



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
DOUTORADO

NADJA MARA DE SOUSA LOPES

***“A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela”*: da formação do
farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental**

FORTALEZA-CE

2017

NADJA MARA DE SOUSA LOPES

***“A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela”*: da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental.**

Tese apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção de título de doutor em Ciências Farmacêuticas.

Linha de Pesquisa: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Soares Gondim.

Universidade Federal do Ceará

FORTALEZA-CE

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L854 Lopes, Nadja Mara de Sousa Lopes.
 “ A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela” : da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental / Nadja Mara de Sousa Lopes Lopes. – 2017.
 130 f. : il. color.

 Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2017.
 Orientação: Profª. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

 1. Currículo de Farmácia. 2. Formação Farmacêutica. 3. Saúde Mental . 4. Diretrizes Curriculares . I. Título.

CDD 615

Aluna: Nadja Mara de Sousa Lopes

Título: “*A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela*”: da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental.

Defesa em: 28/07/2017

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Soares Gondim – Orientadora
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Silva Soares
Universidade Estadual Vale do Acaraú

Prof. Dr. Cleber Domingos Cunha da Silva
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Miriam Parente Monteiro
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Jurema Barros Dantas
Universidade Federal do Ceará

RESUMO

A formação profissional na área da saúde permite à pessoa adquirir e desenvolver conhecimentos científicos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, além de capacitá-lo ao trabalho. A tese sob relatório objetivou compreender a influência da formação do farmacêutico para atuação no campo da Saúde Mental, na perspectiva do SUS. Do ponto de vista macro, adotou-se uma abordagem quantitativa, para descrever e analisar a qualidade dos cursos de Farmácia brasileiros, com ênfase nos indicadores de qualidade propostos pelo MEC. Para conhecer em profundidade como ocorreu a formação em uma dessas instituições até sua atuação na saúde mental, recorreu-se à abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas com farmacêuticos e professores, observações de atividades acadêmicas e grupos focais com estudantes do curso. A pesquisa foi conduzida na Universidade Federal do Ceará, dos anos de 2014 a 2017. Participaram da pesquisa nove farmacêuticos, 12 professores e cinco estudantes de graduação em Farmácia. Para a coleta das informações, recorreu-se às técnicas de entrevista semiestruturada; grupo focal e diário de campo. A análise estabeleceu-se sob um exame que articulou a Hermenêutica e a Dialética, partindo da trajetória interpretativa de Minayo (ordenação, classificação e análise final), por via de um fluxograma analisador orientado por Assis e Jorge (2010). O estudo harmonizou-se aos preceitos éticos da Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, acerca de investigações em seres humanos. Dentre os achados, observou-se que: a qualidade do ensino em Farmácia tende à centralidade (conceito 3), logo satisfatório. Os cursos de instituições públicas têm melhor qualidade. Especificamente, quanto ao Curso de Farmácia da UFC, ele possui formação generalista, mas ainda se percebem dificuldades de atuação em vários campos, como no terreno saúde mental. Os egressos que atuaram nesta área sentiram-se inseguros pela ausência de estágios ou qualquer discussão sobre esta área em sala de aula. Houve mudança de comportamento daqueles que trabalharam na saúde mental, por buscarem conhecimento e participarem, de maneira interdisciplinar, das atividades. Os professores conheciam pouco sobre o *locus* de trabalho, mas os conhecimentos de Farmacologia, Farmacoepidemiologia, Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica foram importantes para que houvesse integração.

Palavras-chave: Currículo de Farmácia. Formação Farmacêutica. Saúde Mental. Diretrizes Curriculares.

SUMMARY

Professional training in the field of health allows the individual to acquire and develop scientific, technical and operational knowledge related to the production of goods and services, in addition to training him/her for work. This thesis aimed to understand the influence of the pharmacist's training process on the work in the field of Mental Health within the context of SUS. From a macro perspective, a quantitative approach was adopted to describe and analyze the quality of Brazilian Pharmacy schools with emphasis on the quality indicators proposed by the MEC. In-depth knowledge of how the training process in one of these institutions is developed until the performance in the field of mental health was obtained using a qualitative approach. Interviews were conducted with pharmacists and teachers, with observations of academic activities and focus groups with students. The research was carried out at the Federal University of Ceará between 2014 and 2017. Participants were nine pharmacists, 12 teachers and five undergraduate students. The following techniques were used to collect the information: Semi-structured interview; Focus group and Field journal. The analytical process was based on an analysis that articulated the hermeneutics and the dialectics, starting from Minayo's interpretative trajectory (ordering, classification and final analysis), through an analyzer (flow chart) guided by Assis and Jorge (2010). The study complied with the ethical precepts of Resolution 466/2012 of the National Health Council. The findings revealed that the quality of pharmacy teaching tends to be central (grade 3), which is satisfactory. The pharmacy schools of public institutions have better quality. Specifically, the pharmacy school of UFC provides a general education, but it still has difficulties in training for work in several fields, such as in the field of mental health. The graduates who worked in this field felt insecure due to the lack of internships or any discussion about this field in the classroom. There was a change in the behavior of those who worked in mental health for seeking knowledge and participating in activities in an interdisciplinary way. The teachers knew little about the field, but the knowledge of Pharmacology, Pharmacoepidemiology, Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Care were important for the integration process.

Key words: Pharmacy Curriculum. Pharmaceutical Training. Mental health. Curricular Guidelines.

*Ao curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará. Por uma formação
interdisciplinar. Por uma atuação humanizada.*

*Aos homens da minha vida, Thiago Moura e Matheus Moura. Com eles me sinto sempre uma
mulher melhor.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS, porque ele é melhor do que imaginamos!

À minha amada orientadora, Prof.^a Ana Paula Soares Gondim, pela sua disponibilidade e incentivos, fundamentais para realização deste estudo. Sempre interessada, fez críticas construtivas e me propôs reflexões importantes. Terá minha eterna gratidão pelo apoio nos momentos fáceis, difíceis e superdifíceis.

Aos amigos do Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (LISFARME), em especial a Manoel Ribeiro de Sales Neto, Gabriela de Almeida Ricarte Correia e Emanuela Diniz Lopes, parceiros em todas as horas.

Aos Professores doutores Aluísio Ferreira de Lima, Andrea Caprara, Djanilson Barbosa dos Santos e Luiz Botelho Albuquerque, por sentarem-se comigo, mesmo que por um instante, mas contribuíram grandiosamente na formulação deste estudo.

Aos professores doutores que compuseram a banca examinadora desta tese: Ana Cristina Silva Soares; Cleber Domingos Cunha da Silva; Miriam Parente Monteiro e Jurema Barros Dantas. Em um curto tempo contribuíram enormemente, compartilhando seus saberes e engradecendo o conteúdo deste esforço de pesquisa científica.

Ao Centro de Atenção Psicossocial de Maracanaú, especialmente às amigas Diana Muniz Pinto, Camila Augusta de Oliveira Sá, Ana Karine Lima de Freitas, Carlota Nunes Silva e Mara Rúbia Souza Chaves. Vocês contribuíram muito para a consolidação deste estudo.

Ao Serviço de Atendimento Farmacêutico das Farmácias Pague Menos, em especial a Cristiane Feijó, que soube compreender bem este momento.

Às amigas do curso, Vanessa Fernandes Vieira, Eudiana Vale Francelino e Ana Cláudia Brito Passos. Obrigada pelo ombro amigo quando foi preciso.

A minha mãe, Francisca Luciene de Sousa Costa, minha sogra Maria Cleonice Moura dos Santos e a Maria da Paz Moura Mendes, por serem mães do meu filhote enquanto eu construía esse estudo.

Ao meu marido, Thiago Moura dos Santos, por toda sua compreensão e paciência, que sempre e em qualquer momento me ofereceu.

Aos meus familiares e irmãos. Desculpem-me pela ausência. Especialmente ao meu pai Antonio Pereira Lopes, grande homem!

Ao meu filho amado, ainda pequenino, super esperto. Sempre quando eu estava bem cansada em frente ao computador chegava, pedia um abraço, dava um cheiro lambuzado e dizia “mô!”

“[...] é necessário que o que se ensina valha à pena”.

(Forquin)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras		Pag
1	Representação do núcleo e do campo na Saúde Coletiva.....	24
2	Processos dos serviços farmacêuticos.....	39
3	Polo de Conhecimento em Saúde de Porangabuçu, Fortaleza.....	63
4	Evolução da criação de cursos de Farmácia no Brasil, 1832 – 2016.....	73
Tabelas		Pag
1	Distribuição dos Cursos de Graduação em Farmácia no Brasil, quanto a Região e à Localização, Abril 2016.....	74
2	Distribuição das Vagas Autorizadas para Cursos de Graduação em Farmácia do Brasil, Abril 2016.....	75
3	Indicadores de Qualidade dos Cursos de Graduação em Farmácia do Brasil, Abril 2016.....	76
Apêndices		Pag
1	Roteiro de entrevista. Sujeitos: Profissionais farmacêuticos que atuam ou atuaram em saúde mental	112
2	Roteiro de entrevista. Sujeitos: Professores do curso de Farmácia da UFC.....	113
3	Roteiro de entrevista. Sujeitos: Estudantes de Farmácia da UFC	114
4	Formulário de identificação do estudante de Farmácia da UFC.....	115
5	Formulário de identificação do professor do Curso de Farmácia da UFC.....	116
6	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Egresso do Curso de Farmácia	117
7	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudante de Farmácia.....	119
8	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Professor de Farmácia.....	121

Anexos		Pag
1	Os cinco princípios ativos da Portaria SVS/MS nº 344/1998 em formulações industrializadas de maior consumo no país. Brasil, 2007-2010.	123
2	Disciplinas do Currículo mínimo do curso de Farmácia, conforme Res. nº 4/69.....	124
3	Matriz curricular do curso de Farmácia da UFC anterior a 2005.....	125
4	Matriz curricular do curso de Farmácia da UFC anterior a 2005 – Habilitações.....	126
5	Matriz Curricular do Curso de Farmácia da UFC desde 2005.....	127
6	Desenvolvimento da análise hermenêutica-dialética.....	129
7	Representação esquemática da confecção das categorias empíricas.....	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEF	Associação Brasileira de Educação Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Associação Psiquiátrica Americana
APS	Atenção Primária à Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CART	Centro Acadêmico Rodolfo Teófilo
CC	Conceito de Curso
CEAFF	Centro de Apoio à Assistência Farmacêutica
CEATENF	Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica
CEATOX	Centro de Assistência Toxicológica
CECCO	Centros Culturais e de Convivência
CEDEFAR	Centro de Desenvolvimento e Ensaaios Farmacêuticos
CEFACE	Centro de Farmacovigilância do Ceará
CEPE	Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão - UFC
CEMJA	Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
CFE	Conselho Federal de Farmácia
CIM	Centro de Informação sobre Medicamentos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPC	Conceito Preliminar de Curso
CRUTAC	Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária
DACT	Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas - UFC
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCE	Diretório Central dos Estudantes
DEFA	Departamento de Farmácia - UFC
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENAFAR	Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil

FIP	<i>International Pharmaceutical Federation</i>
FFOE	Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
GPUIM	Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídeo
LACT	Laboratório de Análises Clínicas e Toxicológicas
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NASF	<i>Núcleos de Apoio à Saúde da Família</i>
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NUFITO	Núcleo de Fitoterapia
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PRM	Problemas Relacionados aos Medicamento
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SC	Sem Conceito
SISU	Sistema de Seleção Unificada
SNC	Sistema Nervoso Central
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UE	União Europeia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNESCO	<i>United Nations Organization for Education, Science and Culture</i>
URM	Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

	Pag
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 MARCO TEÓRICO	21
2.1 Os serviços farmacêuticos (núcleo) podem ser inclusos no campo Saúde Mental?	21
2.1.1 Em busca de conceitos.....	21
2.1.2 Conhecendo o campo: Saúde Mental.	24
2.1.2.1 A reforma psiquiátrica brasileira.....	26
2.1.3 Transtornos mentais e a “medicalização” da vida.....	28
2.1.4 Caracterização do núcleo: serviços farmacêuticos.....	32
3 O CAMPUS CIENTÍFICO: FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO.....	41
3.1 Alguns conceitos importantes: currículo e abordagens de ensino.....	41
3.2 Qualidade e ensino de farmácia em França, Canadá, Reino Unido e Brasil.....	48
3.2.1 Qualidade no ensino superior: conceitos.....	48
3.2.2 O ensino de farmácia: alguns exemplos.....	49
3.2.3 O ensino de farmácia no Brasil.....	51
3.3 O projeto pedagógico e o currículo de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC).....	56
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	60
4.1 Momento 1: análise da qualidade do ensino em farmácia no Brasil.....	60
4.2 Momento 2: estudo de caso da formação farmacêutica na Universidade Federal do Ceará.....	61
4.3 A análise: da organização das informações à interpretação.....	70
4.4 Questões éticas.....	71
RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5 QUALIDADE DA EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL.....	73
6 EXPERIÊNCIA DO EGRESSO, ESTUDANTE E PROFESSOR NO PROCESSO DE FORMAÇÃO.....	79
7 A TRAJETÓRIA PARA ATUAR NA SAÚDE MENTAL.....	91
8 CONCLUSÕES.....	99
8.1 Recomendações dos sujeitos entrevistados.....	99

REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES.....	112
ANEXOS.....	123

1 INTRODUÇÃO

“Nenhum trabalho de qualidade pode ser feito sem concentração e auto sacrifício, esforço e dívida”. (MAX BEERBOHM)

Até pouco tempo, não se conhecia o campo Saúde Mental como possível área de atuação do farmacêutico, porque sua formação foi fortemente tecnicista¹ (2000-2004), característica do currículo farmacêutico anterior ao proposto pela Resolução CNE/CES 2/2002, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Farmácia. Após assumir a responsabilidade técnica da farmácia de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município pertencente à Região Metropolitana de Fortaleza, a formação tecnicista se fez propícia a “melhorar” a estrutura local e aplicar algumas etapas da logística da Assistência Farmacêutica². Então, atuou-se na logística farmacêutica desde a organização do ambiente, programou considerando a técnica de consumo médio mensal de medicamentos; divulgou-se a lista de medicamentos padronizados junto aos prescritores; foram feitos pedidos mensais à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), preocupando-se com o armazenamento adequado, distribuição dos medicamentos conforme a Portaria 344/98,³ e orientação sobre medicamentos, quando possível, aos usuários com maiores dúvidas quanto ao seu uso. Apesar da melhoria do serviço, foi-se indagada pela equipe do CAPS quanto à real necessidade de manter a farmácia (e a farmacêutica?) como integrante daquele serviço. Nesse momento notou-se a necessidade de se ser (re) conhecida como profissional de saúde.

De início pesquisou-se o conceito de Saúde Mental e verificou-se que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é " [...] um estado de bem-estar, no qual a pessoa

¹ O termo *tecnicista* refere-se a uma tendência pedagógica *Liberal Tecnista em que* a aprendizagem subordina-se ao mercado de trabalho com função de preparar “recursos humanos” para a indústria. Assim, o essencial não é o conteúdo da realidade, mas as técnicas (forma) de descoberta e aplicação na sociedade. O ensino é voltado a repetição com desenvolvimento de habilidades simples, pouca apropriação dos conceitos, sem discussão aprofundada ou aplicação desses (SANTOS, 2007).

² Grupo de atividades relacionadas ao medicamento, destinadas a apoiar as ações demandadas por uma comunidade. Suas etapas são seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, utilização (prescrição, dispensação e uso). Também envolve conservação e controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos; acompanhamento e avaliação do uso, obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2006).

³ Regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos ao controle especial (BRASIL, 1998).

percebe o próprio potencial, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e ser capaz de contribuir com a comunidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017). Ou seja, está ligado ao desenvolvimento humano. Posteriormente ao buscar a legislação referente a atuação profissional neste campo, descobriu que o farmacêutico não fazia parte da equipe mínima ao apoio dos usuários com transtorno mental. Veio a angústia de não se sentir mais tão útil e ao mesmo tempo a vontade de mudar tal situação. Foi nesse contexto que começou a se “libertar” dos muros da farmácia, do lugar “seguro” por grades, com portas trancadas e acesso restrito.

Em levantamento realizado na literatura evidenciou-se que os serviços farmacêuticos no CAPS se reduziam a dispensação de medicamentos, com pouca análise das prescrições antes de dispensar tais medicamentos e entrar em contato com o prescritor, caso fosse observado algum problema relacionado ao medicamento, entretanto não realizavam intervenções farmacêuticas. Esses dados reforçam a necessidade de ações que possibilitem o aprimoramento contínuo do farmacêutico a fim de que esteja apto à assistência voltada aos sujeitos em tratamento com transtornos mentais (ZANELLA; AGUIAR; STORPITIS, 2015).

Iniciou a observação do que se passava ao redor. Percebeu que ali eram realizadas triagens, visitas domiciliares, atendimento individual, grupos terapêuticos, como preconiza a Lei nº 10.216/2001, que dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, mas num modelo centrado, em sua maioria, num conhecimento monodisciplinar (do médico), totalmente curativista ou no máximo, multidisciplinar, onde cada profissional trabalhava conforme seus conhecimentos, munidos de suas teorias e métodos, sem integração dos resultados, buscando exclusivamente solucionar um problema imediato. Verificou também que muitos usuários buscavam aquele serviço, muitas vezes em crise, simplesmente por usar o medicamento de forma errada, ou ver nele uma forma de minimizar suas angústias.

A partir daí a farmacêutica percebeu que era preciso uma nova forma de cuidar de sua parte, pois poderia utilizar conhecimentos aprendidos em sala de aula para ajudar a resolver tais situações. As práticas da Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica já eram aplicadas em hospitais e farmácias comunitárias, mas não se falavam destas ações em serviços comunitários da Saúde Mental.

Neste momento veio o seguinte questionamento: seria importante discutir a formação dos farmacêuticos e como esta formação poderia contribuir com sua atuação na Saúde Mental? Porque é na sala de aula que se deve vivenciar as diversas relações que serão encontradas na

sociedade e minimamente simplificar os problemas que encontrarão como profissionais, especialmente ao se abordar temas da saúde coletiva e saúde mental.

A formação profissional na área da saúde permite a pessoa adquirir e desenvolver conhecimentos científicos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, além de capacitá-lo ao trabalho (PEREIRA; RAMOS, 2006). O Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece e regulamenta, pela Resolução nº 287/1998, como profissionais de saúde as seguintes categorias: assistente social, biólogo, biomédico, profissionais de educação física, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

Um dos principais objetivos desses profissionais é garantir a saúde, não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (SCLIAR, 2007). Segre e Ferraz (1997) assinalaram que essa condição somente seria alcançada, caso esses profissionais ultrapassassem o modelo biomédico de cuidado e apostassem num vínculo afetivo, embuído de confiança recíproca entre eles e a pessoa que está a sua frente, considerando todos os aspectos históricos, sociais, biológicos e psicológicos para melhora do estado da pessoa.

Essa atuação é característica de uma proposta pós-moderna de formação, envolve atitudes com enfoque multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar e visa a favorecer o aperfeiçoamento de atitudes e a atuação crítico-reflexiva do profissional (FURTADO, 2007).

No Brasil, as DCN de graduação na área da saúde reportam-se a uma formação de egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde para atuar com qualidade, eficiência e resolubilidade no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001). Ainda se percebe, no entanto, um ensino de graduação que prioriza o acadêmico, caracterizado pela transmissão de conteúdo, num modelo tradicional e conservador de ensino, com desconexão de núcleos temáticos, desvinculação ensino, pesquisa e extensão e orientação pela doença e não pela promoção da saúde e promoção de doenças (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Sendo assim, como entender *a formação e atuação do farmacêutico nos serviços farmacêuticos no campo Saúde Mental, no SUS?* Uma resposta possível pode ser oferecida com base na interpretação do conceito de *habitus* e campo em Pierre Bourdieu (1982) e a ideia de núcleo e campo proposta por Campos (2000). Numa perspectiva sociológica, o *habitus* é um sistema aberto de disposições, ações e percepções que as pessoas adquirem com o tempo

em suas experiências sociais, permitindo-lhe criar ou desenvolver estratégias individuais ou coletivas. É a expressão de uma identidade em elaboração em um espaço social caracterizado por concorrência e disputa interna, o campo. Já no ponto de vista da saúde coletiva, tem-se o conceito de núcleo, demarcando a identidade de uma área de saber e de prática profissional, enquanto campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Nesta tese busca-se compreender se em sala de aula existe uma formação integral, que compreende não só conhecimento técnico, mas também saberes social e individual. Quando se reporta a conhecimento social, inclui-se aguçar a sensibilidade dos alunos quanto aos compromissos, com equidade, justiça, participação política, comunitária, ou seja, princípios do SUS. Já o conhecimento individual refere-se ao desenvolvimento de atitudes, comportamentos, comunicação e trabalho em equipe, que formarão um ser humano capaz de analisar, propor soluções e melhorias nos diversos campos de atuação, especialmente a Saúde Mental, privilegiando assim, os conceitos de núcleo e campo.

Para isso, o objetivo principal do estudo foi compreender a influência da formação (alunos, egressos, professores e gestores educacionais) do farmacêutico para sua atuação no campo da Saúde Mental, na perspectiva do SUS.

Com base nesse objetivo, foram elaboradas sistematicamente os objetivos secundários, ora descritos.

- 1 Descrever qualidade efetiva dos cursos de Farmácia do Brasil, numa perspectiva público-privada, com ênfase nos indicadores de qualidade propostos pelo MEC.
- 2 Analisar a experiência do egresso, estudante e professor no decurso da formação.
- 3 Estabelecer o itinerário para atuar na saúde mental.

Espera-se propor, com origem nas experiências dos alunos, egressos, professores e gestores do Curso de Farmácia a inclusão do campo Saúde Mental como atribuição do profissional farmacêutico.

A tese ora relatada foi dividida em oito capítulos, incluindo-se esta Introdução (Capítulo 1) que mostrou como se deu a aproximação com o objeto de estudo.

O Capítulo 2 discute as contribuições dos conceitos de Bourdieu sobre *habitus* e campo. Campos, por sua vez, delata sobre núcleo e campo, e posterior descrição do campo Saúde Mental e dos serviços farmacêuticos, aí desenvolvidos como núcleo.

O Capítulo 3 procede a uma descrição conceitual e histórica do ensino, a qualidade do ensino em Farmácia, da atual matriz curricular do Curso de Farmácia da UFC, envolvendo questionamentos sobre sua integração quanto a pontos vinculados à Saúde Coletiva.

O módulo 4 descreve o percurso metodológico, com evidência para a utilização das abordagens quantitativa e qualitativa. O emprego de questões diversas permitiu o uso das duas metodologias de maneira complementar, onde os resultados da primeira questão (qualidade do ensino em farmácia no Brasil) suscitaram novas indagações que somente puderam ser respondidas dentro de princípios qualitativos.

Os capítulos 5, 6 e 7 compuseram os resultados e discussão do estudo. Na seção 5, numa perspectiva macro, apresenta-se a qualidade dos cursos de Farmácia do Brasil, com suporte nos indicadores de qualidade propostos pelo Ministério da Educação (MEC). Na intenção de compreender a formação do farmacêutico egresso do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, o capítulo 6 expõe as dificuldades no acesso ao programa, os obstáculos para permanência do aluno neste curso e seu decurso formativo. O capítulo 7 estabelece o itinerário do profissional farmacêutico, da sua formação até sua chegada ao serviço de saúde mental e expõe as atividades que lá realiza. Seguem-se as conclusões e recomendações necessárias, constantes do capítulo de fecho, o de número 8.

2 MARCO TEÓRICO

Os serviços farmacêuticos são reconhecidos como o conjunto de ações no sistema de saúde destinadas a garantir atenção integral, integrada e contínua das necessidades e problemas de saúde da população, tanto individual como coletivamente, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais. Essas ações, quando incorporadas a uma equipe de saúde e com a participação da comunidade, contribuem para um acesso equitativo e também racional dos medicamentos e visam a alcançar resultados concretos na melhoria da qualidade de vida da população (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

O grande desafio, entretanto, é compreender (ou até mesmo reconhecer) que posição ocupa o farmacêutico no âmbito da Saúde Mental, pois ele não deve estar isolado desse conjunto de relações. Para isso, foi necessário fundamentar-se em conceitos que auxiliassem a identificar esse relacionamento. A base foram os conceitos sociológicos de Pierre Bourdieu (campo, *habitus* e capital simbólico) até a conjuntura da saúde coletiva na proposta de Campos, que define o núcleo e a área de saberes. O capítulo 2, corrente, traz a sistematização de alguns conceitos e princípios fundamentais, acrescentando-se a tentativa de posicionar a Farmácia no âmbito da Saúde Mental.

2.1 Os serviços farmacêuticos (núcleo) podem ser inclusos no campo Saúde Mental?

2.1.1. Em busca de conceitos.

O objeto de estudo deve ser analisado relacionando-o sempre com aquilo que está ao seu redor, pois ele não tem sentido distante da sua relação com o todo (BOURDIEU, 1983). Com uma ciência social reflexiva, Pierre Bourdieu propôs a Teoria dos Campos Sociais, que pretende estabelecer as relações entre campo, *habitus* e capital simbólico. Entre o objeto e os acontecimentos sociais está o campo, onde estão inseridos os agentes e as instituições.

Um campo é um espaço autônomo organizado no entorno de práticas e regras específicas, além da demarcação dos objetos em disputa e dos interesses específicos dos participantes (agentes). Eles têm a capacidade de criar, participar, lutar, por um capital que é simbólico e garante legitimidade, prestígio e autoridade. Para atingir o capital simbólico, os agentes desenvolvem relações entre eles ou até mesmo com instituições dentro do campo.

“Para que um campo funcione é preciso que haja objetos de disputa e pessoas prontas a disputar o jogo dotados de *habitus* que impliquem o conhecimento e o reconhecimento das leis imanentes do jogo, dos objetos de disputas *etc.*” (BOURDIEU, 1983).

O estudo de um campo em particular confere-lhe características que lhe são específicas, pois resultam de processos de diferenciação social, da maneira de ser e do conhecimento do mundo. E o que dá suporte são as relações de força entre os agentes (pessoas e grupos) e as instituições que lutam pela hegemonia concessora de poder ditar regras e repartir o capital específico de cada campo (ARAÚJO; ALVES; CRUZ, 2009).

O campo científico é o lugar, o espaço de luta pelo monopólio da autoridade científica, definida como capacidade técnica e poder social. O próprio funcionamento do campo científico produz e supõe um modo específico de interesse. Todas as práticas estão orientadas para aquisição de autoridade científica (prestígio, reconhecimento...). Essa modalidade de capital, a autoridade científica, ou ainda a competência científica, pode ser entendida como a capacidade técnica e o poder social de agir e falar legitimamente em nome da ciência. Essa legitimidade é socialmente outorgada, geralmente, pelos pares concorrentes, a um agente ou grupo de agentes no interior do próprio campo (BOURDIEU, 1983).

E conhecer como os agentes atuam dentro do campo é o *habitus*. O *habitus* caracteriza-se como um sistema de disposições duráveis e socialmente constituídas que, incorporadas por um agente ou um conjunto de agentes, orientam e dão significado às suas ações e representações. É importante salientar que o *habitus* se constitui ao longo da vida da pessoa, e sendo produto de um trabalho de inculcação, é uma estrutura sempre atualizada perante as novas situações e às ações práticas dos seres humanos (GARCIA, 1996). *Grosso modo*, o *habitus* é o modo de agir e de pensar, como os agentes se movem dentro do campo, de que modo buscam um trabalho ou um princípio científico.

Dois fatos vinculam-se ao conceito de *habitus*: um objetivo (como se dão as relações com as instituições e com o outro) e um subjetivo (como o sujeito sente, pensa e atua dentro do campo). A posição de um agente em um ou outro polo da relação dominantes-dominados é tanto sua posição relativa no interior do campo, dado pela posse de um determinado capital específico, pela posição conquistada como fruto das lutas anteriores no campo, quanto pela própria posição do campo considerado em relação aos demais campos de produção e circulação de bens culturais e simbólicos e, ainda pela posição do campo em relação ao campo do poder (social, político e econômico) (BOURDIEU, 1983; GARCIA, 1996). Destaca-se que a autonomia de um campo em relação a outros campos não é uma questão definitivamente

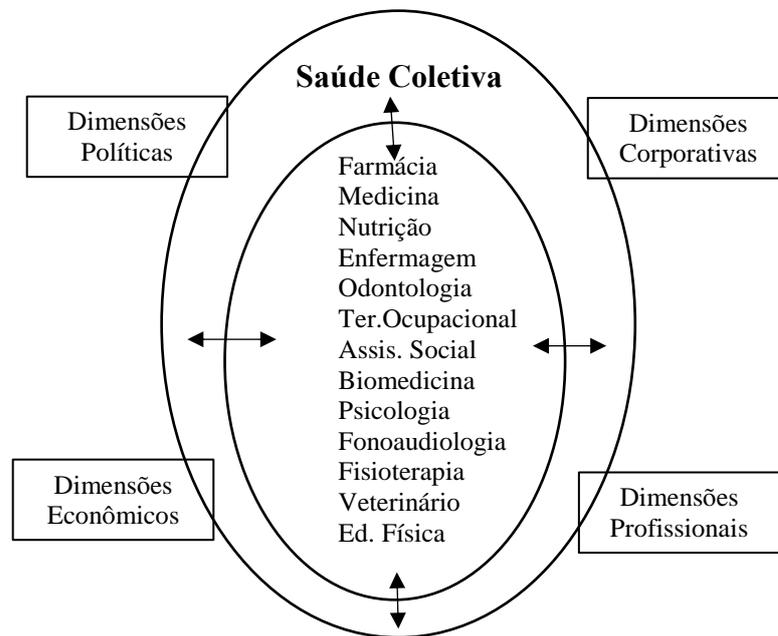
resolvida. Essa autonomia varia conforme a sociedade considerada e os momentos históricos dessa mesma sociedade.

Campos, Chakour e Santos (1997) propuseram, na perspectiva de Bourdieu, analisando criticamente as especialidades médicas e suas estratégias para integrá-las ao SUS, dois conceitos operativos para redefinição da abrangência e da responsabilidade do trabalho do médico: *campo de competência* e *núcleo de competência*. Eles descreveram campo de competência como os principais saberes de uma especialidade-raiz e que tem, portanto, um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades. Já o núcleo de competência inclui as atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, sua existência como área. Ou seja, o campo de competência tem limites e contornos menos precisos e o núcleo, possui definições as mais bem delineadas possíveis.

Este conceito de campo foi ampliado no contexto da saúde coletiva, lembrando que as profissões, o núcleo, são a base para que as ações multi e interdisciplinares aconteçam dentro do campo. Entende-se núcleo como “ [...] uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional”. Já campo é um espaço de limites imprecisos, onde cada disciplina e profissão buscam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

A delimitação dos saberes e práticas que compõem o campo e o núcleo é variável e mediada não somente pela técnica, como também por dimensões políticas (reconhecidas pelas relações de poder e as disputas entre os agentes envolvidos), econômicas (como utilizam e distribuem recursos), corporativas (como o núcleo se organiza e colabora para eliminar conflitos com o coletivo) e profissionais. Como estas dimensões são capazes de influenciar o campo e o núcleo, sem limites precisos entre um e outro, elaborou-se uma representação pictórica (figura 1) para esclarecer essa relação. Logo, os conceitos expressos podem ser aplicados para observar a organização de uma profissão na composição de atividades individuais, estimulando que ela estabeleça tanto tarefas de campo quanto de núcleo no seu trabalho.

Figura 1 – Representação do núcleo e do campo na Saúde Coletiva.



