



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

“Fortalecimento do ensino na saúde no contexto do SUS: Uma proposta interdisciplinar da
Universidade de Brasília na Região Centro-Oeste”

TESE DE DOUTORADO

Perfil dos Cursos de Farmácia e as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002

LUIZ HENRIQUE COSTA

Fevereiro de 2016

Brasília-DF

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia – IP
Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura
“Fortalecimento do ensino na saúde no contexto do SUS: Uma proposta interdisciplinar da
Universidade de Brasília na Região Centro-Oeste”

Perfil dos Cursos de Farmácia e as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002

LUIZ HENRIQUE COSTA

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de doutor em Ensino na Saúde.

Orientadora: Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

Co-orientadora: Diana Lucia Moura

Área Temática: Avaliação do Ensino na Saúde

Fevereiro de 2016

Brasília-DF

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

“Fortalecimento do ensino na saúde no contexto do SUS: Uma proposta interdisciplinar da
Universidade de Brasília na Região Centro-Oeste”

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA À SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Margô Gomes de Oliveira Karnikoviski
Curso de Farmácia - Faculdade de Ceilândia - UnB

Maria Helena Braga
Departamento de Ciências Farmacêuticas - Faculdade de farmácia – UFJF

Dayani Galato
Curso de Farmácia - Faculdade de Ceilândia - UnB

Noêmia Tavares
Departamento de Farmácia - Faculdade de Ciências da Saúde - UnB

Walter Massa Ramalho
Curso de Saúde Coletiva - Faculdade de Ceilândia - UnB

Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluscke
Instituto de Psicologia - UnB

Agradecimentos

Dedico este trabalho aos meus pais, Brígido Vieira da Costa e Maria Vidal Costa, pelo exemplo de vida e dedicação a educação de seus filhos e filhas. Gratidão eterna (in memoriam).

A minha querida esposa Karla Calvette Costa. Mulher exemplar, meu amor. Aos meus amados filhos, Luiza Calvette Costa e Vitor Calvette Costa, dois belos diamantes.

Canção amiga

Eu preparo uma canção
em que minha mãe se reconheça,
todas as mães se reconheçam,
e que fale como dois olhos.

Caminho por uma rua
que passa em muitos países.
Se não me veem, eu vejo
e saúdo velhos amigos.

Eu distribuo um segredo
como quem ama ou sorri.
No jeito mais natural
dois carinhos se procuram.

Minha vida, nossas vidas
formam um só diamante.
Aprendi novas palavras
e tornei outras mais belas.

Eu preparo uma canção
que faça acordar os homens
e adormecer as crianças.
(Carlos Drummond de Andrade)

Reconhecimento especial a dois farmacêuticos (as) e educadores. Por seu legado a educação farmacêutica:

Lauro Mello Vieira (in memoriam) - UFMG
Suely Lins Galdino (in memoriam) - UFPE

“Aos professores e professoras do Pró-ensino na Saúde, que souberam conduzir com sabedoria um grupo de profissional

tão singular”. Pela coragem em aceitar este belo desafio que é o ensino na saúde! Pelo pioneirismo e proposta inovadora, de reflexão e produção científica sobre o ensino na saúde no Brasil. Obrigado pelas experiências vivenciadas!

Aos colegas Alexandre, Andreia, Denise, Kamilla, Marilac, Marília, Nazareth e Walner pelas referências de vida, por permitir momentos de intensos debates e trocas, só possíveis na relação Inter profissional.

À orientadora Margô Gomes de Oliveira Karnikowski, pelo apoio em todos os momentos decisivos para a conclusão deste trabalho. Sua dedicação à profissão farmacêutica e a universidade é inspiradora. Gratidão e Amizade.

Aos membros da Banca Examinadora, por sua contribuição a qualificação da presente pesquisa.

Aos membros da Banca de Qualificação, Maria Helena Braga, Silvana Nair Leite Contezini, Dayani Galato e Margô Gomes de Oliveira Karnikoviski

Aos docentes da UNB das disciplinas realizadas, experiência profunda em minha formação docente e que deram base para este trabalho.

Ao meus colegas de trabalho, em especial ao diretor do DAF/SCTIE/MS, José Miguel do Nascimento Junior pelo apoio na realização deste trabalho

A Universidade de Brasília por proporcionar as condições para a realização deste curso.

Ao Ministério da Saúde e da Educação pela iniciativa e apoio ao projeto de Pós-Graduação Pró-Ensino na Saúde - Fortalecimento do ensino na saúde no contexto do SUS.

Ao Inep/MEC pelo apoio na obtenção dos dados.

Ao Instituto de Psicologia da UnB pelo apoio a realização deste projeto.

Ao povo trabalhador deste meu Brasil. Minha vida está a seu serviço, por justiça e paz.

“A aprendizagem é a própria vida, desde a juventude até a velhice”. (Mészáros, 2008)

A má-formação técnica é o melhor coadjuvante da colonização dos profissionais pela indústria (Mattos, 2008)

RESUMO

A força de trabalho ideal para atendimento no SUS – ou seja, profissionais qualificados, orientados para evidência e bem formados e comprometidos com a igualdade na saúde, no entanto não corresponde ao perfil dos profissionais que atualmente operam o sistema. O Ministério da Educação editou as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Farmácia que estabelecem a formação de um profissional farmacêutico generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar de forma interdisciplinar. A pesquisa tem o objetivo caracterizar os cursos de farmácia e o perfil do egresso a partir da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia. O delineamento metodológico foi construído a partir da técnica de análise documental e análise de conteúdo, como fundamento da pesquisa qualitativa e quantitativa e na técnica de triangulação de resultados. Utilizaram-se dados dos Relatórios de Avaliação de Cursos de Farmácia, de Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento de Curso no período de 2012, 2013 e 2014, a Relação dos Cursos de Graduação Presencial, segundo as Instituições de Ensino - Censo de 2010, relatórios de Cursos de Farmácia do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação e Relatório do Consolidado das Discussões dos Fóruns sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia. Como resultados tem-se que os cursos de farmácia registraram uma redução de 18.750 concluintes para 13.737 entre 2011 e 2013 e pequena redução do número de matrículas e de cursos. Os 117 cursos avaliados obtiveram conceito 3 na maioria indicadores da dimensão didático pedagógica e conceitos entre 3, 4 e 5 nas dimensões corpo docente / tutorial e infraestrutura nos três atos autorizativos do Inep, no período. Identificou-se uma crítica consistente as atuais Diretrizes do curso de farmácia, convergindo com os resultados dos indicadores. A noção de competência aparece como central na implementação das diretrizes curriculares nacionais e nas questões sobre a formação do farmacêutico. Identificou-se a necessidade de atualização das competências e do perfil do egresso nas atuais diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em farmácia.

Palavras-chaves: Educação em Farmácia, Competência profissional, Currículo, Avaliação educacional.

ABSTRACT

The ideal work force to treatment in SUS – in other words, qualified professionals, oriented to evidence and well-trained and committed to health equality. However, it doesn't match the profile of professionals who currently operate the system. The Ministry of Education edited the Curriculum Guidelines for Pharmacy Courses that establish the formation of a generalist pharmacists, humanist, critical and reflective, able to work in an interdisciplinary way. The research aims to characterize the pharmacy courses and graduate profile from the implementation of the National Curriculum Guidelines for Pharmacy Courses. The methodological design was built from the documental analysis technique and content analysis, as the basis of qualitative and quantitative research and the results of triangulation technique. We used data of Pharmacy Course Evaluation Reports, Recognition and Renewal Course Recognition in the period of 2012, 2013 and 2014, the List of Graduate Classroom Course, according to the Education Institutions - Censo 2010, reports Pharmacy Courses of the National Institute of Studies and Educational Research Anísio Teixeira of the Ministry of Education and Consolidated Report of the Forums Discussion about the National Curriculum Guidelines of Graduate Courses in Pharmacy. As a result we have that pharmacy courses recorded a reduction of 18,750 to 13,737 graduates and a small reduction in the number of enrollments and courses between 2011 and 2013. The 117 courses evaluated obtained concept 3 in most indicators of pedagogical educational dimension and concepts between 3, 4 and 5 in the dimensions faculty / tutorial and infrastructure in the three authorization acts of INEP, in the same period. We identified a consistent critical current to the course Guidelines pharmacy, converging with the results of the indicators. The notion of competence is important to implement the national curriculum guidelines and the issues on the formation of the pharmacist. We identified the need to upgrade skills and egress profile in the current national curriculum guidelines for undergraduate courses in pharmacy.

Key Word: Pharmacy Education; Competency; Curriculum; Educational Evaluation.

LISTAS DE SIGLAS

AC - Análise de Conteúdo

ABEF - Associação Brasileira de Educação Farmacêutica

ABENFARBIO - Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico e Bioquímico

ACG - Avaliação de Cursos de Graduação

AF - Assistência Farmacêutica

ANBENFAR - Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico

APS - Atenção Primária à Saúde

BASis - Banco Nacional de Avaliadores do Sinaes

BM – Banco Mundial

Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

Cefets - Centros Federais de Educação Tecnológica

CEME – Central de Medicamentos

CFE – Conselho Federal de Educação

CFF - Conselho Federal de Farmácia

CNAF - Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica

CNE/CES – Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COBEF - Congresso Brasileiro de Educação Farmacêutica

CRF - Conselhos Regionais de Farmácia

CRF-SC - Comissão de Ensino do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina

DAES – Diretoria de Educação Superior

DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNF – Diretrizes Curriculares dos Cursos de Farmácia

EaD – Educação à distância

EIP – Educação Interprofissional

e-MEC - Relatórios de Avaliação de Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento Curso

ENEFAR – Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia

ENRC - Encontro Nacional de Reforma Curricular

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FENAFAR - Federação Nacional dos Farmacêuticos

FIP - Federação Internacional Farmacêutica

FNEPAS - Fórum Nacional das Profissões da Área de Saúde

IACG - Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES - Instituição de Ensino Superior

IFC - Indivíduos, Famílias e Comunidade

IFECT - Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia

INEP – Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

LDBEN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

ME - Medicamentos Essenciais

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OPS - Organização Pan-Americana da Saúde

PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PIP - Prática Interprofissional

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNE – Plano Nacional de Educação

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PPC – Projetos Pedagógicos do Curso

Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SCTIE - Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Humana

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior

SINDFAR-SC - Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina

SNCF - Seminário Nacional sobre Currículo de Farmácia

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNB - Universidade de Brasília

LISTA DE GRÁFICOS, FIGURAS E TABELAS

Gráfico 1. Taxa de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos em municípios brasileiros em 1991, 2000 e 2010. Brasil.

Gráfico 2. Total de Avaliações in loco realizadas no período de 2004 a 2014 para cursos na área da saúde no Brasil.

Figura 1. Dimensão cuidadora e Dimensão profissional em saúde.

Figura 2. Dimensão cuidadora em saúde.

Figura 3. Recorte do documento do Iº Fórum Nacional de Educação Farmacêutica, Brasil.

Figura 4. Seminários Nacionais de Currículo de Farmácia, Brasil.

Figura 5. Elementos da triangulação dos resultados, DCNF, 2015.

Figura 6. Elementos da análise de conteúdo

Figura 7. Resultados da média do indicador 1.3: Objetivo do curso – IACG 2012.

Figura 8. Análise de conteúdo do documento Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF - ABEF/CFF, 2015.

Figura 9. Análise de conteúdo do documento das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Farmácia, CNE/CES 2, 2002.

Figura 10. Análise de conteúdo do documento Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. CNE/CES 2, 2002 – Brasil.

Figura 11. Núcleos de competências em saúde.

Tabela 1. Evolução do número de IES, cursos e matrículas no Ensino Superior no Brasil, 2004-2013.

Tabela 2. Número de instituições que ofertam o curso de farmácia, número de alunos matriculados e concluintes, por regiões no período de 2011-2013.

Tabela 3. Indicadores de Avaliação de Cursos de Graduação, referente à Dimensão 1, no período de 2012-2014, por ato autorizativo.

Tabela 4. Teste Kruskal-Wallis para o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, referente à Dimensão 1, no período de 2012-2014.

Tabela 6. Teste Kruskal-Wallis para o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, referente à Dimensão 2, Corpo Docente e Tutorial, no período de 2012-2014.

Tabela 7. Indicadores de Avaliação de Cursos de Graduação em Farmácia, referente à Dimensão 3: Infraestrutura no período de 2012-2014, por ato autorizativo.

Tabela 8. Teste Kruskal-Wallis para o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, referente à Dimensão 3, Infraestrutura, no período de 2012-2014.

Tabela 9. Teste de Mann-Whitney caso a caso, com correção de Bonferroni referente ao Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, referente à três Dimensão dos atos autorizativos, período de 2012-2014.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	16
Capítulo 1	O Sistema Único de Saúde, a Assistência Farmacêutica e a Formação dos Profissionais de Saúde.....	20
1.1	O Sistema Único de Saúde.....	20
1.2	Assistência Farmacêutica no SUS.....	32
1.3	Formação em Saúde.....	38
1.4	A indução da qualidade e formação profissional no Brasil.....	50
Capítulo 2	Educação Farmacêutica, Competências, Currículo e Perfil Profissional.....	55
2.1	Educação Farmacêutica.....	55
2.2	Competências, perfil e currículo.....	68
2.3	Currículo: reflexão sobre a educação farmacêutica.....	87
2.4	Currículo Integrado.....	90
2.5	Currículo de Farmácia, história recente.....	92
Capítulo 3	Objetivos.....	98
3.1	Geral.....	98
3.2	Específicos.....	98
Capítulo 4	Metodologia.....	99
4.1	Aspectos epistemológicos e teóricos do desenho metodológico da pesquisa.....	99
4.2	Métodos e materiais de pesquisa.....	102
4.3	Análise documental e de conteúdo.....	103
4.4	Abordagem da análise conteúdo.....	104
4.5	Análise Estatística.....	106
4.6	Análise por triangulação dos resultados.....	108
Capítulo 5	Resultados.....	111
5.1	A avaliação pelo Sinaes e seus reflexos no processo formativo.....	114
5.2	Resultados dos Relatórios de Avaliação dos Cursos de Farmácia.....	121
5.3	Análise do documento: Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF - ABEF/CFF – 2015.....	147
5.3.1	Apresentação e validação o documento.....	147

5.3.2	Aspectos gerais do documento.....	149
5.4	Análise do Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF - ABEF/CFF.....	152
5.5	Análise de Documentos Seleccionados.....	165
5.6	Análise por triangulação dos resultados.....	169
Capítulo 6	Considerações Finais.....	181
	REFERÊNCIAS.....	187
	ANEXOS.....	205
Anexo A	Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação - 2012-2014.....	205
Anexo B	Documentos Seleccionados em Educação Farmacêutica (Tabela 10).....	243
Anexo C	Análise do documento Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF ABEF/CFF, 2015 (Tabela 11)	252
Anexo D	DCN do Curso de Graduação em Farmácia.....	258

INTRODUÇÃO

A Proposta do Curso de Pós-graduação nas modalidades de mestrado e doutorado de “Fortalecimento do ensino na saúde no contexto do Sistema Único de Saúde: uma proposta interdisciplinar da Universidade de Brasília na região centro-oeste (pró-ensino na saúde)” surge como mais uma iniciativa no âmbito das políticas indutoras do governo federal de transformar a formação dos profissionais de saúde, visando atender as necessidades da população brasileira no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta do curso apresenta as seguintes áreas temáticas: avaliação no ensino na saúde; formação e desenvolvimento docente na saúde; e tecnologias presenciais e a distância no ensino na saúde. Esta tese de doutorado associa-se a linha de pesquisa de avaliação do ensino na saúde. O interesse por esta área de avaliação traz consigo a experiência que possuo como professor de educação superior junto a Fundação Universidade da Região de Blumenau e atualmente atuando como Coordenador Geral no Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.

