

Pesquisador: Clarice Chemello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87998718.2.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.716.349

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto da grande área de Ciências da Saúde, com propósito principal inscrito na área de Filosofia aplicada à Saúde, que propõe um estudo exploratório e descritivo de abordagem quali-quantitativa, com métodos de coleta de dados envolvendo entrevista semi-estruturada, observação sistemática não participante naturalista e análise documental. A partir dos dados coletados nas etapas anteriores e, após aprofundamento teórico e reflexivo, será elaborada uma proposta de percurso teórico e metodológico para a formação do farmacêutico no cuidado em saúde, o qual será validado em oficina de consenso.

Conforme a proponente, a formação na área da Farmácia até 2002 era tecnicista e distante dos medicamentos e do cuidado ao paciente. Na década de 80, o papel do farmacêutico na sociedade passou a ser tema de extensos debates na categoria, assim como a necessidade de reestruturação do ensino farmacêutico. Essas discussões culminaram na reformulação do ensino farmacêutico, através da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Farmácia. As DCN 2002, e mais pronunciadamente as DCN/2017, são um marco importante da história da profissão farmacêutica, uma vez que ressignificaram o papel do farmacêutico implicando a necessidade no retorno da sua essência clínica, em conformidade com as diretrizes do SUS. No entanto, mesmo após 15 anos da sua publicação, o quantitativo de farmacêuticos com conhecimento e habilidades adequados para a prática clínica é muito pequeno e os serviços

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.710.349

farmacêuticos ainda se encontram desarticulados das necessidades dos pacientes e dos demais serviços de saúde. A educação farmacêutica é apontada como um dos pontos críticos para a implementação de serviços farmacêuticos baseados na Atenção Primária a Saúde, sendo os demais: político, prático e de regulação (OPAS, 2013). Assim, percebe-se que para avançar na qualificação de serviços farmacêuticos, tanto no SUS quanto no setor privado, é necessário investir e incentivar mudanças no ensino de programas de graduação e pós-graduação em Farmácia. Dessa forma, entender o quanto o ensino farmacêutico tem acompanhado a expansão da área clínica no Brasil e preparado, de fato, o egresso/profissional para atuar nessa área e em todos os níveis de atenção à saúde (CFF, 2016), de maneira humanista, crítica e reflexiva, é imprescindível e deve ser tema de pesquisa de programas de pós-graduação em assistência farmacêutica. A proposta envolve a análise de dados qualitativos obtidos de IES com Curso de Farmácia no Brasil, com informações referentes ao perfil do curso, estrutura curricular e conteúdos ministrados referente ao eixo cuidado em saúde, por meio de documentos disponibilizados pelo Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, Projetos Políticos do Curso, Matrizes Curriculares, ementas das disciplinas, entre outros. Ementas de disciplinas e conteúdos pertencentes ao eixo cuidado em saúde, serão confrontados com informações de catálogo educacional e das DCN/2017. A partir do estudo prévio, cinco IFES que se encontrarem mais adequadas às DCN, quanto às competências clínicas desenvolvidas, serão contatadas pela pesquisadora, por meio dos coordenadores do curso, para recrutamento de participantes da pesquisa, que constituirão de professores que ministram as disciplinas no eixo cuidado. A coleta de dados nessa etapa será feita por meio de entrevistas semi-estruturadas com professores e, caso verifique-se a necessidade, observação sistemática não participante naturalista nos locais de prática/estágio e durante o acompanhamento em sala de aula. Conforme projeto completo, os dados poderão ser complementados com entrevistas feitas com farmacêuticos supervisores e estudantes do curso de Farmácia.