Fonte: Elaboração Própria

2.1.2 Conhecendo o campo: Saúde Mental.

Objetiva-se neste tópico delinear o marco fundamental e a dinâmica dos procedimentos em busca da promoção da saúde mental no mundo e no Brasil. A Saúde Mental sempre foi marcada pelo critério de exclusão social. Durante o período clássico, o hospício tinha função eminentemente de hospedaria. O enclausuramento proporcionado pelos hospitais gerais e santas casas de misericórdia detinha-se à exclusão de todos aqueles que ameaçavam a lei e a ordem e não favoreciam melhorias nas condições econômicas e políticas da sociedade (por exemplo, leprosos, prostitutas, loucos, vagabundos...) (AMARANTE, 2001).

Durante a segunda metade do século XVIII, a prática de internamento baseada na “proteção” e guarda conferiu aspectos de características médicas com vistas a distinguir o louco ante a ordem social. A institucionalização da loucura pela Medicina associou o conceito de doença mental ao de punição e tratamento. Os asilos passaram a instituições “medicalizadas” pela ação sistêmica e dominante da disciplina, organização e *esquadrinhamento* médicos. Pinel, médico clínico (1745-1826), postulou o isolamento como fundamental, a fim de executar regulamentos de política interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los e classificá-los (AMARANTE, 2001).

No século XIX, a Psiquiatria assumiu matiz positivista, num modelo centrado na Medicina biológica [que influencia práticas psiquiátricas até hoje], descoberta dos distúrbios por meio de relações de causalidade e medicalização na instituição hospitalar. O compromisso da Psiquiatria emergente passava a ampliar sua importância social e política de neutralizar as críticas feitas ao hospício tradicional. Ao longo dos anos, no entanto, essas instituições não se diferenciavam dos asilos pinelianos (AMARANTE, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial, em grande número, jovens ingleses com danos psicológicos, sociais e físicos foram internados em hospitais para tratamento de seus problemas, mas entregues a um escasso número de profissionais para atendê-los. Em meio a esse impasse, Main, Bion e Reichman, do Hospital Monthfield (Birmingham, Inglaterra), passaram a utilizar o potencial dos próprios pacientes no tratamento. Organizavam reuniões em que discutiam as dificuldades, os projetos, os planos de cada um, elaboravam propostas de trabalho em que todos pudessem estar envolvidos. Maxwell Jones sistematizou melhor esta conduta com grupos de debate e grupos operativos, chamando-os a participar ativamente das atividades disponíveis. Jones cunhou a expressão comunidade terapêutica para designar um processo de reformas institucionais que lutavam contra a hierarquização de papéis sociais e a favor da horizontalidade das relações (BADARACCO, 1994).

Desde então, vislumbrou-se a necessidade de realização de um trabalho externo ao manicômio, de continuidade terapêutica após alta hospitalar, de modo a evitar reinternação ou internação. Em França, foram criados os centros de saúde mental que substituíam os ambulatórios e faziam acompanhamento extra-hospitalar. Além disso, o tratamento não era exclusivo do médico psiquiatra, mas também de uma equipe com vários profissionais que davam continuidade à terapia e vínculo estabelecido no espaço hospitalar.

Nos Estados Unidos, no ano de 1955, nasceu a Psiquiatria preventiva ou comunitária, com o objetivo de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando sua prevenção e promoção. Priorizava-se reduzir os transtornos mentais dos grupos sociais (prevenção primária), encurtar a duração dos transtornos mentais, tratando-os precocemente (prevenção secundária) e minimizar a deterioração que resulta dos transtornos mentais (prevenção terciária). Todas essas intervenções caminhavam para a obsolescência do hospício psiquiátrico. Por vezes, os programas de prevenção aumentaram a demanda ambulatorial e extra-hospitalar. Esse aumento não significou, no entanto, a transferência de egressos asilares para os serviços intermediários. Os clientes dos hospitais permaneceram ali internados ou tiveram seu número aumentado pelo circuito preventista. A Psiquiatria preventiva representou

também outro projeto de medicalização da ordem social, ou seja, maior expansão dos preceitos médicos-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais (AMARANTE, 2001).

Na Itália, Franco Basaglia promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas. Em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o serviço italiano como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental (BASAGLIA, 2005). As ideias de Basaglia constituíram algumas das principais influências para o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil.

2.1.2.1 A reforma psiquiátrica brasileira

A reforma psiquiátrica brasileira foi um movimento político-social complexo, contemporâneo. Seus idealizadores defendiam mudanças no modelo de atenção e gestão contra a violência nos manicômios, mercantilização da loucura e hegemonia de uma rede privada de assistência à saúde mental. Praticava-se uma assistência voltada prioritariamente para interesses financeiros de mercado; e abusos foram praticados, tanto com maus-tratos infligidos aos doentes dentro dos hospitais quanto na utilização de diagnósticos duvidosos para justificar internações de longa permanência de sujeitos que delas não necessitavam (RIBEIRO, POÇO e PINTO, 2007).

Mudanças na assistência mental ocorreram ao longo do século XX, no Brasil, considerando três aspectos: o fato de o elemento *mental* ter sido incorporado ao *conceito de saúde*, *movimento dos direitos humanos* e *progresso da Psicofarmacologia*, que modificou significativamente o prognóstico de pacientes com transtornos psiquiátricos (RIBEIRO, POÇO e PINTO, 2007). O primeiro ponto foi tratado na introdução quando se reportou ao conceito de saúde. Os demais serão discutidos nos parágrafos seguintes.

Em 1987, surgiram os primeiros processos de intervenção, com a implantação do primeiro CAPS do Brasil, em São Paulo. Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (São Paulo) interveio na Casa de Saúde Anchieta por maltratar e matar seus pacientes, tendo implantado os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) nesse município configurando um marco na reforma psiquiátrica e mostrando que esta luta era viável (BRASIL, 2005).

Em 1992, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado com sua aprovação somente no ano de 2001. A Lei nº 10.216, que dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, oferecendo à população serviços de base comunitária, contudo, não instituiu claramente a extinção dos manicômios. Em 2002, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 336, de fevereiro de 2002, criando os CAPS dos tipos I, II, III, Álcool-Drogas (CAPS-AD) e Infantil-Juvenil (CAPSi).

Os CAPS são unidades de saúde capacitadas para atender prioritariamente pacientes mentais graves e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, articulando-se com a rede de serviços da comunidade, favorecendo de maneira humanizada, a reinserção do usuário à família, ao trabalho e a esta comunidade, por via de ações intersetoriais de enfrentamento dos problemas da população assistida. Para isso, a portaria exige a obrigatoriedade de profissionais de saúde habilitados para o atendimento: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psicopedagogo e qualquer outro profissional que se faça necessário ao projeto terapêutico.

Depois da lei nacional, linhas de financiamento foram criadas pelo Ministério da Saúde para substituição aos hospitais psiquiátricos, como também mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada dos leitos psiquiátricos no País. Assim, os serviços substitutivos foram fortalecidos com grande expansão, e no âmbito da desinstitucionalização, o governo criou o Programa de Volta pra Casa, que objetivou contribuir para a inserção, na sociedade, de pacientes hospitalizados por período superior a dois anos (que caracteriza dependência institucional), assegurando seu bem-estar e estímulo aos seus direitos civis, políticos e cidadãos, sendo seu principal componente o auxílio-reabilitação.

No final de 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental que consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferiu ao CAPS valor estratégico para mudança no modelo de assistência e defendeu o estabelecimento de uma política de saúde mental para álcool e drogas.

Em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental foi além. Os participantes identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial, os temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar desafios trazidos pela mudança efetiva de realidade.

A nova concepção de cuidado é de que a produção de saúde é também a produção de sujeitos. Os saberes e práticas, não somente técnicos, devem se articular ao estabelecimento

da valorização da subjetividade, em que os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2014).

A Saúde Mental pode ser entendida como interdisciplinar e propõe uma série de atividades para todos que a integram para garantir tal interação: acolhimento, atendimento individual e coletivo, matriciamento, envolvidos em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nessa perspectiva, a RAPS deve ser composta por diversas ações e serviços, entre eles: Atenção Primária à Saúde – APS (equipes de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, consultórios na rua); CAPS; residências terapêuticas; ambulatórios; unidades de acolhimento; leitos de atenção integral em Saúde Mental (em CAPS III e em hospital geral); Programa de Volta para Casa; cooperativas de trabalho e geração de renda; centros culturais e de convivência (CECCO), entre outros.

Às equipes de Saúde da Família (ESF) cabem acolher as pessoas, considerando os aspectos biopsicossociais, desde a prevenção a reabilitação; com orientação comunitária e familiar e continuidade do cuidado, especialmente por meio dos NASF's. O trabalho integrado das ESF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida das pessoas e comunidades. Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais (SARAIVA; CREMONESE, 2008). Os serviços relacionados ao profissional farmacêutico podem contribuir com esse sistema de saúde, assunto para outro tópico e caracterização do núcleo.

2.1.3 Transtornos mentais e a “medicalização” da vida

Tem hoje em curso uma nova lógica de cuidar dos sujeitos em sofrimento psíquico: o apoio dos serviços substitutivos. A “medicalização” e “medicamentalização”⁴, entretanto sempre tiveram espaço sobre as vidas das pessoas, prevalecendo o modelo médico-centrado, sem qualquer participação do farmacêutico. A definição de saúde articula-se à definição de normal por oposição ao patológico. Por sua vez, o normal confunde-se com o que é

⁴ Medicalização pode ser entendida como o processo em que as questões da vida social, sempre complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está adequado às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica expressa no adoecimento da pessoa (tais como tristeza, falta de atenção, alcoolismo, distúrbios alimentares e dificuldades na aprendizagem, dentre outros) (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, [201?], p.1). O termo ‘medicamentalização’ é a utilização de medicamentos para responder uma patologia.

considerado natural. No mundo ocidental moderno, é o conhecimento objetivo (quantitativo) da normalidade, derivado da captura da naturalidade dos fenômenos estudados, que define certas normas com base nas quais a população deve experimentar, manipular e intervir em seu corpo e em sua subjetividade para ser considerada saudável (ROSA; WINOGRAD, 2011).

Em Saúde Mental, é muito tênue a linha que divide o sujeito sadio do doente, e as terapias “medicalizantes” ou “medicamentalizantes” perfazem um sentido unidirecional, restando aos sujeitos “adoecidos” aceitar o cuidado ofertado. Nessa seara, encontram-se indicações abusivas de medicamentos que, por muitas vezes, se relacionam mais a problemas sociais do que mesmo psíquicos. A imperatividade da eterna felicidade justificada pela exposição de fotos felizes, corpos magros, capacidade de realizar multitarefas *etc* nas redes sociais não “combinam” com sentimentos como tristeza, angústia, luto ou raiva, pois incomodam a sociedade. E a busca para não os sentir contribuem na maior procura pela população aos serviços de saúde (BARROS, 2008).

Sem obscurecer os ganhos advindos dos psicofármacos, pois são importantes para alívio de doenças mentais de maior ou menor gravidade, seja em adultos ou crianças, a indústria farmacêutica “cria” enfermidades e convence muitos prescritores da necessidade de “medicalizar” condições por vezes como prevenção (BARROS, 2008). A voracidade com que a indústria farmacêutica se insere nesse panorama é apontada nas estratégias da divulgação de massa, dirigidas não só a profissionais, mas, especialmente, ao público leigo, em “*implicaciones mucho más profundas en nuestras sociedades ya que se inscriben en procesos de creación de nuevas subjetividades que radicalizan la medicación*” (IRIART; RÍOS, 2012, p. 03), aspecto chamado “biomedicalização”, termo que condensa um sentido além da ideia de “medicalização”.

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (DSM III)*, por exemplo, produzido com o apoio da indústria farmacêutica e grandes seguradoras de saúde, rompeu com a Psiquiatria clássica e “inovou” ao diagnosticar transtornos mentais com suporte em sintomas (identificados com o auxílio de uma lista no manual para cada transtorno) e que deveriam existir na vida do sujeito por um intervalo definido. Com o DSM IV, referência mundial do diagnóstico dos transtornos mentais, globalizando o modelo psiquiátrico estadunidense, o medicamento fortaleceu-se como indicação prioritária das intervenções médicas, promovendo uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso dos medicamentos (GUARIDO, 2007).

A atual edição do DSM, a quinta, suscitou polêmicas. Acréscimo de doenças como transtorno de acumulação⁵, transtorno da oscilação disruptiva do humor⁶; transtorno da compulsão alimentar periódica⁷, transtorno de hipersexualidade⁸, transtorno de arrancar pele⁹ e obsessão compulsiva pela internet,¹⁰ que representam doenças graves para as pessoas com esse sofrimento, antes poderiam não receber diagnóstico e tratamento adequados. Esta classificação, no entanto, se tornou pouco criteriosa, fazendo aumentar o número de pessoas e públicos que podem ser diagnosticados com algum transtorno mental (ARAÚJO, LOTUFO NETO, 2014).

Em revisão sistemática sobre a prevalência de transtornos mentais na população da União Europeia (UE), estimou-se que no ano de 2010, 164,8 milhões de pessoas (38,2% da população) foram afetadas com algum distúrbio mental. Esse crescimento rebenta em torno de cinco vezes, comparado ao ano de 2005 (82 milhões de pessoas, o que equivalia a 27,4% da população). Os distúrbios mais frequentes foram transtornos de ansiedade (14,0%), insônia (7,0%), depressão maior (6,9%), dependência de álcool e drogas (> 4%), Transtorno de Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) (5%) e demência (1-30%, dependendo da idade) (WITTICHEN *et al*, 2011).

No Brasil, a prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros foi de 30% (n=74.589 adolescentes pesquisados), sendo mais elevada entre meninas (38,4%) quando comparadas aos meninos (21,6%). As prevalências de transtornos mentais comuns aumentaram conforme a idade, para ambos os sexos, sempre maior nas meninas (variando de 28,1% aos 12 anos, até 44,1% aos 17 anos), do que nos meninos (variando de 18,5% aos 12 anos até 27,7% aos 17 anos) (LOPES *et al*, 2016).

Os princípios ativos mais consumidos no País de acordo com a Portaria 344/1988 no período de 2007 a 2010, conforme dados disponibilizados no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)¹¹ da ANVISA, foram Clonazepam, Bromazepam, Alprazolam, Amitriptilina, Fenobarbital, Carbamazepina e Sibutramina. As quantidades estão descritas no anexo I.

Sabe-se da crescente “medicalização” das crianças e da mesma lógica diagnóstica do DSM aplicada aos seus sofrimentos psíquicos. Elas são classificadas como hiperativas, o que

⁵ Persistente dificuldade de se desfazer de bens, independentemente de seu valor e utilidade real.

⁶ Mudanças de humor bruscas, frequentes e prejudiciais a diversas áreas da vida.

⁷ Vontade irresistível e frequente de comer excessivamente.

⁸ Obsessão em fazer sexo a ponto de prejudicar significativamente áreas da vida.

⁹ Compulsão de arrancar a própria pele até causar ferimentos.

¹⁰ Usar a internet a ponto de prejudicar seriamente e frequentemente mais de uma área da vida

¹¹ Sistema para monitoramento de medicamentos no Brasil.

“justifica” o aumento no consumo de metilfenidato (estimulante do grupo das anfetaminas, indicado para portadores de TDAH) no Brasil. Segundo dados disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), houve aumento no consumo em 75% em crianças com idade de seis a 16 anos, entre os anos de 2009 a 2011. Em 2009, foram vendidos 156.623.848 miligramas (mg) do medicamento, ao passo que, em 2011, o mercado atingiu um montante de 413.383.916 mg do produto. E o que mais chama atenção é a variabilidade no comportamento do consumo: há redução nos meses de férias e aumento no segundo semestre do ano.

Além disso, preocupam os potenciais efeitos adversos desse fármaco como insônia, dor abdominal, anorexia, retardo de crescimento, redução do limiar convulsivo em pacientes com história de convulsões, entre outros (GOODMAN *et al*, 1996). E soma-se a unificação do diagnóstico, aplicando a todas as crianças desatentas e/ou inquietas, um questionário respondido pelos próprios pais ou professores. Isso é banalização do diagnóstico ou do uso do medicamento? (BARROS, 2008).

Ainda a esse respeito, em pesquisa realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, por Pfeiffer (2011, In: MOYSÉS, COLLARES, UNTOIGLICH, 2013), foram analisadas 150 crianças que estavam sendo atendidas em serviços hospitalares. Todas haviam sofrido ou sofririam graves situações de violência familiar, contudo nenhum profissional que as atendia havia detectado a situação. Chama atenção é o fato de que todas essas crianças receberam diagnóstico neuropsiquiátrico, sendo que 68,54% foram classificadas com problemas de aprendizagem, TDAH e fracasso escolar. Dessas 150 crianças, 127 estavam medicadas com psicofármacos. Note-se que se tem ignorado a história de vida dessas crianças, sem se preocupar com os efeitos futuros que o uso dos medicamentos pode causar.

Diagnosticar não é um ato simples e tirar do centro do processo o sujeito como o agente principal de sua vida e de sua cura, dando-lhe apenas um medicamento, resulta em descompromisso em relação aos sérios perigos, como o risco da dessubjetivação, o que retroalimenta todo circuito da doença psíquica, em vez de interrompê-la. Se, porém, o medicamento é necessário, é fundamental o trabalho do farmacêutico para orientar melhor sobre indicações, contra-indicações, reações adversas *etc.*

Tem-se consciência da pequena participação do farmacêutico atuando em CAPS, e uma das justificativas para esse fato ampara-se na composição da equipe mínima dos CAPS, da qual o farmacêutico está fora. Em estudo de revisão realizado por Luchetta e Mastroianni

(2012) sobre intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental, as autoras verificaram que os pacientes referiram se sentir mais saudáveis, reduziram o uso de medicamentos, melhoraram a psicopatologia em geral, reduziram problemas relacionados a medicamentos (PRM) quando o farmacêutico fazia parte da equipe.

Fávaro (2016) mostrou a importância do farmacêutico ao analisar a associação entre os fatores de risco cardiometabólico e exposição prolongada a antipsicóticos de 14 moradores de um serviço residencial terapêutico em Fortaleza. Os dados mostraram a necessidade de monitorização dos efeitos colaterais da Farmacoterapia com agentes antipsicóticos em uso contínuo. As intervenções farmacêuticas realizadas no manejo de doses e dos efeitos colaterais da farmacoterapia com antipsicóticos, revelam também, a necessidade de implementar demais medidas de readequação na alimentação e no estilo de vida dos moradores dos serviços residenciais terapêuticos.

Este profissional também pode realizar atividades que vão além do cuidado do medicamento. Lopes (2014), por exemplo, ao utilizar o Guia da Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM) como instrumento no desenvolvimento de grupos terapêuticos com cuidadores de crianças usuárias de um CAPSi em Fortaleza, verificou que a presença do farmacêutico foi uma oportunidade de debater as principais dúvidas sobre medicamentos que esses cuidadores carregavam e que, pela ausência do psiquiatra, não havia outro profissional que pudesse tirá-las.

A pesquisadora ainda relatou que a ausência de atividades desse tipo deve ser estimulada durante a formação dentro das academias como, disciplinas voltadas para a saúde mental e estágios que aproximem o estudante de farmácia do paciente, do trabalho com a equipe multiprofissional e que estimulem a sua presença em grupos terapêuticos. O próximo tópico caracterizará os serviços farmacêuticos (núcleo), abordando atividades que podem ser desenvolvidas na Saúde Mental.

2.1.4 Caracterização do núcleo: serviços farmacêuticos.

Na concepção de Meirelles (2006), *serviço é trabalho em processo*, e não o resultado da ação do trabalho. Portanto, não se produz um serviço e sim se presta um serviço. E quando se remete aos *serviços farmacêuticos*, a OMS os definiu no *Guía para el Desarrollo de los Servicios Farmacéuticos basados em la Atención Primaria de Salud* (2011) como:

Conjunto de ações no sistema de saúde que buscam garantir a atenção integral, integrada e contínua das necessidades e problemas de saúde da população tanto

individual como coletiva, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuindo com seu acesso equitativo e uso racional (OMS, 2012).

Para organização desses serviços, entretanto, é importante que o farmacêutico seja aceito como membro das equipes de saúde. Ao longo dos anos, uma série de trabalhos é publicada, no intuito de explicar que contribuições o farmacêutico pode trazer para dentro das equipes em contextos distintos.

Em 1988, o documento *‘O papel do farmacêutico no sistema de saúde: relatório de um grupo consultivo de Nova Delhi’* mostrou que “o [...] propósito do farmacêutico é garantir a otimização da terapia medicamentosa, tanto contribuindo para a fabricação, abastecimento e controle de medicamentos e produtos para saúde, quanto provendo informações e aconselhando aqueles que prescrevem ou usam produtos farmacêuticos”. Considerando a farmácia comunitária, o Documento descreveu as principais atividades desenvolvidas: (OMS, 2004).

- Processamento de receitas: verifica legalidade das receitas, segurança e adequação dos produtos receitados; dispensa em quantidade adequada e pode assessorar o prescritor quando conhece a história medicamentosa do paciente.
- Atenção ao paciente ou farmácia clínica: coleta e integra informações sobre o histórico medicamentoso do paciente, esclarece suas dúvidas quanto ao uso do medicamento. Pode ainda monitorar e avaliar resposta terapêutica.
- Preparo de soluções extemporâneas e manipulação de medicamentos em pequena escala: adaptam a formulação do medicamento às necessidades de cada paciente.
- Abastecimento de medicamentos tradicionais e dispensação de receitas homeopáticas.
- Responder a sintomas de enfermidades leves: aconselha à população frente a sintomas leves e autolimitadas e encaminha ao médico. Se necessário pode dispensar medicamento que não exija receita médica.
- Informações aos profissionais de saúde e à população: compila e compartilha informações sobre medicamentos, promovendo o uso racional dos medicamentos aos médicos e a população.
- Promoção da saúde: participa de campanhas locais e nacionais de promoção da saúde, cobrindo diversos tópicos em especial aqueles relacionados aos medicamentos, problemas de saúde e planejamento familiar, imunização, etc.

- Serviços domiciliares: visitas a pacientes que não podem se deslocar a farmácia para orientação farmacêutica.

O Documento também sugeriu que os serviços de assistência farmacêutica sejam integrais e de alto padrão exercidos por profissionais de nível superior. Para isso, os recursos humanos devem ser planejados e uma aproximação do sistema de atenção à saúde com o sistema educacional torna-se fundamental. O currículo dos cursos de Farmácia deve basear-se na prática e exigir integração dos conhecimentos, habilidades e atitudes na resolução de problemas profissionais. Para garantir o bem-estar do usuário, a formação básica do farmacêutico deverá conferir-lhe competência para atuar como membro de uma equipe multidisciplinar, ser fonte independente de informações acerca das opções terapêuticas e das consequências dos tratamentos e dispensador de medicamentos associado a informações adequadas (OMS, 2004).

A *Declaração de Tóquio* (1993) resultante da segunda reunião da OMS sobre o papel do farmacêutico, *Assistência farmacêutica de qualidade – benefícios para os governos e a população*, focou as responsabilidades dos farmacêuticos ante as necessidades de atenção à saúde de usuários e da comunidade, baseado no conceito da Atenção Farmacêutica. Esta é uma prática que evidencia comportamentos, atitudes, preocupações, conhecimentos, responsabilidades e competências perante a terapia medicamentosa com vistas a garantir resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida ao sujeito (HEPLER; STRAND, 1999).

Provavelmente, a maior contribuição do documento foi reconhecer que o farmacêutico, membro de uma equipe de saúde multidisciplinar, não deve prestar atenção farmacêutica somente de maneira isolada, mas sim ampliá-la à população como um todo em colaboração com os usuários e outros profissionais de saúde.

Quando individualmente, o farmacêutico deverá avaliar a terapia medicamentosa, considerando qualquer problema relacionado ao medicamento e sintomas descritos pelo paciente; ser capaz de iniciar ou modificar terapias medicamentosas ou não, sempre com apoio da equipe; realizar dispensação adequada; estabelecer metas terapêuticas; implementar plano de atenção farmacêutica; e monitorar o paciente para ações subsequentes.

Na atenção farmacêutica para a comunidade, o farmacêutico poderá atuar com outros profissionais de saúde na formulação de políticas de medicamentos; diretrizes e critérios para formulários terapêuticos e protocolos de tratamento; elaborar e monitorar sistemas de aquisição e distribuição, armazenamentos e descarte de medicamentos; servir de fonte de

informação de medicamentos; participar de atividades de promoção e educação em saúde; desenvolver, avaliar e documentar as práticas de atenção farmacêutica.

Para essas funções, os farmacêuticos deverão receber uma formação que lhes proporcione tais habilidades. O currículo de graduação deverá discutir serviços de atenção farmacêutica, habilidades de comunicação, integração com outras graduações, educação continuada e pós-graduação, relacionada a esta prática (OMS, 2004).

O relatório *Boas Práticas de Farmácia (BPF) em ambientes Comunitários e Hospitalares* (1996) cita uma expressão interessante, atenção farmacêutica integral, como prerequisite à promoção da saúde na população, tendo o farmacêutico a responsabilidade compartilhada com outros profissionais e com os pacientes, pelo resultado da terapia. As BPF são a maneira de implementar a atenção farmacêutica. Para isso, propõe quatro elementos que devem ser estabelecidos a quaisquer normas nacionais para atuação dos farmacêuticos: (1) focar atividades associadas a promoção da saúde; (2) garantir abastecimento e uso adequado dos medicamentos com dispensação que inclui orientação sobre os produtos; (3) autocuidado e (4) ser capaz de influenciar na prescrição e uso de medicamentos (OMS, 2004).

A Portaria n. 3.916/1998 aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) no Brasil e trouxe oito diretrizes¹², das quais três merecem destaque, quando se pensa na atuação do farmacêutico. A *reorientação da assistência farmacêutica* foi sugerida, a fim de que ela não se restringisse à aquisição e distribuição de medicamentos. O texto afirmou a necessidade de facilitar o acesso da população aos medicamentos essenciais, seja no serviço público ou privado, considerando todas as atividades do ciclo da assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade, prescrição e dispensação) (BRASIL, 1998).

Assistência farmacêutica “é o grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde (grifo nosso) demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”. (BRASIL, 1998)

No tocante ao *uso racional de medicamentos*, a PNM preconiza atividades dirigidas aos prescritores e dispensadores e atenção ao receituário médico. Como prioridade estimula o

¹² Diretrizes: Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais, Regulamentação Sanitária de Medicamentos, Reorientação da Assistência Farmacêutica, Promoção do Uso Racional de Medicamentos, Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Promoção da Produção de Medicamentos, Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos, Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos.

desenvolvimento de habilidades específicas, como aquelas relacionadas ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados e farmacovigilância (BRASIL, 1998).

Quanto à formação, a diretriz *desenvolvimento e capacitação de recursos humanos* recomenda foco na promoção do URM, produção, comercialização, dispensação dos genéricos, capacitação em manejo de medicamentos e adequação dos cursos de formação na área da saúde, sobretudo no tocante à qualificação nos campos da Farmacologia e Terapêutica Aplicada (BRASIL, 1998).

No Brasil, com a sugestão de se harmonizar o conceito de atenção farmacêutica e compreender o seu trabalho, divulgou-se o *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*, em 2002. Esse documento surgiu da necessidade de se reconhecer e valorizar o farmacêutico como profissional de saúde e, também, após se perceber um descompasso na sua formação e atuação nos serviços de saúde desconectada das políticas públicas com priorização das atividades administrativas (IVAMA *et al.*, 2002).

Em discordância em relação aos documentos citados anteriormente, o Consenso considerou a atenção farmacêutica como atividade específica do farmacêutico e não como algo multidisciplinar. Nele, somente as atividades da assistência farmacêutica podem ser realizadas com o conjunto mais amplo de ações, com características multiprofissionais. O consenso entendeu a importância das ações em nível coletivo, mas não enxergou como seria possível a mensuração dos resultados nessas condições. As atividades propostas envolveram:

- Identificação de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM);
- Acompanhamento farmacoterapêutico: detecção, prevenção e resolução de PRM's de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário.
- Atendimento farmacêutico: o farmacêutico interage e responde às demandas dos usuários, buscando resolução de problemas de saúde, que envolvam ou não o uso de medicamentos. Este processo pode compreender escuta ativa, identificação de necessidades, análise da situação, tomada de decisões, definição de condutas, documentação e avaliação, etc.

A Res. nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Esta decisão enfatizou a assistência farmacêutica como prática norteadora para as políticas setoriais e formação de recursos humanos. Nela, as ações da assistência farmacêutica envolvem as atividades do ciclo da

assistência farmacêutica somadas às aquelas da atenção farmacêutica. Estrategicamente, citou como atividades importantes o acesso da população a produtos e serviços seguros, eficazes e de qualidade; capacitação de recursos humanos e o URM como elementos fundamentais a uma assistência farmacêutica adequada ao serviço público e privado.

Como reflexo das BPF (1996) a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por via da RDC n.44/2009, estabeleceu, no Brasil, critérios e condições mínimas para o cumprimento das BPF para o controle sanitário do funcionamento, dispensação e comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias, e, no que couber, às farmácias públicas, aos postos de medicamentos e às unidades volantes. Na prática, a legislação é voltada somente para o serviço privado (BRASIL, 2009).

Em 2012, o Grupo Técnico para Desenvolver Competências em Serviços Farmacêuticos definiu uma proposta de competências para os serviços farmacêuticos baseados em Atenção Primária de Saúde (APS) e as BPF. Competências foram definidas como características (conhecimentos, habilidades e atitudes) que se manifestam ao executar uma atividade laboral ou de outra índole, enquanto os conhecimentos específicos são inerentes a cada profissão, onde predominam os aspectos técnicos.

Especificamente, segundo este documento, ao farmacêutico são cabíveis funções vinculadas às políticas públicas; organização e gestão dos serviços farmacêuticos; ao paciente, família e comunidade, intra e extramuros; investigação e gestão do conhecimento e desempenho profissional. O foco deverá ser na pessoa, apesar de se reconhecer que o medicamento é insumo terapêutico importante (GRUPO TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS, 2012).

Em 2013, na intenção de expandir para o farmacêutico a responsabilidade no manejo clínico dos pacientes, o CFF, mediante a Res. n° 586/2013, regulou a prescrição farmacêutica, responsabilizando-o inclusive por selecionar opção terapêutica, oferecer serviços farmacêuticos ou encaminhar a outros profissionais ou serviços de saúde. Exige, contudo, do profissional farmacêutico especialização na área clínica, que inclui conhecimentos e habilidades em boas práticas de prescrição, fisiopatologia, semiologia, comunicação interpessoal, farmacologia clínica e terapêutica. Assuntos que não faziam parte dos currículos de farmácia até o momento.

Pode-se extrair desses documentos é que todos têm sido publicados na expectativa de explicar e valorizar a profissão farmacêutica em seus aspectos assistenciais e gerenciais, contribuindo com uma saúde pública de qualidade. Eles descrevem como estabelecer uma relação de cuidado com o usuário e podem ser aplicadas numa equipe de saúde no contexto da Saúde Mental, visando a alcançar resultados concretos e melhorar a qualidade de vida da população. O grande desafio é treinar essas habilidades e competências no contexto acadêmico para que esses serviços sejam reconhecidos no seu núcleo de saberes.

A reforma psiquiátrica brasileira exigiu outro posicionamento no modo de atuação dos farmacêuticos, não somente quanto à disponibilidade de medicamentos nos serviços e sua dispensação adequada, como também promover o URM. Neste sentido, existem algumas lacunas na reorientação da assistência farmacêutica e reconhecimento da sua atuação pela equipe.

Para garantir esta reorientação na Saúde Mental, pode-se partir de um modelo de gestor de serviços farmacêuticos proposto pela OPAS/OMS, que inclui os conceitos retrocitados, garantindo uma assistência farmacêutica adequada. Considerando os aspectos estrutura-processo-resultados, propostos por Donabedian (1978), este modelo considera o *processo* como condição a ser trabalhada e que garante serviços farmacêuticos adequados qualquer que seja o campo.