O fato de ter contribuído para a construção e implantação das diretrizes curriculares dos cursos de farmácia, da experiência como acadêmico do curso de farmácia na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (1983-1988), de ter participado da realização do I Seminário Nacional de Currículo de Farmácia em 1986, na cidade de Ouro Preto em Minas Gerais, sucedido por outros seminários e encontros com esta temática, contribuíram para a opção em desenvolver o tema da avaliação crítica da educação farmacêutica no Brasil. A participação na elaboração das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica e a dissertação de mestrado em saúde pública, concluída em 2002 na UFSC, abordando avaliação da assistência farmacêutica em nível municipal, trouxeram elementos para o campo da avaliação em saúde e a identificação da necessidade de abordar

a educação farmacêutica no contexto desta política de saúde. Mais recentemente a participação na fundação e organização da Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ANBENFAR) entre 2007 e 2013 com a realização de um conjunto de fóruns nacionais neste mesmo período, com destaque para o I Fórum Nacional de Ensino Farmacêutico – O Farmacêutico que o Brasil necessita, em 2007, consolida a iniciativa e perspectiva de avaliar a educação no contexto no Sistema Único de Saúde - SUS.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de farmácia (DCNF), assim como dos demais profissionais de saúde, são contemporâneas aos debates desenvolvidos na década de oitenta em torno da democratização do país, da construção do SUS e de projetos de sociedade e de desenvolvimento nacional, capazes de gerar cidadania e justiça social. Neste sentido, as formações dos profissionais de saúde e dos farmacêuticos deveriam estar associadas a estes objetivos, ou seja, uma formação fortemente influenciada pelas necessidades mais sentidas da população, com o rompimento do modelo de desenvolvimento econômico e social hegemônico no país, excludente e elitista. Portanto, a formação do farmacêutico, e a farmácia como campo do conhecimento devem estar a serviço de um sistema de saúde público, integral e universal, tendo o Estado como seu principal provedor e ordenador dos serviços. Os cursos de farmácia devem constituir-se como centros geradores de conhecimento e de tecnologia, capazes de avaliar, criar, desenvolver e inovar na pesquisa e produção de medicamentos no país. O farmacêutico como profissional de saúde deve estar capacitado para atuar em equipe, tanto na assistência a saúde, como na pesquisa, e no desenvolvimento e inovação tecnológica. As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de farmácia e as competências e habilidades atribuídas ao farmacêutico constituem importante passo na direção destes objetivos e considera-se necessário avaliar se a sua implantação tem gerado mudanças significativas

na formação do profissional, observando as competências e habilidades requeridas ao exercício profissional na perspectiva apontada.

Desde a implantação das DCNF em 2002, em pouco mais de treze anos, a assistência farmacêutica enquanto política pública experimentou avanços significativos, com a consolidação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) instituída em 2003 pelo Conselho Nacional de Saúde e materializada na criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, responsável pela gestão desta política. A PNAF gerou uma grande ampliação do acesso aos medicamentos através do SUS e uma melhor estruturação dos serviços farmacêuticos, ainda que estes serviços estejam limitados aos aspectos relacionados à garantia da qualidade e disponibilidade dos medicamentos nos serviços de saúde. Neste cenário tem se consolidado a perspectiva do farmacêutico vir a cumprir um papel chave nas políticas de saúde, atuando de forma interdisciplinar junto a equipes multiprofissionais, essencialmente na garantia do uso racional dos medicamentos e no desenvolvimento de um conjunto de ações, serviços e atividades relacionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta política também apresenta a necessidade de um conjunto de competências e habilidades requeridas deste profissional, destacando-se a avaliação de tecnologias em saúde, a pesquisa, ao desenvolvimento e a inovação tecnológica.

Aponta-se, portanto, a necessidade de analisar de forma crítica e aprofundada a formação do profissional farmacêutico, partindo-se da premissa de que existe um possível distanciamento de sua formação em relação às reais necessidades de saúde da população. Em uma aproximação com a realidade da formação em farmácia, buscando identificar mudanças nos cursos na formação dos egressos dos cursos após a implantação das diretrizes curriculares nacionais e sua relação com os princípios e diretrizes do SUS, em especial ao que tange à assistência farmacêutica.

Com base neste contexto construiu-se uma proposta de projeto de pesquisa no sentido de problematizar o processo de transformação da formação em farmácia mediante a implementação das DCNF e o processo de avaliação dos cursos implementado pelo Ministério da Educação e os recentes debates organizados pela categoria farmacêutica.

Capítulo 1: O Sistema Único de Saúde, a Assistência Farmacêutica e a Formação dos Profissionais de Saúde

1.1 O Sistema Único de Saúde

A presente proposta de estudo esta baseada em um conceito de saúde para além das conotações biomédicas, incluindo seus determinantes sociais, a educação, a redução da pobreza e medidas preventivas no contexto mais amplo da saúde como um direito humano (Kleinert & Horton, 2011). O conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), divulgado na carta de princípios de 1948 implicou no reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, e afirma que: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo (Scliar, 2007, p. 30).

Sem dúvida com esta definição poderia-se admitir que se avançou, mas ao que podemos atribuir estado de completo bem estar? Neste sentido a noção de saúde possui uma conotação ampla, para além da individualidade e do corpo:

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. A saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas (Scliar, 2007, p. 30).

Portanto a saúde, assim como a doença é uma construção social, onde as condições de vida e de trabalho em geral condicionam e determinam como, quanto, onde, de que forma as pessoas adoecem ou deixam de adoecer. Vejamos o exemplo a seguir:

A medicina individual dirá que a doença tuberculose, por exemplo, é a mesma em todos os indivíduos tuberculosos, deixando de fora, nesse recorte, todas as variações como não essenciais, e entre elas, as dimensões sociais de cada corpo individual (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 39).

Segundo o autor, a medicina estruturou-se com base em ciências positivistas e considerou científica a apreensão de seu objeto (Mendes-Gonçalves, 1994). O discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir dos conceitos não de saúde, mas de doença.

O discurso médico científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer. A saúde não é objeto que se possa delimitar; não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer (Czeresnia, 2008, p. 42).

Segundo a autora, Canguilhem (1990) “em trabalho recente afirma o conceito de saúde tanto como noção vulgar – que diz respeito à vida de cada um – quanto como questão filosófica, diferenciando-o de um conceito de natureza científica” (Czeresnia, 2008, p. 43). Segundo Caponi (2008), a problematização da saúde como questão filosófica, parece ter, ao menos, duas justificativas plausíveis:

A primeira é que a saúde foi um tema filosófico frequente na época clássica; dela ocuparam-se entre outros autores, Leibnis, Diderot, Descartes, Kant e, posteriormente, Nietzsche. Porém, quando falamos de saúde parece ter sido Descartes quem se converteu em referência obrigatória, e isto desde o momento que lhe é atribuída a “invenção de uma concepção mecanicista das funções orgânicas” (Canguilhem, 1990b, p. 20). Para ele, é essencial respeitar a distinção, entre um mecanismo e um corpo humano, conforme se indica na “VI meditação”;

não é possível estabelecer uma identidade, por exemplo, entre um “relógio desregulado” e um “homem hidrópico” (Descartes, 1981, p.73). Esta distinção que difere daquela que podemos fazer entre um relógio regulado e um desregulado indica a diversidade existente entre regulagem das máquinas e as funções orgânicas de um homem. (Caponi, 2008.)

Neste sentido estamos tratando de um processo de saúde-doença, um processo dialético, sob a influência dos determinantes sociais da saúde, da cultura, dentre outros. Nossa Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196 trás que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Este é o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS). E é o princípio que está colaborando para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos (Scliar, 2007, p. 39).

A singularidade, beleza e profundidade do tema é exemplarmente exposta por Michel Foucault (1998):

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo (Foucault, 1998).

Mais adiante neste estudo, voltaremos às reflexões que apoiam esta problematização a respeito do conceito de saúde e neste sentido, deixamos estas reflexões iniciais a respeito do tema, apresentando a seguinte construção teórica de Mendes Gonçalves (1992):

De todas as necessidades referidas à saúde, aquela que mais coerentemente compõe com as “necessidades sociais” é a do consumo de serviços de assistência à doença – serviços médicos em sentido amplo. Já se discutiu como isto se dá pela redução da saúde ao resultado de consumo individual, e embora historicamente essa redução tenha privilegiado a doença como objeto de trabalho, com o que a saúde ficou necessariamente definida como negação, e, portanto subordinada à definição de doença, na última década, ela própria saúde aparece pseudo-positivamente como resultado também daquilo que parece negar a doença: dietas, exercícios, alimentos sucedâneos de alimentos “perigosos”, remédios protetores, etc. (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 47).

Vamos passar a abordar diretamente o tema da formação dos profissionais de saúde e para tanto trazer aspectos da situação de saúde da população brasileira. Destacamos, porém a centralidade do trabalho em saúde, que segundo o mesmo autor, reorganizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas ao redor de dois eixos:

Como forma de controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva, como forma de recuperar a força de trabalho na mesma escala e finalmente, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 36.).

Portanto o fazer saúde está associado às necessidades não apenas das pessoas, com centralidade no interesse do sistema econômico e social, o mesmo ocorrendo com a escola, que passou ter um papel central na capacitação para o trabalho promovendo a socialização do indivíduo nas formas de convivências próprias da sociedade moderna (Saviani, 2011, pag. 22).

O trabalho em saúde e a formação dos profissionais de saúde são realizados em um contexto de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, assim buscamos apresentar suas perspectivas atuais, já que se considera estar-se formando profissionais de saúde para desenvolver suas atividades profissionais neste âmbito, se não de forma exclusiva, mas que a formação e as práticas profissionais devem ter por base seus princípios e diretrizes e assim buscar atender as reais necessidades de saúde da população.

Vale destacar neste sentido a complexidade do perfil de morbidade da população brasileira, incluindo problemas agudos e crônicos, doenças que estão relacionadas com Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA) e as doenças crônicas não transmissíveis, assim como problemas que exigem intervenção sobre o ambiente, como a malária e a dengue. Trata-se, de uma situação de complexidade como afirmado, refletindo a organização social e a diversidade de situações que caracterizam a situação epidemiológica atual. Já o perfil de mortalidade sugere que a população brasileira possui condições regulares de saúde em comparação aos indicadores dos países desenvolvidos, com redução progressiva da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento relativo da mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplasias decorrentes do processo de envelhecimento populacional, bem como a redução acentuada da mortalidade infantil. Esta tipificação é explicada pelo envelhecimento populacional, e em parte, pela maior capacidade de diagnóstico. Destaca-se ainda que a extensão de cobertura dos serviços de saúde proporcionados pelo SUS contribui com a redução da mortalidade prematura (Almeida Ribeiro & Barata, 2014).

É corrente entre nós esta exposição em relação ao quadro persistente de doenças infecciosas, convivendo com a hegemonia de doenças crônicas e outras como o câncer e aquelas relacionadas à saúde mental. Esta complexidade exige um fazer em saúde também complexo, que perceba a vida em toda sua complexidade. Neste sentido também a

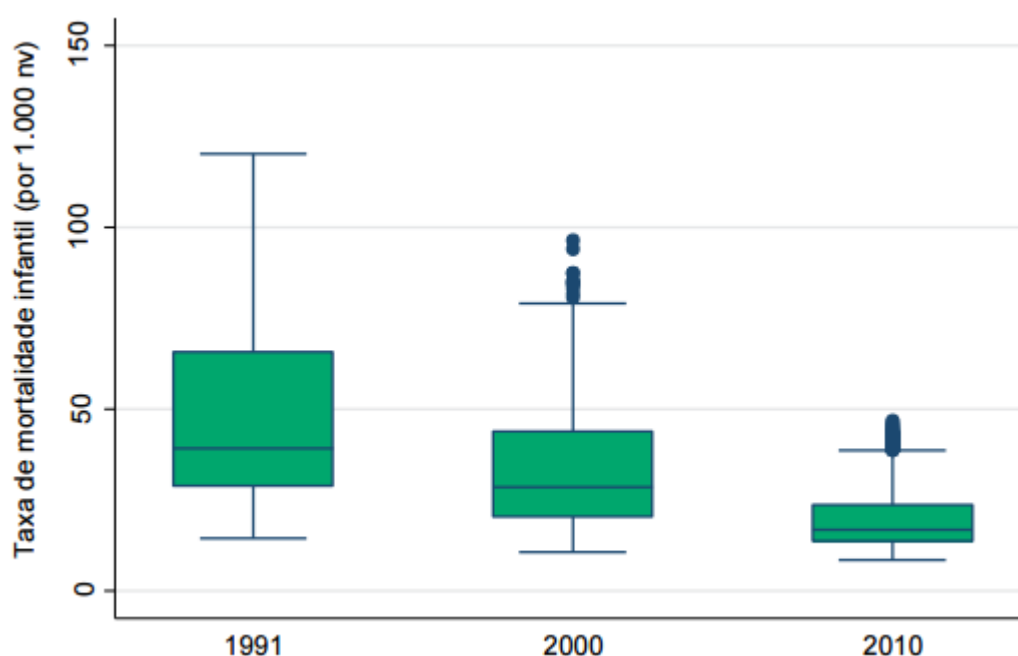
organização dos serviços do sistema de saúde e a prática sanitária, como bem afirma Foucault (1998):

O lugar natural da doença é o lugar natural da vida – a família: doçura dos cuidados espontâneos, testemunho do afeto, desejo comum da cura, tudo entra em cumplicidade para ajudar a natureza que luta contra o mal e deixar o próprio mal se desdobrar em sua verdade; o médico de hospital só vê doenças distorcidas, alteradas, toda uma teratologia do patológico; o que atende a domicílio “adquire em pouco tempo toda uma verdadeira experiência fundada nos fenômenos naturais de todas as espécies de doenças” (Foucault, 1998, p. 18).