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo primário, é proposto propor um percurso teórico-metodológico para o ensino do cuidado em saúde nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil. Como objetivos secundários, são citados:

- Caracterizar o ensino de competências clínicas dos cursos de graduação em Farmácia de Instituições Federais de Ensino Superior do Brasil;
- Avaliar a adequação do ensino do “eixo cuidado em saúde” dos cursos de graduação em Farmácia de Instituições Federais de Ensino Superior do Brasil em relação as DCN/2017.
- Analisar o perfil dos docentes que ministram

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3405-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.716.349

disciplinas do eixo cuidado em saúde;•Analisar o design instrucional das disciplinas incluídas no eixo cuidado em saúde;•Elaborar um percurso teórico-metodológico por competências para o ensino do cuidado em saúde, nos cursos de graduação em farmácia do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme proponente, o trabalho não apresenta riscos aos participantes. Os benefícios mencionados são que, com esse trabalho, será possível traçar um panorama do ensino farmacêutico na área do cuidado em saúde e verificar quais as competências clínicas estão sendo desenvolvidas e o quanto tem se avançado na incorporação das DCN nos currículos de graduação em Farmácia no Brasil. Com base nesse aprofundamento, pretende-se propor um percurso formativo (teórico metodológico) por competências, de modo a contribuir para transcender as recomendações teóricas contempladas nas DCN e promover de fato mudanças significativas na formação do farmacêutico. Acredita-se que esse seja o caminho para a promoção de alterações robustas e necessárias na formação do farmacêutico, o que contribuirá para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos clínicos efetivos, os quais colaborarão para a promoção de saúde da população, junto aos demais profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área e muito oportuna considerando a necessidade de adequação dos currículos dos cursos de Farmácia às novas diretrizes curriculares nacionais. Previsão de término em 2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: Folha de Rosto assinada pela Diretora da Faculdade de Farmácia, Parecer Consubstanciado aprovado pela Câmara Departamental do Departamento Farmácia Social-, Formulário de Informações Básicas, Projeto Completo, Roteiro de Entrevista, TCLE com alterações recomendadas na diligência anterior, Carta resposta ao COEP. .

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SMJ, o projeto " DESENVOLVIMENTO DE UM PERCURSO FORMATIVO PARA O ENSINO DO CUIDADO FARMACÊUTICO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA DO BRASIL " da pesquisadora Clarice Chemello está aprovado. Sendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: cocp@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.716.349

adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada U6 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1076292.pdf	07/06/2018 23:09:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ClariceChemello.pdf	07/06/2018 23:08:56	Clarice Chemello	Aceito
Outros	TOPICOGUIA.pdf	07/06/2018 23:07:17	Clarice Chemello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	07/06/2018 23:05:03	Clarice Chemello	Aceito
Outros	ClariceChemellocartaresposta.pdf	07/06/2018 23:03:55	Clarice Chemello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecerdepartamento.pdf	18/04/2018 15:34:41	Clarice Chemello	Aceito
Folha de Rosto	ChemelloC_folhaderosto.pdf	20/03/2018 13:40:43	Clarice Chemello	Aceito
Outros	87998718parecer.pdf	15/06/2018 15:59:10	Vivian Resende	Aceito
Outros	87998718aprovacao.pdf	15/06/2018 16:00:16	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.716.349

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 15 de Junho de 2018

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO DE UM PERCURSO FORMATIVO PARA O ENSINO DO CUIDADO FARMACÊUTICO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA DO BRASIL

Pesquisador: Clarice Chemello

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 87998718.2.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.209.058

Apresentação do Projeto:

A educação farmacêutica é apontada como um dos pontos críticos para a implementação de serviços farmacêuticos efetivos. Dessa forma, entender o quanto o ensino farmacêutico tem acompanhado a expansão da área clínica no Brasil e preparado, de fato, o egresso/profissional para atuar nessa área, além investir e incentivar mudanças no ensino de programas de graduação e pós-graduação em Farmácia é imprescindível. Nesse sentido o objetivo do trabalho é traçar um diagnóstico e elaborar um percurso teórico-metodológico para o ensino farmacêutico na área do cuidado em saúde dos cursos de graduação em Farmácia. Metodologia: trata-se de estudo de abordagem quali-quantitativa, para o qual serão utilizadas para coleta de dados análise documental, entrevista semi-estruturada e observação sistemática não participante naturalista. Participarão do estudo os cursos de graduação de Farmácia dos Institutos Federais de Ensino Superior. A proposta do percurso teórico metodológico elaborado será validado em oficina de consenso, na qual será utilizada a técnica do comitê tradicional. A análise dos dados qualitativos será feita por meio da análise de conteúdo e os dados quantitativos será feito uma análise descritiva. Resultados esperados: Com esse trabalho será possível traçar um panorama do ensino farmacêutico na área do cuidado em saúde e verificar quais as competências clínicas estão sendo desenvolvidas e o quanto tem se avançado na incorporação das DCN nos currículos de graduação em Farmácia no Brasil. Com base nesse aprofundamento, pretende-se propor um