O processo também é conceituado como “[...] conjunto de atividades de trabalho inter-relacionados, que requer certos insumos e tarefas particulares, acrescido de valores, para obtenção de resultados específicos”. E compõe um sistema, porque possui elementos interdependentes, que interagem em busca de um objetivo comum, um serviço farmacêutico adequado, em prol da população (OPAS, 2013).

Em busca do ideal, esses processos são divididos em três macroprocessos, classificados como: estratégicos (ou gerenciais), chaves (ou operativos) e de apoio, que, se bem executados, fornecerão produtos (*outputs*) que constituirão insumos (*inputs*) para outros processos, conforme figura 2. Os macroprocessos estratégicos envolvem atividades que harmonizam as diretrizes de uma organização/instituição, definindo suas estratégias, como planejamento, gestão e avaliação. Os macroprocessos chave, o cerne, a missão da organização, dirigem-se à prestação de serviços de saúde ao usuário. Por fim, os macroprocessos de apoio assentem na elaboração e entrega do serviço ou produto.

Figura 2. Processos dos serviços farmacêuticos



Fonte: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2013

Os processos de apoio e estratégicos amparam-se em pontos básicos, como ações logísticas relacionadas à gestão do medicamento interpretadas pelo ciclo da assistência farmacêutica, treinamento de profissionais, adequação da estrutura física da farmácia local, disponibilidade de equipamentos, tecnologia gerencial e de conhecimento e avaliação da assistência farmacêutica.

Das atividades do Ciclo da Assistência Farmacêutica a *seleção* é processo de escolha de medicamentos baseado em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica e visa a garantir medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas. A *programação* estima quantidades a serem adquiridas para atendimento a determinada demanda de serviços, por certo período. A *aquisição* é o conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade, mantendo a regularidade do sistema de abastecimento. O *armazenamento* consiste no conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos. A distribuição é o suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno. A *distribuição* de medicamentos deve garantir rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação. E a *dispensação* é o ato profissional farmacêutico, que consiste em proporcionar um ou mais medicamentos, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 2006).

Às ações dos processos-chave cabem dispensação especializada, promoção de informações sobre uso racional de medicamentos, adesão à terapêutica, educação em saúde, seguimento farmacoterapêutico, conciliação de medicamentos e atenção farmacêutica (OPAS, 2013).

Em geral, o farmacêutico não foi treinado para identificar os problemas de saúde, mas também a existência de questões sociais que influenciam no quadro clínico dos usuários. Para isso, devem ser estimulados o trabalho em equipe e a cooperação serviço-escola para detecção dos aspectos clínicos, os aspectos humanísticos dos pacientes com transtornos mentais, uma vez que os estigmas e preconceitos ainda são frequentes para esta população.

O modelo asilar de intervenção sobre a doença mental cristalizou uma relação de dependência. da qual tanto os técnicos quanto os usuários têm grande dificuldade de se libertar, mesmo quando atentos aos valores morais e culturais contemporâneos. Logo, as dificuldades para transformar discurso em ação não podem ser subestimados. Com efeito, desde a metade dos anos de 1990, responsáveis pela assistência e pela formação de pessoal avançaram as discussões no sentido da implementação de mudanças curriculares, não só no ensino médico como também nas demais áreas da saúde (RIBEIRO, POÇO e PINTO; 2007).

A OMS, no seu plano de ação de 2013 – 2020, sugere que seja introduzido nos currículos de graduação e pós-graduação a elaboração de conhecimentos e habilidades aos trabalhadores gerais e especializados de saúde. Essa condição fortalece a necessidade de mudanças no currículo de graduação em Farmácia que veremos em profundidade no próximo capítulo (OPAS, 2013).

3 O CAMPUS CIENTÍFICO: FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO.

O ensino de graduação na área da saúde por muito tempo acumulou [e ainda mantém?] um formato centrado em conteúdos, numa pedagogia de transmissão, desvinculando ensino, pesquisa e extensão, sem se preocupar com o desenvolvimento de competências para a integralidade, onde se inclui o enfretamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde e a responsabilidade social do profissional (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Nos últimos anos e no contexto da reforma sanitária brasileira, intensificaram-se movimentos voltados às possibilidades pedagógicas e interpretativas da saúde-doença, que estimularam mudanças na formação dos profissionais da saúde e formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Este capítulo discorre a respeito da formação em Farmácia e se expressa a respeito desse ensino no mundo, no Brasil e, especificamente, na Universidade Federal do Ceará, objeto deste estudo. Antes, entretanto, são mostrados alguns conceitos importantes quanto ao currículo, abordagens e qualidade do ensino.

3.1 Alguns conceitos importantes: currículo e abordagens de ensino

Na elaboração espacial do sistema escolar, o currículo é o núcleo duro, sendo território amplamente normatizado, padronizado, a fim de que as exigências do conteúdo sejam semelhantes em várias instituições. A sua constituição deve partir de uma análise criteriosa por parte dos sujeitos que o fazem, baseando-se em referenciais teóricos e no projeto político-pedagógico das instituições. O currículo, no entanto, não é estático, e sua formulação depende, também, do processo de produção de saber e compreensão de como este conhecimento pode fortalecer os pontos curriculares, o que configura uma política de poder no campo científico (ARROYO, 2011).

Ao longo dos tempos, o currículo se aprimora, como resultado das disputas e negociações das diversas classes e tradições políticas e culturais. E as escolas são [e necessitam ser] espaço de pesquisa, elaboração e reelaboração do conhecimento, desenvolvimento do senso crítico e espaço formativo para o trabalho (ARROYO, 2011).

Tardif (2002) explica que reconhecer o professor como sujeito de conhecimento implica saber se ele tem o direito de dizer algo a respeito das formações. E como ele participa

do processo formativo, pode, junto com outros atores, determinar conteúdos e formas de repassá-los. O autor sugere ainda a necessidade de articular e equilibrar o que se produz e o que se faz, pois por vezes, os conhecimentos são produzidos desconectados das práticas profissionais.

Arroyo (2011) cita tópicos importantes que mostram a centralidade do currículo como um território em disputa. Primeiro, ele exprime que o terreno do conhecimento se tornou mais dinâmico e fortemente concorrido e que a produção e a apropriação do conhecimento são palcos das peijas das relações sociais e políticas de dominação-subordinação.

Outro tema importante é a estreita relação entre o currículo e o trabalho do docente. As centralidades históricas do currículo concentram as querelas políticas da sociedade, do Estado e de suas instituições, como também de suas políticas e diretrizes. Se o currículo entretanto, se abre a indagações e permite a inclusão de vivências expressas na dinâmica social, se enriquece. Infelizmente, tais esforços se veem limitados pela rigidez dos componentes obrigatórios e disciplinas a serem preservadas, principalmente quando ditadas pelo caráter impositivo das políticas nacionais e estaduais de avaliação (ARROYO, 2011).

A elaboração do currículo, assim como as práticas de ensino, não são algo simplesmente lógico, pois devem estar relacionados ao ensino das disciplinas curriculares e formação de valores. São os currículos de graduação estabelecidos com pouca ou nenhuma interconexão das disciplinas e estas com as práticas de trabalho, fortalecendo uma visão tecnicista e instrumentalizada do ensino superior. Por isso é importante romper com a teoria do currículo tradicional, passando a uma proposta pós-moderna que envolva atitudes e enfoque multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, a fim de favorecer o aperfeiçoamento dessas atitudes e uma atuação crítico-reflexiva do futuro profissional.

O ensino está sujeito aos condicionantes de ordem sociopolítica que implicam concepções distintas de homem e de sociedade e, conseqüentemente outros pressupostos sobre o papel da escola e da aprendizagem, condução do ensino e formulação dos currículos. A sociedade contemporânea traz ao debate os aspectos relativos à educação e à formação profissionais, com destaque para o desenvolvimento de uma visão sistêmica do ser humano para seu adequado desempenho laboral (COTTA *et al*, 2012).

Paulo Freire (1996), em *Pedagogia do Oprimido*, considerando as relações que se estabelecem na escola e na sala de aula, discute a pedagogia na perspectiva do oprimido e retrata que não há neutralidade na educação. Mostra que um trabalho educativo que respeite

o diálogo e a união entre ação e reflexão deve se sobrepor a uma educação pautada na verticalização opressor-oprimido e propõe a libertação da sociedade.

Bourdieu e Passeron (2009) acentuam que a ação pedagógica é fruto de uma ação arbitrária de uma cultura dominante, que também reproduz relações de poder de um determinado grupo social. Para esses autores, toda a ação pedagógica é violência simbólica, porque impõe e inculca arbítrios culturais. A imposição sutil como técnica pedagógica não lhe retira a arbitrariedade e a violência.

O trabalho pedagógico deve ser considerado como uma “inculcação de *habitus*”, porque o *habitus* (produto de interiorização de um arbítrio cultural capaz de se perpetuar mesmo quando a ação pedagógica cessa) se perpetua mesmo depois da ação pedagógica cessar. Pelo *habitus* perpetuam-se os princípios e ação pedagógica deverá, forçosamente, ser um trabalho contínuo e diferente do das outras instâncias. A educação é um instrumento fundamental para haver continuidade histórica, tendendo a ser uma pura reprodutora de arbítrios culturais pela mediação do hábito (BOURDIEU E PASSERON, 2009, p.9).

Quanto ao sistema de ensino institucionalizado, Bourdieu e Passeron (2009) explicam que ele produz e reproduz um arbítrio cultural do qual ele não é o produtor e cuja reprodução contribui para a reprodução das relações entre grupos ou classes. Esta instituição é produtora de *habitus*, ao mesmo tempo em que desconhece a sua origem, assim como as condições da sua reprodução.

Não se pode contudo falar do saber sem relacioná-lo com os condicionantes e com o contexto do trabalho. O saber dos agentes está relacionado com a pessoa, e sua identidade, com a sua experiência de vida, com a sua história profissional, e sua relação com os outros. Tardif (2002), por exemplo, aponta uma série de argumentos a respeito de como este saber se articula entre o social e o individual, e insere dois conceitos fundamentais: *o mentalismo* e *o sociologismo*.

O primeiro consiste em reduzir o saber a processos mentais, cujo suporte é a atividade cognitiva da pessoa. É uma configuração de subjetivismo que situa o saber apenas em atividades mentais. Desde a queda do behaviorismo, esse é o modo que impera dentre os modelos educacionais. Como suas variantes, tem-se como exemplo o construtivismo.

No que se refere ao mentalismo, o autor faz algumas considerações e assume a ideia de que o conhecimento ou saber se assenta na noção social porque: (i) é partilhado por todo um grupo de agentes que possuem formação, de certo modo, comum; (ii) repousa sobre um sistema que assegura sua legitimidade e orienta sua aplicação na universidade, na administração escolar, nos sindicatos, associações, conselhos, Ministério da Educação etc. Isso significa que nos ofícios e profissões não há conhecimento sem reconhecimento social;

(iii) seus objetos são sociais, isto é, práticas sociais. O professor trabalha com sujeitos em função de um projeto: transformar os alunos, educá-los e instruí-los. O saber se manifesta em relações complexas entre o professor e o aluno; (iv) evolui com o tempo e com as mudanças sociais. O que era bom ontem não é, necessariamente, bom hoje; e (v) o saber é social por ser adquirido no contexto de uma socialização profissional. É adaptado em função dos momentos de uma carreira, em que o professor aprende a ensinar fazendo o seu trabalho. Ao longo dessa carreira, ele interioriza regras de ação que se tornam parte de sua consciência prática (TARDIF, 2002).

O *sociologismo* tende a eliminar a contribuição dos agentes envolvidos na elaboração concreta do saber, tratando-o como uma produção social em si mesma e, por si, produção essa independente dos contextos de trabalho dos professores e subordinada a mecanismos sociais, a forças sociais quase sempre exteriores à escola, tais como as ideologias pedagógicas, as lutas profissionais, a imposição e a inculcação da cultura dominante, a reprodução da ordem simbólica etc. Tardif demonstra insatisfação com essa tendência, mas assume a noção de que o conhecimento ou o saber se assenta na ideia social, elucidando que sua existência depende, também, dos professores em sua prática profissional (TARDIF, 2002).

Além dos conteúdos, devem ser trabalhadas atitudes. Por isso, é importante conhecer as tendências pedagógicas e as diversas abordagens disciplinares, para se perceber a realidade. É importante ressaltar que uma tendência se constitui ao se identificar um padrão significativo no histórico de determinadas práticas educacionais, cujos fundamentos e contextos são específicos, realizadas tanto nos espaços formais quanto nos não formais.

Até o momento há duas tendências da educação: as *Pedagogias Liberais* e as *Pedagogias Progressistas*. As *Pedagogias Liberais* incluem a Tradicional, a Renovada Progressivista ou Pragmatista, a Renovada não Diretiva e a Tecnicista. As *Pedagogias Progressistas* incluem a Libertadora, a Libertária e a Crítico-Social dos Conteúdos. Em alguns casos, as tendências se complementam; em outros, divergem. A classificação e sua descrição, no entanto, poderão funcionar como um instrumento de análise para o educador estabelecer e avaliar a sua práxis, seja nos espaços educacionais formais ou não formais (SANTOS, 2007).

Para a *Pedagogia Liberal*, a escola deve preparar os indivíduos para o desempenho de papéis sociais de acordo com aptidões individuais, o que pressupõe a ela se adaptar aos valores e normas vigentes na sociedade e no desenvolvimento da cultura individual (LIBÂNEO, 1990).

Na Tendência Liberal Tradicional, a escola prepara os alunos, moral e intelectualmente, para assumir seu papel na sociedade. Mediante exposição e demonstração verbal da matéria, os conteúdos repassados são conhecimentos e valores sociais acumulados, ao longo dos tempos, como verdades absolutas. O professor exige atitude receptiva dos alunos e a aprendizagem é mecânica (LIBÂNEO, 1990).

Na Tendência Liberal Renovada, a educação é um fenômeno interno, não externo; ela parte das necessidades e interesses individuais, necessários para a adaptação ao meio. A educação é a vida presente, é parte da própria experiência. A escola renovada propõe um ensino que valorize a autoeducação (o aluno como sujeito do conhecimento), a experiência direta sobre o meio pela atividade; um ensino centrado no aluno e no grupo.

No Brasil esta tendência se expressa como Renovada Progressivista ou Pragmatista, sendo Jean Piaget um de seus difusores por meio do Construtivismo, caracterizado não como método, mas mudança de atitude na aquisição de conhecimento. Nele o aluno participa ativamente do próprio aprendizado, mediante a experimentação, a pesquisa em grupo, o estímulo à dúvida e o desenvolvimento do raciocínio, entre outros procedimentos. Desde sua ação, vai estabelecendo as propriedades dos objetos e constituindo as características do mundo. Becker (1993) conceitua Construtivismo como,

A ideia de que nada, a rigor, está pronto, acabado, e de que, especificamente, o conhecimento não é dado, em nenhuma instância, como algo terminado. Ele se constitui pela interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais; e se constitui por força de sua ação e não por qualquer dotação prévia, na bagagem hereditária ou no meio, de tal modo que podemos afirmar que antes da ação não há psiquismo nem consciência e, muito menos, pensamento (BECKER, 1993. p.88).

Em relação aos seus aspectos epistemológicos, o Construtivismo baseia-se na estratégia historicista da *Epistème Moderna*¹³ ao afirmar que o conhecimento resulta da interação da pessoa com o ambiente e que este não tem fronteiras: ele se constitui, se destrói, se reconstrói. Um dos pontos principais da visão construtivista de ensino é que a aprendizagem é uma elaboração do próprio sujeito, em que ele é o centro no processo, e não o professor.

A outra escola vinculada a esta tendência é a Renovada Não Diretiva, que seria orientada para os objetivos de autorrealização, desenvolvimento pessoal e para as relações interpessoais. Esta tendência é refutada com veemência até hoje por progressistas radicais.

¹³ A Episteme Moderna divide-se em três estratégias. 1. A *Essencialista* (século XVII) é voltada para o *modus essendi* das coisas tem como elemento próprio o ser (essência) e as qualidades do ser (acidentes, atributos, modos etc.); toma a verdade como essência a desvelar; 2. A *Fenomenista* (século XVIII), voltada para o *modus operandi* dos fenômenos como notas da observação e da experiência, isto é, não como essências a desvelar, mas fatos a descrever; seu elemento próprio é o fenômeno e as correlações dos Fenômenos. 3. A *Historicista* (século XIX) se volta para o *modus faciendi* das coisas, seu elemento próprio é o devir e as correlações do devir.

A Tendência Liberal Tecnicista é importante para o sistema capitalista, por articular-se diretamente com o sistema produtivo e preparar pessoas “competentes” para o mercado de trabalho, sem se preocupar com as mudanças sociais. Nela, os conteúdos são ordenados numa sequência lógica e psicológica pelo professor, e o aluno é mero fixador das informações transmitidas pelo professor, e sua aprendizagem baseia-se em seu desempenho. Caracteriza-se por desvinculação teoria prática, formalismo didático e ênfase na produtividade do aluno (SOUZA, 2007).

A *Pedagogia Progressista* parte de uma análise crítica das realidades sociais e sustenta implicitamente as finalidades sociopolíticas da educação. A Tendência Pedagógica Progressista Libertária se caracteriza pela não institucionalização da obrigatoriedade de programas e rotinas previstos e determinados, professores especializados, distribuição de frequentadores em níveis de adiantamento, nem da frequência ou mesmo de emissão de certificados. Na relação professor-aluno, estes são livres e desenvolvem relação baseada na autogestão e no antiautoritarismo. O professor é um orientador, um catalisador, que realiza reflexões em comum com os alunos. Cabe a ele ajudar o grupo a desenvolver-se, aprender e superar os obstáculos enraizados na pessoa e no grupo, liberar as forças instituintes do grupo, que funcionam como analisadores das instituições (SOUZA, 2007).

A Tendência Pedagógica Progressista Crítico-Social dos Conteúdos, desenvolvida por Dermeval Saviani, acentua a primazia dos conteúdos no seu confronto com as realidades sociais. Libâneo (1990), ao analisar esta tendência, observa que, nesta, “[...] o trabalho docente relaciona a prática vivida pelos alunos com os conteúdos propostos pelo professor, momento em que se dará a ‘ruptura’ em relação à experiência pouco elaborada”. Tal confronto possibilita a ruptura, resultante da transição da ação ao entendimento deste à ação, até a síntese, identificada como a unidade entre a teoria e a prática. Esta tendência opõe-se ao autoritarismo do professor, do mesmo modo que a não diretividade dele (LIBÂNEO, 1990:40-41).

A Tendência Pedagógica Progressista Libertadora (ou Pedagogia Problematizadora, de Paulo Freire) vincula-se à educação popular, como se a conhece hoje. Esta educação popular mescla as tendências liberais e progressistas já mencionadas; combina a atividade catequética com a escolarização e se constitui de uma prática de ação comunitária, dirigida a comunidades populares, com o objetivo de erradicação do analfabetismo, desde o fim da II Grande Guerra (SOUZA, 2007).

Com suporte no que foi descrito, a formação de professores numa perspectiva liberal ou progressista é possível, caso eles tenham consciência do que fazem ou pensam a respeito de sua prática pedagógica; tenham uma visão crítica das atividades e procedimentos na sala de aula e dos valores culturais de sua função docente; adotem atitude de pesquisadores e não apenas de transmissores e tenham melhor conhecimento dos conteúdos escolares e das características de aprendizagem de seus alunos (MACEDO, 1994).

Quanto às práticas pedagógicas, deve-se pensar no panorama que envolve sujeitos, os objetos de conhecimento e as relações entre eles. É preciso entender os aspectos relacionais professor-aluno-organização, metodologia, conteúdos, avaliação, ambiente e contexto social. A abordagem dos conteúdos depende também das técnicas de ensino que devem ser repensadas, a fim de inibir uma atitude autoritária do professor e fortalecer a sua relação com o aluno e do aluno com seus, a fim de facilitar o processo didático. Exercitar também competências socioafetivas tais como cooperação, iniciativa, responsabilidade e autonomia, além das habilidades intelectuais, como compreensão, aplicação, análise crítica, síntese, elaboração e avaliação. Essas técnicas adquirem significado quando referenciadas a um projeto político-pedagógico que expresse de que escola se fala, a que ensino se refere, e por qual transformação social se luta.

Na perspectiva da saúde, o ser humano deve ser visto na sua multidimensionalidade, somente passível de ser compreendido interdisciplinarmente. A interdisciplinaridade é uma maneira de se interagir com a realidade. Compreende outro modo de pensar e fazer o ato de ensinar e aprender. Por meio de um comportamento interdisciplinar, tem-se a oportunidade de ser aprendizes e produtores dos mais diversos saberes. O termo interdisciplinaridade implica relação de reciprocidade, de mutualidade, de substituição da concepção fragmentária por uma concepção unitária do ser humano, ou seja, um movimento de renovação perante os problemas do ensino e da pesquisa (VELLOSO *et al*, 2016).

A exigência interdisciplinar impõe às especialidades que transcendam as próprias áreas, tomando consciência de seus limites e acolhendo as contribuições das outras disciplinas. A busca é de um conhecimento mais amplo, não fragmentado, tendo como desafio o diálogo e a interação das disciplinas, transpondo as ações multidisciplinares, que produzem conhecimentos justapostos para um mesmo problema (VELLOSO *et al*, 2016).

3.2 Qualidade e ensino de farmácia em França, Canadá, Reino Unido e Brasil.

3.2.1 Qualidade no ensino superior: conceitos.

O conceito de qualidade na educação superior é complexo. Há no mínimo a coexistência de três conceitos: qualidade isomórfica, da especificidade e da equidade. A isomórfica caracteriza-se por um conjunto de quatro fases: planejamento, ação, avaliação e promoção. Consolida-se, porém, no predomínio da avaliação como um fim, e não como um meio para atingi-la. A qualidade da especificidade distingue-se pela existência de indicadores padronizados, paralelamente à preservação das especificidades locais. Na qualidade da equidade, postula-se qualidade além da simples padronização de indicadores, envolvendo estudos qualitativos e quantitativos capazes de refletir a sua complexidade. Na União Europeia, em virtude da integração entre os países e respeito às suas diferenças, adota-se a concepção de qualidade da especificidade, respeitando-se o princípio de que não há unicidade da qualidade da educação superior, e sim o que melhor se harmoniza a cada país (MOROSINI, 2014). No Brasil e na América Latina, constatam-se uma minimização das diferenças entre as qualidades isomórfica e da equidade, apesar do predomínio da primeira (MOROSINI, 2014; BEARDSLEY *et al*, 2013; ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION, 2016). Verifica-se, com apoio nos conceitos expostos, que qualidade na educação se relaciona a avaliação.

No campo da Educação em Farmácia, a *International Pharmaceutical Federation*, a Organização Mundial de Saúde e a *United Nations Organization for Education, Science and Culture* (UNESCO) reconhecem a necessidade de uma qualidade equitativa. Estas instituições defendem uma educação em Farmácia socialmente responsável, globalmente conectada e de qualidade assegurada para atender as necessidades da comunidade (BEARDSLEY *et al*, 2013; ACCREDITATION COUNCIL FOR PHARMACY EDUCATION 2016). Para garantir esta qualidade, as escolas de Farmácia devem adotar estratégias que permitam avaliação com auxílio de indicadores de processo e resultados medidos periodicamente (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2016; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2017). Países como Estados Unidos, França, Canadá, Austrália e Reino Unido têm sistemas de garantia de qualidade bem estabelecidos, que incluem processos internos e autoavaliados das instituições do ensino superior, sob supervisão do governo

(BEARDSLEY *et al*, 2013; BOURDON, 2008; ZUBIN e ENSOM, 2008; MARRIOTT *et al*, 2008; SOSABOWSKI; GARD, 2008).

No Brasil, a tendência é permanecer a concepção da qualidade isomórfica e da qualidade da equidade. A avaliação para todos os cursos de graduação está sob responsabilidade do MEC, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Esse processo é trienal, divulgados em sítios oficiais e subsidia autorização, reconhecimento e renovação dos cursos, com o propósito de assegurar o padrão mínimo de qualidade. O INEP desenvolve os instrumentos e indicadores complementares que consideram o ensino, pesquisa, extensão, desempenho dos alunos, gestão da instituição, corpo docente e infraestrutura (BRASIL, 2004).

3.2.2 Ensino de Farmácia: alguns exemplos.

Em França, o tempo de formação farmacêutica varia de seis a nove anos e ocorre em três ciclos de ensino. O primeiro ciclo (1º e 2º anos) possui formação interdisciplinar, quando o estudante recebe conhecimentos básicos de Biologia, Química, Física, Matemática, Fisiologia e Saúde Pública. No segundo ciclo (3º e 4º anos), aprofundam-se os conhecimentos em Saúde Pública e habilidades de comunicação. No terceiro ciclo (5º e 6º anos), o estudante tem a opção de se especializar em um dos temas: Farmácia Hospitalar e Saúde Pública; Farmácia Industrial e Biologia Médica. Após a graduação, o profissional recebe o título de *Docteur en Pharmacie* (BOURDON, 2008).

O currículo francês possui disciplinas obrigatórias e optativas. Desde o 3º semestre, os alunos vivenciam a farmácia comunitária e hospitalar, por seis meses, e análises biológicas, por três meses. Dentre as inovações do ensino tem-se: Aprendizagem Baseada em Evidências; *E-learning*; Educação em Saúde (asma, insuficiência cardíaca e obesidade), além de intercâmbios estudantis e colaborações internacionais (BOURDON, 2008).

Em termos quantitativos, no ano de 2008 havia em França 24 faculdades de Farmácia, cujo número de vagas disponíveis era definido anualmente por decreto pelo Ministério de Ensino Superior e da Investigação e do Ministério da Saúde, da Juventude e do Esporte, regulado pela *Agence d'Evaluation de Enseignement Superier* (BOURDON, 2008).

No Reino Unido, no ano de 2008, 22 escolas de Farmácia formavam farmacêuticos e disponibilizam aproximadamente 3.300 vagas. Para se graduarem, no patamar de licenciatura (*Bachelor of Science*), necessitam de três anos de curso mais um ano de estágio supervisionado, totalizando no mínimo 3.000 horas de estudo para se formar como Mestre de

Farmácia (*MPharm*). No último ano, o aluno escolherá a área de atuação. A matriz curricular, baseada no currículo europeu, fundamenta-se em: Etiologia e Epidemiologia das principais doenças e seus tratamentos; Farmacologia e Farmacocinética; Venda e fornecimento de medicamentos, incluindo avaliação e gerenciamento de riscos e assessoria; Códigos, padrões e sistemas de governança e prática; Gerenciamento de riscos; e Responsabilidade pessoal, para incluir a necessidade e o desenvolvimento profissional contínuo.

No Reino Unido, a maioria dos farmacêuticos que se formam atuam inicialmente na farmácia comunitária, seguida do hospital, indústria e academia. O principal desenvolvimento da prática farmacêutica foi a introdução da prática de prescrição suplementar e indicação independente realizadas por farmacêutico, após diagnóstico por um médico clínico. Para isso o profissional deverá se especializar para desenvolver tal atividade (SOSABOWSKI, 2008).

O sistema de educação canadense foi objetivo de intensivas alterações nos anos 2000, com vistas a evoluir e se antecipar às mudanças do papel do farmacêutico dentro do sistema de saúde. Sua configuração educacional fundamenta-se em quatro elementos-chave: um substancial sistema universitário público, com pesquisa intensiva e sem escolas privadas de farmácia; um sistema de saúde universal, financiado pelo Governo, sem hospitais privados e prestação de cuidados de saúde privado relativamente circunscrito; um sistema de regulação para profissionais de saúde constituído sobre o sistema *College*, semelhante ao do Reino Unido; e grupos independentes, colaborativos, regulatórios e de defesa (AUSTIN; ENSOM, 2008).

Até 2008, dez escolas credenciadas mantinham o ensino em Farmácia no Canadá. Cada uma delas era responsável pela seleção de seu programa, que dura em torno de cinco anos. Ao fim da graduação, o candidato adquire conhecimentos gerais e específicos assim: gerais habilidades de comunicação, planejamento e autoaprendizagem; identidade profissional; valores e princípios éticos e cidadania (AUSTIN; ENSOM, 2008).

Como saberes específicos, destacam-se: aqueles relacionados aos medicamentos; Educação em Saúde; padrões legais e éticos, bem como responsabilidades profissionais; informar quanto ao uso de medicamentos e recomendações sobre eles; educação quanto ao uso de medicamentos; promoção da saúde; políticas de saúde; assistência farmacêutica e investigação científica (AUSTIN; ENSOM, 2008).

3.2.3 O ensino de Farmácia no Brasil.

No Brasil, o ensino no curso de Farmácia teve elaboração curricular com base nos movimentos sociais e para atender as exigências do mercado de trabalho (SATURNINO *et al.*, 2012). Os próximos parágrafos contarão um pouco destas disputas e indagações desde a ditadura civil militar, época escolhida por se tratar de um período de mudanças no País.

Durante a ditadura civil militar, a educação farmacêutica passou por duas grandes reformas, em 1968 e 1971, precedidas, porém dos acordos entre o Ministério da Educação e Cultura e *United States Agency for International Development*, tendo o Brasil recebido apoio técnico e financeiro para implementar tais reformas. Elas visavam, contudo, atrelar o sistema educacional brasileiro ao modelo econômico dependente de interesse dos Estados Unidos. Para tal, foram geradas mudanças na Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Cabe aqui salientar que não existia qualquer interesse, por parte do governo (em razão do golpe), de que houvesse movimentos estudantis ou de qualquer outro setor da sociedade civil, pois poderia culminar num moto comunista, como o que ocorrera em Cuba¹⁴.

Sendo assim, o governo brasileiro sancionou a Lei nº 5.540/68, Lei da Reforma Universitária, que contribuiu para formação acrítica e debilitada dos farmacêuticos (e de todas as outras profissões), praticamente reprodutora daquilo que era estudado no Exterior. Com a Resolução nº 04/69, fixava-se o currículo mínimo do curso de Farmácia¹⁵, com um ciclo pré-profissional e posterior fragmentação em dois blocos, com a consolidação da expressão *Farmácia-Bioquímica*, para as atividades de análises clínicas e alimentos e *Farmácia Industrial* para as atividades relativas às indústrias de medicamentos e cosméticos. O período de formação variava de 2,5 a seis anos, o que dependia da escolha acadêmica do estudante.

Configurava-se uma valorização do campo industrial, especialmente porque não havia incentivo à atuação do farmacêutico na farmácia, a atividade de dispensação havia se transformado num mero ato comercial, aumentava-se progressivamente a mercantilização da saúde e num contexto de desnacionalização, observava-se o crescimento de indústrias multinacionais no País para desenvolver as últimas fases de fabricação dos medicamentos. Assim, o farmacêutico assumia o posto de gerente de produção, pois no Brasil não se desenvolviam pesquisas ou novos fármacos. Somado a isso, “ [...] o médico passava a ser o

¹⁴ O movimento ocorreu em decorrência da insatisfação do povo contra um governo autoritário e de caráter antiamericano, que culminou com a implantação de uma série de programas sociais e econômicos, notadamente alfabetização e acesso à saúde universal.

¹⁵ As disciplinas que compunham o currículo podem ser visualizadas no Anexo II.

centro das preocupações mercadológicas, o intermediador técnico das possibilidades de consumo”, sendo os laboratórios farmacêuticos única fonte de conhecimento para estes prescritores por intermédio dos propagandistas (BUENO; TAITELBAUM, 2008).

As análises clínicas também ganhavam mais força, porque, apesar da industrialização do Brasil, as oportunidades no setor industrial eram restritas, restando ao farmacêutico realizar exames laboratoriais em suas farmácias. Os cuidados com a utilização do medicamento perdiam força e, desde os anos de 1970, os cursos passaram a enfatizar e a promover o desenvolvimento do ensino das análises clínicas e, em menor escala, o ensino das outras habilitações (indústria e alimentos) (VALADÃO, 2005).