O Brasil avançou de forma inquestionável nas últimas décadas nas três dimensões de desenvolvimento (social, econômico e ambiental) e na Taxa de Mortalidade Infantil, o grande avanço foi notado entre 2000 e 2010. A pobreza diminuiu, mas na década (2000 e 2010) não foi acompanhada de igual avanço na distribuição de renda medida pelo Índice Gini. Esse indicador aumentou entre 1991 e 2000, de 0,52 para 0,55. No entanto na década seguinte esse indicador apontou melhorias, com redução importante e consistente alcançando 0,49 em 2010. Estudos apontam que as políticas de redistribuição de renda podem explicar de maneira importante essa evolução favorável, não devendo ser esquecido que o Brasil persiste como um dos países do mundo com maior desigualdade de renda. Esses avanços inquestionáveis, sem dúvida, melhor posicionam o Brasil para enfrentar os desafios da atualidade e do futuro próximo no campo da saúde e dos demais setores: uma economia global em crise, o envelhecimento da população e o surgimento da nova classe média, a necessidade de fortalecer o SUS, a educação e a preservação do meio ambiente (OPAS, 2014, pag. 27).

Neste mesmo documento a OPAS (2014) apresenta o Gráfico 1 Taxa de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos em municípios brasileiros – 1991, 2000 e 2010, confirma os grandes avanços conquistados, com forte redução da mortalidade infantil no Brasil, uma conquista inquestionável do SUS e das políticas sociais do governo brasileiro.

Gráfico 1. Taxa de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos em municípios brasileiros em 1991, 2000 e 2010. Brasil.



Fonte: OPAS, 2014.

O SUS que temos hoje contribui decididamente para que a população brasileira tenha uma condição regular de saúde em comparação aos indicadores dos países desenvolvidos, e sem dúvida representa uma importante conquista da sociedade brasileira resultado de grandes embates e disputas de projetos de sociedade que mantem-se até os dias de hoje.

O SUS é o resultado de um longo processo social que visou a mudar a forma como o Brasil assegura à atenção a saúde de seus cidadãos (Lobato & Giovanella, 2014). As

autoras definem sistema de saúde de forma abrangente relacionando-o com o desenvolvimento da proteção social, com as condições econômicas e políticas dessa proteção em diferentes momentos históricos e diferentes situações nacionais.

Sistema de Saúde como um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se caracterizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população (Lobato & Giovanella, 2014, pag. 100). As lutas empreendidas pelos movimentos sociais, pelas diferentes categorias profissionais e pelo conjunto das forças políticas que defendem a democracia e os interesses nacionais e populares, geraram, no Brasil das últimas décadas, o enfrentamento de políticas de caráter neoliberal e privatizante, responsáveis pela desestruturação de serviços de diferentes ordens, pela redução das funções do Estado e pela primazia dos interesses do mercado sobre aqueles da maioria da população (Rech, 2008).

O resultado desta trajetória foi à concretização do SUS que, no entanto, tem convivido com um sistema privado de saúde que compete pelo financiamento e pela hegemonia da assistência à saúde no país.

Em 2016 a Constituição Brasileira completou 28 anos, o que reforça a convicção da sociedade brasileira de transformação das condições sociais e a luta pela conquista de plenos direitos neste período, que se caracterizaram por resistência as políticas neoliberais. A Constituição Federal de 1988 trouxe consigo a concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência, concepções formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, reconhecendo o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do SUS, universal, público, participativo, descentralizado e integral. O SUS surge a partir do movimento da sociedade brasileira por

democracia e direitos sociais, o que configurou com um importante instrumento de reforma do sistema de saúde, definindo a saúde para além das conotações biomédicas, incluindo seus determinantes sociais, a educação, a redução da pobreza e medidas preventivas no contexto mais amplo da saúde como um direito humano (Kleinert & Horton, 2011).

Esta compreensão a respeito do que venha a ser saúde e seus condicionantes sociais determinou em grande parte as suas diretrizes e princípios doutrinários e organizativos no Brasil. Este processo de enfrentamento e de resistência gerou o acúmulo de reflexões e de marcos conceituais em torno de um projeto nacional de desenvolvimento para o país que possibilitou a construção do SUS, bem como gerou um amplo debate nacional em torno dos pressupostos que deveriam nortear as diferentes políticas públicas, dentre as quais de educação e saúde (Rech, 2008).

Sendo que esta última inclui a assistência farmacêutica como um dos seus componentes intersetoriais estratégicos e como um dos pressupostos para a educação, inclusive a farmacêutica.

Apesar das conquistas, é preciso que sejam reconhecidos os sérios problemas que envolvem a igualdade de oportunidades, equidade, qualidade e eficiência. O novo arranjo constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas e uma perspectiva publicista de co-gestão Governo/Sociedade, em um arranjo organizacional descentralizado (Fleury & Ouverney, 2011).

O SUS conquistou importantes avanços, principalmente com a ampliação do acesso aos serviços de saúde, com repercussões positivas no perfil epidemiológico, as inovações institucionais, descentralização, participação social, consciência do direito à saúde,

formação de trabalhadores e tecnologias, mas convive com o crescimento do setor privado, segmentação do mercado e comprometimento da equidade nos serviços e nas condições de saúde. Entre os obstáculos destacaram-se a diminuição do financiamento federal, as restrições de investimento em infraestrutura e a gestão do trabalho (Paim, 2013).

Ainda há muito que fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade. As recentes transformações na produção capitalista em plano mundial, também se fizeram presentes no setor saúde, que de maneira semelhantes aos outros setores de produção, experimentaram não somente os avanços da ciência e da tecnologia, senão também o surgimento da desigualdade e da injustiça social que marca os países da América Latina e Caribe (NESCOM, 2008).

Segundo Paim (2013):

Na América Latina a privatização dos sistemas de saúde não se mostrou efetiva, gerando pouco aumento de cobertura. Parte dos países adotou sistema de co-pagamento, com barreira de acesso e custos administrativos, e no caso colombiano, tão festejado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Banco Mundial (BM), o sistema beira a insolvência: os gastos de saúde quase triplicaram sem universalidade do acesso, integralidade e melhoria nos indicadores de saúde mais consistentes (Paim, 2013).

Nos países onde as políticas e sistemas de saúde são fundamentados no direito universal, como no Brasil, de acesso aos cidadãos, se insere em um projeto solidário de nação, para o qual o direito a saúde é um direito de cidadania, como já afirmado anteriormente. Deve-se considerar que o campo das políticas de saúde é atravessado pelas lutas e enfrentamentos de diferentes forças sociais no processo de disputa pela direção hegemônica de cada sociedade, que expressam diferentes formas de concepção do direito a saúde e preconizam diferentes formas de acesso e utilização dos serviços de saúde (Fleury & Ouverney, 2014).

Não há dúvidas que os interesses empresariais são muito poderosos, muitas vezes constituem complexos de empresas multinacionais que dominam a tecnologia de produção de um medicamento ou insumo, o que tem gerado muitas questões sobre o processo de atribuição de patentes sobre medicamentos vitais para a saúde da população. O caráter estratégico da saúde pode ser destacado por ela se configurar como importante catalisadora de inovação, situando-se em posição de liderança no que tange ao investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D) para geração de conhecimento, elemento essencial para a competitividade na sociedade de conhecimento globalizada e contemporânea (Gadelha, Maldonado & Costa, 2014).

Outra questão estratégica para a saúde a saúde é exatamente sua organização, princípios e diretrizes que regem o sistema.

A Organização Mundial da Saúde tem apontado a necessidade dos países em assumir o compromisso de trabalhar a Atenção Primária de Saúde (APS), reconhecendo que os Estados Membros, por meio de suas instâncias normativas, têm uma necessidade sentida de contar com sistemas de saúde mais equitativos, integradores e justos, com uma perspectiva mais integral sobre a eficácia do conjunto do sistema de saúde (OPS, 2007). Nesse mesmo ano, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS) apresentou o documento de posição sobre “A Renovação da Atenção Primária da Saúde nas Américas” (OPS & OMS, 2007) que, entre outros, propõe adequar a estratégia ao contexto e aos compromissos com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e abordar os determinantes sociais da saúde para alcançar o nível mais alto de saúde (OPS & OMS, 2007).

No Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se expandido grandemente: em 2010 atendiam cerca de 98 milhões de pessoas em 85% (4.737) dos municípios brasileiros (Paim, Travessos, Almeida, Bahia & Macinko, 2011), sendo a principal

estratégia de ampliação do acesso e inversão da lógica assistencial centrada nos hospitais e na medicina individual. O SUS, pelos seus princípios e diretrizes, pode romper com o modelo centrado no cuidado médico individual e biologicista, com práticas fragmentadas, que não dão conta de responder aos problemas de saúde que se impõem e de articular práticas orientadas pelo entendimento de saúde como direito de cidadania. Mas esse rompimento implica em mudanças na forma de produzir e distribuir as ações de saúde, como um dos direitos inerentes à condição de cidadania (Scherer, 2006).

A ESF desenvolve uma assistência com foco no indivíduo, nas coletividades e nos grupos de condição crônica, associando relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão e conhecimento científico devidamente estruturado, tais como a clínica médica e epidemiologia (Merhy, 2002).

A Organização Pan-Americana da Saúde desenvolveu uma proposta de organização de redes, denominada em sua versão final "Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária" (OPAS, 2008), com um marco conceitual para os países latino-americanos. O documento adota uma versão modificada da definição de Shortell, considerando que as Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.

A organização de redes regionalizadas de serviços de saúde constituiu a base sobre a qual foram debatidas as propostas de reforma do sistema brasileiro, tomando como referência a experiência dos países que construíram sistemas universais e a literatura internacional (KuschnirI & Chorny, 2010). Segundo os autores ao basear as redes na atenção primária e introduzir o conceito de serviços de saúde equitativos e integrais, a proposta alinha-se no campo das redes regionalizadas dos sistemas públicos e fornecendo

um marco conceitual para a organização de redes no caso brasileiro (KuschnirI & Chorny, 2010).

A seguir apresentamos a assistência farmacêutica enquanto uma política de saúde, seu desenvolvimento e construção no SUS, aproximando-se do nosso objetivo específico de pesquisa que trata da formação do profissional farmacêutico no âmbito da DCNF e do processo de avaliação da educação superior.

1.2 Assistência Farmacêutica no SUS

Apesar dos grandes esforços feitos pelos governos em nível mundial para garantir acesso a Medicamentos Essenciais (ME), de qualidade assegurada, observam-se iniquidades no seu acesso, desperdícios e uso inadequado dos mesmos, por parte dos prescritores e da população, com consequências sanitárias, econômicas e sociais. (WHO, 2009).

Destaca-se um processo de contínuo e crescente de medicalização da sociedade e das práticas sanitárias. Desta forma, considera-se necessário mudar o enfoque das políticas e estratégias em medicamentos – as quais até o presente estão centradas no produto *medicamento* e iniciar uma nova visão, em que o importante é os indivíduos, suas famílias e a comunidade (IFC), com suas necessidades de saúde, buscando 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. Os valores, princípios e elementos da APS apresentam-se como uma oportunidade para discutir sobre os serviços farmacêuticos e a formação do profissional farmacêutico, o qual implica uma profunda reflexão sobre a forma como se tem trabalhado nos últimos 30 anos e as oportunidades

atuais para desenvolver serviços farmacêuticos de qualidade, como parte integral dos sistemas e dos serviços de saúde (WHO, 2009).

Apesar de que os medicamentos constituem um dos recursos terapêuticos mais utilizados na sociedade moderna, o acesso aos mesmos e sua utilização, assim como os resultados que proporcionam, devem ser melhorados (OPS, 2013). Deve-se destacar, no entanto que há a necessidade de que a formação dos farmacêuticos em toda a região das Américas incorporem competências para o desenvolvimento científico e tecnológico, contribuindo para romper com a grande dependência da região em relação aos países do Hemisfério Norte com grande desenvolvimento técnico-científico, no que diz respeito à pesquisa e produção de medicamentos, insumos e tecnologias em saúde como um todo.

A Assistência Farmacêutica (AF) é uma das políticas setoriais do SUS que tem alcançado um alto grau de desenvolvimento, destacadamente no que se refere à garantia do acesso a medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades de saúde da população. Esta política reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional.

Tais ações consistem em promover a avaliação, a pesquisa, o desenvolvimento e a inovação, a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Neste sentido a organização de serviços farmacêuticos na perspectiva das redes de atenção a saúde, busca contribuir com a obtenção dos resultados em saúde. Estes serviços de farmacêuticos tem por base o cuidado farmacêutico, que:

Integra ações de educação em saúde, que incluem atividades de educação permanente para a equipe de saúde e a atividades de promoção à saúde de caráter geral, e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com o

desenvolvimento de atividades assistências e técnico-pedagógicas (MS, 2014, p. 56).

Podemos afirmar que enquanto política pública estruturada e conceituada, a Assistência Farmacêutica teve início a partir da aprovação do Decreto Nº 68.806 de 25 de junho de 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME). A CEME, caracterizada por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos, possuía como principais objetivos a promoção e organização das atividades de assistência farmacêutica para a população de baixo poder aquisitivo, incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e laboratórios públicos. A CEME coordenou a gestão da Assistência Farmacêutica no Brasil até 1997 quando desativada por meio do Decreto Nº 2.283 de 24 de julho de 1997 (MS, 2016).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, um novo modelo de sistema de saúde foi instituído no Brasil, e a saúde passou a ser um direito social. Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/90) definiu que, estão incluídas no campo de atuação do Sistema de Saúde (SUS), a execução de ações de assistência terapêutica integral - inclusive farmacêutica - e a formulação da política de medicamentos (Brasil, 1990).

Neste contexto, tornou-se necessária a formulação de uma nova política de medicamentos, processo que culminou com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada em 1998 pela Portaria GM/MS Nº 3.916. O principal propósito da PNM é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

A Assistência Farmacêutica envolve um conjunto de atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas

dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde. Assim a Assistência Farmacêutica reúne, entre suas diversas atividades, as ações de Atenção Farmacêutica quando se referir às ações específicas do profissional farmacêutico no contexto da assistência à população – individual e coletiva – quanto à promoção do uso racional de medicamentos. A PNM apresenta o seguinte conceito como definição de Assistência Farmacêutica (Marin et al, 2003):

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a 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).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, no período de 16 a 19 de dezembro de 2000, cujo tema central foi “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”, foi realizada tendo como base na sua função legal de indicar as diretrizes a serem seguidas para a formulação e implementação da política de saúde do Brasil.