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-1592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.208.058

percurso formativo (teórico metodológico) por competências, de modo a contribuir para transcender as recomendações teóricas contempladas nas DCN e promover de fato mudanças significativas na formação do farmacêutico. Acredita-se que esse seja o caminho para a promoção de alterações robustas e necessárias na formação do farmacêutico, o que contribuirá para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos clínicos efetivos, os quais colaborarão para a promoção de saúde da população, junto aos demais profissionais de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Propor um percurso teórico-metodológico para o ensino do cuidado em saúde nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil.

Objetivo Secundário: •Caracterizar o ensino de competências clínicas dos cursos de graduação em Farmácia de Instituições Federais de Ensino Superior do Brasil;•Avaliar a adequação do ensino do “eixo cuidado em saúde” dos cursos de graduação em Farmácia de Instituições Federais de Ensino Superior do Brasil em relação as DCN/2017. •Analisar o perfil dos docentes que ministram disciplinas do eixo cuidado em saúde;•Analisar o design instrucional das disciplinas incluídas no eixo cuidado em saúde;•Elaborar um percurso teórico-metodológico por competências para o ensino do cuidado em saúde, nos cursos de graduação em farmácia do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O trabalho não apresenta riscos aos participantes.

Benefícios: Com esse trabalho será possível traçar um panorama do ensino farmacêutico na área do cuidado em saúde e verificar quais as competências clínicas estão sendo desenvolvidas e o quanto tem se avançado na incorporação das DCN nos currículos de graduação em Farmácia no Brasil. Com base nesse aprofundamento, pretende-se propor um percurso formativo (teórico metodológico) por competências, de modo a contribuir para

transcender as recomendações teóricas contempladas nas DCN e promover de fato mudanças significativas na formação do farmacêutico. Acredita-se que esse seja o caminho para a promoção de alterações robustas e necessárias na formação do farmacêutico, o que contribuirá para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos clínicos efetivos, os quais colaborarão para a promoção de saúde da população, junto aos demais profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa inovadora e muito relevante para o campo de estudo e para as políticas públicas.

Pendências do parecer de número

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,662/ 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.209.050

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Pendências elencadas no parecer de número 3.060.157 foram atendidas.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprova-se a emenda ao projeto de pesquisa, tendo em vista o documento de carta-resposta e as modificações no TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1212815_E1.pdf	21/12/2018 11:57:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado.pdf	21/12/2018 11:55:26	Aline Aparecida Foppa	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	21/12/2018 11:53:39	Aline Aparecida Foppa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pendencias.pdf	10/12/2018 18:50:08	Aline Aparecida Foppa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO_OBJETIVO.pdf	14/11/2018 11:14:07	Aline Aparecida Foppa	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	14/11/2018 11:12:56	Aline Aparecida Foppa	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3109-1592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.209.058