Em 1986, somente 35 instituições de ensino superior no Brasil (20 federais, sete estaduais, uma municipal e somente sete particulares) formavam estes farmacêuticos, sendo que somente 14 delas habilitavam farmacêuticos industriais em razão da necessidade de equipamentos e instalações adequadas. As 35, entretanto, mantinham a habilitação em Análises Clínicas e Toxicológicas. À época, os anseios de inovação e mudanças curriculares fundamentavam-se: no fosso entre as disciplinas do ciclo básico e do profissional a comprometer o próprio perfil curricular; retomada de disciplinas clássicas, como Botânica e Farmacognosia, a fim de implementar pesquisas na área de produtos naturais; mudanças no conteúdo ministrado em Farmacotécnica; a Farmacologia e a Farmacodinâmica necessitavam de carga horária condizentes com o peso de sua importância na formação dos farmacêuticos; a inclusão das disciplinas Saúde Pública e Farmacocinética não poderiam mais ser postergadas e os programas de Farmácia Hospitalar deveriam ser implantados, de maneira séria e criteriosa objetivando dar resposta às necessidades dos pacientes e do hospital e tendo em vista o necessário exercício da Farmácia Clínica¹⁶ (ESTEFAN, 1986).

Falava-se, também, do fortalecimento da dispensação nas farmácias, com ênfase no conhecimento efetivo do medicamento, relacionamento com o usuário deste medicamento e prescritores. Nesse tempo, se não houvesse um conhecimento aprofundado do medicamento, não haveria perspectiva de uma profissão farmacêutica forte (ESTEFAN, 1986).

No final dos anos de 1980, nasceu o SUS e com ele a necessidade de formar profissionais com uma postura que garantisse a promoção e prevenção da saúde e uma saúde pública de qualidade. Desta forma, os modelos educacionais deveriam enfatizar a integração ensino-serviço que alterassem as relações sociais e valorizassem a aprendizagem em unidades

¹⁶ Farmácia Clínica é uma área da Farmácia voltada à ciência e prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de modo a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar e prevenir doenças.

básicas de saúde e a integralidade do cuidado (CARVALHO; CECCIM, 2006). Logo, o currículo de farmácia passou a ser motivo de questionamento, até mesmo relativamente a titulação e tempo de formação. Especificamente, o profissional farmacêutico necessitava de uma formação mais adequada a essa nova realidade, com foco na atenção básica em saúde. À época, a Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia (ENAFAR)¹⁷ promoveu seminários que discutiam a identidade do profissional farmacêutico e uma reflexão sobre sua formação, inclusive com a participação do Conselho Federal de Farmácia nos seminários de 1994 e 1995 (SPADA et al, *s.d.*).

Em 1996, a aprovação da LDB nº 9.394 de 20 de dezembro determinou a extinção dos currículos mínimos e a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) marcadas pela formação generalista para todas as formações de ensino superior. A legislação, em seu art. 3º, expressa que o ensino deve ser ministrado com base em diversos princípios, entre eles, “[...] valorização da experiência extraescolar” e “[...]vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais”. No art. 43º, alínea II, assinala que a educação superior tem como finalidade “[...] formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira e colaborar na sua formação contínua”.

No início dos anos 2000, as DCN de alguns cursos de graduação em saúde (as exceções eram Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social) afirmaram que a formação do profissional deveria privilegiar o sistema de saúde do País, o trabalho em equipe e a atenção integral (CARVALHO; CECCIM, 2006). Assim algumas profissões reafirmaram a posição do sistema de saúde vigente no Brasil, como foi o caso do curso de Farmácia, ao descrever no art 5º, parágrafo único das suas DCN, em 2002:

A formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002; grifou-se)

O currículo não deveria mais se pautar no controle técnico, mas sim focar na compreensão, promoção da saúde e prevenção de doenças (ARAÚJO; PRADO, 2008). O perfil do formando egresso/profissional foi assim descrito:

Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e

¹⁷ A ENAFAR é a entidade nacional construída pelo movimento estudantil de farmácia para organizar a luta dos estudantes pelo curso de farmácia.

econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002).

O farmacêutico, antes centrado em habilidades tecnológicas, formado por um currículo que lhe permitia encerrar um ciclo de aprendizagem para estar “pronto” para atender uma demanda do mercado de trabalho, seria substituído por um profissional com habilidades e competências necessárias à sua formação, como a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e a educação permanente. O farmacêutico desempenharia um papel social, assegurando integralidade da atenção à qualidade e humanização do atendimento prestado à pessoa, família e comunidade (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002).

E a formação das DCN 2002 organizou-se em torno de eixos articuladores de competências e habilidades. Nova proposta desse documento foi disponibilizado pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) em parceria com a Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF) constituída em conjunto com professores, alunos e gestores da educação em Farmácia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016). Nela, o *cuidado em saúde* é definido como um dos eixos que estruturam a formação do farmacêutico e é expressa no documento como

[...] um conjunto de ações e de serviços ofertados ao indivíduo, família e comunidade, que considera a autonomia do ser humano, a sua singularidade e o contexto real em que vive, por meio de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças, e que possibilite às pessoas viverem melhor (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016, p. 3).

Sua execução requer o desenvolvimento de competências para identificar e analisar as necessidades de saúde das pessoas, da família e da comunidade, bem como para planejar, executar e acompanhar ações em saúde. A OPAS e a OMS conceituaram *competência* como “ [...] características (conhecimentos, habilidades e atitudes) das pessoas que se revelam ao executar uma tarefa ou realizam um trabalho e estão relacionados ao desempenho exitoso em uma atividade, laboral ou de outra índole.” (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE /ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). O mesmo documento também descreve *competências específicas* como aquelas ligadas aos processos individuais e coletivos dependentes dos conhecimentos e habilidades. São inerentes a cada profissão e predominam os aspectos técnicos.

Como a profissão farmacêutica no Brasil passou por transformações, e o cuidado com o outro, assim como a promoção do uso racional de medicamentos experimenta evidência nas

práticas do farmacêutico, a classe farmacêutica, coordenado pelo CFF e ABEF propôs novas DCN para Farmácia, aprovadas em junho de 2017 pela Câmara de Educação Superior (CES), do Conselho Nacional de Educação (CNE). Eis o perfil do formando:

O farmacêutico é o profissional da saúde, com formação centrada nos fármacos, nos medicamentos e na assistência farmacêutica, e de forma integrada às análises clínicas e toxicológicas, aos cosméticos e aos alimentos, em prol do cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. A formação deve ser pautada em princípios éticos e científicos, capacitando para o trabalho nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, por meio de ações de prevenção de doenças, de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como na pesquisa e no desenvolvimento de serviços e de produtos para a saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2017).

Desde a edição dessas DCN's, a estrutura da formação farmacêutica se articula em três eixos: Cuidado em Saúde (50% da carga horária); Tecnologia e Inovação em Saúde (40% da carga horária); Gestão em Saúde (10% da carga horária). O curso de graduação deverá ter projeto pedagógico centrado na aprendizagem do estudante e apoiado no professor como facilitador e mediador, com vistas à formação integral, articulando ensino, pesquisa e extensão. E os estágios obrigatórios privilegiar realidades de práticas do SUS, nos diversos níveis de complexidade, isto é, da atenção básica em saúde até o nível terciário em saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2017)

Percebe-se que o currículo não é posto desvinculado do contexto, e o que se deve entender é “a que” e “a quem” ele procura atender. A última proposta de DCN também não trata da atuação do farmacêutico em saúde mental, mas abre portas, ao acentuar que ele deve ser formado nos diversos níveis de complexidade.

Neste texto adotamos a visão pós-moderna de currículo que se relaciona ao currículo, contribuindo para formar identidades. Então, se as atuais DCN sugerem um farmacêutico atuante no SUS, é preciso entender melhor esse processo e essa busca de identidade neste contexto, inclusive na saúde mental.

Ultimamente, percebeu-se alguns movimentos que propõem mudanças na formação com currículos integrados. A educação médica, por exemplo, demanda maior eficácia na formação de seus alunos. O currículo, em sua maioria, está pautado por competências/habilidades, com o desenvolvimento gradual destas, durante as fases do curso médico. A APS é o grande eixo, sem se ausentar do papel social da universidade, bem como da relação médico-paciente, do cuidado e do trabalho multiprofissional (FRANCO, CUBAS e FRANCO, 2014). Essas mobilizações contribuem para que o estudante movimente em

saberes e práticas os conhecimentos científicos, transformando-os em atividade social e política libertadora (CARVALHO e CECCIM, 2006).

3.3 O projeto pedagógico e o currículo de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC)

A missão do curso de Farmácia da UFC é formar farmacêuticos com a devida competência científica e a necessária capacidade profissional para inserção no mercado de trabalho, que esteja comprometido com a sociedade e que tenha como atribuições essenciais a promoção, proteção e recuperação da saúde humana, desenvolvendo atividades associadas aos medicamentos, aos cosméticos, aos alimentos e às análises clínicas e toxicológicas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2004).

Anterior a 2005 (ano de implementação das DCN de 2002 na UFC), o currículo¹⁸ era uma extensão do currículo mínimo. A modalidade de ingresso da Universidade se dava majoritariamente por exame vestibular. O período de formação variava de três a cinco anos, com uma carga horária mínima de 3.584 horas em disciplinas obrigatórias, não havendo necessidade de optativas para complementar o peso didático. Por período letivo (semestre), o aluno poderia cursar no mínimo 38 e no máximo 40 créditos. Ao final do curso a entrega de uma monografia não era obrigatória. O estudante deveria preparar relatórios referentes às atividades desenvolvidas durante os estágios, que aconteciam em Farmácia comunitária, Farmácia hospitalar, Farmácia com manipulação, Farmácia de um Centro de Assistência Toxicológica, Farmácia com plantas medicinais e o Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC). Esse último promovia integração e atuação dos alunos de vários cursos da área da saúde (Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia) com a saúde pública, principalmente na atenção primária, num período de um mês em um município do Estado do Ceará (IDEM, 2004).

Caso tencionasse aperfeiçoamento, o aluno, após sua graduação poderia cursar uma das três modalidades disponíveis: Habilitação em Farmácia Industrial; Habilitação em Farmácia e Bioquímica-Análises; e Habilitação em Farmácia e Bioquímica-Bromatologia. O tempo médio para formação era de um a um ano e meio (IBIDEM).

O farmacêutico industrial é o profissional capacitado a planejar e avaliar projetos de estrutura física de indústrias de produção de medicamentos, cosméticos e correlatos bem como

¹⁸ O quadro das disciplinas pode ser visto no anexo III.

da adequação de instalações físicas, equipamentos e utensílios; planejar, implantar, organizar, gerenciar e avaliar todas as etapas de produção; realizar seleção, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, cosméticos e correlatos; desenvolver e avaliar produtos farmacêuticos; implantar, supervisionar e treinar sistemas de garantia da qualidade; selecionar e controlar a qualidade de soluções, reagentes e equipamentos; pesquisar, desenvolver e/ou adequar novas metodologias analíticas, técnicas e procedimentos dentro de sua área de atuação; exercer o controle de qualidade de medicamentos, cosméticos e correlatos; desenvolver estudos e pesquisas na área de medicamentos; integrar e atuar em equipe multiprofissional de saúde; colaborar na formação de profissionais da área de saúde; assessorar no planejamento, implantação e avaliação de programas e serviços na área de informações sobre medicamentos (IBIDEM).

O farmacêutico bioquímico analista é o profissional capacitado a realizar procedimentos como: aplicações de injeções, tomada de sinais vitais, aplicações de curativos e coletas de material para fins de exames clínico-laboratoriais; reconhecer a pertinência do uso das distintas formulações farmacêuticas; avaliar a extensão de possíveis interferências de medicamentos e alimentos nos exames clínico-laboratoriais individuais e coletivos; realizar os diversos exames clínico-laboratoriais e toxicológicos; orientar na escolha do exame laboratorial adequado para fins do diagnóstico das diversas doenças; identificar os diversos níveis de comprometimento de funções fisiológicas por meio dos resultados de provas de função e exames laboratoriais; selecionar, desenvolver e controlar a qualidade de reativos, reagentes e equipamentos; planejar e gerenciar serviços de laboratório clínico; pesquisar, desenvolver e/ou adequar novas metodologias analíticas, técnicas, reagentes e demais itens dentro de sua área de competência (IBIDEM).

O farmacêutico bromatologista é aquele que estuda os alimentos. Geralmente, trabalha em laboratórios de controle de qualidade, inspeção, vigilância sanitária, desenvolvimento de produtos, setor produtivo de indústrias, instituições de pesquisa - como universidades e órgãos públicos. É de sua competência desenvolver métodos de obtenção de produtos alimentares para uso humano e veterinário, análise bromatológica e toxicológica, realização de controle microbiológico, químico e físico-químico das matérias-primas e produtos acabados, atuação no desenvolvimento, produção e controle de qualidade de alimentos, processos fermentativos, nutracêuticos e alimentos de uso enteral e parenteral, atuação na normatização e fiscalização junto à vigilância sanitária de alimentos.

Era um currículo fortemente voltado ao medicamento e à técnica, tendo a desvantagem de “obrigar” o aluno a voltar para faculdade após sua graduação para definir sua identidade como profissional (IBIDEM).

Após as DCN de 2002, outro currículo foi estabelecido, com início de suas atividades no semestre 2005.1. O currículo¹⁹, dito integrado, garante uma formação num tempo mínimo de cinco e no máximo de 7,5 anos, com 52 disciplinas obrigatórias (3.600h) e 13 optativas (320h), além do estágio curricular obrigatório (1.024h). As atividades complementares somam 212h e o CRUTAC foi retirado (IBIDEM).

Segundo as normas para implementação, acompanhamento e avaliação das atividades complementares do curso e tendo em vista a Res. nº 7 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão - CEPE, de 17 de junho de 2005, da UFC, as atividades complementares constituem um conjunto de estratégias pedagógico-didáticas que permitem, no âmbito do currículo, a articulação entre teoria e prática e a complementação dos saberes e habilidades necessárias, a serem desenvolvidas durante o período de formação do estudante. São elas:

- Atividades desempenhadas em iniciação à docência, pesquisa e extensão serão consideradas a partir de 06 meses e contabilizarão no máximo 96 horas para o conjunto de atividades;
- Atividades artístico-cultural e esportiva serão atribuídas até 80 horas para o conjunto de atividades e comprovadas através de certificado ou declaração da instituição responsável;
- Experiências ligadas à formação profissional e/ou correlatas, até 64 horas para o conjunto de atividades (estágios, visitas técnicas, intercâmbio, curso de extensão);
- Atividades de participação e/ou organização de eventos até 32 horas para o conjunto de atividades;
- Produções técnicas e/ou científicas: até 96 horas pelo conjunto de atividades (resumos, artigos, boletins, cartilhas...);
- Vivência de gestão e outras atividades (representação estudantil em comissões; Centro Acadêmico Rodolfo Teófilo - CART, União Nacional dos Estudantes - UNE e Diretório Central dos Estudantes – DCE) (IBIDEM).

Após análise do currículo em vigor pode-se pensar nas diferenças entre as matrizes curriculares anterior e vigente e como essas matrizes contribuem para atuação do farmacêutico

¹⁹ A matriz curricular poderá ser verificada no Anexo V.

nos distintos níveis de atenção à saúde. Os aspectos humanos, trabalho em equipe, com ênfase no SUS, são estudados, mas por vezes não estimulados. O currículo atual, praticamente, aglomerou as disciplinas da matriz anterior, sem atentar para conteúdos e a necessidade de mudanças de atitudes e comportamentos para formação profissional e identidade farmacêutica.

Com suporte em tudo que foi descrito algumas indagações são pertinentes: *a formação profissional em farmácia na UFC implica seus estudantes com práticas cuidadoras e de responsabilidade com as pessoas e coletividade no campo Saúde Mental? Os profissionais ali formados sentem-se preparados para atuar numa área que teoricamente não foi apresentado durante a graduação?*

O capítulo 4 traz os procedimentos metodológicos utilizados para responder a essas e outras indagações sobre a formação e atuação dos farmacêuticos formados na UFC.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

“Na realização de uma pesquisa, a escolha do método não deve ser rígida, mas sim rigorosa” (Bourdieu, 1999)

O percurso metodológico realizado nesta tese foi desenvolvido em dois momentos: 1 - Análise da qualidade do ensino em farmácia no Brasil e 2 - Estudo de caso da formação farmacêutica na Universidade Federal do Ceará.

4.1 Momento 1: análise da qualidade do ensino em farmácia no Brasil.

Realizou-se em estudo descritivo, com abordagem quantitativa sobre os indicadores de qualidade propostos pelo Ministério da Educação (MEC), o que caracterizou a abordagem quantitativa deste estudo. As informações foram fornecidas no portal do MEC com base de dados até abril de 2016. Para a descrição, foram incluídos os cursos de farmácia presenciais, em atividade até o momento da coleta de dados e excluídos as duplicidades de informação e os cursos a distância. A coleta desses dados durou dois meses, iniciada com o acesso ao endereço eletrônico *e-mec.mec.gov.br*. O modo de busca no *site* foi a consulta avançada, pois permitiu refinar o acesso as informações, por estado da Federação e modalidade de ensino (presencial ou a distância).

As variáveis estudadas foram: número de vagas autorizadas pelo MEC para os cursos em atividade, ou seja, em funcionamento; município onde ocorria o curso (permitia a localização por capital ou não); ano de início do curso; categoria administrativa (instituições privadas ou públicas); localização regional (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); indicadores de qualidade - Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE); Conceito Preliminar do Curso (CPC) e o Conceito de Curso (CC).

O indicador de qualidade ENADE avalia o conhecimento dos alunos em relação ao conteúdo previsto nas diretrizes curriculares nacionais para o curso e assume valores de zero a cinco. O CPC é constituído com base em dimensões: desempenho do aluno, corpo docente (titulação dos professores e seu regime de trabalho) e condições oferecidas para o desenvolvimento do processo formativo (organização didático-pedagógica, infraestrutura e instalações físicas), com valores de um a cinco. O indicador CC é um conceito definitivo, sendo que sua composição surge com apoio na avaliação *in loco* do curso, que confirma ou

modifica o CPC. Cursos com notas de CPC um e dois são automaticamente inclusos no cronograma de avaliação *in loco*, enquanto cursos com um conceito maior ou igual a três podem optar por não receber a visita dos avaliadores e assim transformar o CPC em CC.

Para critérios de análise dos indicadores, a interpretação foi realizada conforme instrumento de avaliação de cursos de graduação do MEC, assim: conceito 1 = curso não existente; conceito 2 = insuficiente; conceito 3 = suficiente; conceito 4 = muito bom; conceito 5 = excelente e Sem Conceito (SC).

Os dados foram compilados em planilha com auxílio do *software Microsoft Office Excel*, versão 2013, Microsoft Corporation, Redmond, EUA e posteriormente processados no programa estatístico *Stata* versão 11, Statacorp, Texas, EUA. Foram calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis; média, desvio-padrão e valores mínimo e máximo para a variável contínua número de vagas autorizadas; Teste do qui-quadrado e Exato de Fisher para determinar a qualidades entre as instituições públicas e privadas, considerando-se o nível de significância como menor ou igual a 5% ($p < 0,05$).

Após conhecer a qualidade dos cursos brasileiros, escolheu-se o curso de Farmácia ministrado pela Universidade Federal do Ceará para conhecê-lo em profundidade. É a instituição universitária mais antiga do estado do Ceará e que ministra o curso de farmácia. Para este momento, recorreu-se a abordagem qualitativa. Esse debate possibilitou captar experiências, vivências, sentimentos e opiniões, frutos das percepções e interpretações dos sujeitos do estudo. Logo, a opinião dos sujeitos sobre sua formação e atuação profissional foi captada. Além disso, o método admitiu que o observador e o observado fossem da mesma natureza, o que demandava a observação de vários elementos, simultaneamente (COSTA; SILVA, 2004; POPE; MAYS, 2006).

4.2 Momento 2: estudo de caso da formação farmacêutica na Universidade Federal do Ceará.

O fenômeno estudado consistiu em compreender a influência da formação do farmacêutico na Universidade para sua atuação na Saúde Mental, na perspectiva do SUS, considerando todos os sujeitos envolvidos (alunos, egressos, professores e gestores educacionais).

O estudo de caso representa uma investigação empírica que busca um exame contemporâneo (“o caso”) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente

quando os limites entre o fenômeno e o contexto não sejam claramente evidentes. Dentre as características metodológicas relevantes para este tipo de estudo, há o fato de enfrentar a situação tecnicamente diferenciada em que haverá muito mais variáveis de interesse, do que pontos de dados, e, como resultado, contar com múltiplas fontes de evidência, com os dados precisando convergir de maneira triangular. Nesse sentido, a pesquisa com abordagem metodológica estudo de caso não se limita a uma tática de coleta de dados isolada (YIN, 2015).

A Universidade Federal do Ceará, instituída em 1954, pela Lei Federal nº 2.373, foi composta inicialmente por quatro estabelecimentos federais, Faculdade de Farmácia e Odontologia (Lei nº 1.254, de 4 de dezembro de 1950), Faculdade de Direito, Escola de Agronomia e Faculdade de Medicina. Atualmente a Universidade é constituída por sete campi, sendo quatro distribuídos fora de Fortaleza (*Campus* de Sobral, *Campus* do Crateús, *Campus* de Russas e *Campus* de Quixadá) e três na capital Fortaleza denominados, *Campus* do Benfica, *Campus* do Pici e *Campus* do Porangabuçu.

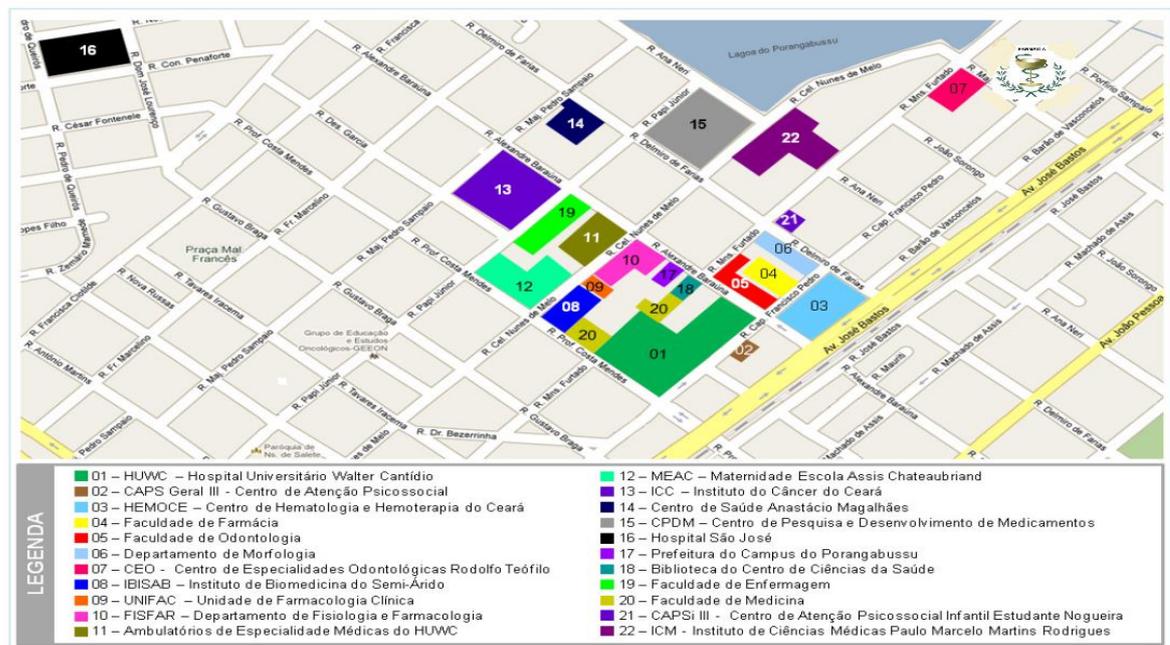
Neste último se encontra o curso de Farmácia. Ele está inserido num complexo, na verdade um polo de conhecimento, que poderia ser chamado “Polo de Conhecimento em Saúde de Porangabuçu – Fortaleza” (AMARAL FILHO *et al*, 2010). A figura 3 mostra que este polo é cercado por instituições, como, CAPS Geral, hospitais de referência, hemocentro, localizados próximas umas das outras, favorecendo interações e desenvolvimento de mais conhecimento.

O curso se insere na Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE). A FFOE é composta por cinco departamentos: Departamento de Clínica Odontológica, Departamento de Enfermagem, Departamento de Odontologia Restauradora, Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas (DACT) e o Departamento de Farmácia (DF). Nestes dois últimos está contido o Curso de Farmácia, que disponibiliza serviços como uma Farmácia-Escola, um Laboratório de Análises Clínicas e Toxicológicas (LACT) e um Centro de Desenvolvimento e Ensaio Farmacêuticos (CEDEFAR) localizados no prédio da pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. O DEFA possui 23 professores e o DACT 15 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2004).

O projeto de extensão nominado como o Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) tem como principais atividades aquelas relacionadas à extensão, constituídas pelo Centro de Informação de Medicamentos (CIM); Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE); Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEATENF); Centro de Estudos de Apoio à Assistência Farmacêutica (CEAFF). O CIM e o

CEFACE trabalham na capacitação de profissionais de saúde e veiculação de informações sobre o uso correto dos medicamentos por via da publicação de alertas sobre farmacovigilância. O CEATENF desenvolve atividades de planejamento, estruturação, assessoria, treinamento e investigação na área de Atenção Farmacêutica e o CEAAF colabora na melhoria da assistência farmacêutica (AMARAL FILHO *et al*, 2010).

Figura 3 - Polo de Conhecimento em Saúde de Porangabuçu, Fortaleza.



Fonte: AMARAL FILHO *et al*, 2010 (adaptado).

O CEDEFAR opera na área de controle de qualidade de medicamentos, equivalência farmacêutica, estabilidade de medicamentos e nas pesquisas para o desenvolvimento e validação de ensaios e metodologias analíticas, visando a atender a política de qualidade de medicamentos no Brasil, dentro das exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2004).

As atividades de pesquisa e extensão acontecem, especialmente, no prédio da pós-graduação, nos laboratórios de: Farmacotécnica; Imunologia; Citologia Clínica; Bioquímica; Microbiologia; Análises Clínicas e Toxicológicas Prof. Eurico Litton Pinheiro de Freitas; Toxicologia; Química farmacêutica; Farmacologia; Bromatologia e Central Analítica Farmacêutica.

As aulas de graduação ocorrem no novo bloco didático situado à Rua Capitão Francisco Pedro, S/N, esquina com Major Weyne, Rodolfo Teófilo, ao lado do Restaurante

Universitário. Contém seis salas de aula, seis laboratórios didáticos, um Auditório, Coordenação, Sala de Professores, o Centro Acadêmico e o Programa de Educação Tutorial-PET.

Seleção dos agentes envolvidos no estudo de caso

Dentre os diversos sujeitos que compõem um curso optou-se por selecionar quatro grupos: egressos (farmacêuticos), estudantes, professores e gestores educacionais.

Na expectativa de conhecer, principalmente, sobre a atuação do farmacêutico na Saúde Mental, compuseram o grupo dos egressos nove profissionais farmacêuticos, ex-estudantes da UFC, que atuam ou atuaram em CAPS do Ceará com experiência mínima de seis meses, tempo considerado adequado para conhecer minimamente a rotina do serviço. Estes profissionais também forneceram dados sobre o seu processo de formação.

Na categoria estudantes, foram inclusos aqueles que cursavam no mínimo o 9º semestre até a data da coleta, por estarem próximo a concluir o curso, possuindo, portanto, maior vivência com ele e com as disciplinas ofertadas. Para escolha do grupo, contou-se com a colaboração da coordenadora do curso. O fechamento deste grupo amostral se deu quando observada a saturação informativa.

Formaram o grupo dos professores aqueles que, após leitura de seus currículos lattes, verificava-se aproximação com atividades mais humanísticas e que mantiveram produção científica nestas áreas. Além disso, deu-se preferência aos professores que foram citados pelo grupo de alunos ou ex-alunos entrevistados anteriormente.

Cada sujeito convidado a participar do estudo foi cuidadosa e intencionalmente selecionado, considerando suas possibilidades de oferecer informações aprofundadas e detalhadas do fenômeno de interesse, generalizável a outras situações em que o mesmo fenômeno ocorra (MARTINEZ-SALGADO, 2012). Portanto, a escolha dos agentes envolvidos neste estudo ocorreu com a finalidade de aprofundar a pergunta de investigação.

Para obtenção dos dados, como instrumento, utilizou-se entrevista. Esta se caracteriza por uma conversa a dois ou mais integrantes, realizada por iniciativa do entrevistador, de tema pertinente ao seu objetivo. A entrevista semiestruturada é direcionada por um roteiro previamente elaborado, permitindo organização flexível e ampliação dos questionamentos, à medida que as informações são fornecidas pelo entrevistado. Com os farmacêuticos e professores convidados, recorreu-se a essa técnica, porque obedecia a um

roteiro apropriado fisicamente para se usar. Além disso, os profissionais não dispunham de tanto tempo livre para reuni-los em momento único. As indagações da entrevista podem ser visualizadas nos Apêndices 1 (Farmacêuticos) e 2 (Professores).

Especificamente para o grupo dos egressos (farmacêuticos), a técnica que prevaleceu na composição do grupo foi a da “bola de neve”, em que os casos de interesse foram identificados com suporte em alguém que conhecesse aquele que pudesse ser um bom candidato para participar (MARTINEZ-SALGADO, 2012).

Com os estudantes efetivou-se um grupo focal, seguindo o roteiro do apêndice 3. Essa técnica constitui um tipo de entrevista com grupos pequenos e homogêneos e foi aplicada mediante um roteiro que foi desde a sua escolha para o curso de Farmácia - informações sobre sua formação (assunto mais geral) até seu conhecimento sobre Saúde Mental (temática mais específica). O grupo focal foi escolhido por fundamentar-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação das pessoas (MINAYO, 2008).

Associada ao grupo focal e entrevistas individuais, foram realizadas visitas informais ao *Campus* do Porangabuçu, nos seus diversos espaços sociais, como salas de aula, laboratórios e grupos de pesquisa, centro acadêmico, coordenação etc. Participou-se, então, da vida dos agentes, no seu *locus* real, percebendo-se, memorizando-se e anotando dados, e ao mesmo tempo, entendendo-se pontos críticos, modificando-se e sendo modificada pelo contexto. Conversou-se com as pessoas, atenta e aberta as novidades do campo na intenção de que as falas e observações feitas fossem acrescentadas ou até mesmo se contrapusessem ao que foi verificado nas entrevistas. Tudo foi anotado em um diário de campo, na perspectiva de aprofundar assuntos pendentes, reconhecer a importância do contexto e complementar qualquer informação, aproximando-se ao máximo da situação real. Vale ressaltar que esse papel era conhecido pelos observados (MINAYO, 2008). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Um formulário de identificação foi entregue a cada entrevistado para complementar informações para caracterização dos sujeitos. Os formulários podem ser vistos nos Apêndices 4, 5 e 6.