Neste contexto, construiu-se a compreensão do papel estratégico que a Assistência Farmacêutica deve desempenhar na garantia do acesso da população às ações integrais de atenção à saúde. Esta compreensão foi essencial para o aprofundamento das questões referentes à definição das diretrizes e dos mecanismos necessários à inserção da Assistência Farmacêutica nas ações de saúde.

Os resultados positivos desse processo legítimo e democrático tornam-se evidentes na análise das Resoluções aprovadas pela Plenária Final da 11.^a CNS, as quais constituem vitórias importantes da sociedade brasileira e responsabilidades fundamentais para todos aqueles comprometidos com a construção da Assistência Farmacêutica como política pública e direito de cidadania. Entre as várias Resoluções destaca-se a convocação da 1.^a Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (CNAF), na qual deveriam ser estabelecidas as diretrizes fundamentais da Política de Assistência Farmacêutica do País.

A Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica aconteceu em Brasília, do dia 15 a Setembro de 2003 e começou a pensar e formular uma política de Assistência Farmacêutica sob o olhar, a voz e a perspectiva dos usuários, prestadores, gestores e profissionais que debateram e deliberaram, desde 2002, a partir dos municípios e dos estados (Castilhos, 2005, pag. 13).

Em 2003, abre-se uma nova e promissora fase no desenvolvimento da política de medicamentos e de assistência farmacêutica no país, com uma clara intencionalidade em desenvolver o setor farmacêutico e dotá-lo de diretrizes capazes de enfrentar o forte grau de dependência tecnológica e ausência de uma política de Assistência Farmacêutica que pudesse beneficiar-se da capacidade de investimento do estado brasileiro e da decisão política em fortalecer as estruturas de estado. Foi criada então a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), à qual compete, por intermédio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), a formulação, implementação e avaliação das Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas, imunobiológicos e outros insumos relacionados, como parte integrante e essencial da Política Nacional de Saúde.

Com a força acumulada no processo de realização da 1.^a Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica em 2003, por meio da Resolução nº 338 do Conselho Nacional

de Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) que define a:

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2004).

A PNAF é parte integrante da Política Nacional de Saúde e envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Transcorridos mais de 10 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, assim como da realização da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica (CNAF), em avaliação recente promovida pelo Ministério da Saúde (MS, 2014), pode-se observar o cumprimento de grande parte das propostas aprovadas nesta conferência, destacando-se um vertiginoso aumento dos investimentos na aquisição de medicamentos pelo Ministério da Saúde. Este conceito está ancorado nas resoluções da 1ª CNAF e tendo sido aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), e, por conseguinte, reconhecido como atual e representativo da sociedade brasileira.

A inclusão do debate e análise sobre a formação dos farmacêuticos e sua relação com a garantia de avanços na implementação e na qualificação da política nacional de assistência farmacêutica ocupa lugar de destaque dos rumos no campo da educação, da saúde e do desenvolvimento nacional (Rech, 2008). É o que vamos ver a seguir.

1.3 Formação em Saúde

A formação dos profissionais de saúde para o sistema de saúde é bastante ampla e constitui um complexo sistema educativo composto por escolas de nível superior e de nível técnico-profissional. O multiprofissionalismo na composição da equipe de nível superior já é uma realidade, com a participação de odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeutas tendo aumentado nas últimas décadas (Machado, 2014, pag. 267).

Pode-se definir profissional de saúde:

Faz-se referência a todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde, têm formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ou indiretamente ao cuidado ou a ação de saúde (Machado, 2014, p. 260).

Esta formação em saúde é tema central para a qualificação da assistência a saúde no SUS e dá-se em um contexto de profundas transformações nas relações econômica, sociais e no mundo do trabalho. Segundo Ramos (2002):

As mudanças tecnológicas e organizacionais do trabalho por que passam os países de capitalismo avançado a partir dos meados da década de 1980 configuraram o mundo produtivo com algumas características tendenciais: flexibilização da produção e reestruturação das ocupações; integração de setores da produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores; valorização dos saberes dos trabalhadores não ligados ao trabalho prescrito ou ao conhecimento formalizado (Ramos, 2002).

A política de saúde no Brasil desenvolveu-se em direção à conformação de um sistema público e universal, e em relação à política de educação superior destaca-se a luta

entorno da elaboração das Diretrizes e Bases da Educação (LDB), por fim aprovada em 1996, pela Lei 9394/96. Marcada por intensas disputas e mobilizações sociais em torno do debate sobre o papel do Estado na garantia dos direitos da cidadania, resultou em uma legislação nitidamente de cunho neoliberal e com uma estrutura fragmentada, inviabilizando a proposta de um sistema nacional de ensino (Saviani, 2003).

Neste contexto, entre avanços e recuos, o campo da Educação foi um dos ambientes de reflexões essenciais para a direcionalidade dos processos políticos evidenciados no país. No elenco dos avanços parciais, mas atendendo às definições da LDB de 1996, a instituição das chamadas “Diretrizes Curriculares” para os cursos de graduação em saúde representou papel importante na tentativa de superação das fragmentações na formação de profissionais para esse campo, ao mesmo tempo em que definiu o estreitamento das interfaces entre a educação e a saúde, especialmente a partir da caracterização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde como norteadores essenciais do processo de formação dos profissionais dessa área (Rech, 2008).

Estas definições mais gerais levaram, no início dos anos 2000, ao estabelecimento de muitas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos específicos do campo da saúde, sendo que a referente ao ensino Farmacêutico foi estabelecida em 2002, pela Resolução nº 2, de 19/02/2002, do Conselho Nacional de Educação. (MEC, 2002).

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), trabalhadores de saúde são pessoas que estão diretamente envolvidas em ações com os usuários do sistema e os que os prestam apoio à gestão clínica-assistencial. Estes podem estar atuando no plano da gestão ou na assistência direta ao paciente, podendo também estar atuando nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologias (Nescon, 2008).

No campo da formação de profissionais de saúde, pode-se afirmar igualmente que ocorrem mudanças importantes, como destacado com publicação das Diretrizes

Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde em nível de graduação, que de maneira geral apontam para a necessidade de profissionais aptos a atuarem no SUS segundo seus princípios e diretrizes. Esta iniciativa do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação decorre da compreensão que um importante determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede do SUS pode ser imputado à limitação de recursos humanos, a qual, no entanto, é considerada qualitativa, não apenas quantitativa. Os recursos humanos são o componente essencial dos sistemas de saúde baseadas na atenção primária em saúde, mas estão inadequadamente preparados (OPAS, 2008).

A rede assistencial do SUS é o principal empregador do país: 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são funcionários públicos. Além disso, são oferecidos 3.493 cursos de nível universitário para as profissões da saúde, que seria desejável que estivessem formando os profissionais de saúde na lógica e nos princípios do Sistema Único de Saúde (Almeida-Filho, 2011).

A força de trabalho ideal para atendimento no SUS – ou seja, profissionais qualificados, orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde – não correspondem ao perfil dos profissionais que atualmente operam o sistema. Essa disparidade é, em parte, apontada como decorrente da autosseleção, ou seja, o setor privado promove uma ideologia individualista em que o serviço público é considerado apenas como um emprego mal remunerado, mas que, no entanto, oferece estabilidade, assumindo uma posição secundária com relação à iniciativa privada ou aos empregos em empresas de saúde com fins lucrativos, supostamente mais gratificantes. Pode-se encontrar uma compreensão mais aprofundada do problema na dissonância entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior, assim, a questão-chave para a saúde no Brasil poderia ser a deformação do ensino – humanístico, profissional e acadêmico – do pessoal da saúde (Brasil, 2009; Almeida-Filho, 2011).

A formação de profissionais de saúde precisa considerar, ainda, o fortalecimento do modelo de atenção à saúde “usuário-centrado”, no qual o compromisso essencial diz respeito às necessidades do usuário, como contrapartida do modelo “procedimento-centrado” atualmente hegemônico, no qual o ordenamento do ato de assistir à saúde é redutível, em grande medida, à produção, quase fordista de procedimento (Siqueira-Batista, Gomes, Albuquerque, Cavalcanti & Cotta, 2013).

Busca-se, portanto, desenvolver serviços de saúde capazes de atender as necessidades de saúde da população, que segundo Nogueira (2014):

Nos últimos anos, o campo da Saúde coletiva propôs o debate sobre integralidade em saúde e discute as possibilidades de construção de práticas de cuidado integrais para que o trabalho em saúde se torne mais humanizado e resolutivo (Nogueira, 2014).

Assim, o desafio de construir a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações esbarra, em grande parte, no perfil de formação dos profissionais da saúde, destacando-se a excessiva especialização observada em alguns cursos da área da saúde e o distanciamento entre tal formação e as necessidades da população brasileira. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem reforçado como uma de suas funções prioritárias o ordenamento da formação de recursos humanos para o setor saúde, que esbarra em um ciclo vicioso, de difícil ruptura: hoje a disponibilidade de profissionais com o perfil desejado – generalista, com visão humanista e preparado para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade - é reduzida, fato que dificulta sobremaneira a formação de profissionais com tais características (Brasil, 2010).

A formação de profissionais da saúde é condição patente para o avanço e a manutenção de um sistema público de saúde como o Sistema Único de Saúde. É durante o período de formação que o futuro profissional desenvolve atitudes e valores que

futuramente determinarão sua capacidade de intervir sobre os determinantes sociais da saúde, prestar o devido cuidado e estruturar os serviços de saúde. Entretanto, a formação profissional da área da saúde enfrenta problemas que influenciam direta e indiretamente sobre a organização do SUS (Silveira, 2007; Campos, Aguiar & Belisario, 2008; OPAS, 2008).

O paradigma flexeriano cumpriu seu papel, mas superado, tornou-se limitado com as mudanças das condições de vida e da maior carga das doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças crônicas não transmissíveis de maneira geral. Há, portanto a necessidade de novos paradigmas na organização dos serviços de saúde e das práticas:

Os novos problemas de saúde, por serem radicalmente diferentes, exigem outras abordagens. Não se trata mais de buscar apenas a cura (cure), mas de desenvolver métodos que permitam o cuidado contínuo (care). (Campos, Aguiar & Belisario, 2008).

A compreensão crítica a respeito da formação dos profissionais de saúde visa atender a demanda por serviços de saúde na rede SUS, sendo compartilhada pelo Ministério da Saúde, que afirma que, no processo de reorientação da formação dos profissionais de saúde no Brasil, há que se corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. É neste contexto que o Ministério da Educação editou as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (DCNF) que trazem como objetivo o de reformar o ensino superior para a força de trabalho na saúde (Brasil, 2007). A formação do Farmacêutico deve, portanto, dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para desenvolver assistência farmacêutica individual e coletiva, demandando competências profissionais, de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde.

Segundo István Mészáros (2008) os processos educacionais e os processos sociais mais abrangentes de reprodução estão relacionados, por consequência, a uma reformulação significativa da educação, sendo inconcebível sem a correspondente transformação do quadro social no qual as práticas educacionais da sociedade devem cumprir as suas vitais e historicamente importantes funções de mudança (Mészáros, 2008). O mesmo autor é categórico em afirmar:

Podem-se ajustar as formas pelas quais uma multiplicidade de interesses particulares conflitantes se deve conformar com a regra geral preestabelecida de reprodução da sociedade, mas de forma alguma pode-se alterar a própria regra geral. Essa lógica exclui, com uma irreversibilidade categórica, a possibilidade de legitimar o conflito entre as forças hegemônicas fundamentais rivais, em uma dada ordem social, como alternativas viáveis entre si, quer no campo da produção material, quer no âmbito cultural/educacional (Mészáros, 2008, p.25).

Neste sentido, Deslandes (2008) refere-se à organização dos serviços de saúde nos Estados Unidos da América, na década de 70, na perspectiva materialista crítica na análise de H. Jack Geiger (1975), que irá criar um modelo explicativo sobre a desumanização no sistema médico, que articula três ordens de causas: a) a ordem social; b) a racionalidade científica e tecnológica ocidental; c) a subcultura médica e a organização da profissão médica, as barreiras de comunicação existentes na relação médico-paciente e a formação médica (Deslandes, 2008).

Quando se fala de cuidado em saúde atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, ou seja, um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento.

Ayres (2008) chama a atenção para além da compreensão do cuidado em saúde, como um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, ou mesmo naqueles dos

procedimentos auxiliares que permitem efetivar a aplicação de uma terapêutica, mas fundamentalmente o cuidado como um construtor filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente uma ‘categoria filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama’ (Ayres, 2008). O autor, citando Foucault (1984) indica que a medicina nas sociedades capitalistas tornou-se uma medicina social, isto é, sob o capitalismo estendeu-se a esfera de cognição e intervenção normativa dos saberes e fazeres da saúde do plano da individualidade e da natureza – até onde esteve restrita antes da modernidade – ao campo das relações sociais propriamente entendidas como tal. Este processo não afetou, contudo, a esfera da individualidade orgânica como plano privilegiado da intervenção médica e que é sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinado-as, regulando-os e potencializando-os como força produtiva (Ayres, 2008). Ainda segundo este autor, tão importante quanto à reflexão a respeito das relações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles e debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente interpostos a projetos de felicidade humana.

Como resultado de trabalho de tese de doutorado Marina Peduzzi (1998) constrói o seguinte raciocínio:

O trabalho em equipe multiprofissional consistiria numa modalidade de trabalho coletivo que se configuraria na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio desta relação dialética, entre trabalho e interação, os agentes poderiam construir um projeto assistencial comum e pertinente para a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários do serviço (Peduzzi, 1998).