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPILADO.pdf	14/11/2018 11:12:41	Aline Aparecida Foppa	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_PMF.pdf	14/11/2018 11:10:35	Aline Aparecida Foppa	Aceito
Outros	carta_anuencia_UFSC.pdf	13/11/2018 20:35:59	Aline Aparecida Foppa	Aceito
Outros	adendo_comite_de_etica.pdf	13/11/2018 20:34:09	Aline Aparecida Foppa	Aceito
Outros	87998718aprovacao.pdf	15/06/2018 16:00:16	Vivian Resende	Aceito
Outros	87998718aprovacao.pdf	15/06/2018 16:00:16	Vivian Resende	Aceito
Outros	87998718parecer.pdf	15/06/2018 15:59:18	Vivian Resende	Aceito
Outros	87998718parecer.pdf	15/06/2018 15:59:18	Vivian Resende	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ClariceChemello.pdf	07/06/2018 23:08:56	Clarice Chemello	Aceito
Outros	TOPICOGUIA.pdf	07/06/2018 23:07:17	Clarice Chemello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	07/06/2018 23:05:03	Clarice Chemello	Aceito
Outros	ClariceChemellocartaresposta.pdf	07/06/2018 23:03:55	Clarice Chemello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecerdepartamento.pdf	18/04/2018 15:34:41	Clarice Chemello	Aceito
Folha de Rosto	ChemelloC_folhaderosto.pdf	20/03/2018 13:40:43	Clarice Chemello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31 270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.209.050

BELO HORIZONTE, 19 de Março de 2019

Assinado por:

**Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))**

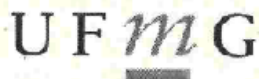
Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. Sl. 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**ANEXO C - Anuências institucionais para as coletas de dados da Instituição
Educacional e de Saúde envolvidas na pesquisa**



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Farmácia
Departamento de Farmácia Social

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sra. Dra. Diva Sonaglio

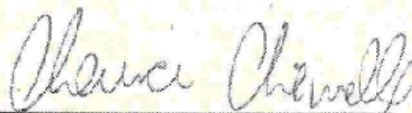
Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "Ensino farmacêutico em cenários de prática real de cuidado em saúde: um estudo etnográfico", a ser realizada no Centro de Saúde do Saco Grande, pela aluna da pós-graduação da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (Fafar/UFMG) Aline Aparecida Foppa, sob orientação do Prof(a). Dr(a) Clarice Chemello. O objetivo dessa pesquisa é compreender o processo de ensino-aprendizagem das competências para o cuidado em saúde, em cenários de prática real, nos cursos de graduação em Farmácia. Essa pesquisa é parte do projeto: Proposição de um percurso formativo para o ensino do cuidado em saúde nos cursos de graduação em Farmácia do Brasil.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Chefia, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

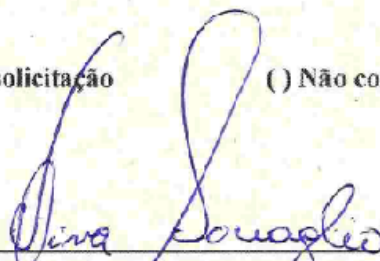
Belo Horizonte, 14 de setembro de 2018.



Prof(a). Dr(a) Clarice Chemello
Pesquisador(a) Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação



Diva Sonaglio - Chefe do Departamento de Ciências Farmacêuticas

(Assinatura e carimbo)

Diva Sonaglio

Chefe do Departamento de Ciências Farmacêuticas

CIF/CCS

Portaria nº 560/GR/2018



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 13 de Novembro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do comitê de ética em pesquisa com seres humanos - CEPESH, e como representante legal da instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa "*ENSINO FARMACÊUTICO EM CENÁRIOS DE PRÁTICA REAL DE CUIDADO EM SAÚDE: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO*", do pesquisador responsável ALINE APARECIDA FOCPA. Declaro ainda, que cumprirei os termos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com o projeto e rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador e ajustes solicitados pelo serviço. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à **disponibilidade do serviço**.

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos
Projetos de Pesquisa em Saúde
Matricula 26212-9 SMS/PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO D – Ementas das disciplinas mencionadas pelos estudantes que contribuíram para a sua formação para a área do cuidado em saúde

- **1º Semestre**

Obrigatória

Atenção à Saúde I: Aspectos históricos e socioeconômicos do desenvolvimento e da organização política da saúde no Brasil e no mundo. Reforma sanitária no Brasil. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Financiamento e alocação de recursos de saúde no Brasil. Sistemas comparados e reformas de sistemas de saúde. Redes de Atenção à Saúde. Atenção básica, média e alta complexidade.