Caracterização dos sujeitos

Grupo dos Farmacêuticos

<p>Farmacêutico 1. Especialista em Saúde Mental, 35 anos. Ingressou na universidade por concurso vestibular (2000) e graduou-se em 2007. No início do curso, enfrentou dificuldades que culminara em evasão por quatro anos. Foi bolsista de extensão, estagiária nos seguintes locais: farmácia comercial, unidade básica de saúde e em hospital público do Ceará. Quando formada, seu primeiro emprego foi numa farmácia especializada em diabetes e, posteriormente, em farmácia comercial. Pouco tempo depois assumiu o cargo de farmacêutica em um CAPS, após realização de processo seletivo por uma prefeitura do Ceará Fortaleza, onde atuou por 28 meses.</p>
<p>Farmacêutico 2. Especialista em Farmacologia, 35 anos. Ingressou na universidade por exame vestibular (1999) e graduou-se em 2003. No ensino médio, queria ser professora de Química. Durante a graduação, estagiou em laboratório de análises clínicas e nos serviços de farmácia de hospitais públicos, além de participar de coleta de dados de alguns projetos de pesquisa vinculados ao GPUIM. Atua em farmácia comercial e em CAPS, neste último, há 22 meses.</p>
<p>Farmacêutico 3. Mestre em Farmacologia, 28 anos, cursando especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica. Ingressou na universidade por concurso vestibular em 2005 e graduou-se em 2009. Durante a graduação, foi monitor por dois anos (Química Farmacêutica e em Toxicologia). Trabalhou em farmácia comercial, vigilância sanitária e CAPS, neste último há 18 meses.</p>
<p>Farmacêutico 4. Especialista em Saúde Mental, 32 anos. Ingressou na Universidade por exame vestibular em 2002 e graduou-se em 2006. Trabalhou em farmácia comercial e com seis meses após sua formatura iniciou suas atividades em CAPS, onde atuou por 48 meses.</p>
<p>Farmacêutico 5. Especialista em Manipulação Magistral e em Acupuntura, 38 anos. Ingressou na Universidade por concurso vestibular em 1998 e graduou-se em 2002. Na graduação, estagiou em Farmácia com manipulação. Após formado atuou simultaneamente como farmacêutico hospitalar e de manipulação. Após ser aprovado em concurso público assumiu a farmácia do CAPS geral e, após 12 meses, passou a gerenciar a CAF do município.</p>

Farmacêutico 6. Especialista em Marketing, 32 anos. Ingressou na Universidade por exame vestibular. Durante a graduação (2000-2004), foi bolsista de extensão em Farmacologia e estagiou em Farmacotécnica, na Farmácia-Escola. Após assumir concurso público para categoria NASF, passou um tempo atuando em Saúde Mental (36 meses). Posteriormente, foi convidado para atuar na CAF do município do interior do Estado.

Farmacêutico 7. Especialista em Oncologia, Farmácia Hospitalar e Gestão em Saúde, 36 anos. Ingressou por concurso vestibular na Universidade. Durante a graduação, participou do movimento estudantil. Atuou em farmácia comercial, hospitalar e atualmente em CAPS (6 meses).

Farmacêutico 8. Especialista em Saúde Mental, 43 anos. Após concurso vestibular, iniciou a graduação em 1990 e, por questões pessoais trancou o curso. Passou mais de dez anos longe da Faculdade e depois de retomá-la, graduou-se em 2009. Seu estágio no final da graduação na farmácia de controlados de um município do Estado do Ceará transformou-se em seu primeiro emprego. Trabalha há mais de 60 meses no contexto da Saúde Mental.

Farmacêutico 9. Especialista em Assistência Farmacêutica, 44 anos, iniciou a graduação em 1995, após exame de vestibular, e finalizou em 1999. Logo que se formou, assumiu a assistência farmacêutica de um município do Estado do Ceará, atuando posteriormente na vigilância sanitária e farmácia hospitalar. No ano de 2005, foi convidada para trabalhar em Saúde Mental, onde permaneceu por 120 meses.

Grupo dos Estudantes de Graduação (todos ingressaram no curso via SISU em 2011 e cursavam o nono semestre)

Estudante 1. 25 anos, tentou Medicina por quatro vezes, antes de ingressar no curso de Farmácia. Até aquela ocasião, seu pai não havia aceitado sua escolha. A sensação de pertencimento ao curso iniciou durante participação na pesquisa sobre estabilidade de medicamentos, em 2013, na Farmácia-Escola do curso. Já havia feito estágios curriculares em núcleo de Fitoterapia, farmácia comercial, farmácia de unidade básica de saúde, centro de intoxicação e laboratório de análises clínicas.

Estudante 2. 25 anos, tentou Medicina por três anos e, no decorrer dessas tentativas, iniciou os cursos de Nutrição, Engenharia de Alimentos e Enfermagem. Quando percebeu que não conseguia ingressar para Medicina optou por cursar Farmácia. Em estágios curriculares, já

havia trabalhado em farmácia comercial, farmácia de unidade básica de saúde e farmácia com manipulação. Já havia sido monitora. Naquele momento, era estagiária extra-curricular em uma farmácia comercial e atuava no PET-Farmácia.

Estudante 3. 20 anos, entrou para o curso de Farmácia com o apoio da família. Possui duas irmãs farmacêuticas. Já havia feito estágios curriculares em núcleo de Fitoterapia, farmácia comercial, farmácia hospitalar, farmácia em unidade de saúde e centro de intoxicação. Em projeto de extensão, acompanhou idosos em um hospital público.

Estudante 4. 22 anos, inicialmente, gostaria de cursar Odontologia. Por influência de uma prima farmacêutica e da mãe, que trabalhava em um laboratório de análises clínicas, escolheu Farmácia como segunda opção no SISU. Já havia feito estágios curriculares na Farmácia-Escola, farmácia hospitalar, centro de intoxicação, laboratório de análises clínicas e farmácia em unidade pública de saúde.

Estudante 5. 21 anos, decidiu ser farmacêutico ainda no ensino médio. Já havia feito estágios curriculares em um núcleo de Fitoterapia, farmácia comercial, farmácia hospitalar, centro de intoxicação, laboratório de análises clínicas e farmácia em unidade pública de saúde. Participava do PET Farmácia e já havia sido monitor de Fisiologia por um ano.

Grupo dos Professores e Gestores

Professor 1. Mestrado e Doutorado em Química Orgânica, 56 anos. Iniciou as atividades como professor na UFC em 1994. Dedicar 11 horas de sua carga didática às disciplinas da graduação. Integra projeto de extensão em unidade básica de saúde próximo ao *Campus* do Porangabuçu.

Professor 2: Mestre em Farmacoepidemiologia e Doutorado em Saúde Pública, 48 anos. Iniciou as atividades como professor na UFC em 1995. Desde a graduação, é envolvido com atividades de pesquisa e extensão com a temática Uso Racional de Medicamentos. Dez horas de sua carga didática são dedicadas a disciplinas da graduação. Já foi tutor do PET e participa de grupos de pesquisa e extensão.

Professor 3. Mestre em Química Inorgânica e Doutora em Farmacologia, 55 anos. Sempre quis ser professora. Exerce essa profissão na UFC desde 1992. Após a sua graduação trabalhou em um laboratório de saúde pública, especificamente no controle de hemoderivados e, em outro momento, coordenou a CAF de um município do Brasil. Foi

<p>bolsista de apoio técnico após o mestrado na UFC. Exerce atividade de extensão e dedica 12 horas da carga didática às disciplinas da graduação.</p>
<p>Professor 4. Mestre em Ciências Farmacêuticas e Doutorado em Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Medicamentos. Teve a primeira experiência como professor ainda durante a sua graduação, ministrando aula de Física no ensino médio de uma escola privada. Depois de formado, atuou por pouco tempo como farmacêutico de uma farmácia comercial pertencente a sua família e, posteriormente, com fitoterápicos e na indústria farmacêutica. Iniciou atividades como professor da UFC em 1995 e hoje dedica nove horas semanais da sua carga didática às disciplinas da graduação.</p>
<p>Professor 5. Mestre em Saúde Pública e Doutor em Educação, 45 anos. Já trabalhou em farmácia comercial, vigilância sanitária, com educação em saúde. Atualmente integra grupo de pesquisa e graduação e dedica 12 horas semanais da sua carga didática às disciplinas da graduação.</p>
<p>Professor 6. Mestre e Doutora em Farmacologia, 51 anos. Ensina desde o ensino médio. Já atuou em farmácia comercial. Iniciou as atividades como professora na UFC em 1994 e dedica seis horas semanais da sua carga didática às disciplinas da graduação.</p>
<p>Professor 7. Mestre em Análises Toxicológicas e Doutora em Toxicologia, 56 anos. Antes de atuar como professora da UFC, trabalhava em um laboratório de análises clínicas, como bioquímica. Dedicava atualmente dez horas semanais da sua carga didática às disciplinas da graduação.</p>
<p>Professor 8. Mestre e Doutora em Imunologia e Microbiologia. Antes de ser professora do curso de Farmácia trabalhava, em um laboratório de uma universidade pública do Brasil. Iniciou as atividades em 2002. Catorze horas semanais de sua carga didática são exclusivas à graduação.</p>
<p>Professor 9. Mestre e Doutora em Química Orgânica e Produtos Naturais. Durante a graduação, foi professora de Biologia em uma escola pública do Ceará. Iniciou as atividades como professora da UFC em 1991. Integra pesquisa e extensão. Catorze horas semanais de sua carga horária são exclusivas à graduação.</p>
<p>Professor 10: Mestre em Análises Toxicológicas e Doutora em Farmacologia, 59 anos. Iniciou suas atividades como professora da UFC em 1984. Doze horas semanais de sua carga didática são exclusivas à graduação.</p>
<p>Professor 11: Doutora em Química Orgânica, 49 anos. Antes de assumir o cargo de professora da graduação em Farmácia em 1997, atuou como farmacêutica de uma farmácia</p>

comercial e professora visitante e substituta na UFC. Dedicar dez horas semanais de sua carga didática à graduação.

Professor 12: Mestre em Tecnologia de Alimentos e Doutora em Bioquímica, 57 anos. Iniciou suas atividades como professor da UFC em 1989. Quatro horas semanais de sua carga didática são exclusivas à graduação.
--

4.3 A análise: da organização das informações à interpretação

As informações coletadas foram organizadas seguindo-se as etapas estruturadas por Assis e Jorge (2010). Para análise dos resultados, realizou-se a *ordenação dos dados*, com início na leitura geral do material transcrito e primeira organização dos dados obtidos das entrevistas, grupo focal e observações.

Seguiu-se com a etapa de *classificação dos dados*, com uma leitura fluente e exaustiva dos textos e posterior recorte das unidades de análise, o que possibilitou a visualização das ideias centrais (núcleos de sentido). Estabeleceram-se, no primeiro momento, sínteses horizontais, que permitiram mostrar os temas e as ideias comuns dos entrevistados, e, após esse estágio, destacar as estruturas de relevância, isto é, a apreensão das ideias centrais do texto. No segundo momento, realizou-se a leitura transversal de cada corpo, estruturado a partir dos núcleos de sentido percebidos nos vários grupos que compõem a análise, buscando o confronto de ideias mediante identificação das convergências, divergências, complementaridade e diferenças. Foi efetivada também, síntese vertical para que se tivesse também uma ideia global das entrevistas.

Para análise final dos dados, fez-se o entrecruzamento das informações, complementando-as com as observações, identificando-se as convergências e divergências, articulando-se com o referencial teórico da Hermenêutica-Dialética para produção de análise compreensiva e crítica. O Anexo 6 resume a proposta de análise. O Anexo 7 representa esquematicamente a categorização empírica das falas das entrevistas. O mesmo foi realizado para o grupo focal.

A Hermenêutica funda-se na compreensão, como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação. Gadamer esclarece que o caminho da compreensão é percorrido não buscando a intenção do autor, pois as palavras e discursos dizem muito mais do que quem os escreveu quis dizer. E, num raciocínio dialético, comenta

que, embora muitos tenham pretensão de dizer mais do que realmente dizem, é importante ter em conta que cada individualidade é uma manifestação do viver total e, portanto, a compreensão se refere, ao mesmo tempo, ao que é comum, por meio de operações de comparação; e ao que é específico, como contribuição peculiar de cada autor. Compreender, também, não é contemplar, tampouco é o mero ato de captar a vontade ou os planos que as pessoas fazem, pois nem o sujeito se esgota na conjuntura que vive, nem o que ele chegou a ser foi apenas fruto da sua vontade, inteligência e personalidade (MINAYO, 2008, p. 330). Compreender é entender o autor melhor do que ele próprio teria se compreendido, tentando desvendar o que ficou inconsciente para ele (MINAYO, 2008, p. 331).

A Dialética estabelece atitude crítica. No mesmo sentido metodológico, a demanda cria instrumentos de crítica e apreensão das contradições na linguagem; procura compreender e analisar os significados desde o contexto das práticas sociais; tenta valorizar os processos e as dinâmicas onde se constituem os consensos e as contradições, ressaltando o condicionamento histórico das falas, relações e ações (MINAYO, 2008, p. 331).

Com efeito, a tese sob relatório baseou-se nessa fusão metodológica, entendendo que há uma complementaridade entre a Hermenêutica e a Dialética, que busca, no ser humano, a consolidação ético-política do pensamento, com procedência na própria realidade, voltando a visão para apreender as divergências, convergências, complementaridades, confrontos e captação do inusitado.

4.3 Questões éticas

À Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem e demais órgãos e sujeitos envolvidos nesta pesquisa, foi encaminhada solicitação constando o nome da pesquisa e objetivos, vistas a se obter sua concordância. A todos os envolvidos, aplicou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo a participação voluntária, garantindo-lhes anonimato e confidencialidade dos dados, conforme a Resolução nº 466/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a chamada investigação *in anima nobili*. Todos os documentos (transcrições e fotos) foram guardados com a pesquisadora principal. O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado sob o Parecer nº 33853814.0.0000.5054.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Olho para a educação com olhos de cozinheiro e me pergunto: que comidas se preparam com os corpos e mentes...nesse caldeirão chamado escola? Porque educação é isso: um processo de transformações alquímicas que acontece pela magia da palavra. Que prato se pretende servir? Que sabor está sendo preparado? Para que se educa? É isso que aprendi com as cozinheiras: que é preciso pensar a partir do fim. Os sabores são coisas boas. Os saberes devem nos dar razão para viver.” (RUBEM ALVES)

5 QUALIDADE DA EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL

6 EXPERIÊNCIA DO EGRESSO, ESTUDANTE E PROFESSOR NA FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO

7 A TRAJETÓRIA DO FARMACÊUTICO PARA ATUAR NA SAÚDE MENTAL

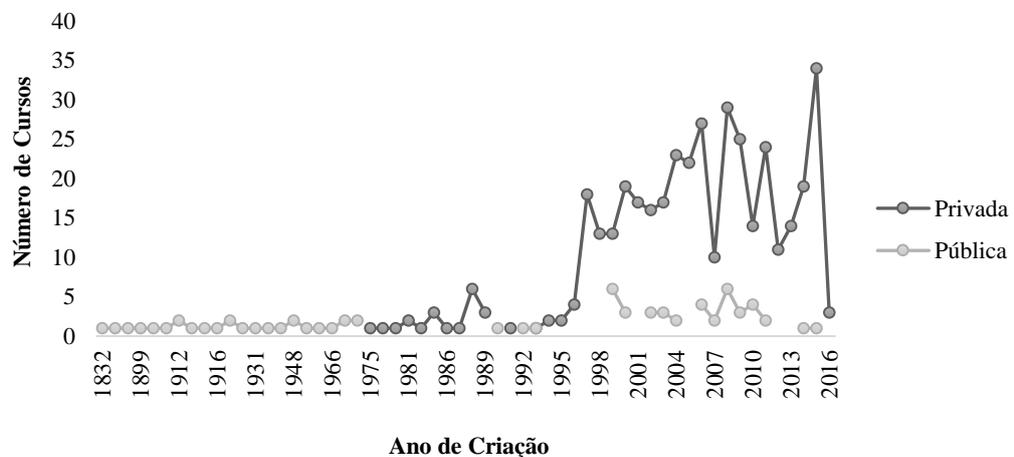
5 QUALIDADE DA EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL

Neste capítulo, discutir-se-á sobre a qualidade dos cursos de Farmácia do Brasil numa perspectiva público-privada, com ênfase nos indicadores de qualidade propostos pelo Ministério da Educação (MEC) e responderá ao primeiro objetivo específico desta tese.

Em abril de 2016, no portal do MEC havia registrado 501 cursos de Farmácia em atividade no Brasil. Após aplicação dos critérios de exclusão, foram removidos 6,8% (n=34) dos cursos, permanecendo para análise o total de 467.

A Figura 4 destaca a evolução do número de cursos de Farmácia criados desde 1832. Foram instituídos até 1974, 26 cursos na categoria administrativa pública. Nos anos de 1975 a 1995 foram criados mais três cursos na categoria administrativa pública e, nesse mesmo período, foram 26 na categoria administrativa privada. Desde 1996, registrou-se um incremento de 79,6% (n=372) de cursos na categoria administrativa privada e 8,6% (n=40) na categoria pública.

Figura 4 - Evolução da criação de cursos de Farmácia no Brasil, 1832 – 2016



Fonte: Banco de Dados MEC, 2016.
Elaboração própria.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos cursos de graduação em Farmácia quanto ao número e localização. O percentual de cursos da categoria administrativa privada é de 85,2% (n=398), enquanto na categoria administrativa pública corresponde a 14,8% (n=69). A região Sudeste detém o maior percentual de número de cursos, 44,5% (n=208). Em relação à categoria administrativa privada, essa região detém 45,2% (n=180). Entrementes, a região Norte possui 7,1% (n=33) do total de cursos, sendo a categoria administrativa pública

detentora de 10,1% (n=7). O índice de interiorização dos cursos é de 67,0% (n=313). Ao considerar os cursos das instituições privadas o percentual é mais elevado, 68,3% (n=272). Ao considerar as capitais, entretanto, existe predomínio de cursos de categoria administrativa pública (40,6%).

Tabela 1 - Distribuição dos cursos de graduação em Farmácia no Brasil quanto a região e localização, Abril 2016.

	Privadas (n=398)	Públicas (n=69)
	N (%)	N (%)
Cursos por região		
Sudeste	180 (45.2)	28 (40.6)
Nordeste	77 (19.3)	16 (23.2)
Sul	62 (15.6)	12 (17.4)
Centro-Oeste	53 (13.3)	6 (8.7)
Norte	26 (6.6)	7 (10.1)
Localização		
Interior ²⁰	272 (68.3)	41 (59.4)
Capital	126 (31.7)	28 (40.6)

Fonte: Banco de Dados MEC, 2016.

Elaboração própria.

A Tabela 2 descreve a distribuição das vagas autorizadas para os cursos de graduação conforme a região. A maioria, 90,6% (n=60.611), pertence à categoria administrativa privada, um número quase dez vezes maior do que a categoria administrativa pública (9,4% e n=6.285). Do total de 66.896 vagas ofertadas, 51,8% localizam-se na região Sudeste. Em termos proporcionais, em relação às categorias administrativas públicas e privadas, as regiões Sudeste (54,4%), Sul (13,4%) e Norte (6,6%) possuem frequência mais elevada da categoria administrativa pública. Já na região Centro-Oeste, a categoria administrativa privada se sobrepõe à categoria administrativa pública (12,4%).

A análise bivariada dos indicadores de qualidade Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), Conceito Preliminar de Curso (CPC) e Conceito de Curso (CC), comparando as categorias administrativas públicas e privadas está expressa na Tabela 3. Dos 467 cursos avaliados em relação ao ENADE, 107 obtiveram conceitos não satisfatórios (notas 1 ou 2), sendo 94,4% (n=101) deles pertencentes a cursos da categoria administrativa privada. Dos 105 (22,5%) cursos que apresentaram conceito 3, 93,3% (n=98) pertenciam à categoria administrativa privada. Dos cursos que apresentaram conceito 5, classificados como excelentes, a maioria (78,6%) pertencia à categoria pública. Destaca-se a ausência de

²⁰ Considerou-se a denominação “interior” para qualquer cidade fora das capitais.

informações em quase 20% dos cursos avaliados, constituindo 93,4% da categoria administrativa privada. Para o indicador Sem Conceito (SC), em torno de 17% de todos os cursos não possuíam informação, e, desses, 91,1% pertenciam à categoria administrativa privada.

Tabela 2 - Distribuição das Vagas Autorizadas para Cursos de Graduação em Farmácia do Brasil, Abril 2016.

	Privadas (n=60.611)				Públicas (n=6.285)			
	N (%)	M (DP)	Mínimo	Máximo	N (%)	M (DP)	Mínimo	Máximo
Vagas autorizadas por região		152,3 (110,9)	25	1.275		91,1 (71,2)	30	480
Sudeste	31.202 (51,5)	173,3 (132,5)	40	1.275	3.421 (54,4)	122,2 (97,5)	30	480
Nordeste	12.581 (20,8)	163,4 (73,3)	40	440	1.202 (19,1)	75,1 (35,3)	30	185
Sul	5.765 (9,5)	92,9 (49,8)	25	240	840 (13,4)	70 (34,9)	30	130
Centro-Oeste	7.523 (12,4)	141,9 (93,8)	40	460	405 (6,5)	67,5 (25,6)	40	100
Norte	3.540 (5,8)	136,1 (127,3)	40	720	417 (6,6)	59,6 (30,4)	35	120

Legenda: M=média; DP=Desvio-padrão

Fonte: Banco de Dados MEC, 2016.

Elaboração própria.

Quanto ao Conceito Preliminar de Curso (CPC), 6,4% (n=30) obtiveram conceitos não satisfatórios (notas 1 ou 2), dos quais 86,6% (n=26) pertencem a cursos da categoria administrativa privada. O fato de apenas um curso, que recebeu conceito 1, pertencia à categoria administrativa privada. Dos cursos que denotaram conceito 5 (n=5), classificados como excelentes, a maioria (60,0%) pertencia à categoria pública.

Quanto ao indicador Conceito de Curso (CC), 0,9% (n=4) dos cursos avaliados obtiveram conceito não satisfatório (nota 2), seguidos de 69,4% (n=324) que obtiveram conceitos satisfatórios (notas 3, 4 e 5) e 23,1% (n=108) não tiveram notas divulgadas.

Tabela 3. Indicadores de Qualidade dos Cursos de Graduação em Farmácia do Brasil, Abril 2016.

Indicadores	Privadas N(%)	Públicas N(%)	Total N(%)	Valor p*
Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes				0.000
-	85 (93,4)	6 (6,6)	91 (100,0)	
1	15 (88,2)	2 (11,8)	17 (100,0)	
2	86 (95,6)	4 (4,4)	90 (100,0)	
3	98 (93,3)	7 (6,7)	105 (100,0)	
4	39 (54,9)	32 (45,1)	71 (100,0)	
5	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100,0)	
Sem Conceito	72 (91,1)	7 (8,9)	79 (100,0)	
Conceito Preliminar de Curso				0.000
-	121 (93,1)	9 (6,9)	130 (100,0)	
1	1 (100,0)	-	1 (100,0)	
2	25 (86,2)	4 (13,8)	29 (100,0)	
3	130 (91,6)	12 (8,4)	142 (100,0)	
4	68 (68,0)	32 (32,0)	100 (100,0)	
5	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100,0)	
Sem Conceito	51 (85,0)	9 (15,0)	60 (100,0)	
Conceito de Curso				0.003
-	108 (77,7)	31 (22,3)	139 (100,0)	
1	-	-	0 (-)	
2	4 (100,0)	-	4 (100,0)	
3	166 (92,2)	14 (7,8)	180 (100,0)	
4	109 (84,5)	20 (15,5)	129 (100,0)	
5	11 (73,3)	4 (26,7)	15 (100,0)	
Sem Conceito	-	-	0 (-)	

Fonte: Banco de Dados MEC, 2016.

Elaboração própria.

Ao analisar os indicadores de qualidade dos 467 cursos de Farmácia ativos do Brasil, comparando as categorias administrativas público-privada, verificou-se um crescimento do número de cursos e vagas desde 1832. Desde 1996 se percebeu expansão ascendente da categoria administrativa privada, predominando a localização fora das capitais. Os resultados mostram uma qualidade de caráter isomórfica nos três indicadores (ENADE, CPC e CC) e seus valores tendem à centralidade (conceito 3), portanto qualidade satisfatória. Conceitos excelentes, todavia, foram característicos de cursos de instituições públicas.

No final do século XX, assim como nos Estados Unidos e na Inglaterra, os governos latino-americanos impulsionaram estratégias destinadas a superar problemas econômicos, políticos e sociais por via da aplicação das políticas neoliberais. Assim, para se alcançar uma

educação de qualidade foi preciso o Brasil se adaptar às demandas requeridas politicamente para reproduzir e potencializar um modelo de desenvolvimento capitalista e abertura para privatização do ensino. Desde então, no país, a maioria dos sistemas educativos convive em dois âmbitos de domínio institucional - um público e estatal e o outro privado - apesar de ser direito constitucional e de responsabilidade do Governo o atendimento das necessidades educacionais do coletivo (BIANCHETTI, 2008). Como coexistem esses dois sistemas, definiu-se aqui a análise dos indicadores de qualidade dos cursos de farmácia no Brasil, comparando as duas categorias administrativas.

Inicialmente, foi importante conhecer o perfil da evolução dos cursos de Farmácia criados no Brasil, constatando-se intensiva privatização do ensino em Farmácia, desde os anos 1990, ao mesmo tempo em que estagnaram os cursos em instituições de caráter administrativo público. Nesse período, observava-se no Brasil, um movimento de reconfiguração das esferas pública e privada, que afetou diretamente a sua educação superior, por intermédio da mercantilização da sua operação educacional. Os governos brasileiros reformaram a educação superior, por meio de uma diversidade de instrumentos normativos, como a Lei Orgânica da Educação do país, a Lei de Diretrizes e Bases nº 9.394/1996, cuja centralidade reside na restrição de gastos (BRASIL, 2005; CHAVES, 2010). Situação semelhante ocorreu na Índia, pois, como informa estudo realizado por Basak e Sathyanarayana (2010), ali, até meados dos anos 1980, o ensino superior era financiado pelo setor público e somente 37 instituições ofereciam o curso. Com a rápida industrialização no setor farmacêutico, privatização e crescimento econômico após 20 anos, esse quantitativo passou a 854, sendo 91% delas do setor privado.

Além disso, mais recentemente, a política privatista adotada pelo Governo Federal no Brasil materializou-se por uma série de medidas, como isenções tributárias, bolsas de estudo para alunos carentes como Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e o Programa Universidade para Todos (PROUNI), que estimularam o surgimento dos cursos e vagas em escolas privadas e sua interiorização (CHAVES, 2010). A região Sudeste, concentrou o maior número de cursos, porque sua população possui maior poder aquisitivo e maior renda *per capita*, ao passo que a região Norte tem menores valores de renda (IBGE, 2017). O problema era entender se esses aumentos eram associados a uma qualidade satisfatória na formação farmacêutica.

Medir a qualidade de um curso superior significa atender a requisitos mínimos, como produção de conhecimento, estímulo a inovações tecnológicas, parcerias entre universidades,

institutos de pesquisa e o setor produtivo, execução de estudos sobre temas sociais relevantes e pelo desenvolvimento de tecnologias sociais (SOBRAL, 2009). A demanda por essa qualidade é regulada com o estabelecimento de indicadores de desempenho e padrões nacionais associados, na perspectiva de melhorá-la (MOREIRA, 2013).

Estes indicadores, entretanto, contribuem para possibilitar a classificação dos cursos e a avaliação dos docentes e discentes. Encontra-se diante de cursos de Farmácia de conceito 3, em sua maioria, pertencentes à categoria administrativa privada, o que significa serem programas bons e considerados aptos ao ensino. Os “melhores cursos” (nota 5) são da categoria administrativa pública; no entanto, a visão de qualidade não pode se fundamentar em pressupostos técnicos e se distanciar do compromisso com a sociedade (MOREIRA, 2013). Essa situação sugere, pelo menos, três pontos. Primeiro, porque pode existir certa acomodação das instituições pelo fato de alcançarem a nota mínima de qualidade; segundo, pelo fato de existir uma preocupação com a certificação relativamente e não uma formação qualificada de profissionais, especialmente nas instituições privadas e, por fim, que os estudantes são treinados para os exames, incentivando-os à aprendizagem na sua abordagem de ensino tradicional e reduzida ao cumprimento do conteúdo dado, sem preocupação com reflexões ou tomadas de decisão.

Tal circunstância influencia o lugar de cada curso num ranque, o que recai num processo de marketing. A mercantilização educacional por vezes, impede um espaço de formação crítica em detrimento apenas de uma formação de mão de obra para o mercado, superando a lógica desumanizadora do capital, que tem no individualismo e no lucro seus fundamentos (ALBUQUERQUE e GIFFIN, 2008).

Estes resultados subsidiaram o aprofundamento da realidade do curso de Farmácia da UFC, suas subjetividades e processos. Uma limitação neste ensaio foi a ausência do resultado dos indicadores para vários cursos ou muitos deles sem conceito. Buscou-se uma justificativa junto ao órgão responsável pela disponibilização dos dados, onde foi relatado que era facultado às instituições de ensino superior, fazer parte do cadastro e-MEC, e que as informações relacionadas a elas são declaratórias e de responsabilidade exclusiva dessas instituições.

6 EXPERIÊNCIA DO EGRESSO, ESTUDANTE E PROFESSOR NA FORMAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Os resultados deste módulo da tese foram mostrados em quatro categorias empíricas:

(i) Dificuldades no acesso ao curso de Farmácia e os obstáculos para permanência deste aluno no curso; (ii) Motivação para estudar Farmácia e para permanecer no curso; (iii) Evasão escolar; (iv) O currículo, o processo formativo e as abordagens de ensino.

Dificuldades no acesso ao curso de Farmácia e os obstáculos para permanência deste aluno no curso

Escolher uma profissão nem sempre é tarefa simples, pois, em geral, ela ocorre num momento de transformações físicas e psíquicas e que, por si, ensejam conflitos. Além disso, a sociedade, a família e os amigos cobram um posicionamento para o qual nem sempre o jovem está preparado (FILIZATTI, 2003).

Tal situação não diverge do contexto daqueles que optaram pelo curso de Farmácia da UFC, independentemente do ano de acesso. Havia por parte dos sujeitos grande estima pela área da saúde e vontade de ajudar o semelhante, mas pouco conhecimento sobre a profissão farmacêutica. Para eles, eram claras, por exemplo, as funções do médico e do odontólogo, além do *status* associado a estas profissões. Quanto à atuação do farmacêutico, no entanto, pouco se sabia, exceto aquilo que estava disposto nos *sites* de busca da internet e a frustração por pensarem se tratar *só de um balconista* (ESTUDANTE 8).

Eu sempre gostei da área da saúde. Na época do vestibular você vai pelas específicas. Eu tinha afinidade por biologia e química [...]. Quando eu conheci uma amiga da minha mãe, farmacêutica que é das análises clínicas, ela me falou mais ou menos do curso de farmácia, né, o que fazia e me abriu os olhos para fazer Farmácia (FARMACÊUTICO 3).

A minha escolha em relação ao curso de Farmácia me foi de paraquedas. Inicialmente eu queria o curso de odontologia, tentei vestibular duas vezes, não tive êxito e quando foi pra tentar o vestibular de Fortaleza, pois sou de Teresina, tive receio de fazer para Odontologia e de me atrasar mais um ano, então escolhi o curso de Farmácia (FARMACÊUTICO 7).

Eu também tentei por três vezes medicina e nesse decorrer também passei em vários outros cursos. Fiz nutrição, fiz engenharia de alimentos numa universidade pública federal, cursei enfermagem numa universidade pública estadual, aí fiquei entrando

e saindo do curso. Até que eu fiz enfermagem e descobri que não poderia tentar medicina porque não gostava de tratar ferimentos, com sangue, essas coisas. Eu gosto da área da saúde e gosto de ajudar as pessoas, então eu pensava que era medicina por conta disso. E minha mãe e minha família diziam, “você sempre estudou muito, você tem capacidade de passar para medicina. [...] Aí eu tomei pra mim, que ser médica era sinônimo pra ser rica, pra ganhar muito, pra ajudar as pessoas e pra satisfazer meus familiares. Aí eu descobri que eu estava atrasando minha vida, deixando de lado a minha vida, perdendo minha adolescência, por uma coisa que eu nem queria. (...) Aí o ENEM me possibilitou fazer isso. Quando eu vi a minha nota pensei, essa nota dá para Farmácia. Eu nunca tinha imaginado fazer Farmácia. Não sabia com o quê o farmacêutico trabalhava. Eu achava que era apenas um balconista (ESTUDANTE 2).