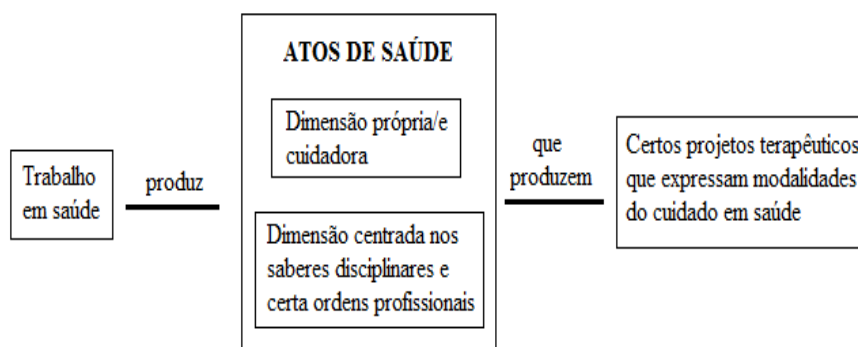
A autora indica ainda que a educação interprofissional (EIP) e a prática interprofissional (PIP) constituem temas emergentes do campo da saúde em nível global e orientada para o trabalho em equipe como componente de uma ampla reforma do modelo de formação profissional e de atenção à saúde. A autora afirma que a fronteira entre EIP, multiprofissional e uniprofissional parece clara, EIP e educação multiprofissional possibilitam o aprendizado compartilhado, de forma interativa, entre estudantes ou profissionais de diferentes áreas; no entanto, sua operacionalização pode apresentar dificuldades. Isso ocorre pela tendência a reiterar o que é usual e tradicional e pelas resistências às mudanças, mas também porque é necessário que se mantenha o ensino uniprofissional para o aprendizado de conhecimentos e habilidades específicas de cada área profissional e seu respectivo conjunto de disciplinas (Peduzzi, 2012).

Ou seja, é necessário a o desenvolvimento da educação uniprofissional, ao mesmo tempo em que, há a necessidade de realizar a educação interprofissional, constituindo-se um desafio pedagógico, de interação e integração curricular. Segundo Dejours (2009) em muitos casos o processo de trabalho sacrifica a subjetividade em nome da rentabilidade e competitividade.

Merhy (2014) abordando o trabalho médico a partir de uma perspectiva da produção do cuidado traz a seguinte reflexão:

O trabalho médico para se realizar como uma forma de trabalho em saúde tem de construir competência de ação em duas dimensões básicas das intervenções em saúde – uma, a da dimensão propriamente cuidadora, pertinente a todos os tipos de trabalho de saúde, e outra, a dimensão profissional centrada, própria de seu recorte tecnológico específico – para compor o seu lugar na organização e estruturação dos modelos de atenção (Merhy, 2014, pag. 100). A figura a seguir dá maior visibilidade a estas dimensões:

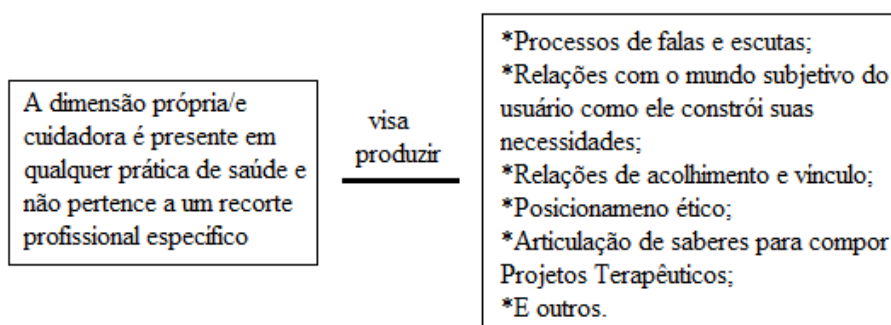
Figura 1. Dimensão cuidadora e Dimensão profissional em saúde.



Fonte: adaptado de Merhy (2014).

O autor vai adiante nesta discussão, avaliando que pode haver o predomínio de uma dimensão sobre a outra. De modo que há modelos nos quais a dimensão cuidadora põe estar sendo anulada. O autor descreve da ainda a dimensão profissional, considerando que esta é pela própria materialidade dos procedimentos é mais visível. Esta construção é uma importante referência no sentido da reflexão a respeito da formação em saúde e importante contribuição para a formação do farmacêutico e demais profissionais de saúde. Vejamos a representação construída pelo autor (Mehry, 2014, pag. 103):

Figura 2. Dimensão cuidadora em saúde.



Fonte: adaptado de Merhy (2014).

Segundo Cunha (2005), de modo geral a qualificação e a superação dos desafios do SUS, tanto na atenção básica quanto na atenção hospitalar, necessita do enfrentamento da

questão da Clínica do médico e dos demais profissionais de saúde (Cunha 2005, apud Nogueira, 2014, p. 23).

Nos últimos anos, o campo da Saúde Coletiva propõe o debate sobre a integralidade em saúde e discute as possibilidades de construção de práticas de cuidado integrais para que o trabalho em saúde se torne humanizado e resolutivo (Nogueira, 2011, p. 23).

Em um contexto de grandes contradições sociais e de complexidade na organização dos serviços de saúde e da construção do cuidado em saúde, as DCNF possuem como um dos objetivos a integração ensino-serviço, com formação integrada com outros núcleos profissionais e visa à reorientação da formação profissional, buscando assegurar uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (Brasil, 2009).

Esta proposição busca uma dada racionalidade na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços de saúde, questionando as bases sociais e econômicas da sociedade que levam ao maior adoecimento de determinadas parcelas da população, portanto, seus condicionantes.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos profissionais de saúde e as DCNF introduzidas pelo Ministério da Educação estão claramente orientadas a fortalecer a perspectiva de trabalho dos profissionais de saúde junto ao sistema público de saúde, com ênfase na atenção primária em saúde. Ao considerar que a Superestrutura Formativa da educação no Brasil está “defasada” em relação à proposta do sistema público de saúde se faz necessário realizar um movimento para diminuir a distância entre a proposta do SUS e a atual formação em saúde. Ou seja, os profissionais de saúde que atualmente vêm sendo formados no país, de forma hegemônica o são, para um sistema de saúde anterior ao SUS,

centrados na saúde individual, realizada em estruturas fragmentadas e privadas em suas várias modalidades (Almeida-Filho, 2011).

Nesse sentido, considera-se importante analisar este processo de reorientação da formação dos profissionais de saúde, e oportuno que se busque avaliar o impacto no alcance desse objetivo no perfil de formação dos profissionais farmacêuticos. Dias Sobrinho (2002) trás uma discussão da educação superior que contribui claramente com o problema da formação do farmacêutico em um país com as características do Brasil:

Visiones de mundo conflictivas constituyen maneras distintas de pensar y hacer la educación superior. A las instituciones educativas se les impone la exigencia de dar respuestas rápidas y satisfactorias a problemas y demandas de amplias implicaciones y múltiples contradicciones. Por ejemplo: producción de alta tecnología, capacitación en áreas profesionales de tipo nuevo, formación para la innovación, impulso a las empresas transnacionales, inserción en el mundo globalizado, educación a lo largo de la vida, preservación de la alta cultura y recuperación de la cultura popular, formación de profesores y de investigadores, promoción de la ciudadanía y fortalecimiento de la democracia, apoyo a la agricultura y a pequeños productores, tecnología de bajo costo, atención a la salud, etc. (Dias-Sobrinho, 2002, p. 14).

Busca-se identificar e aprofundar o estudo de categorias pedagógicas, como currículo, competências profissionais, que se apresentam como uma necessidade no sentido da construção de uma teoria crítica capaz de apontar caminhos e possibilidades de construção de uma educação farmacêutica transformadora e assim contribuir com os debates entorno da formação dos profissionais de saúde e em particular do farmacêutico.

Segundo Boaventura Santos:

Por teoria crítica entendo toda a teoria que não reduz a ‘realidade’ ao que existe. A realidade qualquer que seja o modo como é concebida é considerada pela teoria crítica como um campo de possibilidade e a tarefa da teoria consiste precisamente em definir e avaliar a natureza e âmbito das alternativas ao que está empiricamente dado. A análise crítica do que existe se assenta no pressuposto de que a existência não esgota as possibilidades da existência e que, portanto há alternativas suscetíveis de superar o que é criticável no que existe. O desconforto, o inconformismo ou a indignação perante o que existe suscita impulso para teorizar a sua superação (Santos, 2001, apud, Mattos, 2008, p. 313).

A presença do farmacêutico é uma realidade na equipe multiprofissional, sendo o quarto profissional numericamente presente em equipes de saúde, lideradas por médicos, seguido por enfermeiros e dentistas. Neste contexto o estudo a respeito da formação dos profissionais farmacêuticos no contexto do SUS é tarefa urgente, buscando alinhar nossa formação com os princípios e diretrizes do sistema de saúde.

Identificar, portanto, uma pedagogia que questione de forma eficaz os pilares das relações sociais que sustentam o sistema capitalista, o qual molda o consumo, produzindo os distintos tipos de consumidores e, portanto, produzindo e reproduzindo a sua forma econômica determinada de sociedade. Segundo Freire, o educador e a educadora críticos podem demonstrar que é possível mudar, reforçando a importância de sua tarefa político-pedagógica (Freire, 2009).

A educação baseada em uma pedagogia crítica procura questionar de que forma podemos trabalhar para a reconstrução da imaginação social em benefício da liberdade humana, que noções de saber e que formas de aprender são necessárias para tal projeto. Faz-se indispensável uma educação baseada na visão de que a liberdade humana envolve a compreensão da necessidade e a transformação dessa necessidade (Giroux & Simon,

1994). O desenvolvimento de uma pedagogia crítica para a emancipação de futuras gerações de alunos e professores requer que as escolas repensem seus programas e suas práticas em torno da ideia do ensino como forma de política cultural, em que os alunos possam aprender as habilidades e o conhecimento que os habilitem a viver em uma verdadeira democracia e a lutar por ela (Giroux & McLaren, 1994).

Mantem-se como desafio reorientar o processo de formação dos profissionais de saúde de acordo com os princípios constitucionais estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990).

O eixo fundamental deste estudo está ancorado no processo de avaliação que o Ministério da Educação estabelece, por meio do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) com o objetivo identificar as competências requeridas para os profissionais. Esta análise busca avaliar a qualidade dos cursos com base na pedagogia das competências, como verá mais adiante.

1.4 A indução da qualidade e formação profissional no Brasil

A qualidade da educação superior tem se constituído, nos últimos anos, o tema central no processo de formação de profissionais, especialmente na área da saúde, que tem orientações específicas advindas do Sistema Único de Saúde (SUS). Outro ponto importante é que a formação profissional deve ser acompanhada por meio da avaliação que induz qualidade da oferta dos cursos do país. A avaliação *in loco* faz parte de um tripé onde se avaliam cursos, instituições e o desempenho dos estudantes por meio de um exame nacional que compõem o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes).

A educação dos profissionais de saúde corresponde a um processo de socialização no qual os estudantes desenvolvem uma identidade com a profissão escolhida, os seus

valores, cultura, papéis e conhecimentos específicos (Peduzzi et al, 2013). Neste sentido para garantir a possibilidade de desenvolver esta identidade, a equidade na educação superior deve englobar diversos aspectos, como a igualdade de oportunidades do acesso em relação aos grupos sociais, às etnias, às diferentes regiões de um país ou mesmo ao nível de homogeneidade da educação proporcionada pelas diferentes instituições educacionais (Bertolin, 2009).

Na Constituição Federal brasileira de 1988 foram instituídos princípios para o controle e garantia da qualidade da educação, definindo o dever do Estado em estabelecer um Plano Nacional de Educação e articular o Sistema Nacional de Educação.

A educação superior, diferente da educação básica é composta por um conjunto complexo e diversificada, de instituições públicas e privadas, com diferentes organizações acadêmicas, e normatização formalizada na Constituição Federal (Brasil, 1988) e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) nº 9.394 (Brasil, 1996), constituiu em 2004, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), expresso pela Lei nº 10.861. Essas referências estão consolidadas na Constituição Federal de 1988 que afirma o dever do Estado em realizar a avaliação da qualidade da educação ofertada pelas Instituições de Ensino Superiores (IES) públicas e privadas. O art. 9º da LDBEN explicita a finalidade da avaliação do sistema educacional brasileiro e as atribuições da União:

VI – assegurar processo nacional de avaliação do rendimento escolar no ensino fundamental, médio e superior, em colaboração com os sistemas de ensino, objetivando a definição de prioridades e a melhoria da qualidade do ensino;

VIII – assegurar processo nacional de avaliação das instituições de educação superior, com a cooperação dos sistemas que tiverem responsabilidade sobre este nível de ensino;

IX – autorizar, reconhecer, credenciar, supervisionar e avaliar, respectivamente, os cursos das instituições de educação superior e os estabelecimentos do seu sistema de ensino (BRASIL, 1996).

Na sequência das disposições legais sobre avaliação, o Plano Nacional de Educação (PNE), instituído pela Lei nº 10.172 de 2001, em relação à educação superior, define no artigo 4º: “A União instituirá o Sistema Nacional de Avaliação e estabelecerá os mecanismos necessários ao acompanhamento das metas constantes do Plano Nacional de Educação” (Brasil, 2001).

Esses dispositivos ratificam as competências da União expressas na Constituição Federal (Brasil, 1988), a partir da compreensão do direito à educação como um direito social. Com a institucionalização do processo de avaliação, uma nova dinâmica é implementada na educação superior, com sucessivos ciclos avaliativos, integrando os processos de avaliação.

Nesta concepção sistêmica, o Sinaes apresenta como princípios norteadores: a responsabilidade social da educação superior; o reconhecimento da diversidade do sistema; o respeito à identidade institucional; a globalidade da instituição e uso articulado de um conjunto de indicadores; a legitimidade técnica, ética e política; a continuidade do processo avaliativo como instrumento de política educacional para cada instituição e o sistema de educação superior em seu conjunto; o compromisso com a finalidade construtiva e formativa da avaliação; a publicidade de todos os procedimentos, dados e resultados (Brasil, 2009).

A apresentação do conjunto dos resultados de instituições, cursos e estudantes e a criação de referências para a avaliação, marcam um momento de avanços na avaliação da educação superior rumo à construção da cultura de avaliação na graduação (Griboski,

2014; Dourado; Speller, Robl & Meneghel, 2012; Schmitz, Silveira & Tenório, 2009; Dias-Sobrinho, 2009; Ristoff & Giolo, 2006).

Para regulamentar o Sinaes, o Decreto 5.773 de 2006, dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de IES e cursos superiores de graduação no sistema federal de ensino, garantindo que estas três funções se tornariam interligadas. Dessa forma, os resultados das avaliações do Sinaes se confirmam como subsídios para a regulação na emissão dos atos autorizativos de credenciamento e reconhecimentos institucionais e autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de graduação (Brasil, 2009).

Em 2007, foi instituído pela Portaria Normativa nº 40, o e-MEC, um sistema eletrônico com o objetivo de dar transparência ao fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da educação superior, no sistema federal de educação. Esta Portaria teve nova redação em alguns artigos e foi consolidada em dezembro de 2010, acrescentando-se novos elementos do processo que não faziam parte do sistema eletrônico, a exemplo da gestão do Banco Nacional de Avaliadores do Sinaes (BASis).