Optativa

Língua Brasileira de Sinais I (optativa): Desmistificação de ideias recebidas relativamente às línguas de sinais. A língua de sinais enquanto língua utilizada pela comunidade surda brasileira. Introdução à língua brasileira de sinais: usar a língua em contextos que exigem comunicação básica, como se apresentar, realizar perguntas, responder perguntas e dar informações sobre alguns aspectos pessoais (nome, endereço, telefone). Conhecer aspectos culturais específicos da comunidade surda brasileira.

- **2º Semestre**

Obrigatórias

Atenção à Saúde II: Diferentes abordagens sobre o processo saúde-doença-atenção. Conceitos de saúde e práticas de saúde (curativas, preventivas, de promoção). Promoção da saúde (conceitos e Política Nacional de Promoção à Saúde). Educação em Saúde.

Fisiologia I: Homeostase. Compartimentos hídricos, dinâmica capilar e edema. Potenciais de Membrana. Sinapse Química. Contração da musculatura lisa e esquelética. Sistemas Sensoriais. Controle voluntário e reflexo do movimento. Sistema Nervoso Autônomo e controle da função visceral. Hipotálamo e sistema límbico. Eixo hipotálamo-hipófise. Regulação endócrina do metabolismo basal. Regulação endócrina da calcemia. Regulação

endócrina do metabolismo energético. Endocrinofisiologia do desenvolvimento e crescimento. Regulação endócrina das funções reprodutoras.

EIXO desenvolvimento, produção e controle fármacos e medicamentos

Plantas Medicinais e Fitoterapia: Aspectos botânicos das plantas medicinais. Fundamentos de botânica farmacêutica. Características da fitoterapia. Produtos para a saúde de origem natural: características, usos, qualidade, eficácia e segurança. Exemplos de plantas medicinais e fitoterápicos utilizadas na atenção básica. Farmácias-vivas. Cadeia produtiva de plantas medicinais. Uso tradicional/popular. Uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

- **3º Semestre**

Obrigatórias

Assistência Farmacêutica I: Políticas públicas para o setor farmacêutico. Políticas sociais para o acesso a medicamentos. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema único de saúde (SUS).

Atenção à Saúde III: Estudos epidemiológicos e planejamento, programação e avaliação em saúde.

Fisiologia II: Fisiologia do Sistema Digestório. Fisiologia do Sistema Cardiovascular. Fisiologia Renal. Fisiologia do Sistema Respiratório.

Bioquímica I: Estrutura e função dos aminoácidos, proteínas, carboidratos e lipídeos. Vitaminas e coenzimas. Enzimologia. Bioenergética. Metabolismo de carboidratos, lipídeos e aminoácidos. Inter-relações e regulação metabólica.

EIXO Assistência Farmacêutica

Seminários e Vivências no Sistema Único de Saúde: Desenvolvimento de seminários e acompanhamento de atividades práticas em comunidades, unidades de saúde ou instâncias de gestão.

Optativa

Práticas de Enfermagem II: Assepsia médica e cirúrgica. Técnicas auxiliares nas unidades diagnósticas e terapêuticas, como: Primeiros socorros em emergências, sinais vitais, administração de medicamentos por via parental, curativos e bandagens

- **4º Semestre**

Obrigatórias

Assistência Farmacêutica II: Gestão da Assistência Farmacêutica. Seleção de medicamentos. Programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos.

Deontologia e legislação: Princípios éticos que permeiam o exercício profissional farmacêutico. Legislação sanitária e profissional farmacêutica nas diversas áreas de atuação.

Bioquímica II: Metabolismo intermediário de carboidratos, aminoácidos e lipídios e alterações metabólicas. Hormônios e regulação hormonal. Bioquímica do sangue e da respiração. Bioquímica da nutrição e da transformação dos alimentos. Princípios da Biotransformação de Fármacos. Estresse Oxidativo. Noções de Neuroquímica. Aspectos Bioquímicos do Câncer. Metabolismo ósseo.