A identidade do profissional também foi ponto discutido entre os professores. Eles tinham consciência de que “[...] não é uma missão muito fácil”.(PROFESSOR 1). Para eles serem farmacêuticos e professores de Farmácia era muito gratificante e motivo de orgulho, porque amavam a sua função e essa circunstância lhes permitia transmitir conhecimentos aprendidos ao longo do tempo, para aqueles que necessitavam [aos estudantes].

A questão da identidade desse profissional, eu acho que é um complicador a mais, porque a gente como professor [...] além da formação, eu acho que a gente não pode hora nenhuma se desvincular da profissão farmacêutica em si. A gente precisa trabalhar nesse sentido, de valorizar também a profissão. Diferente das outras profissões da saúde a gente ainda não tem bem definido, isto é, a população ainda não tem bem definido quem é esse profissional (PROFESSOR 1).

Por vezes já me senti desestimulado pelos meus companheiros. E que é justamente aqui neste lugar que ainda não há um espaço, digamos, legitimado para fazer algumas reflexões mais duras, sobretudo em relação ao papel do medicamento e a do farmacêutico na sociedade (PROFESSOR 5).

Além disso é [...]um curso que lida com pessoas (PROFESSOR 11) e fomos formados para ser bons técnicos, mas muito pouco para essa parte de ter contato com as pessoas. E “não adianta bancada sem você pensar porque, para quê e para quem você está fazendo aquele trabalho (PROFESSOR 10).

É uma discussão pertinente, porque os professores tinham consciência de que as atividades de análises clínicas e de indústria eram bem estabelecidas, reconhecidas e debatidas pelos profissionais e sociedade. Lidar com o outro, entretanto, como propõem as novas DCN para Farmácia ainda é algo novo que deve ser aprendido, inclusive por eles (SATURNINO, 2012).

As identidades profissionais são as modalidades socialmente constituídas pelas pessoas de se reconhecerem umas às outras na seara do trabalho. As profissões tomam espaço mediante a apropriação de uma série de condições ou estádios que são reconhecidas como itens imprescindíveis à profissionalização. Parece relevante a existência de uma orientação

para a coletividade, ou ideal de trabalho, que define os padrões profissionais exigidos e a correta conduta a ser traçada no cotidiano laboral. A profissão torna-se reconhecida, portanto, desde o momento em que possui um corpo de conhecimento próprio, adquirido com o treinamento formal, tendo sua prática regida por normas sistematizadas (VIEIRA, 2007).

Assim como descrito por Saturnino (2012) sobre a busca do farmacêutico pela sua identidade no Brasil, neste trabalho também se identificaram a necessidade de o estudante e o profissional reconhecerem a atividade do Farmacêutico como profissão, uma vez que não há sua importância comprovada para a maioria dos gestores dos serviços públicos e líderes do setor privado, mesmo com uma série de campanhas veiculadas nos meios de propagação coletiva. Essa situação reforça a necessidade de sensibilização e adesão de um número maior de profissionais farmacêuticos para o resgate deste papel social.

Em outros países, como os Estados Unidos nota-se maior reconhecimento pelo profissional farmacêutico e, mesmo assim, se observou uma redução na procura pelo curso de Farmácia desde 2015. A explicação para o fato, entretanto, reside na recuperação lenta da recessão na economia e busca de emprego no mercado de trabalho por aqueles que estão desempregados, situação que diverge do Brasil. Os órgãos responsáveis pela profissão naquele País realizam campanhas para que a população jovem procure o curso (LUCINDA; JENNIFER, 2015).

Motivação para estudar Farmácia e para permanecer no curso.

Foi importante constatar as razões que motivaram os alunos de Farmácia a estudarem neste curso, e decidirem permanecer nele. A primeira delas, destacou a aptidão dessas pessoas pelos conteúdos de Biologia e Química. A aproximação com eles partiu da necessidade de alcançar bons resultados nessas disciplinas, durante o exame de vestibular, disciplinas específicas para ingressar no curso. Além disso, os semestres iniciais da graduação em Farmácia revisavam tais conteúdos, situação que facilitou o acompanhamento das aulas e permanência em sala. O segundo motivo considerou a opinião da família e dos amigos em relação ao curso; e por fim, a satisfação pessoal foi mencionada, contudo para aqueles que ingressaram no curso antes da publicação das DCN 2002.

Dentre as barreiras enfrentadas pelos postulantes ao adentrarem o curso cita-se a insatisfação enfrentada por eles no início das aulas. Isso porque muitos ingressaram na universidade pelo processo seletivo do SISU, que permitia mais de uma opção de curso de graduação, sendo Medicina ou Odontologia a primeira escolha. A Farmácia vinha em segundo plano, com raras exceções.

Outras divergências também foram explicitadas: distância da família; carga horária elevada; período de aula integral (o que impossibilitou àqueles com menor poder aquisitivo de buscar emprego e ajudar financeiramente em casa). Soma-se o fato de os primeiros semestres do curso terem ocorrido no *campus* do Pici²¹, situação que reduziu a sensação de pertencimento ao curso de farmácia.

Quando eu entrei no curso e enquanto eu estava cursando, eu detestei farmácia! (FARMACÊUTICO 1).

Venho de família pobre, eu venho de família humilde. E o curso de farmácia, assim como todo curso da área da saúde, ocupa o dia todo, é diurno. Eu passava o dia na faculdade, o que dificulta conseguir um emprego. Tinha época que eu não conseguia nem o dinheiro para pagar o ônibus, dinheiro para lanche, para almoçar e dependia muito da família né? Para mim foi um curso difícil, tanto pela quantidade de disciplinas, tanto pelo tempo que ele leva e pela falta de dinheiro. [...] Passei muita dificuldade pra poder me manter dentro da faculdade. (FARMACÊUTICO 5).

Sou do interior, eu vim morar com meu tio e agora estou morando só. A farmácia veio para mim tanto como um amadurecimento intelectual como também pessoal. Porque saí de casa, sou filho único, do interior e tudo, e o que me motiva também é o crescimento financeiro, né. (ESTUDANTE 5)

Por fim, as disciplinas iniciais (até o terceiro semestre) não eram atraentes ou os sujeitos não percebiam aplicabilidade na futura profissão. Apesar de Química ter sido prerrequisito no processo seletivo, ela e a estatística, em geral, não eram disciplinas bem toleradas, com raras exceções.

Os primeiros semestres, eu acho que até o terceiro, a gente passava muito no (campus do) Pici. Então a gente não conseguia identificar muito o curso de farmácia. A gente conseguia mais, se vê na química, na estatística, na física, aquilo dali não te colocava muito dentro do curso. Então, quando a gente vai para o (campus do) Porangabuçu e [...] conhece os setores da faculdade, microbiologia, farmacotécnica, inicia farmacologia, começa a perceber do que teu curso é feito, você começa a ver até quais são até as áreas que te acolhem. (FARMACÊUTICA 6).

²¹ A distância do *campus* do Pici ao *campus* do Porangabuçu é de 3,2Km. No *campus* do Pici são ministradas disciplinas da área das Ciências Exatas como Química, Física e Estatística, pertencentes ao início do curso. As demais ocorrem no Porangabuçu. Apesar de recentemente haver uma linha de ônibus estudantil entre os *campi*, o traslado é complicado porque possuem horários específicos.

Esses relatos assemelham-se ao que propôs Santos (2017), ao descrever os desafios da juventude negra ao ingressar em cursos de saúde de uma universidade pública da Bahia. Ela explica que existem dois tipos de permanência - a material, que requer condições materiais objetivas para vivenciar a universidade, tais como dinheiro para alimentação, moradia, transporte, compra de equipamentos e aquisição de material bibliográfico etc.; e a maneira simbólica da permanência, associada a uma constância do indivíduo no ensino superior que permita a sua transformação, a partilha com seus pares e o pertencimento ao ambiente universitário (SANTOS, 2009).

Muitos dos alunos que ingressaram no curso de Farmácia experimentam dificuldades financeiras e a permanência material foi bastante descrita. Durante as observações, notou-se grande movimento, por exemplo, no Restaurante Universitário do *Campus* do Porangabuçu, local onde é servido comida de qualidade a um preço mínimo (R\$ 1,10 pela refeição).

Na busca de uma formação no patamar da graduação pode haver distanciamentos, mas também aproximações entre o estudante e a escola. À medida que os alunos se percebiam no espaço da universidade, isto motivou sua permanência nesse ambiente: conhecer as diversas áreas de atuação do farmacêutico; cursar disciplinas específicas desse ofício; engajar-se no PET e no CART; envolver-se nos projetos de pesquisa e extensão; iniciar estágios; e querer se formar para adquirir independência financeira e seguir com os sonhos.

Quando eu aceitei o curso, porque no início você não sabe se vai continuar. A área que eu gosto é a da pesquisa, controle de qualidade principalmente. Eu já estou quase formada e eu consegui achar dentre as várias opções que a farmácia me permite, uma área que eu me identifiquei mais, a pesquisa, e que eu me imagino trabalhando nisso após formada. (ESTUDANTE 1)

Quando eu entrei no PET, eu pude ter acesso as áreas da farmácia [...], me apaixonei. (ESTUDANTE 3)

Eu sempre me senti pertencendo ao curso de farmácia. Desde o primeiro semestre. No terceiro semestre você começa a perceber que as coisas básicas podem ser aplicadas. Na questão da farmacotécnica, que é a primeira cadeira que realmente você vê o campo de atuação do farmacêutico (...) aí eu me apaixonei. (ESTUDANTE 5)

A pesquisa e a extensão contribuem positivamente com a comunidade acadêmica que encontrará na sociedade a oportunidade de elaboração das práxis de um conhecimento acadêmico. Quando os resultados dessas pesquisas retornam à universidade, professores e estudantes trarão um aprendizado que, submetido a uma reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento (SOUSA; BASTOS, 2016). Assim, a pesquisa e a extensão constituem

oportunidades para aproximação dos alunos, especialmente para aplicar os conhecimentos adquiridos em sala de aula.

Evasão escolar

As dificuldades contribuíram para duas evasões escolares. A primeira, de categoria simbólica, ocorreu porque a estudante almejava cursar medicina e ainda tentou por quatro anos, sem sucesso.

Abandonei a faculdade e passei quatro anos tentando medicina. Como passava na primeira fase, mas não passava na segunda, e vendo os colegas se formando, trabalhando, disse é hora de voltar para o curso (de Farmácia). (FARMACÊUTICA 1)

Para a segunda, as dificuldades financeiras foram preponderantes:

[...] e tinha que ter esse pé de meia para poder segurar as pontas enquanto eu tivesse lá dentro (no curso de farmácia) e até me formar (FARMACÊUTICA 8)

A categoria evasão escolar surgiu e levou a uma profunda reflexão. Apesar de a categoria simbólica, citada anteriormente, ter sido um significativo fato encorajador para saída da estudante, por um tempo, da Universidade, foram investigados na pesquisa elementos que pudessem explicar essa ocorrência. Foi verificado que, até o momento da coleta de dados, não existia uma interação coordenação-alunos na recepção dos calouros no curso. Esse contato, o primeiro, organizado exclusivamente por estudantes do CART, num evento denominado *Semana Zero*²² era composto pelas seguintes etapas: (i) apresentação do CART, sua importância e exposição das “disciplinas mais difíceis do curso”, com ênfase na química e relato do alto índice de reprovação; (ii) apresentação do farmacêutico Rodolfo Teófilo e sua importância; (iii) dinâmica onde foi feita a pergunta “*Quantos realmente queriam cursar Farmácia?*”. Dos 31 presentes, somente cinco falaram positivamente; (iv) as diversas áreas de atuação do farmacêutico; (v) as conquistas dos alunos - novo prédio, mudanças curriculares, estacionamento e restaurante universitário; (vi) palestras de membros do Sindicato dos Farmacêuticos, que focavam na importância de não “assinar farmácia²³”, inadimplência dos farmacêuticos, luta pela jornada máxima de 30 horas de trabalho semanais, com ênfase na atuação do farmacêutico em farmácia comunitária.

Outra questão revelada durante as observações foi a “repetição de conteúdos” em diferentes disciplinas, “aulas monótonas” e “assédio moral” por alguns professores. /*Grosso*

²² Recepção dos calouros organizada pelos alunos do Centro Acadêmico (CART).

²³ Termo utilizado quando se faz uso indevido da profissão farmacêutica.

modo, há questões de ordem estrutural, mediadas pela própria organização do curso, que favorecem o abandono por parte do jovem. Situações como essa relacionam-se com abordagem de ensino, tema da próxima categoria discutida. Como descrevem Bourdieu e Passeron (2009), a violência simbólica, sutilmente, como técnica pedagógica, pode justificar as evasões, tema que merece respeito por parte dos professores coordenadores do curso o quanto antes.

O currículo, o processo formativo e as abordagens de ensino.

Os sujeitos entrevistados tiveram contato com duas matrizes curriculares diferentes. A primeira matriz, anterior às DCN's 2002, correspondia a um tempo de formação de quatro anos e a opção por cursar uma das modalidades de atuação (análises clínicas, indústria ou bromatologia), o que alongava o tempo na faculdade por no mínimo mais um ano. A segunda matriz, instituída na UFC em 2005, referia-se às mudanças consideradas nas DCN de 2002. Portanto as opiniões dos entrevistados se distinguiram quanto às disciplinas, sua distribuição e o aspecto dessa matriz curricular.

Aqueles que se formaram com o currículo anterior ao ano de 2005 perceberam uma matriz curricular com aspecto tecnicista, de “bancada”, com pouca vivência com relação aos serviços de saúde, especialmente quando se pensava no sistema de saúde do País, o SUS. Disciplinas que estimulavam socialização ou relacionavam-se ao cuidado e contato com os pacientes eram praticamente inexistentes. Os estágios curriculares acumulavam-se no último semestre do curso. Como essa vivência foi considerada curta, não se sentiam preparados para o mercado de trabalho.

Para suavizar esta situação, alguns alunos optavam por trancar disciplinas obrigatórias, a fim de realizar estágios extracurriculares e aprofundar os conhecimentos de Farmacologia e Assistência Farmacêutica. Os locais mais escolhidos foram: farmácias comunitárias, farmácias hospitalares, farmácias com manipulação e laboratório de análises clínicas.

Na busca por experiência, realizar atividades de maneira voluntária, ou seja, sem o recebimento de auxílio financeiro também era comum, principalmente no início do curso, dentro dos laboratórios de Química do *Campus* do Pici; mas também encontraram oportunidades no GPUIM (CEFACE) e Laboratório de Farmacotécnica. Os programas de monitoria eram bastante disputados e os programas de iniciação científica raros, sendo as

bolsas, por muitas vezes, divididas para dois alunos de um mesmo laboratório ou grupo de pesquisa.

O começo da faculdade é um pouco complicado, porque a gente vê muita química, que é uma área que realmente eu não me identifico muito! Porém se eu for te falar dessa experiência de aluno, com a vivência da profissão, aí na minha grade, na grade anterior, ela deixou a desejar. Porque eu vivi momentos que eu tive que optar, entre fazer as cadeiras, cursar disciplinas ou estagiar para poder ter experiência profissional. Porque a gente só tinha aquele final do curso que tinha com seis meses de estágios obrigatórios. Aí tinha (os estágios) do interior, da manipulação, tinha na (farmácia) comercial, mas era tudo junto no bolão do final do curso e eu acho que nisso pecou. O curso em si foi uma experiência boa. (FARMACÊUTICO 2)

Ser representante do movimento estudantil permitiu aos estudantes se apropriarem e discutirem assuntos que envolviam os direitos e deveres dos estudantes inclusive, quando se tratou da formação farmacêutica, ao contribuir com o currículo de Farmácia.

Próximo a minha formatura fui escolhido para ser delegado de todos os estudantes da UFC. Foram comigo a prof^a coordenadora e um representante do CRF. Na ocasião ocorreu um fórum para saber se o farmacêutico (formado) seria generalista ou especialista. Eu estava defendendo o farmacêutico fazer as disciplinas básicas até um período e de lá direcionava. “Quero uma análises!” Pronto, fazia as cadeiras, os créditos das análises. “Quero ir pra indústria!” Fazia os créditos da indústria. E Bromatologia? Fazia os créditos da Bromato. Farmácia Hospitalar? Fazia os créditos da Farmácia Hospitalar. Farmácia Clínica? Fazia os créditos da Farmácia Clínica. Só que a grande maioria, é democracia, a discussão, ela seguiu para formação generalista. Aí tentou-se englobar todos os requisitos, é, todos da indústria, bioquímica, bromato, saúde pública, farmácia hospitalar, para que saíssemos (generalistas), aumentasse um ano ao curso e saíssemos com todas essas modalidades já incluídas. (FARMACÊUTICO 7)

Os estudantes também melhoram sua formação ao desenvolver e participar de projetos de extensão.

E aí nesse período a gente fez também o projeto de extensão Farmácia Solidária, que foi feito lá no município de Ibiapina, e onde realmente tive o contato com a Farmácia e o PSF. (...) A Farmácia Solidária foi onde eu me aproximei da população, da saúde pública, nós fizemos serviço de glicemia, de pressão arterial, de informação de medicamento e das plantas medicinais que o pessoal tinha dentro de casa, do que estão cultivando e tudo. (FARMACÊUTICO 7)

Aqueles que tiveram a oportunidade de estudar seguindo a nova matriz curricular formaram-se como generalistas, mas percebiam ainda intensa a formação guiada para uma das três áreas de atuação: Análises Clínicas, Indústria e com menos força, a Bromatologia.

As coisas não mudaram. (Silêncio) Só mudou (Silêncio), mas não foram mudadas. (FARMACÊUTICO 7)

Vantagens observadas foram a inserção de mais estágios ao longo da formação e a inclusão das disciplinas como Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica. Ter formação

generalista, contudo, não significava ser capaz de atuar em qualquer lugar ou ter conhecimento de qualquer área de atuação do farmacêutico.

Esse currículo novo foi muito bom porque ofereceu vários estágios, em vários setores. Dá para você ter uma noção do que você mais ou menos quer seguir, e aí você não fica naquela coisa às cegas. (...) O currículo novo deu para perceber mais ou menos o que eu queria. (FARMACÊUTICO 3).

Mas dentro desses cinco anos, eu acho que que ao invés da pessoa sair como generalista, pau para toda obra, ele pode trabalhar na indústria, trabalhar nas análises clínicas, ele pode trabalhar na bromato, ele sai generalista, ele não sai sabendo É DE NADA! É um pouco de cada coisa! Entendeu? (FARMACÊUTICO 8).

Alguns participaram de metodologias ativas de ensino, o que cooperou para que se tornassem curiosos, criativos, indagadores e sujeitos ativos.

A professora pediu na cadeira dela [...] pra gente fazer um trabalho com uso de estatinas em crianças, e isso começou a me despertar muito sobre essa questão da infância e da adolescência. E eu fiz um trabalho, pesquisei, era um grupo de onze, dos onze a única que foi pra biblioteca atrás de artigo científico fui eu, porque eu tinha FOME de saber, de onde tirar informação sem conflito de interesse, porque eu não fazia ideia que as coisas podiam ser distorcidas da forma que muitas vezes são, né. (FARMACÊUTICO 8).

As opiniões sobre o processo formativo reduziram-se ao currículo com formação generalista e ao tipo de abordagem ensino-aprendizagem. Os estudantes apreciaram receber uma formação generalista, por acreditarem ampliar as possibilidades de atuação. Percebeu-se, contudo, pouco envolvimento do aluno durante o ensino-aprendizagem, com predominância de estratégias pedagógicas tradicionais para o ensino, extenso conteúdo repassado sem aprofundamento e o medicamento como ponto central de aprendizagem.

O fato de ter várias áreas de atuação, um currículo amplo, pegando vários segmentos da área da saúde, [...] eu acho tudo muito superficial. Eles (os professores) só dão a capacidade da gente buscar a informação, é o que eu acho, porque pouco tem a parte industrial, né, a parte da deontologia, bromatologia, parasitologia que a gente ver em um momento, ó, puff! Se você não for atrás e buscar, você esquece o que viu! O que eu acho da formação é isso, que deveria aprofundar mais. [...] eu não sei se concordo com essa nova grade. Juntou um gama de informações em cinco anos. (ESTUDANTE 1).

Acho interessante a gente ser generalista e eu gosto do currículo, só acho que o problema da faculdade, [...], que os professores deveriam trazer novidades pra gente de uma maneira que desperte a curiosidade, que torne a matéria interessante pra estudar e não uma coisa que eu vou estudar pra passar, entendeu? (ESTUDANTE 2).

Pra mim, isso é um ponto fraco, porque as pessoas vão buscar em você um farmacêutico completo e não importa a área que você esteja, sempre vão te relacionar ao medicamento. (ESTUDANTE 1).

Existe a consciência de que o estudo deve ser uma prática constante para solidificar o aprendizado, entretanto, um currículo extenso, com a obrigatoriedade de muitas disciplinas e atividades extracurriculares não significa uma formação excelente, tampouco segurança para um futuro mercado de trabalho.

Eu acho que é importante ter esse outro generalista, mas mais aprofundado. E eu acho também que é muito exaustivo, porque você quer mas não consegue estudar de fato tudo o que você vê durante o semestre! Porque são aulas manhã, tarde e as vezes noite dependendo de algumas optativas que você tenha que cumprir também, eu acho que é um número muito grande de optativas que a gente tem cumprir, com certeza a nova grade curricular e você ainda tem que ir atrás de monitoria, extensão e pesquisa, estágios extra curriculares pra você se formar como profissional mesmo, porque a faculdade hoje, não forma isso. (ESTUDANTE 3)

Eu me sinto despreparado para o mercado de trabalho.” [...] Mas, de forma geral eu avalio como boa a formação do ponto de vista do conteúdo. Mostra o conteúdo, mas talvez a forma com esse conteúdo é passado e a interligação entre esse conteúdo e a prática, talvez não seja a melhor. Mas, o conteúdo mesmo é bem dado. Agora vai da gente continuar essa formação, né, escolher uma área realmente, porque TUDO você não vai saber nunca. (ESTUDANTE 5)

Mudanças na formação acadêmica requerem, além de trocas curriculares, uma nova atitude do corpo docente e discente. Recomenda-se a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante e que situem o professor na posição de facilitador e orientador, e não como fonte única de conhecimento (MORAES; SANTOS FILHO, 2000; BEHRENS, 2011). Nesse sentido, as experiências como PET, GPUIM e o CART possibilitaram alguns avanços, como enfatizado pelos professores e alunos envolvidos com esse programa, ao dizerem que os estudantes que dele participaram saíram mais bem qualificados para atuação farmacêutica, pois desenvolveram uma compreensão ampliada do que representa a rede de saúde e o uso racional de medicamentos.

No que se refere às metodologias de ensino, verificou-se que pouco utilizaram metodologias ativas. Foram notados alunos “decorando” conteúdos para responder as provas sem entender para que aquele conteúdo estava sendo pedido. Então, mesmo compreendendo a angústia dos alunos em várias falas, onde relatam uma metodologia retrógrada, pouco se percebeu vontade desses estudantes em se tornarem protagonistas no processo de ensino-aprendizagem.

No exemplo citado anteriormente, quando um professor pediu aos alunos que buscassem conhecimentos sobre estatinas e somente um foi à biblioteca busca-los, de quem é o problema? É somente do professor, porque exigiu que os alunos fossem buscar o conhecimento de outras formas que não a metodologia tradicional? Ou do aluno atarefado, acostumado com a metodologia tradicional e estranha à tentativa de uma nova modalidade de

aprender, porque nunca foi treinado e possui uma carga horária elevada, sem tempo para aprofundamento?

Apesar das dificuldades, existia por parte desses alunos enorme orgulho de serem estudantes de Farmácia da única universidade pública cearense que fornecia este curso. E o GPUIM foi citado como um dos serviços que mais contribuiu para se sentirem assim; porque lá eles foram estimulados a pesquisar sobre diversos assuntos relacionados ao medicamento, além de aprenderem a fazer busca ativa de eventos adversos e propor correções para processos falhos e inseguros aos serviços de saúde. Por fim, encontravam neste grupo um ambiente agradável onde fizeram bons amigos.

Quanto a maneira de atuar, dois temas surgiram: interdisciplinaridade e abordagens de ensino. Consideraram a interdisciplinaridade “*um caminho para trabalhar juntos*”, envolvendo outros professores, os estudantes e o serviço. Isto porque projetos de extensão executam-se em unidades de saúde, hospitais, com apoio de vários grupos de pesquisa da Universidade que abordam os mais variados assuntos (Geriatria, Neurologia, Farmacognosia, Toxicologia, TDAH *etc*). Durante as aulas, buscam a interdisciplinaridade por meio de convites a outros profissionais ou professores que dominam determinado assunto para contribuírem em sala de aula com suas experiências ou com o uso de metodologias ativas, tais como casos clínicos e apresentação destes através de representações teatrais. Na execução de pesquisas, também, atuaram interdisciplinarmente, quando elaboraram projetos em conjunto para ampliar o escopo da pesquisa, além das residências.

Reconheceram, contudo, que poucos executavam o trabalho interdisciplinar:

Acho importante, mas não atuamos de forma integral. Ou seja, eu considero que aqui na universidade a gente não trabalha muito de forma conjunta. Eu acho que a gente trabalha muito individualmente, o que nos faz nos sentirmos sozinhos e talvez não compreenda o curso como um todo ... (PROFESSOR 1)

O curso de Farmácia é engraçado né? Ele sempre foi botica mesmo, manipulação, a farmácia era isso. Depois o nosso curso vira análises clínicas e veio com uma força né? As análises clínicas, toxicológicas, mas assim...agora é atenção, é assistência. Precisa tomar cuidado sabe? Precisamos ser bons na manipulação, na formulação dos fármacos, nas análises clínicas e toxicológicas e ainda precisa ser bom exatamente nisso, na questão da assistência e atenção farmacêutica, em se dedicar aqueles que precisam da nossa expertise. (PROFESSOR 10)

Isso porque, como existem deficiências na formação em Farmácia para o contexto atual, alguns profissionais e estudantes manifestaram receios relativos ao seu preparo para o serviço.

A gente termina a faculdade e só conhece a Lei Orgânica de Saúde, a 8.080. Outras

como a legislação direcionada para saúde mental, como para paciente de HIV, e outras. A gente sai de lá e não conhece nada disso. Nada. E a gente deveria ter tido, essa bagagem de acordo com essa especialidade. O curso de farmácia hoje em dia são 5 anos né? Para você fazer. Mas dentro desses 5 anos, eu acho que, ao invés da pessoa sair como generalista, pau pra toda obra, ele pode trabalhar na indústria, trabalhar nas análises clínicas, ele pode trabalhar na bromato, ele sai generalista, ele não sai sabendo É DE NADA! É um pouco de cada coisa! Entendeu?” (FARMACÊUTICO 8)

Os estudantes por vezes não compreendem que a formação generalista, que acontece durante um curso de graduação, permite ao estudante compreensão integral do contexto geral, além de admitir a multidisciplinaridade de experiências para reduzir os riscos de uma especialização precoce.

7 - A TRAJETÓRIA PARA ATUAR NA SAÚDE MENTAL

O papel do farmacêutico se transformou ao longo dos anos. No início do século XX, possuía identidade, a do boticário, que foi sendo substituída com o advento da industrialização e, por pouco não se extinguiu a profissão. Para mantê-la, um novo panorama surgiu: o farmacêutico bioquímico (ou analista clínico), que deixou de focar o usuário. Nos anos 1980, com o novo sistema de saúde brasileiro, priorizaram-se a prevenção e a promoção da saúde, demandando deste farmacêutico uma retomada das suas habilidades como profissional de saúde coletiva (SATURNINO, 2012). Com a reforma psiquiátrica, passou-se a exigir, pelo menos do ponto de vista teórico, um novo comportamento do farmacêutico, uma reorientação da assistência para o atendimento das políticas de saúde mental, comportamento sugerido na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010). As diretrizes propuseram garantir e sustentar o fornecimento de medicamentos gratuitos e com qualidade na rede de serviços do SUS e da Saúde Mental.

Para isso, mencionou garantir lotação de profissionais em todas as unidades e serviços de saúde/saúde mental, em particular onde é efetivada a dispensação de medicamentos psicofármacos (CNS, 2010). Será, porém, que esse profissional é desejado nesse campo e quando lá está, é essa a sua única função no serviço? Este capítulo traz uma reflexão sobre a trajetória do farmacêutico (o *habitus*) até sua chegada à Saúde Mental e traz elementos que podem explicar por que ele foi inserido neste serviço, a importância de fazer parte da equipe e suas ações neste núcleo. Ressalta-se que essa abordagem teve origem nos pensamentos dos farmacêuticos, que, em sua maioria, receberam formação com uma concepção tecnicista, anterior às Diretrizes Curriculares de 2002, que prometiam delinear o ensino de Farmácia tanto com qualificação técnica como desempenhando papéis sociais importantes.

A primeira temática abordada neste capítulo refere-se à inscrição do farmacêutico no Conselho Regional de Farmácia (CRF) do Estado do Ceará, condição *sine qua* para exercer a profissão legalmente e a busca pelo primeiro emprego.

Eu me percebi como farmacêutico no momento que eu adquiri meu registro no Conselho Regional de Farmácia e consegui meu primeiro emprego. Não foi logo quando eu me formei, não. No primeiro momento eu era a alegria de uma sociedade, porque eu estava sendo formado, né. E (silêncio) rapaz pobre. (silêncio) E logo depois, no outro dia, eu era um problema para sociedade, porque eu estava desempregado. (FARMACÊUTICO 7)

Nessa época, as primeiras ocupações dos farmacêuticos se davam nas farmácias comerciais. Muitos, simplesmente, aceitavam aquela opção pela necessidade financeira, inexistência de vagas nas análises clínicas ou mesmo ausência de bolsas de estudos de cursos de pós-graduação. Naquela posição, os farmacêuticos percebiam imediatamente que a abordagem dada aos conteúdos em sala de aula divergia daquilo que encontravam em seus serviços, situação que lhes trazia bastante insegurança e, por vezes, não entendiam como deveriam proceder.

Porque quando você tá só na faculdade é tudo muito bacana, muita disciplina, mas quando você se depara na REALIDADE, é que você vê realmente seu papel. (FARMACÊUTICO 3)

Então eu fui para farmácia comercial (risos). Né? E fiquei na farmácia comercial (risos). Acabei ficando, porque eu não nasci em berço de ouro. [...] Alguns sonhos de ficar na faculdade deixei para trás, realmente. (FARMACÊUTICO 2)

Quando aceitei meu primeiro emprego. Eu disse: pronto! Agora é pra valer! Ia ser responsável técnica e eu não sabia o que significava aquilo. Sabia que iria assinar, mas não sabia o que significava. (...) A farmácia era pequenininha, mas eu tinha que dá conta desde o balcão da farmácia, toda burocracia com a ANVISA, com Vigilância Sanitária. Fui entendendo o que é a parte burocrática. (FARMACÊUTICO 1)

Quando eu saí, formada (risos), eu fui trabalhar em uma coisa que eu nunca tinha tido experiência, que foi o Diabetes, porque eu ainda não tinha coragem de ir pra farmácia comercial. Eu achava aquilo um mundo de caixas, com um mundo de nomes, que eu morria de medo daquilo. (FARMACÊUTICO 4)

Os serviços burocráticos e gerenciais eram o fio de condução de suas atividades e todo o seu tempo era destinado a esse fim. Ao adquirir um pouco mais de experiência e conhecer pessoas do meio farmacêutico, encontrar outras opções de emprego tornou-se algo menos árduo. O baixo salário, contudo, os obrigava a ter mais de uma ocupação. Por vezes, mudar de cidade era boa alternativa, porque, além do *status* associado, essas oportunidades transformavam-se em um bom aprendizado.