Uma das finalidades do Sinaes é a orientação da expansão da oferta e vem se caracterizando pelo crescente de ampliação de matrículas decorrentes também do incentivo a democratização do acesso.

A análise e a discussão sobre o sistema de avaliação, quanto à expansão pode oportunizar, ainda, aos diferentes atores sociais, uma reflexão fundamental acerca da função social da educação superior, bem como os limites que se interpõem entre a garantia de identidade institucional e de um patamar básico de qualidade, refletindo e antecipando novas funções e identidades das IES na sociedade contemporânea. (Dourado, Cattani & Oliveira, 2013).

Veremos que o processo de avaliação e a aplicação dos instrumentos têm como objetivo identificar se as IES e os cursos de graduação tem buscado alcançar um grau de qualidade capaz de garantir a construção das competências previstas nas DCN, para o exercício das atividades profissionais.

O próximo capítulo busca identificar elementos que apoiem a visão crítica a respeito da formação dos profissionais de saúde, resgatando aspectos históricos e teóricos da formação do farmacêutico em particular. E que permitam construir pontes e nexos desta reflexão no âmbito da formação deste profissional.

Capítulo 2: Educação Farmacêutica, Competências, Currículo e Perfil Profissional.

2.1 Educação Farmacêutica

No campo da educação superior de profissionais da saúde, primordialmente na educação médica, o Relatório Flexner impulsionou uma nova teoria e passou a determinar uma forma muito particular de se fazer saúde, alicerçada em uma formação universitária medicalizada e com alto nível de especialização (Marsigliosa, 1995; Ceccim & Feuerwerker; Pagliosa & Da Ros, 2008; Campos, Aguiar & Belisario, 2008; Mattos, 2008). O modelo flexneriano perdura até os dias atuais e suas conquistas são inegáveis, alterando o panorama de adoecimento ao longo do século XX. Este modelo teve por base as transformações da sociedade americana, após a guerra civil. Com o predomínio do capital industrial, o processo de produção tornou-se socializado e mais complexo. A escola foi, então, vista como capaz de desempenhar papel de relevo no cumprimento de tais funções e facilitar a adaptação de novas gerações às transformações econômicas, sociais e culturais que ocorriam (Moreira & Tadeu, 1994).

Segundo Althusser (2001) é por meio da aprendizagem de alguns saberes contido na inculcação maciça da ideologia da classe dominante que, em grande parte, são reproduzidas as relações de produção de uma formação social capitalista, ou seja, as relações entre exploradores e explorados. O autor pondera ainda que a Escola é apresentada como uma ideologia universalmente aceita, que apresenta a Escola como neutra, desprovida de ideologia.

No Brasil com o início da organização de sistemas médico-previdenciários – que garantiam o atendimento à saúde para trabalhadores – a partir da década de 1930, e o concomitante desenvolvimento do complexo médico-hospitalar-industrial, consolida-se a

forma de pensar, prestar e fazer saúde do paradigma biomédico-flexneriano. Este paradigma consiste essencialmente em uma proposta curativa, centrada no profissional médico, com alto grau de especialização, alta densidade tecnológica e desenvolvida em centros hospitalares (Campos, Aguiar & Belisario, 2008).

Não se pode deixar de lado o impacto econômico desse paradigma, caracterizado como o meio-fim para a acumulação de capital baseada na mercantilização da saúde, estruturando, portanto, uma enorme rede de interesses econômicos e políticos que o sustenta e defende (Fenafar & Enefar, 1996). O modo pelo qual se abstrai do real para construir o conceito de doença e, por extensão, para elaborar cada diagnóstico tem a especificidade de fazê-lo reduzindo ao biológico um fenômeno que é mais complexo, a essa opção, aplica-se a noção de “biogicismo” (Mendes-Gonçalves, 2002). O autor apresenta a questão da seguinte forma:

É quase intuitivo perceber como esse biogicismo exacerbado do saber médico serve para estabelecer relações adequadas entre seu portador, o agente do trabalho médico, e seu objeto, o homem doente. É assim que se fundamenta a pedra angular da estruturação social da prática médica: sua capacidade de individualizar o doente, rompendo legitimamente as relações que mantem consigo mesmo e com os outros homens. Quaisquer que sejam as causas daquilo que se chama doença, ou de sua distribuição - e atem-se para o fato de que na segunda metade do século XX se está muito longe de ignorar que a questão toda aponta, acusativa e ameaçadoramente, para a forma pela qual os homens organizaram a sua vida social -, uma vez doente, o homem é abstraído desse contexto mais amplo e recodificado inteiramente por um saber autorizado a reduzi-lo a ele só, indivíduo despido de todas as conexões que constituem em conjunto o significado de sua vida (Mendes-Gonçalves, 2002, p. 53).

Segundo Mattos (2008), a prática dos profissionais de saúde se faz muito pela atuação de um complexo industrial da saúde em escala global, que faz das práticas do cuidado o lugar do consumo de mercadorias, quando não elas mesmas se tornam mercadorias (Mattos, 2008).

A educação institucionalizada serviu no seu todo, ao propósito de não só fornecer os conhecimentos e o pessoal necessário à máquina produtiva em expansão do sistema de capital, como também gerar e transmitir um quadro de valores que legitima os interesses dominantes (Mészáros, 2008). A educação e a saúde caminham juntas, assim como o trabalho e a educação, constituindo boa parte da vida dos homens em sociedade.

A farmácia é uma profissão da área da saúde e sua formação no Brasil se iniciou associada à medicina, vindo depois a ter seu currículo construído de forma autônoma, passando a ser uma profissão associada aos medicamentos e a terapêutica. Sua constituição como escola de farmácia no Brasil é datada de 1832.

Segundo, Saturnino et al (2012):

Por cerca de um século, até a década de 1930, o ensino buscou formar profissionais voltados para todos os aspectos dos medicamentos, sendo as farmácias e laboratórios farmacêuticos os locais nos quais se processava a prática profissional. Nessa conjuntura, o papel social do medicamento e, por consequência, o da profissão farmacêutica sofrem profundas transformações que perduram até os dias atuais (Saturnino et al, 2012).

Novas transformações ocorrem:

Por volta de 1931, e como consequência da transformação do modelo econômico para um modelo urbano-industrial em desenvolvimento, começa a tomar vulto um processo de mudanças na estrutura curricular dos cursos de Farmácia (Valladão, 1986).

E como marco de sua história contemporânea, a instituição do currículo mínimo em 1969, ao qual a formação em farmácia esta constituída e foi mantida até poucos anos atrás e na atualidade pelo currículo generalista em 2002 (Santos 1999).

O parecer 287/69 do Conselho Federal de Educação sobre o curso de Farmácia ilustra essas mudanças:

Para que se possa ajuizar corretamente dos currículos convenientes aos cursos de formação de farmacêuticos, nas várias modalidades presentemente requeridas, em razão do mercado de trabalho, conseqüentemente este, por sua vez, aos progressos da ciência e da tecnologia [...] Paralelamente, a Farmácia sofreu também modificação igualmente sutil e de conseqüências ponderáveis: à proporção que, aos médicos e ao público consumidor, foi-se impondo a preferência pelo produto industrializado – em razão de maior rigor na dosagem, melhor técnica de preparação e conservação mais prolongada – diminui a prática do aviamento de fórmulas. Desapareceu, assim, quase por completo, da Farmácia, a atividade artesanal da manipulação extemporânea de medicamentos tornando-se o estabelecimento quase exclusivamente comercial e, mesmo, expandindo-se sob esse aspecto, em mecanismo compensador, pela inclusão em seu repertório de cosméticos, produtos outros de “toilette”, produtos alimentícios especiais etc. [...] Obediente a essa ordem de ideias, o relator, tendo presente a sua experiência como ex-diretora de indústria farmacêutica e de laboratório oficial de controle de medicamentos, as observações e reflexões que fez sobre o ensino de Farmácia, mas também a opinião de professores e Congregações de Escolas de Farmácia, e de associações de classe que a esse Conselho Federal de Educação se dirigiram, as discussões havidas durante as reuniões de Grupo de Trabalho, inclusive com a participação de representantes da Associação Brasileira de Farmacêuticos e, ainda,

os imperativos da legislação pertinente (Lei 5540/68 e Decreto-Lei 53, de novembro de 1966), sugere a adoção dos currículos para os cursos de formação de ‘farmacêutico’, ‘farmacêutico industrial’ e ‘farmacêutico bioquímico’ [...] (Brasil, 1969).

Essa proposta de educação profissional afastou o farmacêutico de seu eixo estruturante, que é o medicamento, deslocando-o para outras áreas de atuação (Análises Clínicas e Ciências de Alimentos). Além disso, a proposta considerou a farmácia pública um campo em involução e, dessa forma, relegou ao ato de dispensar apenas o repasse dos medicamentos industrializados (Fenafar & Enefar, 1996; Brasil, 2003). Assim:

O Farmacêutico deixa de ser caracterizado como um profissional da saúde, sendo que sua atuação na área do medicamento se limita, quando muito, apenas à produção. Como resultado, praticamente desaparece o elo deste profissional com o conjunto da sociedade, representado no seu microuniverso pelas ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde no âmbito da Farmácia de dispensação. Esta característica também se fez presente no contexto da equipe multidisciplinar de saúde, a qual deixou de perceber no Farmacêutico um profissional importante para o planejamento e execução das políticas de saúde (Fenafar & Enefar, 1996).

Esta realidade de afastamento do profissional farmacêutico da assistência à saúde mostrava-se evidente com a quase total ausência das farmácias comunitária ou comerciais, onde quando muito apenas assinavam a responsabilidade técnica, sem a sua efetiva concretização. Neste sentido a argumentação de Santos (2011), quando trata da conceituação de assistência farmacêutica, desde uma noção sócio histórica de seu desenvolvimento, corrobora com este distanciamento do farmacêutico da assistência a saúde:

O sentido de assistência farmacêutica como prática profissional é coerente com o uso do termo “assistência” para designar a ação de ajudar, prestar atendimento ou cuidar, como em assistência médica, odontológica, etc. Entretanto, durante grande parte do século XX, o termo “assistência farmacêutica” esteve relacionado apenas à disponibilização do medicamento, de forma dissociada da prática farmacêutica. Como hipótese para explicar o deslocamento denotativo desse termo, sustenta-se que influíram as modificações pelas quais passou a profissão farmacêutica no período, o qual, não coincidentemente, corresponde à industrialização dos medicamentos e à transformação da indústria farmacêutica transnacional em um dos segmentos mais poderosos, econômica e politicamente, das sociedades contemporâneas (Santos, 2011).

No entanto, o Movimento da Reforma Sanitária que surge a partir do fim da década de 1970 congregou sindicatos, movimentos populares e academia, em torno da bandeira “Saúde e Democracia”, preparando a consolidação de um novo marco conceitual (Noronha, Lima & Machado, 2008). Promoção, proteção à saúde, acesso universal, atenção primária, equidade e integralidade são alguns dos novos conceitos que fazem do SUS uma proposta de ruptura ao modelo assistencialista construído até então (Noronha, Lima & Machado, 2008). Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica ganha destaque por seu papel central na garantia da integralidade da assistência, definindo, junto a outros elementos propostos, uma nova plataforma organizacional para a profissão farmacêutica. A farmácia não ficou imune aos novos tempos, de questionamento, reflexão e luta a respeito do significado da saúde e os seus condicionantes, das péssimas condições dos serviços e da ausência de um sistema de saúde capaz de atender as necessidades da maioria da população (Fenafar & Enefar, 1996).

Assim a farmácia, como as demais profissões da área de saúde, foram apresentadas a novos desafios e a um novo paradigma (Campos, Aguiar & Belisario, 2008). Diversos encontros foram realizados com o intuito de repensar o papel do profissional farmacêutico frente a essas novas demandas. Os principais atores envolvidos nesse processo, Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia (ENEFAR), Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), e um conjunto importante de professores que buscavam de alguma forma “a formação de Farmacêuticos críticos, competentes e capazes de interagir socialmente [...] como agentes capazes de responder às exigências da maioria da sociedade” (Fenafar & Enefar, 1996; Campese, 2005).

Neste período, como resultado do processo de intensos e profundos debates, a categoria farmacêutica e o movimento dos estudantes de Farmácia em 1996 apresentaram ao Ministério da Educação a “Proposta de Reformulação do Ensino de Farmácia no Brasil” (Fenafar & Enefar, 1996). A categoria farmacêutica com este documento apontou a necessidade de superação da organização limitadora decorrente do estabelecimento de um “currículo mínimo” e da atomização do conhecimento nos espaços estanques de “disciplinas” ao longo de um período de formação dos futuros profissionais farmacêuticos. Como forma de superar tais limitações e as fragmentações que nortearam o paulatino distanciamento dos farmacêuticos de seu âmbito original de atividades e dos campos de conhecimentos respectivos, a proposta construída por profissionais e estudantes de Farmácia apontou como essencial a definição de um perfil profissional efetivamente norteador da formação, marcado tanto pelos imprescindíveis laços com o fazer no campo da saúde como pelo resgate de sua identificação com o campo do medicamento (Rech, 2015).

O perfil profissional foi definido como “voltado para a formação do Farmacêutico pleno, direcionado ao seu eixo principal de atuação que é o medicamento, inserido no

contexto da assistência integral à saúde” e, portanto, deveria contemplar “todos os aspectos relacionados ao medicamento, desde a sua pesquisa, produção, comercialização, dispensação e vigilância de sua ação farmacológica, além daqueles voltados à definição da função social do farmacêutico como profissional da saúde” (Fenafar & Enefar, 1996). O perfil profissional proposto determinava que o farmacêutico estivesse apto a: 1- Avaliar crítica e humanisticamente a sociedade, nos seus aspectos bio-psico-sociais; 2- trabalhar criticamente com a comunidade a sua função social; 3- participar e agir como profissional de saúde no seu âmbito profissional; 4- prestar Assistência Farmacêutica; 5- promover a Farmacovigilância; 6- promover a Vigilância Sanitária e 7- participar de uma política nacional de saúde e lutar por uma política nacional de medicamentos que atenda as reais necessidades do País.

Estas diretrizes caracterizaram uma mudança importante nas competências e habilidades e por consequência no perfil do profissional farmacêutico, resultado dos debates, cujo processo caracterizou uma forte polarização de posições quanto aos eixos que deveriam nortear e serem explicitados na instituição de diretrizes curriculares para a Farmácia. De um lado, destacou-se a defesa da priorização do campo do medicamento e da assistência farmacêutica na formação de profissionais farmacêuticos, representativos dos debates ocorridos entre nas duas décadas passadas (Fenafar & Enefar, 1996). De outro, segmentos da categoria farmacêutica e de escolas de Farmácia defendendo na prática a manutenção das áreas de formação em Análises Clínicas e Alimentos através da formação generalista, talvez não pela concepção original do conceito em saúde pública, do conceito de formação generalista, mas sim, com a perspectiva de manutenção da formação em áreas de formação distintas do medicamento e da assistência farmacêutica.