Patologia: Generalidades sobre patologia: processo saúde/doença, conceitos. Os grandes processos mórbidos (alterações celulares e extra-celulares; processo inflamatório e reparativo; distúrbios vasculares; distúrbios do crescimento e da diferenciação).

EIXO Prática Clínica e Farmácia Hospitalar

Farmácia Clínica I: Introdução aos conceitos e princípios gerais de farmácia hospitalar, farmácia clínica e de terapêutica. Funções, atribuições e responsabilidades do farmacêutico. Introdução ao uso racional de medicamentos. Detecção, solução e prevenção dos problemas relacionados aos medicamentos. Conhecer e vivenciar as práticas farmacêuticas em serviços de saúde de média e alta complexidade.

EIXO Análises Clínicas

Diagnóstico laboratorial no Sistema Único de Saúde: A inserção do Analista Clínico no SUS. Assistência Laboratorial em diferentes níveis de complexidade do SUS. Rede Pública de Laboratórios. Laboratórios de Referência. O Laboratório Clínico segundo o modelo de rede, referência e contra-referência. Gestão de recursos para Municípios, Estados e Governo Federal para a implantação de Laboratórios de Análises Clínicas. O Laboratório na Vigilância em Saúde.

Mecanismos de resistência aos antimicrobianos: Resistência de bactérias, fungos, vírus e parasitos a fármacos antimicrobianos. Mecanismos celulares e moleculares de resistência e transferência de resistência. Detecção laboratorial de resistência microbiana.

- **5º Semestre**

Obrigatórias

Farmacologia I: farmacocinética, interações fármaco-receptor e farmacodinâmica. Fármacos que afetam o sistema nervoso autônomo. Fármacos que afetam o sistema cardiovascular, gastrointestinal e endócrino. Fármacos antibacterianos, antifúngicos antivirais, antiprotozoários e anti-helmínticos.

Parasitologia clínica: estudo dos protozoários e helmintos causadores de doenças parasitárias. Protozoários comensais. Colheita, conservação e transporte do material biológico. Métodos e colorações para o diagnóstico laboratorial de helmintos, protozoários intestinais, teciduais e sanguíneos. Coprológico funcional. Emissão e interpretação de resultados.

Bioquímica clínica: métodos e instrumentos gerais utilizados em análises para a determinação de analitos bioquímicos em amostras biológicas. Coleta de amostras biológicas e outras variáveis pré-analíticas. Origem e significado clínico de parâmetros laboratoriais bioquímicos utilizados na avaliação das funções: óssea, renal, cardiovascular, hepática, hormonal, hidro-eletrolítica e ácido-básica. Avaliação laboratorial do metabolismo dos carboidratos e do ferro. Proteínas e enzimas de interesse clínico. Marcadores tumorais. Interpretação clínico-laboratorial dos exames bioquímicos.

Citologia clínica: hematopoiese. Morfologia das células sanguíneas do sangue periférico. Espermograma. Citologias cervico-vaginal, do líquor e dos derrames cavitários.

Produção e controle de medicamentos I: Formas farmacêuticas sólidas. Formas farmacêuticas líquidas. Formas farmacêuticas semissólidas. Formas farmacêuticas especiais. Técnicas de amostragem. Sistemas de Qualidade. Planejamento de experimentos e interpretação estatística dos resultados. Métodos gerais de controle de qualidade de matérias-primas e formas farmacêuticas. Estabilidade de medicamentos. Cálculos farmacêuticos.

EIXO Assistência Farmacêutica

Ética e Medicalização: Introdução à bioética. Medicalização e ética em saúde. Medicalização e medicamentação. A expansão da indústria em saúde e a ética em pesquisa.

EIXO Prática Clínica e Farmácia Hospitalar

Adesão e Comunicação com o Paciente: Adesão ao tratamento. Comportamento do paciente. Princípios e influências da comunicação terapêutica. Abordagens de comunicação. Entrevista, questionamento e aconselhamento do paciente. Acompanhamento e monitoramento da adesão.