Quando eu me formei fui para o interior. Lá realmente foi uma escola, onde eu atuei em diversos [...] setores da farmácia, da assistência farmacêutica. Trabalhei no hospital, fazendo assistência farmacêutica, trabalhei na vigilância sanitária, tive uma escola mesmo. Lá foi uma escola. Trabalhei com PSF, né? E aí fiquei lá cinco anos. Quando mudou o gestor tive que voltar pra Fortaleza. E aí quando eu voltei para Fortaleza, eu já fui contratada pela distribuidora que fornecia medicamentos pra lá. Trabalhei com essa parte de compras. Quando eu fui trabalhar lá no interior, essa experiência me trouxe muitos, muitos ensinamentos. Foi onde eu aprendi o que é ser farmacêutico realmente. Quando você atua na assistência farmacêutica, você tem uma noção da importância do que é o farmacêutico. Porque, por exemplo, é um ciclo, né? Eu compro a medicação, eu tenho que distribuir essa medicação, eu tenho que fazer o controle de qualidade dela, armazenamento, toda essa parte eu tenho que, que entender um pouco, né? Isso daí realmente me traz uma importância para minha função. Eu realmente sei identificar, dentro daquele serviço o que eu estava fazendo, a minha importância. Por que se o farmacêutico não estivesse lá, quem que iria comprar a medicação, quem que iria distribuir para os postos, quem que

iria fazer o controle, fazer o armazenamento desses medicamentos, né? Fazer até a parte de hospitalar também, né? A gente fazia um pouco da parte de distribuição hospitalar dos medicamentos, então tudo isso contribuiu muito para minha formação. (FARMACÊUTICO 9)

Outras oportunidades surgiram para os farmacêuticos formados no modelo curricular implantado após as DCN's de 2002. Já poderiam optar por uma pós-graduação, trabalhar em hospital, na farmácia comercial, na farmácia com manipulação, até mesmo iniciando um contato com os usuários. Alguns queriam “*fazer um trabalho de ponta acompanhando pessoas*” (FARMACÊUTICO 8).

“Segui o mestrado em farmacologia, e isso me facilitou muito. [...] Os empregos que eu fui sempre requeriam muito disso, da área de farmacologia. [...] Eu comecei, em farmácia comercial né, e ali você tem muito contato com o paciente, com o cliente em si, com a questão da medicação, das orientações, ali eu me senti uma farmacêutica.” (Farmacêutico 3)

Até que exigências legais conduziram o farmacêutico para atuar com Saúde Mental, especificamente nos CAPS. A maioria aceitou tais ocupações por necessidade financeira e a sua chegada foi acompanhada de pavor e insegurança. A sua entrada no serviço ocorreu, essencialmente, em decorrência da regulamentação do setor de Farmácia dentro das unidades de saúde, por exigência de órgãos fiscalizadores, como o CRF e Vigilância Sanitária, por obediência à Portaria n. 344/1998, que regulamenta a distribuição de medicamentos sujeitos ao controle especial que também exige atuação de farmacêutico.

No início fiquei meio perdida, principalmente porque fui inserido no local por causa de uma fiscalização do Conselho Regional de Farmácia e iam fechar a farmácia. Foi quando eu cheguei. (FARMACÊUTICO 5).

Eu cai na saúde mental de paraquedas, eu não escolhi saúde mental, eu não sabia o que é que farmacêutico fazia na saúde mental. Eu tinha medo da saúde mental, a única coisa que eu sabia de saúde mental é que eu atuaria sobre psicotrópicos e mais nada. (FARMACÊUTICO 1).

Os CRF's, na sua função fiscalizadora do exercício profissional, devem observar os preceitos legais, normas e regulamentos que envolvem as atividades e os estabelecimentos farmacêuticos para garantir assistência profissional e acesso seguro ao medicamento. A Lei nº 5.991/1973, que dispõe sobre o controle sanitário de medicamentos, e a RDC nº 13.021/2014 são claros quando requerem para o funcionamento desses estabelecimentos o trabalho de profissional qualificado em todo horário de funcionamento. Mesmo assim, o que se observa na prática, especialmente no serviço público, é a ausência de farmacêutico, exceto

quando exigido por fiscalização. Para evitar pagamento de multas por causa dessas fiscalizações, as prefeituras convocaram farmacêuticos por meio de seleção ou concurso.

Eu passei num concurso do município e fui locado no CAPS. (FARMACÊUTICO 6).

Eu cheguei no Caps por uma relotação da prefeitura! Eu confesso pra você. Eu não sabia em si o serviço de Caps. Teve uma seleção da prefeitura. Primeiro fui lotada na vigilância sanitária. Eu fiquei muito tranquila na vigilância sanitária. Então a prefeitura resolve relotar todo mundo. Aí quando eu fui no dia da relotação, não tinha mais vaga na vigilância sanitária. Não abriu não sei o que aconteceu, não tinha mais! E o que foi que eu fiz? Vou escolher um local perto da minha casa, independente de onde seja, porque eu tinha outro trabalho e eu não queria dar plantões. [...] Tu acredita que eu fui pelo endereço? Eu fui pelo endereço. Quando eu cheguei aqui (no CAPS) me disseram assim, aqui é a farmácia do Caps! Entraram fecharam a porta e me deixaram aqui dentro! Eu fiquei em PÂNICO! Assim porque não tinha ninguém que pudesse me orientar. (FARMACÊUTICO 3).

Outra situação que permitiu a entrada do farmacêutico no CAPS foi a necessidade de estruturar uma farmácia com psicotrópicos. Essa situação já trouxe um pouco mais de conforto uma vez que já havia recebido treinamento na Faculdade para isso.

Eu entrei para estruturar a farmácia. (FARMACÊUTICO 2)

Observou-se que o profissional farmacêutico não foi preparado, tampouco reconhecia os CAPS como *locus* de atuação, inicialmente. Como o currículo de Farmácia da UFC não previa a discussão desse assunto, coube ao profissional buscar outros meios para se apropriar desses conhecimentos, como especialização e cursos de aprofundamento. Assuntos referentes ao ciclo da assistência farmacêutica, entretanto, são debatidos em sala de aula nos diversos ambientes (farmácias comerciais, hospitalares, unidades).

A organização e a gestão do trabalho na saúde são marcadas pela necessidade de cooperação entre os profissionais da equipe multidisciplinar para garantir um atendimento integral dos usuários. Neste âmbito, é fundamental que a equipe conheça o trabalho dos seus pares.

Apesar de mudanças sugeridas pelas DCN de Farmácia em propor uma formação voltada para uma ação integrada ao SUS, ainda se percebeu, no início de suas atuações, um modelo especializado com atuação, no máximo, multidisciplinar do farmacêutico.

Quando eu entrei eu perguntei, [...] cadê minha salinha? [...] Você já entra na saúde mental, “cadê meu canto”? No começo foi bem difícil! (FARMACÊUTICO 2).

Eu fico mais na parte gerencial mesmo. Entrego medicamentos, cuidado do pedido, mapas, falo para os precritores os medicamentos disponíveis. (FARMACÊUTICO 5).

À medida que o profissional se percebeu num espaço interdisciplinar, ocorreu uma mudança de paradigma, em que a atuação conjunta, o cuidado com o outro, necessidade de se sentir útil são perceptíveis.

Pronto! E aí, eu não conseguia ficar ali (na farmácia) trancada. [...] Eu dizia, gente não tem nada pra eu fazer? Pois deixa eu participar de um grupo? E aí eu comecei a participar de grupos, a fazer anamnese, a fazer grupos de família. (FARMACÊUTICO 1)

Além de todas as atividades de gerenciamento, foram referidos como atribuições: visita domiciliar, participação em grupos (de Educação Física e Tabagismo), sala de espera, discussão de caso clínico, matriciamento, dose supervisionada, Educação em Saúde, contribuição no plano terapêutico dos pacientes e seguimento farmacoterapêutico.

Então a gente trabalha muito com o modelo de clínica ampliada, que você trata o sujeito ou o usuário com transtorno mental, com sofrimento mental, mas também trabalha o entorno dele que é a família. (FARMACÊUTICO 8).

E acompanhar peso, glicemia, a gente tem como aferir lá, e a gente tem umas fichas de seguimento farmacoterapêutico que a gente vai preenchendo e vai acompanhando. Quando o paciente usa clozapina a gente pede pelo menos uma vez por mês que faça monitoramento do hemograma, porque a clozapina pode dar agranulocitose, né, então a gente tem todo um trabalho de ver se não está tendo alteração hematológica. Tem toda uma coisa assim que é bem feita, e isso antes não era feito, né. (FARMACÊUTICO 8).

A equipe reconhecia seu trabalho.

Quando eu completei uns dez meses de serviço ouvi algumas pessoas da equipe em uma roda de gestão dizer que não imaginava o quanto que o farmacêutico podia contribuir dentro da equipe, então aquilo para mim foi muito bom, foi o momento que eu vi que realmente eu tinha escolhido a profissão certa, apesar de todos os pesares, de todos desafios e estava traçando um caminho muito bom e que ali eu estava no local certo. (FARMACÊUTICO 7)

Malgrado a boa vontade, porém, o cronograma do serviço ou determinações da gestão não permitiam que os farmacêuticos seguissem com essas atividades.

Eu fico com pena porque não posso fazer grupo. Eu fico muito limitada aqui (na farmácia). Eu não posso sair! Fico muito presa as tarefas gerenciais daqui. Eu não posso me ausentar daqui para fazer um grupo e voltar. [...] eu ainda tentei, o problema é que como eu era sozinha e logo no período da manhã, era muito complicado porque tem que fechar a farmácia por uma hora e fazer um grupo de mães. (FARMACÊUTICO 3)

Hoje você está na saúde mental por terceirizações, por seleção pública, por tempo determinado é ruim. Porque você quebra essas vínculos, vínculos que são demoradíssimos a serem construídos. Pacientes vinculam com UM profissional, no

máximo dois, vínculo não só de convivência, assim, de eu ter você como profissional, o outro, José, Maria, mas eu gosto da Joana! (FARMACÊUTICO 5)

Mesmo com todas as dificuldades, o espaço da saúde mental modificou esses farmacêuticos e estes receberam reconhecimento da equipe.

Na saúde mental você não é apenas farmacêutico, você é um profissional de saúde. Você atende paciente, você faz a escuta do paciente, as queixas dele, não só com relação ao medicamento, mas as queixas que ele traz, né? Quando eu atuei na farmácia, lá no CAPS, eu atuava com dependentes químicos. Então a gente escutava o que é que ele estava sentindo, porque usava droga, o que é que a droga estava trazendo para vida dele, aí a gente direcionava o tratamento desse paciente. Independente do contexto medicamentoso dele, entendeu? E aí quando parte pra medicação, aí já é outro conhecimento. Você vai ter que. Ah! Esse medicamento vai interagir com a bebida, vai interagir com a droga, esse medicamento vai interagir com outros medicamentos que ele toma. Que aí que faz, que aí é a parte da farmácia clínica, né? Que a gente atua na farmácia clínica. E aí tudo isso contribui muito pra gente crescer. Tanto como profissional, tanto como ser humano mesmo. E é um aprendizado muito bom. (FARMACÊUTICO 9)

Ao descrever a trajetória do farmacêutico desde a sua inscrição no Conselho Regional de Farmácia até sua atuação em Saúde Mental, verificou-se um caminho árduo, caracterizado por uma inicial insatisfação, porque encontraram nas farmácias comunitárias suas primeiras oportunidades de atuação, mas com desenvolvimento de atividades desvinculados daquilo que haviam aprendido na Universidade. Com a experiência adquirida nos serviços e a aproximação com o mercado farmacêutico, mais oportunidades de trabalho apareceram entre elas a saúde mental. Este *locus*, jamais abordado em sala de aula, remeteu à insegurança dos primeiros dias de farmacêutico. Como as atividades técnico-gerenciais do ciclo da assistência farmacêutica consistiram na sua maior vivência nos anos que haviam trabalhado até ali, esses conhecimentos foram aplicados com afinco até que entendessem que aquela circunstância pedia muito mais. Era necessária uma abordagem interdisciplinar, do estabelecimento de vínculos. Necessitava de novas habilidades e comportamentos.

E isso foi observado nos depoimentos dos farmacêuticos fornecidos neste estudo. Na prática, sua maior experiência consistia nas ações técnico-gerencias, fossem elas no serviço público ou privado. Ante, pois, a essas atividades, o farmacêutico parecia encontrar a sua identidade profissional e o reconhecimento social, porque, naquele momento, ele era o único profissional da saúde conhecedor do medicamento.

Bourdieu ensina que cada grupo social, em função das condições objetivas que caracterizam sua posição na estrutura social, constitui um sistema específico das disposições e predisposições para a ação, a ser incorporado pelas pessoas como *habitus*. Assim, por intermédio de um conhecimento prático, constituída pelas experiências do grupo social, o

sujeito colabora para uma reprodução social, ao adotar e vivenciar práticas sociais que ele acredita estarem condizentes com os membros e a realidade de seu grupo, como efeito de uma ação sutil de agentes e instituições distintos. As pessoas, tanto podem agir voluntariamente em conformidade com o *habitus* de certa classe social, como podem ser obrigados a agir como tal, como efeito de algum tipo de violência simbólica.

Dos anos 1990 até início de 2000, a classe farmacêutica, assim como qualquer outra, evidenciava um grande aumento do desemprego, com redução de salário, um incremento do trabalho e da economia informal e uma grande dificuldade para os trabalhadores serem incluídos no sistema econômico. A crise econômica chegou associada a ajustes econômicos neoliberais, e neste contexto, os jovens enfrentavam dificuldades para encontrar trabalho, uma vez que, além de inexperientes, tinham poucas oportunidades. Isso ficava significativamente mais grave entre jovens pobres, por serem impelidos a precipitar a ocupação de um posto de trabalho para obter uma renda, a fim de sustentar as despesas familiares ou a própria sobrevivência. (CARVALHO, 2004)

Por isso, os principais empregadores dos serviços farmacêuticos, estavam vinculados ao comércio: as farmácias ditas comerciais. E, no Brasil, tradicionalmente, os farmacêuticos que atuavam nesses estabelecimentos recebiam pouco reconhecimento profissional pela sociedade, especialmente por não realizarem atividades de prevenção e promoção da saúde (OPAS, 2002). O principal serviço prestado nesses estabelecimentos era a dispensação de medicamentos, e a qualidade dessa prática era considerada baixa, porque, por muito tempo os farmacêuticos estiveram ausentes da farmácia e essa atividade passava a ser responsabilidade dos balconistas (CASTRO e CORRER, 2007; FARINA e ROMANO-LIEBER, 2009). As modalidades de ensino farmacêutico industrial e farmacêutico bioquímico eram determinantes na formação, logo a formação voltada para um domínio especializado e desviado das demandas e atividades sociais não preparavam o futuro profissional para atividades em farmácias comerciais.

Com o advento da Política Nacional de Medicamentos em 1988 e a instituição do tripé segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a assistência farmacêutica voltou-se para as atividades relacionadas ao medicamento. Conforme apontaram Alencar *et al* (2012), a assistência farmacêutica pode ser considerada sob dois aspectos: o primeiro relacionado a ações técnico-gerenciais (por exemplo, logística ligada ao medicamento, adequação da estrutura física da farmácia, tecnologia gerencial e de conhecimento), ao passo que segundo se vincula as ações técnico-assistenciais (como dispensação especializada, promoção do uso

racional de medicamentos, Educação em Saúde, seguimento farmacoterapêutico, atenção farmacêutica, etc).

No recomeço de suas atividades na área da Saúde Mental, percebeu-se um descompasso inicial dos serviços dos CAPS em relação à prática profissional, já estabelecida por aqueles sujeitos claramente mantido pelas práticas de formação tecnicistas. Notou-se, inicialmente, um descompasso dessas atividades, centradas, nos processos estratégicos e de apoio, limitando as possibilidades da contribuição do farmacêutico para as ações integrais da saúde, por meio dos processos-chave (ALENCAR, CAVALCANTE e ALENCAR, 2012).

Há escasso número de recursos humanos dedicados às atividades-chave em Saúde Mental em detrimento das atividades estratégicas e de apoio. Por tal razão, repassa aos auxiliares pouco preparados atividades importantes, como o ato da dispensação de medicamentos, reduzindo-o a simples entrega. O grande gargalo da participação social do farmacêutico, entretanto, em saúde-doença de pacientes com transtorno mental, é a falta de preparo do profissional, que por vezes, divisa nas atividades logísticas uma desculpa para não se debruçar sobre as ações humanísticas (ALENCAR, CAVALCANTE e ALENCAR, 2012).

8 CONCLUSÕES

A análise dos indicadores de qualidade do MEC mostrou uma expansão dos cursos de Farmácia brasileiros na categoria administrativa privada, especialmente desde o início dos anos de 1990, com o predomínio de instalação desses cursos fora das capitais dos Estados. Em geral, os cursos tiveram qualidade satisfatória (conceito 3), mas aqueles pertencentes às instituições de categoria administrativa pública foram de qualidade superior (conceito 5).

Quanto ao curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará e o processo de formação, podem ser distinguidos dois momentos: forças e fraquezas. Quanto às forças, existem como aspectos positivos: professores qualificados, com dedicação exclusiva e que amam a profissão. Eles estão abertos ao aprendizado e buscam trabalhar em equipe, apesar de ainda não denotarem características interdisciplinares. Alguns utilizam metodologias ativas de ensino que estimulam habilidades e criatividade.

Foi apontado como fraqueza do curso de Farmácia o fato de não ter sido a primeira escolha por parte dos estudantes no processo seletivo, entretanto eles aprenderam a gostar do curso; fraquezas também foram identificadas em currículo extenso, aulas em período integral com disciplinas iniciais no *Campus* do Pici, que contribuíram para evasão escolar. Foram mencionadas deficiências ainda, na formação para o contexto atual: cuidado em saúde.

A principal oportunidade citada foi a possibilidade de vários campos de atuação. Dentre as ameaças, a profissão ainda busca uma identidade; ainda há pouca divulgação do papel do farmacêutico na sociedade; um mercado de trabalho inseguro e baixo salário obrigando os farmacêuticos a terem mais um emprego para complementar a renda.

A formação em Farmácia distanciou-se da Saúde Mental, contudo, aqueles que aí se inseriram neste campo buscaram conhecimentos para intervir nas diversas atividades e sugeriram integração academia - escola e ênfase em disciplinas que discutam a Saúde Mental pelo menos em caráter transversal.

8.1 Recomendações dos sujeitos entrevistados

Uma vez efetuado experimento, foram sugeridas, por parte dos sujeitos entrevistados, alguns incrementos no currículo de Farmácia para melhorar a atuação do farmacêutico na saúde mental; conforme vêm na sequência.

- Abordagem transversal do assunto saúde mental.

- Inclusão de um estágio em saúde mental, seja ele curricular ou extracurricular.
- Inclusão das disciplinas: Sociologia; Psicologia e Cuidado ao paciente.
- Disciplina de Farmacologia com formato mais dinâmico, com ampliação para os medicamentos que atuam sobre o Sistema Nervoso Central e apresentação de protocolos clínicos para transtornos mentais.
- Inclusão do assunto Saúde Mental nas disciplinas Integração à Prática Farmacêutica; Farmácia Clínica; Farmacoepidemiologia; e Atenção Farmacêutica com abordagem teórico-prática.
- Elaborar uma territorialização no entorno do *Campus* do Porangabuçu, identificar as unidades de saúde que atendem transtornos mentais e realizar parcerias com eles.
- Opções de cursos de especialização ou de residências, fornecidas pelo curso de Farmácia.
- Inauguração do Laboratório de Habilidades Clínicas e de Comunicação.
- Projetos de extensão, com abordagem interdisciplinar.
- Melhorar a abordagem humanística, de natureza holística, fazendo os alunos compreenderem que eles não estão diante de um paciente e sim de uma pessoa, que precisa de atenção, inserindo o foco no sujeito.
- Disciplinas em conjunto com outros cursos de graduação, como Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia e Medicina.

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. Chicago, Illinois: ACPE, 2015. 31p.

ALBUQUERQUE, V.S.; GIFFIN, K.M. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 3, pp. 519-538, 2008.

ALENCAR, T.O.S; CAVALCANTE, E.A.B; ALENCAR, B.R. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**, Araraquara, SP, v.33, n.4, pp. 489-495, 2012.

AMARAL FILHO, J. et al. **Potencialidades e perspectivas para p desenvolvimento do Complexo Econômico e Industrial da Saúde no Estado do Ceará**. Fortaleza: Fiocruz-Ceará, 2010. 343p.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 136p.

ARAÚJO, A.C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais - o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Belo Horizonte, MG, v. 16, n. 1, pp. 67-82, 2014.

ARAÚJO, F.; ALVES, E.; CRUZ, M. Algumas reflexões em torno dos conceitos de campo e de habitus na obra de Pierre Bourdieu. **Revista Perspectivas da Ciência e Tecnologia**, Rio de Janeiro, RJ, v.1, pp.31-40, jan./jun. 2009.

ARAÚJO, F. Q. D.; PRADO, E. M. Análise das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Farmácia. **Revista Contemporânea de Educação**, Rio de Janeiro, RJ, v.3, pp. 96-108, 2008.

ARROYO, M. G. **Currículo, território em disputa**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

ASSIS, M.M.A.; JORGE, M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J.S.S.S; NASCIMENTO, M.A.A. (Orgs). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. pp. 139-159.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO FARMÁCIA; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Proposta para a elaboração das diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em Farmácia**. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/file/PROPOSTAS %20DE%20DCN%20FARM% C3%81CIA%20-10-05-2016.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/PROPOSTAS%20DE%20DCN%20FARM%C3%81CIA%20-10-05-2016.pdf)>. Acesso em: 17 maio 2017.

AUSTIN, Z.; ENSOM, M.H.H. Education os pharmacists in Canada. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Alexandria, Va, US, v. 72, n. 6, pp. 1-11, 2008.

BADARACCO, J.E.G. **Comunidade terapêutica psicanalítica de estrutura multifamiliar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 312.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 279 p.

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

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 331 p.

BASAK, S.C.; SATHYANARAYANA, D. Pharmacy education in India. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Alexandria, Va, US, v.74, n.4, 12 maio 2010.

BEARDSLEY, R.S.; ZOREK, J.A.; ZELLMER, W.A.; VLASSES, P.H. Results of the Pre-Conference Survey: ACPE Invitational Conference on Advancing Quality in Pharmacy Education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Alexandria, Va, US, v. 77, n. 3, 12 abr. 2013.

BECKER, F. **O que é construtivismo**. São Paulo: FDE, 1993. pp. 87-93. (Ideias, n. 3).

BEHRENS, M.A. Metodologia de aprendizagem baseada em problemas. In: VEIGA, I.P.A. et al. **Técnicas de ensino**: novos tempos, novas configurações. 3. ed. Campinas: Papirus, 2006.

BEZERRA, I.C. **Avaliação das pesquisas sobre a assistência na atenção primária à saúde e sua aplicabilidade no SUS**: olhares analisadores da realidade. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceara, Fortaleza, 2016.

BIANCHETTI, R.G. Educação de qualidade: um dos dilemas fundamentais para a definição das políticas educativas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, RJ v. 6, n. 2, pp. 233-257. 2008.

BOURDIEU, P. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J.C. **A reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. 2. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2009.

BOURDIEU, P. Algumas propriedades dos campos. In: _____. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 89-94.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: _____. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155. (Grandes cientistas sociais; v. 39).

BOURDIEU, P. Introdução a uma sociologia reflexiva. In: _____. **O poder simbólico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. pp. 17-58.

BOURDON, O.; EKELAND, C; BRION, F. Pharmacie Education in France. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Alexandria, Va, US, v. 72, n. 6, pp. 1-9, 2008.

BRASIL. ANVISA. **Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**, v.1, n.1, 2011. 8 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**, v.2, 2011. 9 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 44, de 17 de agosto de 2009. **Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências**. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 1.254, de 4 de dezembro de 1950. Dispõe sobre o sistema federal de ensino superior. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, DF, 8 dez. 1950.

BRASIL. Lei nº 2.373, de 16 de dezembro de 1954. Cria a universidade do Ceará, com sede em Fortaleza e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Rio de Janeiro, DF, 26 dez. 1954.

BRASIL. Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 nov. 1968.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, DF, 20 nov. 1990.

BRASIL. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e bases para a educação nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.861.htm>. Acesso em: 23 out. 2016.

BRASIL. Lei Nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Cultura; Conselho Nacional de Educação. **Parecer nº 1.300, de 04 de dezembro de 2001, institui as da Educação Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cálculo do conceito CPC referente a 2013**. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/enade/notas_tecnicas/2013/nota_tecnica_n_72_2014_calculo_cpc_2013.pdf>. Acesso em 3 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Cálculo do conceito ENADE referente a 2013**. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/enade/notas_tecnicas/2013/nota_tecnica_n_71_2014_calculo_conceito_enade_2013.pdf>. Acesso em 3/12/2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Instrumento de avaliação de cursos de graduação: presencial e à distância. 2015**. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_cursos_graduacao/instrumentos/2015/instrumento_cursos_graduacao_publicacao_agosto_2015.pdf>. Acesso em 3 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Resolução nº 04, de 1969. **Fixa os mínimos de conteúdo e duração do Curso de Farmácia**. [S.l.: s.n.].

BRASIL. Ministério da Educação. Universidade Federal do Ceará. Resolução nº 7 de junho de 2005. **Dispõe sobre as atividades complementares nos cursos de graduação da UFC**. Disponível em: <http://www.ufc.br/images/_files/a_universidade/cepe/resolucao_cep_1988-2005/resolucao07_cep_2005.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998, reconhece os profissionais de saúde de nível superior**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de fevereiro de 2002. **Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPS AD II**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006. p. 100.

BRASIL. Portaria GM nº 204 de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, como respectivo monitoramento e control**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado a Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília: Opas, 2005.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – SENAD. **Atenção integral na rede de saúde**: módulo 5. 6. ed. Brasília: Secretaria Nacional, 2014. 108 p.

BRASIL. Senado Federal. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília: 2005.

BUENO, E.; TAITELBAUM, P. **Vendendo saúde**: a história da propaganda de medicamentos no Brasil. Brasília: Agência Nacional de Vigilância sanitária, 2008. 160 p.

CAMPOS, G. W. D. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, pp. 219-230, abr./jun. 2000.

CAMPOS, G. W. D. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. D. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, pp. 141-144, jan./mar, 1997.

CARVALHO, J.A.S. **Alguns aspectos da inserção de jovens no mercado de trabalho no Brasil**: concepções, dados estatísticos, legislação, mecanismos de inserção e políticas públicas. [S.l.: s.n.]. 25p

CARVALHO, Y. M. D.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. D. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. pp. 137-170.

CASTRO, M. S.; CORRER, C. J. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Brazil. **TheAnnals of Pharmacotherapy**, Cincinnati, OH, v. 41, n. 9, pp. 1486-1493, 2007.

CHAVES, V.L.J. Expansão da privatização/mercantilização do ensino superior brasileiro: a formação dos oligopólios. **Educação e Sociedade**, Campinas, SP, v. 31, n. 111, pp. 481-500. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013. **Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>>. Acesso em: 28/março/2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. 210p.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução CNE/CES n. 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, Brasília, p. 9. 2002.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Medicalização**. Disponível em: <<http://www.crpssp.org.br/medicalizacao/>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista. Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, PA, v. 2, n. 3, p.41- 49, 2011.

COSTA E SILVA, V. **O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória – ES**: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. 2004. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

COTTA, R.M.M. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, pp. 787-796, 2012.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, pp. 856-864, maio, 1978.

ESTEFAN, I. J. S. O ensino de farmácia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, pp. 511-532, out./dez. 1986.

FAGUNDES, N. C.; BURNHAM, T. F. Transdisciplinaridade, multirreferencialidade e currículo. **Revista da FACED**, n. 5, pp. 39-55, 2001.

FARINA, S.S.; ROMANO-LIEBER, N.S. Atenção Farmacêutica em Farmácias e Drogarias: existe um processo de mudança? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, pp. 7-18, 2009.

FÁVARO, A.M. **Associação entre os fatores de risco cardiometabólico e exposição prolongada aos agentes antipsicóticos dos moradores do serviço residencial terapêutico da regional II de fortaleza**. 2016. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização), 2016.

FILIZATTI, R. O desafio da escolha profissional. **Psico-USF**, São Paulo, v. 8, n. 1, pp. 93-94, jan./jun. 2003.

FRANCO, C.A.G.; CUBAS, M. R.; FRANCO, R. Soleiman. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.38, n. 2, p. 221-230, jun. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface**, Santos, SP, v.11, pp. 239-255, 2007.

GARCIA, M.M.A. O campo das produções simbólicas e o campo científico em Bourdieu. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n.97, pp. 64-72, 1996.

GATTAS, M. L. B.; FUREGATO, A. R. F. Interdisciplinaridade: uma contextualização. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, pp. 323-327, set. 2006.

GOODMAN, L.S. et al. **Goodman & Gilman`s: the pharmacological basis of therapeutics**. New York: McGraw-Hill, 1996.

GRUPO TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS. **Competencias del farmaéutico para desarrollar los servicios farmacêuticos basados em Atención Primaria de Salud y las Buenas Prácticas em Farmacia**. 2012. 710 p.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.1, pp. 151-161, 2007.

HEPLER, C.; STRAND, L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, Bethesda MD, v. 47, n. 3, pp. 533-543, mar. 1990.

HEPLER, C.; STRAND, L. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. **Pharmaceutical Care España**, Barcelona, v. 1, pp. 35-47, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População**. <Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao>. Acesso em: 15 mar. 2017.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. FIP statement of policy on good pharmacy education practice. Disponível em: <http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=302&table_id=> . Acesso em: 23 out. 2016.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. FIPED Global Education Report. 2013. <http://fip.org/files/fip/FIPEd_Global_Education_Report_2013.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2017.

IRIART, C.; RÍOS, L. I. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. **Interface**, Santos, SP, v. 16, n. 43, 2012.

IVAMA, A. M. et al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2002. p. 24.

LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M.K.; DANTAS, H. **Piaget, Vigotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão**. São Paulo: Summus, 1992. 117 p.

LEÃO, D.M.M. Paradigmas contemporâneos de educação: escola tradicional e escola construtivista. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 107, pp. 187-206, jul. 1999.

LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública**. São Paulo: Loyola, 1990.

LOPES, C.S. et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, pp. 1-9, dez. 2016. Suplemento, 1.

LOPES, E.D. **Autonomia dos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: intervenção em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil de Fortaleza - Ce**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação) - Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, 2014.

LUCCHETTA, R. C. E MASTROIANNI, P. C. Intervenções farmacêuticas na atenção à saúde mental: uma revisão. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, SP, v. 33, n. 2, pp. 165-169, 2012.

LUCINDA, L.; JENNIFER, L.A. Pharmacy is right for me. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Alexandria, Va, US v. 79, n. 10, article 145, 2015.

MACEDO, L. **Ensaio construtivistas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARRIOTT, J.L. et al. Pharmacy education in the context of Australian practice. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Alexandria, Va, US, v. 72, n. 6, 2008.

MARTINEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos e algunas controversias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, pp. 613-619, 2012.

MAYS, N.; POPE, C. Assessing quality in qualitative research. **British Medical Journal**, v. 320, p. 50-52, 2000.

MEIRELLES, D. M. O Conceito de Serviço. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 26, n. 1, pp. 119-136. 2006.

MINAYO, M. C. D. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, pp. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. D. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, S. E. Interdisciplinaridade e transversalidade mediante projetos temáticos. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 86, pp. 38-54, maio/dez. 2005.

MORAES, S. E.; SANTOS FILHO, J. C. Currículo, transversalidade e pós-modernidade. **Escola e universidade na pós-modernidade**. Campinas: Mercado de Letras, 2000. pp. 242-243.

MOREIRA, A.F.B. Currículo e gestão: propondo uma parceria. **Ensaio: Avaliação em políticas públicas em educação**, Rio de Janeiro, v.21, n. 80, pp. 547-562. 2013.

MOROSINI, M.C. Qualidade da educação superior e contextos emergentes. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, SP, v. 19, n. 2, p. 385-405, 2014.