Ou seja, não se definiu o perfil que se vinha debatendo, a formação central em fármacos e medicamentos, característica e identidade do profissional farmacêutico. Não se

pode, portanto confundir a formação generalista defendida no sentido de um profissional apto a tender os principais problemas de saúde da sociedade, com um profissional com formação fragmentada e sem identidade.

Considerando as definições do Seminário Nacional realizado em Brasília em 2001, mesmo que por uma pequena margem de diferença nas posições dos delegados participantes, a tese da formação de um profissional farmacêutico “generalista” foi levada como posição da categoria farmacêutica ao Conselho Nacional de Educação (Fenafar & Enefar, 1996).

A Resolução CNE/CES nº 2/2002 consolidou que o Curso de Graduação em Farmácia tem como perfil do formando egresso/profissional o Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, as análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (Brasil, 2002).

Neste sentido as DCNF refletiram o processo de intenso debate na categoria farmacêutica, que por uma visão corporativista, com o olhar apenas para a realidade vivida pela educação farmacêutica, ou seja, certa hegemonia da visão de buscar atender a todas as áreas de atuação do profissional farmacêutico, como eixo norteador de sua formação, não permitindo o resgate da identidade profissional em torno dos fármacos e medicamentos. Há um consenso nos atuais fóruns de educação farmacêutica, que as DCNF foram um importante avanço para a profissão farmacêutica, aproximando dos princípios e diretrizes do SUS e afirmando o farmacêutico como profissional de saúde e essencial no processo de

trabalho em saúde e na pesquisa e desenvolvimento da área farmacêutica (Fenafar & Enefar, 1996).

No entanto, passados mais de 10 anos das DCNF, 25 anos da constituição do Sistema Único de Saúde, considera-se necessário promover avaliações que possam indicar se ocorreram, pelo menos em parte, as transformações no perfil do egresso/profissional Farmacêutico e quais mudanças são mais perceptíveis e quais as insuficiências em relação ao modelo atual e novas perspectivas que se possa apontar na formação do farmacêutico do século XXI.

A construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da saúde (DCN) ocorreu em momento privilegiado da nossa sociedade. Por um lado, a Constituição Brasileira, promulgada em 1988, estabeleceu um Sistema Único de Saúde (SUS), regionalizado, hierarquizado, descentralizado, voltado para o atendimento integral e com participação da comunidade. Por outro lado, a homologação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1996, permitiu a flexibilização dos currículos e a rápida expansão do ensino farmacêutico pelo setor privado.

Com a aprovação da Constituição Federal em 1988 foi estabelecido o princípio do direito universal à educação em uma situação de escassa oferta de vagas no ensino superior, o que levou a uma expansão do ensino superior pela já aprovada Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (1996). A LDB altera o sistema do ensino superior facilitando a abertura de novas universidades com autonomia para criar os seus cursos, tendo como consequência uma expansão no número de cursos superiores e de vagas, hegemonicamente no setor privado. O Censo 2011 da Educação Superior (Censo), realizado anualmente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep/MEC), de participação obrigatória por Instituição de Ensino Superior (IES), que reúne informações sobre IES, demonstra claramente esta nova realidade. Em 2011, participaram do Censo

2.365 IES, sendo que deste conjunto, 84,7% são faculdades, 8,0% são universidades, 5,6% são centros universitários e 1,7% Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFECT) e de Centros Federais de Educação Tecnológica (Cefets). Verificando-se os dados referentes à categoria administrativa demonstraram que 88,0% das IES que participaram do Censo 2011 são privadas e 12,0%, públicas, sendo 4,7% estaduais, 4,3% federais e 3,0% municipais (Brasil, 2011). O resultado da ampliação do ensino superior em farmácia seguiu esta tendência, sendo que hoje mais de 89% das escolas de farmácia são privadas.

O objeto das diretrizes curriculares é construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, bem como, para atuarem, com qualidade e resolubilidade no SUS, considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Entendendo a saúde como um processo de trabalho coletivo, a formação de recursos humanos para as profissões desta área deve pautar-se na prestação de cuidados como produto final de todo o processo (Braga & Bueno, 2009).

A produção articulada com diferentes atores na última década em oficinas e grupos de trabalho desenvolvidos notadamente pelo Fórum Nacional das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS) permite aferir que as competências gerais desejadas para o graduado nos cursos da saúde constituem elementos comuns da formação, que são complementadas pelas competências específicas necessárias para cada curso/profissão. Neste processo formativo deve-se priorizar não mais apenas o cognitivo, mas o desenvolvimento e incorporação de qualidades técnicas e humanistas (Braga & Bueno, 2009).

No âmbito da atenção à saúde, as DCN preconizam: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e

continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética e bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (Brasil, 2002).

Desta maneira as competências gerais, formuladas na perspectiva ampliada de formação, comum a todos os cursos permite articular a formação farmacêutica no âmbito nacional com as demais profissões da área da saúde, com vistas à integralidade no cuidado e a nível internacional com as competências definidas pelos organismos internacionais.

Vale ressaltar que, a definição das DCN esta apoiada na concepção da educação contemporânea, apresentada por Delors e cols. (2001), no Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (Delors et al, 2001).

Este analisou a educação e suas possibilidades para uma nova era que se iniciava, dentro do cenário da década de 1990. Esses documentos apresentam como pilares da formação o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser. Por estarem fundamentadas nesses pilares, espera-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais propostas para a graduação em saúde busquem uma sintonia com as bases para a educação contemporânea. Espera-se romper com o ainda evidente reducionismo que caracterizava o currículo mínimo do ensino farmacêutico, o qual priorizava a técnica, o instrumental, voltado para o “como fazer”, e avançar nas estratégias do conhecer, do contextualizar, do criar.

Identificam-se transformações trazidas no âmbito das DCNF, seja na formação acadêmica do farmacêutico e o seu reflexo na prática profissional. Podemos destacar outras medidas adicionais, tomadas para acelerar o processo de reorientação da formação,

entre elas: a instituição do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), a criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e, nos serviços de saúde, a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outras (Braga & Bueno, 2009).

Buscar responder se a práxis institucional dos cursos está em conformidade com a proposta histórico-social das DCNF que é a formação de farmacêuticos socialmente referenciados, capazes de se integrarem ao SUS e retomarem seu legado histórico, hoje entendido não mais centrado em fármacos e medicamentos, mas de uma forma ampliada, no conceito da Assistência Farmacêutica.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Farmácia, publicadas por meio da Resolução do nº 2 do CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), legitimaram as necessidades de mudança dos projetos pedagógico dos cursos da área da saúde. Essas diretrizes orientam a formação do profissional farmacêutico preparado para ser inserido em todos os níveis de complexidade assistenciais do Sistema Único de Saúde (Leite, Nascimento, Costa & Barbano, 2008).

Desta forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Farmácia no Brasil, homologadas em 2002, estabelecem como perfil do egresso:

O Curso de Graduação em Farmácia tem como perfil do formando egresso/profissional o Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a

transformação da realidade em benefício da sociedade (Resolução nº 2 do CNE/CES, 2002, art. 3).

As diretrizes curriculares estabelecem a formação de um profissional farmacêutico generalista, que agrega competências nas áreas do medicamento, análises clínicas e toxicológicas, alimentos e cosméticos. Esse fato representa uma mudança de paradigma, pois o currículo mínimo, vigente até a aprovação dessas diretrizes, obrigava as escolas de Farmácia a oferecerem a formação do farmacêutico com competências na área do medicamento e suas habilitações, de forma fragmentada e complementar (CRFSC, 2006). Cada escola podia optar pela(s) habilitação (ões) a ser (em) oferecida(s) e, por isso, eram raros os cursos de Farmácia do país que ofereciam as três habilitações concomitantemente (Análises Clínicas, Indústria e Tecnologia de Alimentos).

De maneira geral a formação em farmácia, constituía-se, até então, em um percurso sem identidade visando alcançar e dar as bases para a formação das habilitações. Segundo Silva (2009) em relação a este período, a diferença era que na estrutura do currículo mínimo havia um tronco comum de formação, o qual pretensamente preparava o aluno para a “Farmácia comercial”, mas que na verdade estava organizado de modo a dar suporte à opção, ao término da graduação, por uma das duas habilitações e suas modalidades, que preparavam para a área de produção (Farmácia Industrial), para o laboratório clínico ou para a análise de alimentos (Farmácia Bioquímica) (Silva, 2009).

2.2. Competências, perfil e currículo

Partimos do conceito de trabalho, como atividade humana e expressão de uma relação social, para a seguir adentrar ao conceito de competência.

Segundo Cattani & Holzmann (2011):

Trabalho pode ser definido como exercício de uma atividade vital, capaz de plasmar a própria produção e reprodução da humanidade, uma vez que é o ato responsável pela criação dos bens materiais e simbólicos socialmente necessários para a sobrevivência da sociedade (Cattani & Holzmann, 2011, p. 432).

Como ato consciente o trabalho tem como pressuposto conhecimentos concretos. Significa que para desenvolver uma determinada atividade o trabalhador deve possuir conhecimentos e desenvolver competências específicas, que podem caracterizar determinada profissão.

A noção de competência não é nova, mas o seu uso cada vez mais difundido nos discursos sociais e científicos é relativamente recente e devendo ser questionado. (Ropé & Tanguy, 2003). Os autores citando Bordieu (1982) resgatam a necessidade de examinar o espaço que as palavras ocupam na construção das coisas sociais e em Pierre Naville (1945), que demonstra a mesma preocupação intelectual acerca do uso de noções como aptidão e qualificação.

O termo competência é à base da construção pedagógica da proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (Pedagogia por Competências) e, portanto, como afirmando devem ser objeto de estudo no campo da educação e da sociologia, no sentido de verificar, segundo os autores, se esta noção evidencia uma mudança real nas práticas sociais, ou uma simples homologia, ou ainda se tratar de um movimento mais profundo, realmente capaz de afetar o conjunto do corpo social. Pedagogia, compreendida no sentido amplo de uma atividade social que engloba a eleição de saberes a serem transmitidos pela escola, sua organização, sua distribuição em uma instituição diferenciada e hierarquizada, sua transmissão por agentes especializados e sua avaliação por métodos apropriados (Ropé &

Tannguy, 2003). A noção de competências é utilizada em diferentes esferas de atividades tais como a economia, o trabalho, a educação e a formação. E que:

Muito associada às noções de desempenho e de eficiência em cada um desses domínios, a noção de competências é, todavia, utilizada em diferentes sentidos. Ela tende a substituir outras noções que prevaleciam anteriormente como as de saberes e conhecimentos na esfera educativa, ou a de qualificação na esfera do trabalho (Ropé & Tannguy, 2003, p. 16).

Segundo Marinho Araújo (2009) o desenvolvimento de um perfil profissional é um processo longo e complexo que envolve a construção de uma história profissional articulada às características pessoais e as especificidades profissionais, assim como o desenvolvimento de competências que permitam considerar e articular teorias, métodos e experiências diante da identificação de um problema e da necessidade de solucioná-lo no cotidiano laboral. No processo de construção de um perfil profissional, atuante e participativo, as trajetórias de formação têm utilizado a abordagem por competência como estratégia privilegiada e útil tanto ao desenvolvimento pessoal quanto à preparação para os papéis e as funções a serem desempenhados nos contextos de atuação e intervenção (Marinho-Araújo, 2009).

O Termo competência em educação é polissêmico e controverso e vem suscitando diferentes interpretações. Assim nos diferentes estudos que discutem sobre a identificação das competências básicas profissionais, não é possível identificar uma definição consensual, pelo contrário observamos uma diversidade de definições que podem dificultar uma caracterização segura, bem como a incidência de alguns problemas pela inexistência de unanimidade.

Um dos principais articuladores da pedagogia centrada na competência é Perrenoud, o qual a caracteriza como a capacidade de agir eficazmente em um

determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. O que está em pauta não é a aquisição pura e simples de conhecimentos, mas o discernimento para mobilizá-los frente à determinada situação (Perrenoud, 1999). No entanto, alguns autores comentam que a competência compreende conhecimentos, habilidades e atitudes como componentes essenciais e necessários a um desempenho profissional adequado (Butler, 1978; Knackfuss, 1988; O'Sullivan & Tannehill, 1990; Altet, 2001).

Para Chomsky (1985) competência deve incluir tanto o conhecimento da língua por parte do falante-ouvinte quanto o desempenho ao uso efetivo da língua em situações concretas. Segundo Mertens (1997) competência significa a capacidade de resolver problemas e alcançar o resultado. Para tal deve combinar conhecimentos gerais e específicos com experiências de trabalho. Os autores reforçam que para chegar a uma definição universal do que venha a ser competência, seria necessário um debate acadêmico mais aprofundado.

A amplitude da definição de Demo (2000) se coaduna com as propostas de educação contemporânea contidas nas DCN. Para o autor, competência é a condição de não apenas fazer, mas de saber fazer e, sobretudo, de refazer permanentemente a relação com a sociedade e a natureza, usando, como instrumento crucial, o conhecimento inovador. A competência se expressa tanto no horizonte da individualidade, na condição de sujeito concreto histórico, quanto na conjugação de esforços, já que a cidadania organizada é, como regra, mais competente que a solitária (Demo, 2000).

Segundo o modelo de competências, ao se apresentar como uma resposta às críticas do empobrecimento das tarefas no modelo fordista-taylorista, o novo modelo demanda, aos trabalhadores, um engajamento completo nos objetivos e metas das empresas. Atitudes de responsabilidade, de autonomia e de tomada de iniciativa e de decisão, aliadas a disponibilidade, sociabilidade e à capacidade de trabalhar em grupo, de se comunicar, de

se relacionar e de aprender, traduzem a necessidade organizacional de ir além da prescrição das tarefas. Ainda segundo estes autores, o trabalho real necessita mobilizar competências oriundas dos saberes, do saber fazer e saber ser. Em oposição ao modelo do saber fazer, próprio da noção de qualificação, o modelo de competências impõe a ideia do saber ser, cuja definição apresenta um forte componente relacional. No campo da gestão de recursos humanos, a noção de competência remete à demanda e avaliação dos “atributos pessoais” do trabalhador, tais como espírito de equipe, iniciativa, pró-atividade, interesse, atenção, flexibilidade, mobilização subjetiva e capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal (Rosenfield & Nardi, 2011, p. 79).