- **6º Semestre**

Obrigatórias

Hematologia Clínica: Elementos figurados do sangue. Citologia sanguínea: constituição e características. Células medulares: identificação e características maturativas. Órgãos hematopoiéticos. Hemograma: variações fisiológicas e patológicas. Leucitoses e leucopenias. Anemias e alterações eritrocitárias. Anomalias hereditárias. Leucemias. Hemostasia e fisiopatologia. Sistemas sanguíneos e fator Rh. Automação em hematologia. Interferência medicamentosa e mielossupressão.

Uroanálise: formação de urina. Distúrbios de Micção. Métodos de coleta e conservação do material biológico. Pesquisas e dosagens na urina. Exame físico, exame químico e

sedimentoscopia urinária qualitativa e quantitativa. Análises químicas dos cálculos urinários.

Farmacologia II: Fármacos que afetam o sistema nervoso central. Fármacos antibacterianos, antifúngicos, antiprotozoários, antivirais e anti-helmínticos. Fármacos que interferem com a dor e a inflamação. Fármacos anticoncepcionais. Fármacos e a disfunção erétil. Farmacologia do câncer.

Química Farmacêutica I: introdução à Química Farmacêutica Medicinal: conceitos, nomenclatura, origem, desenvolvimento. Aspectos teóricos que envolvem ação dos fármacos: fundamentos do metabolismo de fármacos, alvos moleculares, bioisosterismo, latenciação de fármacos. Estudo de diferentes classes terapêuticas (PARTE I) envolvendo aspectos de nomenclatura, estrutura química, propriedades eletrônicas, estéricas e hidrofóbicas, mecanismo de ação molecular, modificações moleculares relacionadas à alteração da atividade biológica (Relação Estrutura X Atividade).

Produção e controle de medicamentos II: Boas práticas de manipulação. Preparação de Formas farmacêuticas sólidas, líquidas e semissólidas. Preparação de fitoterápicos. Validação de metodologias analíticas. Controle de qualidade de formas farmacêuticas sólidas, semissólidas, líquidas estéreis e não estéreis, fitoterápicos.

EIXO desenvolvimento, produção e controle de fármacos e medicamentos

Cosmetologia: Pele e pelo: aspectos morfológicos e fisiológicos. Matérias-primas em cosméticos. Formas cosméticas. Produtos de aplicação cutânea e capilar. Cosmética Higiênica. Cosmética protetora. Cosmética dermatológica. Controle de qualidade. Legislação. Novas tecnologias aplicadas à cosmetologia.

Interações Medicamentosas: Mecanismos envolvidos em interações: interações farmacocinéticas, interações farmacodinâmicas, interações de fármacos em exames laboratoriais. Utilização terapêutica de interações entre fármacos. Análise de casos: interações com fármacos de baixo índice terapêutico, interações de fármacos com plantas medicinais, alimentos e nutracêuticos.

EIXO Prática Clínica e Farmácia Hospitalar

Farmácia Clínica II: Variabilidade de resposta biológica. Alterações genéticas da absorção, metabolização, distribuição e excreção dos medicamentos. Conceitos e princípios de farmacocinética clínica. Parâmetros, variáveis e modelos farmacocinéticos. Alterações farmacocinéticas do envelhecimento, na disfunção renal e hepática. Individualização da terapia e monitoramento farmacocinético. Busca, avaliação e seleção de fontes de evidências científicas para a solução dos problemas.

EIXO Análises Clínicas

Tópicos avançados em Hormônios: Metodologias laboratoriais aplicadas as determinações dos hormônios em amostras biológicas. Correlação entre resultados de exames com fisiopatologia. Avaliação de casos clínicos com desordens hormonais.

- **7º Semestre**

Obrigatórias

Micologia Clínica: Características gerais dos fungos patogênicos. Principais micoses do ser humano. Fungos oportunistas e emergentes. Colheita, transporte e conservação do material biológico para diagnóstico laboratorial das micoses. Procedimentos laboratoriais para o diagnóstico das micoses. Identificação morfológica dos fungos. Emissão e interpretação dos resultados.