MOTA, M.C. **Vigotsky e a pedagogia**. São Paulo: Edições Loyola. 2003.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C.; UNTOIGLICH, G. La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia. In: UNTOIGLICH, G. et.al. **En la infancia los diagnósticos se**

escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2013.

NICOLINE, C.B.; VIEIRA, R.C.P.A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em farmácia. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, SP, v. 15, n. 39, pp. 1127-41, out/dez. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **O papel do farmacêutico no sistema de atenção a saúde:** Relatório do grupo consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13-16 de dezembro de 1988 + O papel do farmacêutico: assistência farmacêutica de qualidade: Benefícios para os governos e a população: Relatório da Reunião da OMS; Tóquio, Japão: 31 de agosto – 3 de setembro de 1993 + Boas Práticas de Farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde: Conselho Federal de Farmácia, 2004. 92 p,

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta.** Brasília, DF, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guía para el Desarrollo de los Servicios Farmacéuticos Basados en Atención Primaria de Salud.** Washington: OPS; OMS. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS.** Washington: OPS; OMS. 2013.

PÁDUA, G.L.D. A epistemologia genética de Jean Piaget. **Revista FACEVV**, Vila Velha, ES, n. 2, pp. 22-35, 2009.

PASTORE, E.; ROSA, L.D.; HOMEM, I.D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero: corpo, violência e poder**, 8, 2008, Florianópolis. UFSC, 2008.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 118 p.

PIAGET, J. **Epistemologia Genética.** Petrópolis: Vozes, 1970.

PIAGET, J. **O Nascimento da inteligência na criança.** 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; Brasília: INL, 1975.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 11-21.

RABELLO, E.T. e PASSOS, J. S. **Vygotsky e o desenvolvimento humano.** Disponível em: <<http://www.josesilveira.com/artigos/vygotsky.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2017.

RIBEIRO, M.S.; POÇO, J.L.C.; PINTO, A.R. A inserção da saúde mental na atenção básica de saúde. In.: Ribeiro, M.S. organizador. Ferramentas para descomplicar a atenção básica em Saúde Mental. Juiz de Fora: UFJF, 2007, 240p.

ROSA, B.P.G.D; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, BH, v. 23, n. especial, pp. 37-44, 2011.

SANTOS, D.B.R. Curso de branco: uma abordagem sobre o acesso e a permanência de estudantes de origem popular nos cursos de saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). **Revista Contemporânea de Educação**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 23, pp. 31-50, 2017.

SANTOS, V.M.K. A configuração das tendências educacionais e pedagógicas e da inclusão da educação ambiental: reflexões iniciais. **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, São Paulo, v. 18, pp. 72-99, 2007.

SARAIVA, S.L.; CREMONESE, E. Implantação do Modelo de Apoio Matricial em Saúde Mental no Município de Florianópolis, SC. **Anais dos Trabalhos Premiados no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. pp. 37-48.

SATURNINO, L. T. M. **O farmacêutico na saúde coletiva**: sua identidade, demandas do serviço e o papel do Internato Rural na sua formação. 2008. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2008.

SATURNINO, L. T. M. et al. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 93, p. 10-16, 2012.

SCARTEZINI, N. Introdução ao método de Pierre Bourdieu. **Cadernos de Campo**: revista de ciências sociais, Araraquara, SP, n.14-15, pp. 26-36, 2010-2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, pp. 538-542, 1997.

SINDICATO DAS MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR. **O mapa do ensino superior no Brasil 2016**. Disponível em: http://convergenciacom.net/pdf/mapa_ensino_superior_2016.pdf

SOBRAL, F.A.F. Qualidade acadêmica e relevância social e econômica da educação superior. **Cadernos Cedes**, Campinas, SP, v. 29, n. 78, p. 227-241. 2009.

SOSABOWSKI, M.H. Pharmacy education in the united kingdom. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Alexandria, Va, US, v. 72, n. 60. 2008.

SOUSA, I.F.; BASTOS, P.R.H.O. Interdisciplinaridade e formação na área da farmácia. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 14, n. 1, pp. 97-117. 2016.

SOUZA, R.F. **Sistema nacional de avaliação do ensino superior**. Relatório parcial, 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=26211-produto1-estudo-processos-avaliacao-ies-brasileiras-vinculados-sinaespdf&Itemid=30192>

SPADA, C. et al. **A trajetória dos cursos de graduação em saúde: 1991-2004**: Farmácia. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. pp. 169-199.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis, R.J.: Editora Vozes, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. COORDENAÇÃO DO CURSO DE FARMÁCIA. **Projeto político-pedagógico do curso de Farmácia**. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2004. 61 p.

VALADÃO, M. **O ensino farmacêutico no Brasil**: revendo uma trajetória. [S.l.: s.n.], 2005.

VELLOSO, M. P. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, pp. 97-117, 2016.

VIEIRA, M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, jul. 2007.

WESTBROOK, R.B. et al. **John Dewey**. Recife: Editora Massangana, 2010. 136 p

WITTICHEN, H.U et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. **European Neuropsychopharmacology**, Amsterdam, v. 21, n. 9, pp. 655-679, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health: a state of wellbeing. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/>. Acesso em 31 jan. 2017.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZANELLA, C.G.; AGUIAR, P.M.; STORPIRTIS, S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial adulto no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, pp. 325-332, 2015.

ZUBIN, A.; ENSOM, M.H.H. Education of pharmacists in Canada. **American Journal Pharm Education**, Alexandria, Va, US, v. 72, n. 6, 2008.

APÊNDICE 1



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas



Roteiro de entrevista

Sujeitos: Profissionais farmacêuticos que atuam ou atuaram em Saúde Mental

Conte-me como foi sua escolha para o curso de Farmácia, sua experiência como aluno e o que contribui para permanecer como farmacêutico até hoje.

Quando se percebeu farmacêutico?

Considerando a sua formação, fale sobre sua atuação.

Que conhecimentos e atitudes utiliza na realização de seu trabalho?

Qual sua opinião sobre interdisciplinaridade?

Que experiência tem com atividade interdisciplinar?

Pode falar-me sobre a participação do farmacêutico na saúde mental? O que ele faz?

Como contribuiria para o currículo de Farmácia, a fim de melhorar a atuação do farmacêutico em saúde mental?

O que é saúde mental?

APÊNDICE 2



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas



Roteiro de entrevista

Sujeitos: Professores do Curso de Farmácia da UFC

Fale-me da sua experiência acadêmica até se tornar professor (a) do curso de farmácia e que atividades você desenvolve no curso.

O que é para você ser professor do curso de farmácia?

O que você pensa sobre interdisciplinaridade?

Que experiência você tem com atividade interdisciplinar?

Comente sobre o perfil do egresso no curso de farmácia da UFC.

Fale-me sobre a atuação do farmacêutico no SUS.

O que é saúde mental?

Fale-me sobre a atuação do farmacêutico na saúde mental.

Que contribuições você daria para o currículo de farmácia afim de subsidiar a atuação do farmacêutico na saúde mental?

APÊNDICE 3



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas



Roteiro de entrevista

Sujeitos: Estudantes de farmácia UFC

Como foi a escolha para o Curso de Farmácia?

O que o motiva a permanecer no Curso?

Quando se percebeu como estudante de Farmácia?

O que poderia me relatar sobre sua formação?

A interdisciplinaridade acontece no Curso de Farmácia? Em que situação?

Comente sobre a participação do farmacêutico no SUS e Saúde Mental.

Como poderia contribuir para o currículo de farmácia, a fim de subsidiar com informações para atuação do farmacêutico no SUS e no campo da saúde mental?

APÊNDICE 4



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Farmacêuticas



Formulário de identificação do estudante de Farmácia da UFC

Nome	
Contatos	
Telefone (s)	<i>E-mail:</i>
Sobre sua modalidade de ingresso na UFC <input type="checkbox"/> SISU – Sistema de Seleção Unificada <input type="checkbox"/> Concurso vestibular <input type="checkbox"/> Transferência. De qual universidade/faculdade? _____ Ano de ingresso: _____ Ano de conclusão do curso: _____	
Sobre sua formação: - Especialização: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Área _____ - Residência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Área _____ - Mestrado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Área _____ - Doutorado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Área _____	
Atuação na Saúde Mental Onde trabalha: _____ _____ Há quanto tempo? _____ _____	

APÊNDICE 5



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Farmacêuticas



Formulário de identificação do professor/gestor do curso de Farmácia da UFC

Nome	
Contatos	
Telefone (s)	<i>E-mail</i>
É professor da UFC desde:	
Sobre sua formação	
- Curso de graduação em _____ Universidade _____	
- Mestrado em _____ Universidade _____	
- Doutorado em _____ Universidade _____	
- Pós-doutorado em _____ Universidade _____	
Disciplina(s) em que atua:	
Quanto tempo da carga horária se dedica à(s) disciplina(s)?	
Disciplina(s) em que já atuou	
Participa de grupo de pesquisa? () Sim () Não	
Qual? _____	
Participa de grupo de projeto de extensão? () Sim () Não	
Qual? _____	
Participa de grupo de Programa de Educação Tutorial - PET? () Sim () Não	
Qual? _____	

APÊNDICE 6



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO EGRESSO DO CURSO DE FARMÁCIA



Venho convidá-lo (a) a participar, como voluntário(a), na pesquisa intitulada “*A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela*”: da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental”, cujo objetivo é compreender a elaboração do currículo de Farmácia de uma instituição de ensino superior do Estado do Ceará, na sua perspectiva disciplinar e suas estratégias para alcançar a interdisciplinaridade em saúde mental. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Deste modo, venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa, disponibilizando os seus dados. Assim, tornar ciente a necessidade de coletar as seguintes informações confidenciais sobre a característica pessoais do egresso; como foi sua formação; como atua em saúde mental e sua contribuição ao currículo de farmácia.

Esclareço que:

- As informações coletadas por meio de gravadores e formulários serão somente utilizadas para os objetivos da respectiva pesquisa.
- Que o (a) senhor (a) ou responsável tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.
- Não se antecipa nenhum risco e/ou desconforto nem haverá nenhum bônus ou ônus por sua participação na pesquisa.
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que seu anonimato será preservado.
- Em nenhum momento o (a) senhor (a) terá riscos em relação ao seu trabalho.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, sinta-se à vontade para entrar em contato com a pesquisadora principal, no endereço:

Nome: Nadja Mara de Sousa Lopes
Endereço: Rua Barão de Sobral, 968 – Ap 101, Damas.
Telefone: (85) 9608-4490.

Data ___/___/___

Assinatura do Pesquisador(a)

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Fone: (85)3366-8344.

Expresso o fato de que sua participação será de enorme importância para a pesquisa.

Dados do participante:

Nome:

Endereço:

Número do contato:

Data do nascimento:

Consentimento Pós - Esclarecimento

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa "*A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela*": da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental, onde fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) sobre a pesquisa e seus procedimentos. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer dano ou penalidade.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador(a)

Assinatura da Testemunha – 01

Assinatura da Testemunha – 02

APÊNDICE 7



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO ESTUDANTE DE FARMÁCIA



Venho convidá-lo(a) a participar, como voluntário(a), na pesquisa intitulada “*A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela*”: da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental, cujo objetivo é compreender o processo de construção do currículo de farmácia de uma instituição de ensino superior do Estado do Ceará, na sua perspectiva disciplinar e suas estratégias para alcançar a interdisciplinaridade no campo da saúde mental. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Deste modo, venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa, disponibilizando os seus dados. Assim, tornar ciente a necessidade de coletar as seguintes informações confidenciais sobre as características pessoais do estudante de Farmácia; características da sua formação; o que caracteriza o farmacêutico como profissional de saúde e campos de atuação; e como pode atuar na saúde mental.

. Esclareço que:

- As informações coletadas por meio de gravadores e formulários, serão somente utilizadas para os objetivos da respectiva pesquisa.
- Que o (a) senhor (a) ou responsável tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.
- Não se antecipa nenhum risco e/ou desconforto, nem haverá nenhum bônus ou ônus por sua participação na pesquisa.
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que seu anonimato será preservado.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos sinta-se à vontade para entrar em contato com a coordenadora da pesquisa no endereço:

Nome: Nadja Mara de Sousa Lopes
Endereço: Rua Barão de Sobral, 968 – Ap 101, Damas.
Telefone: (85) 9608-4490.

Assinatura do Pesquisador(a)

Data __/__/__

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Fone: (85)3366-8344.

Expresso o fato de que sua participação será de enorme importância para a pesquisa.

Dados do Profissional de Saúde:

Nome:

Endereço:

Número do telefone:

Data do nascimento:

Consentimento Pós - Esclarecimento

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “*A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela*”: da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental”, onde fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) sobre a pesquisa e seus procedimentos. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer dano ou penalidade.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador(a)

Assinatura da Testemunha – 01

Assinatura da Testemunha – 02

APÊNDICE 8



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO PROFESSOR DE FARMÁCIA



Venho convidá-lo(a) para participar, como voluntário(a), na pesquisa intitulada “*A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela*”: da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental, cujo objetivo é compreender a elaboração do currículo de farmácia de uma instituição de ensino superior do estado do Ceará, na sua perspectiva disciplinar e suas estratégias para alcançar a interdisciplinaridade na saúde mental. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Deste modo, venho convidá-lo(a) a participar da pesquisa disponibilizando os seus dados. Assim, tornar ciente a necessidade de coletar as seguintes informações confidenciais sobre as características pessoais do professor de Farmácia; características da sua formação; o que caracteriza o farmacêutico como profissional de saúde e áreas de atuação; como tratar interdisciplinaridade e transversalidade no curso de Farmácia e como pode atuar em saúde mental.

. Esclareço que:

- As informações coletadas por meio de gravadores e formulários, serão somente utilizadas para os objetivos da respectiva pesquisa.
- Que o (a) senhor (a) ou responsável tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.
- Não se antecipa nenhum risco e/ou desconforto, nem haverá nenhum bônus ou ônus por sua participação na pesquisa.
- Também esclareço que as informações ficarão em sigilo e que seu anonimato será preservado.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, sinta-se à vontade para entrar em contato com a coordenadora da pesquisa no endereço:

Nome: Nadja Mara de Sousa Lopes
Endereço: Rua Barão de Sobral, 968 – Ap 101, Damas.
Telefone: (85) 9608-4490.

Data __/__/__

Assinatura do Pesquisador(a)

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Fone: (85)3366-8344.

Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para a pesquisa.

Dados do Profissional de Saúde:

Nome:

Endereço:

Telefone para o contato:

Data do nascimento:

Consentimento Pós - Esclarecimento

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa "*A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela*": da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental, onde fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) sobre a pesquisa e seus procedimentos. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer dano ou penalidade.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador(a)

Assinatura da Testemunha – 01

Assinatura da Testemunha – 02

ANEXO 1

Os cinco princípios ativos da Portaria SVS/MS nº 344/1998 em formulações industrializadas de maior consumo no país. Brasil, 2007-2010.

Ano	Princípio Ativo	UFD*	UFD/Farmácia e Drogeria**	UFD/1000 habitantes
2007	Clonazepam	29.463	7	<1
	Bromazepam	16.117	4	<1
	Alprazolam	12.566	3	<1
	Amitriptilina	10.740	3	<1
	Fenobarbital	9.793	2	<1
2008	Clonazepam	4.784.730	167	25
	Bromazepam	2.519.556	88	13
	Alprazolam	2.112.329	74	11
	Fenobarbital	1.612.024	56	9
	Carbamazepina	1.582.874	55	8
2009	Clonazepam	7.498.569	214	39
	Bromazepam	3.478.014	99	18
	Alprazolam	3.069.676	88	16
	Sibutramina	2.653.396	76	14
	Fenobarbital	2.524.212	72	13
2010	Clonazepam	10.590.047	258	56
	Bromazepam	4.463.460	109	23
	Alprazolam	4.360.203	106	23
	Fenobarbital	3.203.824	78	17
	Amitriptilina	3.060.358	75	16

Fonte: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa.

*UFD = Unidades Físicas Dispensadas. ** Número de farmácias cadastradas.

ANEXO 2

Disciplinas do currículo mínimo do curso de Farmácia conforme Res. nº 4/69.

Ciclo pré-profissional	
1 - Complementos de matemática e Estatística 2 - Física 3 - Química Analítica 4 - Química Orgânica 5 - Química Geral e Inorgânica 6 - Bioquímica 7 - Físico-Química 8 - Botânica 9 - Biologia (Fundamentos da Anatomia, Fisiologia, Histologia Embriologia e Genética Humana) 10 - Parasitologia 11 - Microbiologia e Imunologia 12 - Patologia (Processos gerais)	
Ciclo profissional comum	
1 - Farmacognosia 2 - Farmacotécnica 3 - Farmacodinâmica 4 - Economia e administração (Empresas farmacêuticas) 5 - Deontologia e Legislação Farmacêutica 6 - Higiene Social	
Ciclo profissional: farmacêutico industrial	
1 - Física Industrial 2 - Tecnologia Farmacêutica e de Cosméticos 3 - Enzimologia e Tecnologia das Fermentações 4 - Controle de Qualidade dos Produtos Farmacêuticos e Cosméticos.	
Ciclo profissional: farmacêutico bioquímico	
1ª Opção: 1 - Toxicologia 2 - Tecnologia de Alimentos 3 - Enzimologia e Tecnologia das Fermentações 4 - Bromatologia 5 - Física Industrial	2ª Opção: 1 - Bioquímica clínica 2 - Microbiologia e Imunologia Clínicas 3 - Parasitologia Clínica 4 - Citologia (exames citológicos de secreções, excreções, exsudatos, transudatos, liquor e cefalorraquiano e sangue)

ANEXO 3

Matriz curricular do curso de Farmácia da UFC anterior a 2005

1º Período	Natureza
Cálculo Diferencial e Integral – 96h	Obrigatória
Física Geral – 96h	Obrigatória
Química Geral – 96h	Obrigatória
Biologia Geral – 96h	Obrigatória
Introdução ao Curso de Farmácia	Obrigatória
Carga horária: 432h	
2º Período	Natureza
Introdução a Estatística – 64h	Obrigatória
Química Orgânica I – 96h	Obrigatória
Química Inorgânica I – 96h	Obrigatória
Físico-Química Aplicada a Farmácia – 96h	Obrigatória
Carga horária: 352h	
3º Período	Natureza
Química Orgânica II – 96h	Obrigatória
Química Analítica I – 96h	Obrigatória
Botânica Aplicada a Farmácia – 80h	Obrigatória
Fundamentos de Histologia e Embriologia Humana – 128h	Obrigatória
Fundamentos de Anatomia Humana – 128h	Obrigatória
Carga horária: 528h	
4º Período	Natureza
Química Analítica II – 96h	Obrigatória
Fisiologia Humana II – 128h	Obrigatória
Microbiologia Básica e Aplicada – 96h	Obrigatória
Farmacognosia – 128h	Obrigatória
Carga horária: 448h	
5º Período	Natureza
Introdução a Bioquímica – 64h	Obrigatória
Patologia Geral II – 96h	Obrigatória
Imunologia Aplicada a Farmácia – 64h	Obrigatória
Parasitologia Humana I – 96h	Obrigatória
Química Farmacêutica I – 128h	Obrigatória
Carga horária: 448h	
6º Período	Natureza
Farmacodinâmica – 192h	Obrigatória
Bioquímica Clínica I – 64h	Obrigatória
Farmacotécnica – 128h	Obrigatória
Introdução a Bromatologia – 80h	Obrigatória
Saúde Pública – 64h	Obrigatória
Carga horária: 528h	
7º Período	Natureza
Toxicologia I – 96h	Obrigatória
Economia e Administração de Empresas Farmacêuticas – 96h	Obrigatória
Deontologia e Legislação Farmacêutica – 48h	Obrigatória
Farmácia Hospitalar – 96h	Obrigatória
Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância – 64h	Obrigatória
Carga horária: 400h	
8º Período	Natureza
Genética e Evolução – 64h	Optativa
Computação Aplicada – 64h	Optativa
Farmácia Homeopática – 96h	Optativa
Atividades Complementares – 16h	Optativa
Estágio em Farmácia – 448h	Obrigatória
Carga horária: 688h	

ANEXO 4

Matriz curricular do curso de Farmácia da UFC anterior a 2005 – Habilitações

Habilitação em Farmácia Industrial	Natureza
Atividades complementares – 16h	Optativa
Química Orgânica III – 96h	Obrigatória
Química Farmacêutica II – 96h	Obrigatória
Controle Químico de Processos Farmacêuticos e de Cosméticos – 96h	Obrigatória
Tecnologia Farmacêutica e de Cosméticos – 128h	Obrigatória
Estágio em Indústria Farmacêutica – 512h	Obrigatória
Controle Biológico de Q. de Medicamentos – 64h	Obrigatória
Dermocosmética – 64h	Obrigatória
Processo de Fermentação e Enzimologia para Medicamentos – 96h	Obrigatória
Física Industrial I – 48h	Obrigatória
Carga horária: 1.216h	
Habilitação em Farmácia e Bioquímica - Análises	Natureza
Atividades complementares – 16h	Optativa
Met. e Tec. de Análises Toxicológicas – 96h	Obrigatória
Metodologia e Aplicação de Radioisótopos – 64h	Obrigatória
Met. e Tec. de Análises Bioquímicas – 128h	Obrigatória
Met. e Tec. de Análises Parasitológicas - 128h	Obrigatória
Estagio Em Análises Clínicas - 960h	Obrigatória
Met. e Tec. de Análises Microbiológicas - 64h	Obrigatória
Met. e Tec. de Análises Imunológicas - 64h	Obrigatória
Met. e Tec. de Análises Citológicas - 80h	Obrigatória
Met. e Tec. de Análises Hematológicas I - 64h	Obrigatória
Met. e Tec. de Análises Hematológicas II - 64h	Obrigatória
Carga horária: 1.728h	
Habilitação em Farmácia e Bioquímica - Bromatologia	Natureza
Atividades complementares – 16h	Optativa
Enzimologia e Tecnologia das Fermentações – 64h	Obrigatória
Introdução a Tecnologia de Alimentos – 64h	Obrigatória
Microbiologia de Alimentos – 64h	Obrigatória
Química Analítica III – 96h	Obrigatória
Toxicologia II – 96h	Obrigatória
Bromatologia – 96h	Obrigatória
Estágio em Bromatologia – 512h	Obrigatória
Física Industrial I – 48h	Obrigatória
Carga horária: 1.056h	

ANEXO 5

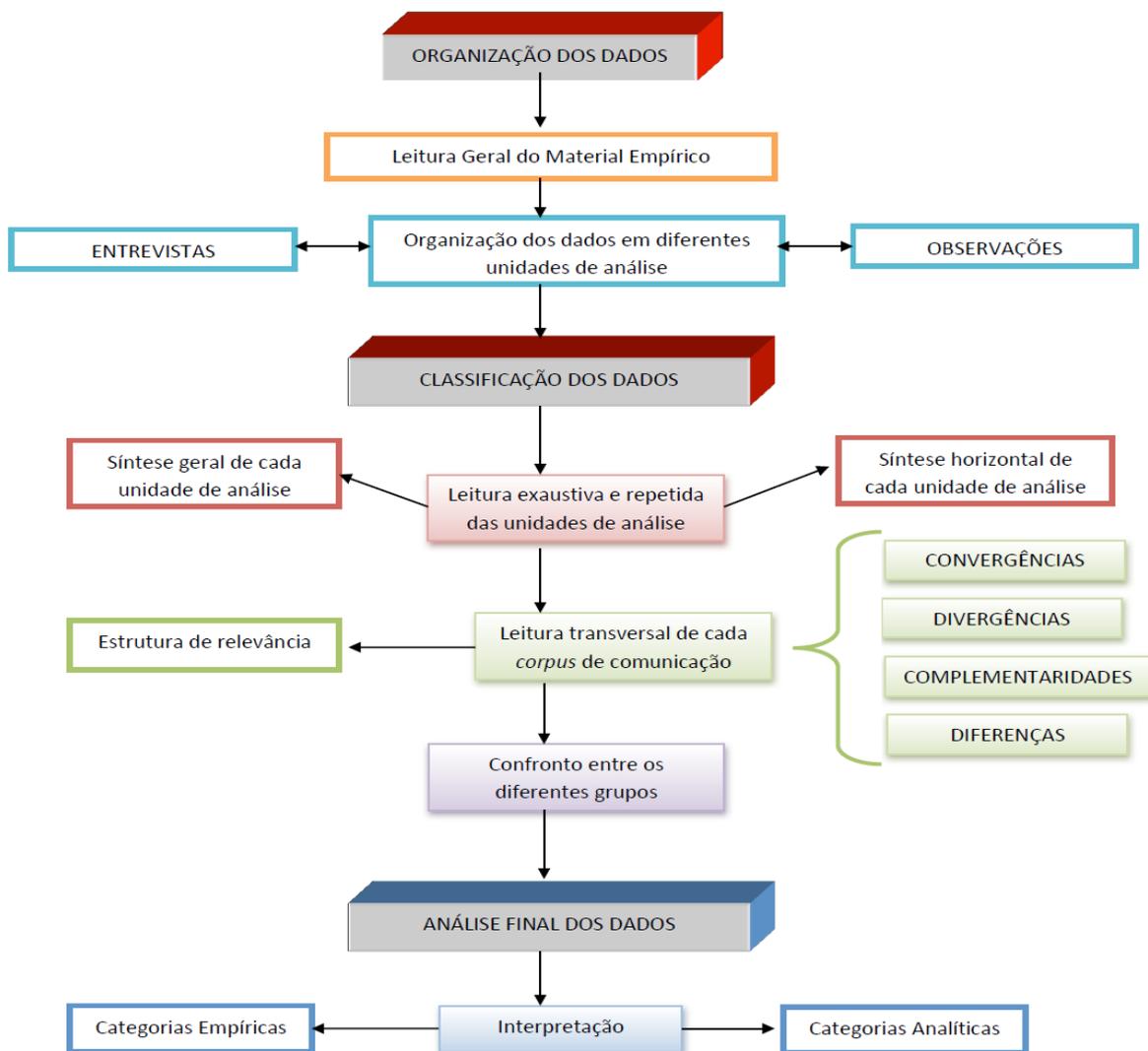
Matriz Curricular do Curso de Farmácia da UFC a partir de 2005

1º Período	Natureza
Biologia Celular Geral – 64h	Obrigatória
Anatomia Humana Geral – 64h	Obrigatória
Histologia e Embriologia Geral – 64h	Obrigatória
Integração à Prática Farmacêutica I – 128h	Obrigatória
Química Geral e Inorgânica – 96h	Obrigatória
Carga horária: 416h	
2º Período	Natureza
Farmacognosia I – 64h	Obrigatória
Físico-Química aplicada à Farmácia – 96h	Obrigatória
Introdução à Bioquímica – 64h	Obrigatória
Integração à prática farmacêutica II – 64h	Obrigatória
Química Analítica I aplicada à Farmácia – 80h	Obrigatória
Química Orgânica Teórica I para Farmácia – 64h	Obrigatória
Carga horária: 432h	
3º Período	Natureza
Química Orgânica Teórica II para Farmácia – 48h	Obrigatória
Química Orgânica Experimental para Farmácia – 48h	Obrigatória
Química Analítica II Aplicada à Farmácia – 80h	Obrigatória
Fisiologia Humana II – 128h	Obrigatória
Farmacognosia II – 64h	Obrigatória
Farmacotécnica I – 64h	Obrigatória
Integração a Prática Farmacêutica III – 64h	Obrigatória
Carga horária: 496h	
4º Período	Natureza
Patologia Geral – 80h	Obrigatória
Hematologia Básica – 64h	Obrigatória
Farmacotécnica II – 96h	Obrigatória
Química Farmacêutica – 112h	Obrigatória
Gestão Farmacêutica – 64h	Obrigatória
Carga horária: 416h	
5º Período	Natureza
Farmacologia Geral – 128h	Obrigatória
Microbiologia Básica e Aplicada – 64h	Obrigatória
Imunologia Básica – 64h	Obrigatória
Bioquímica Clínica I – 64h	Obrigatória
Parasitologia Básica – 64h	Obrigatória
Estágio em Farmácia I – 128h	Obrigatória
Carga horária: 512h	
6º Período	Natureza
Hematologia Clínica – 64h	Obrigatória
Imunologia Aplicada – 64h	Obrigatória
Microbiologia Clínica – 64h	Obrigatória
Bioquímica Clínica II – 64h	Obrigatória
Parasitologia Clínica – 64h	Obrigatória
Farmacologia Aplicada – 64h	Obrigatória
Farmácia Hospitalar – 64h	Obrigatória
Atenção Farmacêutica – 32h	Obrigatória
Carga horária: 480h	
7º Período	Natureza
Citologia Aplicada - 64h	Obrigatória
Estágio em Análises Clínicas – 160h	Obrigatória
Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância – 64h	Obrigatória
Toxicologia Geral - 64h	Obrigatória
Estágio em Farmácia II – 64h	Obrigatória

Bromatologia I – 64h	Obrigatória
Carga horária: 480h	
8º Período	Natureza
Análises Toxicológicas - 64h	Obrigatória
Estágio em Farmácia IV – 64h	Obrigatória
Bromatologia II– 64h	Obrigatória
Controle da Qualidade de Medicamentos e Cosméticos – 192h	Obrigatória
Farmacoeconomia – 48h	Obrigatória
Garantia de Qualidade de Práticas Farmacêuticas – 64h	Obrigatória
Monografia I – 16h	Obrigatória
Carga horária: 480h	
9º Período	Natureza
Imunorradiobiologia Clínica – 32h	Obrigatória
Estágio em Farmácia V – 192h	Obrigatória
Produção de Medicamentos e Cosméticos – 256h	Obrigatória
Carga horária: 480h	
10º Período	Natureza
Atividades complementares – 212h	Obrigatória
Estágio Diferenciado em Farmácia – Análises Clínicas – 416h	Obrigatória
Monografia II – 16h	Obrigatória
Enzimologia e Tecnologia das Fermentações – 64h	Optativa
Introdução a Tecnologia de Alimentos – 64h	Optativa
Microbiologia de Alimentos – 64h	Optativa
Química Orgânica III – 96h	Optativa
Química Analítica III – 96h	Optativa
Genética Básica – 64h	Optativa
Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS – 64h	Optativa
Relações Etnico-Raciais e Africanidades – 64h	Optativa
Educação Ambiental – 64h	Optativa
Educação em Direitos Humanos – 64h	Optativa
Diferença e Enfrentamento Profissional nas Desigualdades Sociais – 64h	Optativa
Imunologia Aplicada a Farmácia – 64h	Optativa
Parasitologia Humana I – 96h	Optativa
Biologia Molecular Aplicada a Farmácia – 64h	Optativa
Micologia Clínica – 64h	Optativa
Técnicas Avançadas em Citologia – 48h	Optativa
Introdução a Virologia Humana – 32h	Optativa
Toxicologia Forense – 32h	Optativa
Biossegurança em Laboratório Clínico – 32h	Optativa
Química Farmacêutica II – 96h	Optativa
Toxicologia I – 96h	Optativa
Toxicologia II– 96h	Optativa
Homeopatia – 64h	Optativa
Biofarmácia – 64h	Optativa
Estágio Diferenciado em Farmácia – Farmácia Hospitalar – 416h	Optativa
Estágio Diferenciado em Farmácia – Indústria Farmacêutica – 416h	Optativa
Estágio Diferenciado em Farmácia – Bromatologia – 416h	Optativa
Tópicos Especiais em Cosmetologia – 48h	Optativa

ANEXO 6

Desenvolvimento da análise hermenêutica-dialética



Fonte: BEZERRA (2016).

ANEXO 7

Representação esquemática da confecção das categorias empíricas

Núcleos de Sentido	Participante 1	Participante 2	Participante ...	Síntese Horizontal
1				
2				
3 ...				
Síntese Vertical				Síntese Final

Fonte: BEZERRA (2016).