Microbiologia Clínica: Integração das bases da Microbiologia com o Diagnóstico Microbiológico e desenvolvimento de protocolos laboratoriais para diagnóstico, pesquisa e extensão que permitam a manipulação segura e ética de organismos e compostos químicos, adequados à legislação e minimizem a periculosidade desses procedimentos. Métodos para isolamento e identificação dos principais agentes causadores de infecções, visando ao diagnóstico, controle e prevenção da disseminação de agentes patogênicos, com ênfase nas doenças bacterianas, hepatites virais e viroses emergentes.

Biofarmácia: Princípios farmacocinéticos. Estudo da maneira pela qual as substâncias ativas presentes nas formas farmacêuticas são colocadas à disposição do organismo e sua evolução. Biodisponibilidade e bioequivalência. Vias de administração de medicamentos.

Fatores físico-químicos, fisiológicos, patológicos e tecnológicos que afetam a biodisponibilidade de fármacos.

Assistência Farmacêutica III: Dispensação de medicamentos destinados ao tratamento ambulatorial - (PARTE I).

Química Farmacêutica II: Estudo de diferentes classes terapêuticas (PARTE II) envolvendo aspectos de nomenclatura, estrutura química, propriedades eletrônicas, estéricas e hidrofóbicas, mecanismo de ação molecular, modificações moleculares relacionadas à alteração da atividade biológica (Relação Estrutura X Atividade).

EIXO Assistência Farmacêutica

Modelos de Seguimento Farmacoterapêutico: Conceito de acompanhamento farmacoterapêutico. Metodologias de Seguimento Farmacoterapêutico.

Farmacoepidemiologia: Farmacoepidemiologia e o uso de medicamentos. Introdução aos métodos de avaliação da farmacologia clínica. Farmacovigilância e utilização de medicamentos. Metodologia epidemiológica básica em farmacovigilância. Reações adversas a medicamentos. Sistemas de farmacovigilância. Metodologias dos estudos de utilização de medicamentos (EUM). Indicadores dos EUM. Informações em saúde e sobre medicamentos. Centros de informação sobre medicamentos.

- **8º Semestre**

Obrigatórias

Atenção à Saúde IV: As atividades laboratoriais no Sistema Único de Saúde em ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica.

Imunologia Clínica Imunodiagnóstico das principais doenças infecciosas e auto-imunes. Autoimação. Autoimunidade. Alergia. Imunodeficiência. Controle de qualidade. Metodologia para estudo da imunocompetência. Imunologia dos Tumores.

Assistência Farmacêutica IV: Dispensação de medicamentos destinados ao tratamento ambulatorial (PARTE II).

EIXO Prática Clínica e Farmácia Hospitalar

Farmácia Clínica III: Uso apropriado e seguro dos medicamentos na solução dos problemas relacionados aos tratos respiratório, gastrointestinal e hepático; aos sistemas renal, cardiovascular e endócrino e à saúde da mulher nos diversos serviços de saúde, contribuindo para uma terapia segura e efetiva e melhoria da qualidade de vida do paciente. Fisiopatologia dos problemas mais comuns, exames de laboratório para acompanhamento, manejo farmacológico e não farmacológico, detecção, solução e prevenção dos problemas relacionados aos medicamentos e monitoramento terapêutico. Busca, avaliação e seleção de fontes de evidências científicas para a solução dos problemas.

- **9º período**

EIXO Prática Clínica e Farmácia Hospitalar

Farmácia Clínica IV: Uso apropriado e seguro dos medicamentos nas infecções, nos distúrbios da homeostase da coagulação, problemas oncológicos e hematológicos nos diversos serviços de saúde. Fisiopatologia dos problemas mais comuns, exames de laboratório para acompanhamento, manejo farmacológico e não farmacológico, detecção, solução e prevenção dos problemas relacionados aos medicamentos e monitoramento terapêutico. Busca avaliação e seleção de fontes de evidências científicas para a solução dos problemas.