Lopes (2012), em dissertação de mestrado, critica a noção de competências e habilidades, como uma das táticas de expansão do mercado da educação e reprodução ampliada do capital em tempos de crises e destaca neste sentido a visão de Jimenez e Leitão (2009):

Na década de 1990, o aprofundamento da globalização das atividades capitalistas e a crescente busca de competitividade levaram, segundo Deluiz (2001, p. 64), ao “alinhamento definitivo das políticas de recursos humanos às estratégias empresariais, incorporando à prática organizacional o conceito de competência, como segue: base do modelo para se gerenciarem pessoas”, apontando, desse modo, para novos elementos na gestão do trabalho, em que as estratégias empresariais e formação de competências incorporam “as novas concepções gerenciais que surgem no bojo desse processo de reestruturação empresarial”, ancoradas numa “lógica de recomposição da hegemonia capitalista e das relações capital-trabalho e têm como objetivos racionalizar, otimizar e adequar à força de trabalho face às demandas do sistema produtivo” (Jimenez & Leitão, 2009, p. 81, apud Lopes, 2012).

Pode haver uma visão emancipadora das competências como também dos saberes, mas igualmente uma visão conservadora de ambos. A verdadeira clivagem não deveria passar entre os que falam de competência e os que valorizam os saberes, e sim entre aqueles que colocam o indivíduo a serviço do sistema econômico e os que defendem o oposto. Essa clivagem preexiste ao debate sobre as competências e sobreviverá a ele, pois faz parte do confronto de modelos de sociedade (Pernoud, 2005, p. 74).

A noção de competência de competência na educação esta dada, e nos parece que o desafio é exatamente os projetos político pedagógicos serem realmente construído a partir de um Plano de Competência e mobilizar os o conjunto da escola no sentido desta construção, onde a avaliação passa ter um lugar destacado e exatamente no sentido de construir uma pedagogia que permita a consciência no processo educativo, partindo da crítica Competências, saberes e conhecimento, para transformar.

Não se pode, portanto subestimar a importância da noção de competência na escola:

O discurso sobre competência pode ser compreendido como uma tentativa de substituir uma representação de hierarquia dos saberes e das práticas, notadamente aquela que se estabelece entre o “puro” e o “aplicado”, entre o “teórico” e o “prático” ou entre o geral e o técnico, por uma representação da diferenciação entre formas de saberes e formas de práticas, diferenciação que seria essencialmente horizontal e não vertical. (Tannguy, 2003, p. 54).

Torna-se fundamental que possamos desenvolver uma crítica consistente a noção de competência que busca desenvolver mecanismos de controle, disciplinares, adequando a formação aos interesses do mercado e do capital. Para tanto é necessário que os educadores tenham a formação necessária e a disposição para construir projetos pedagógicos na direção de sociedades livres e visem construir cidadãos autônomos. Neste

sentido a formação em saúde tem buscado romper os muros das universidades e enxergando novos espaços de aprendizagem, estuda-se em todo lugar e em todo tempo disponível, sendo o caso da proposta cada vez mais recorrente da integração ensino-serviço-comunidade (Siqueira-Batista et al, 2013).

Portanto não se trata de negar simplesmente a noção de competência, mas interpreta-la e coloca-la a serviço da emancipação humana.

Dentre os cursos da área da saúde, o de Medicina foi o primeiro a ter suas DCN alteradas, sendo publicadas em 2014. Nestas o conceito de competência é estabelecido pelo Ministério da Educação através do Conselho Nacional de Educação na Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina:

Para os efeitos desta Resolução, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) (MEC, 2014).

Neste sentido as autoridades educacionais e de saúde do país mantém a lógica da noção de competências na formação dos profissionais médicos, cuja formação é criticada por seu distanciamento do SUS e das reais necessidades da população. Portanto as novas DCN dos cursos de graduação de medicina é uma ação clara das autoridades políticas destes dois setores no sentido de reformar a formação médica, utilizando-se a pedagogia por competências.

Portanto para O MEC, competência é a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, e neste sentido a profissão farmacêutica em seu exercício caracteriza-se por desenvolver um conjunto de atividades e que para tanto necessita mobilizar um conjunto de competências gerais e específicas.

A Federação Internacional Farmacêutica (FIP) traz como conceito de competência, como conhecimento, habilidades, atitudes e comportamentos que um indivíduo acumula, desenvolvem, e adquire através da educação, formação e experiência de trabalho (FIP, 2010).

Cada vez mais a profissão farmacêutica desenvolve-se e abrange uma complexa gama de atividades e responsabilidades. Além das atividades específicas que caracteriza o núcleo de suas atividades profissionais, o farmacêutico como membro da equipe de saúde assume funções variadas, necessárias ao pleno exercício das mesmas.

De acordo com a OPS/OMS (2008), as mudanças necessárias na formação e na educação permanente devem orientar-se para as competências dos profissionais de saúde de acordo com os elementos essenciais dos sistemas de saúde baseados na Atenção Primária em Saúde, e as competências são definidas como:

Las competencias son características (conocimientos, habilidades y actitudes) de las personas, que se ponen de manifiesto cuando ejecutan una tarea o realizan un trabajo y están relacionadas con el desempeño exitoso en una actividad, laboral o de otra índole (OPS/OMS, 2008, p.8).

As competências das equipes de APS se classificam em genéricas, específicas e humanísticas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional Farmacêutica (FIP) organizaram um manual de prática farmacêutica com foco no atendimento ao paciente (FIP, UNESCO & WHO/OMS, 2008). A publicação, que existe desde 2006, procurou definir o perfil do farmacêutico e descrever as sete principais

competências necessárias neste novo contexto. A combinação dos conhecimentos, habilidades e atitudes ganhou a denominação de “Farmacêutico Sete Estrelas” que consiste em um profissional:

1. Prestador de serviços farmacêuticos em uma equipe de saúde, com conhecimento, habilidades e atitudes para prestar serviços farmacêuticos de alta qualidade;

2. Capaz de tomar decisões com habilidades para avaliar, sintetizar informações e decidir qual a melhor e mais apropriada direção seguir;

3. Comunicador, o farmacêutico está entre o prescritor e o paciente. Esta é uma posição privilegiada para a comunicação de informações sobre saúde e medicamentos e seu uso racional;

4. Líder, assumindo a responsabilidade pelo bem-estar da comunidade e do paciente;

5. Gerente, o farmacêutico deve saber gerenciar recursos humanos, físicos e financeiros. Sua meta é garantir a qualidade dos medicamentos e gerir com responsabilidade a informação e a tecnologia relativa à saúde;

6. Atualizado permanentemente (pesquisador), o profissional precisa assumir um compromisso com a aprendizagem constante ao longo da carreira;

7. Educador, o farmacêutico tem a responsabilidade de fornecer educação e treinamento para as futuras gerações de profissionais e ao público em geral (FIP & WHO/OMS, 2006).

Trata-se de um conjunto de conhecimentos e competências, essenciais para o exercício de um conjunto de atividades do profissional, que possibilitem sua inserção na equipe de trabalho em saúde e ao exercício profissional em atividades, empregos e funções.

As Conferências Pan-americanas de Educação Farmacêutica tem pautado as competências para a Educação Básica do farmacêutico. O relatório da IX Conferência Pan-americana de Educação Farmacêutica de 2014 define o perfil profissional como:

O farmacêutico é um profissional da saúde especializado no medicamento com competências científicas, técnicas e humanísticas que garante cuidados e serviços comprometidos socialmente na manutenção e melhoria da saúde e da qualidade de vida da população [...] as qualidades necessárias para o exercício profissional no desempenho de suas atividades exigem que tenham um papel ativo enquanto: provedor de cuidados; Tomador de decisões, Comunicador, Líder, Gestor, participante de educação continuada e Educador, reafirmando o perfil do farmacêutico “sete estrelas” (OPS, 2014).

O documento GPP 2011 da FIP/WHO, sublinha os requisitos de Boas Práticas de Farmácia e como definir padrões exigidos para os GPP, que também implicam uma estrutura de gerenciamento de qualidade e um plano estratégico para o desenvolvimento de serviços.

O documento GPP é organizado em torno de quatro papéis principais para os farmacêuticos:

- Função 1: Preparar, obter, armazenar, proteger, distribuir, administrar e dispor de produtos médicos;
- Função 2: Fornecer medicação e gestão terapêutica eficaz;
- Função 3: Manter e melhorar o desempenho profissional;
- Função 4: Contribuir para melhorar a eficácia do sistema de cuidados de saúde e de saúde pública. (FIP/WHO, 2011).

O trabalho em saúde esta estruturado, de maneira geral, na mobilização do uso de tecnologias, diagnósticas e terapêuticas. O medicamento é a tecnologia mais mobilizada no

fazer saúde, sendo seu uso amplamente disseminado, tanto no setor privado, quanto no SUS. Esta realidade demanda, do ponto de vista assistencial, competências dos profissionais de saúde, na sua seleção e no seu uso, requerendo destes profissionais competências específicas para o seu uso racional, em particular do profissional farmacêutico.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em Farmácia (Resolução nº 2 do CNE/CNS de 2002) definem como perfil do formando egresso/profissional o farmacêutico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Apresentam as habilidades e competências necessárias à formação do farmacêutico, como a atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a administração e gerenciamento e a educação permanente (Brasil, 2002).

No que diz respeito à noção de competência, o texto das Diretrizes propõe em seu artigo 4º a necessidade da formação do profissional farmacêutico, objetivando e dotando este profissional de conhecimentos requeridos para o exercício de competências. O texto das diretrizes define então como competências e habilidades gerais:

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

- Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os

futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais (Brasil, 2002).

Em relação às competências e habilidades específicas para a formação do farmacêutico, as DCN trazem um conjunto muito amplo de competências, gerando dificuldades em relação a sua identidade profissional:

- I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando e valorizando-o;
- III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- V - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- VI - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- VII - desenvolver assistência farmacêutica individual e coletiva;
- VIII - atuar na pesquisa, desenvolvimento, seleção, manipulação, produção, armazenamento e controle de qualidade de insumos, fármacos, sintéticos,

recombinantes e naturais, medicamentos, cosméticos, saneantes e domissaneantes e correlatos;

- IX - atuar em órgãos de regulamentação e fiscalização do exercício profissional e de aprovação, registro e controle de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissaneantes e correlatos;
- X - atuar na avaliação toxicológica de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissaneantes, correlatos e alimentos;
- XI - realizar, interpretar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises clínico-laboratoriais, incluindo os exames hematológicos, citológicos, citopatológicos e histoquímicos, biologia molecular, bem como análises toxicológicas, dentro dos padrões de qualidade e normas de segurança;
- XII - realizar procedimentos relacionados à coleta de material para fins de análises laboratoriais e toxicológicas;
- XIII - avaliar a interferência de medicamentos, alimentos e outros interferentes em exames laboratoriais;
- XIV - avaliar as interações medicamento/medicamento e alimento/medicamento;
- XV - exercer a farmacoepidemiologia;
- XVI - exercer a dispensação e administração de nutracêuticos e de alimentos de uso integral e parenteral;
- XVII - atuar no planejamento, administração e gestão de serviços farmacêuticos, incluindo registro, autorização de produção, distribuição e comercialização de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissaneantes e correlatos;

- XVIII - atuar no desenvolvimento e operação de sistemas de informação farmacológica e toxicológica para pacientes, equipes de saúde, instituições e comunidades;
- XIX - interpretar e avaliar prescrições;
- XX - atuar na dispensação de medicamentos e correlatos;
- XXI - participar na formulação das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica;
- XXII - formular e produzir medicamentos e cosméticos em qualquer escala;
- XXIII - atuar na promoção e gerenciamento do uso correto e racional de medicamentos, em todos os níveis do sistema de saúde, tanto no âmbito do setor público como do privado;
- XXIV - desenvolver atividades de garantia da qualidade de medicamentos, cosméticos, processos e serviços onde atue o farmacêutico;
- XXV - realizar, interpretar, avaliar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises de alimentos, de nutracêuticos, de alimentos de uso enteral e parenteral, suplementos alimentares, desde a obtenção das matérias primas até o consumo;
- XXVI - atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de produtos obtidos por biotecnologia;
- XXVII - realizar análises físico-químicas e microbiológicas de interesse para o saneamento do meio ambiente, incluídas as análises de água, ar e esgoto;
- XXVIII - atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de hemocomponentes e hemoderivados, incluindo realização, interpretação de exames e responsabilidade técnica de serviços de hemoterapia;

- XXIX - exercer atenção farmacêutica individual e coletiva na área das análises clínicas e toxicológicas;
- XXX - gerenciar laboratórios de análises clínicas e toxicológicas;
- XXXI - atuar na seleção, desenvolvimento e controle de qualidade de metodologias, de reativos, reagentes e equipamentos (Brasil, 2002).

Destaca-se, portanto, o conceito de competência como central na formação profissional, o que nos remete a necessidade de adentrar ao tema currículo e de quais conteúdos devem ser priorizados, visando construir quais competências e qual perfil profissional.

Pode-se afirmar a existência de um distanciamento do farmacêutico em relação à equipe de atenção à saúde do SUS, que notadamente na APS, esta centrada nas ações médicas e de enfermagem. Ainda que a categoria tenha participado na consolidação do ideário da reforma sanitária, pela formação conceitual da Assistência Farmacêutica, sua participação na construção intelectual, na estruturação institucional e na organização do sistema pode ser considerada marginal àquela desenvolvida por outras profissões.

Deve-se, porém, reconhecer que a contribuição da categoria farmacêutica no que concerne a política de medicamentos e assistência farmacêutica foi essencial para a garantia do direito ao acesso aos medicamentos e, por conseguinte a consolidação da política assistencial do SUS.

Dessa forma, considerando: a) que as Diretrizes Curriculares Nacionais para as profissões da área da saúde buscam resgatar uma formação que supere o paradigma biomédico e cartesiano que caracteriza principalmente os dois últimos séculos de desenvolvimento do pensamento na área, e b) as questões históricas acima pontuadas para a profissão farmacêutica, e aquelas referentes a cada uma das grandes áreas de habilidades

e competências – constitui-se em potenciais estratégias transformadoras da realidade do ensino farmacêutico atualmente praticado no país (Brasil, 1990).

Os projetos político-pedagógico dos cursos de graduação devam estar vinculados aos princípios do SUS e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Sem perder a essência da formação do farmacêutico, que é ser identificado como um profissional da saúde, o projeto pedagógico de cada curso deve a partir das Diretrizes Curriculares, oferecer aos graduandos uma gama de saberes e conhecimentos. Esses devem contemplar a interdisciplinaridade, o enfoque nos problemas regionais considerando não só a competência específica que identificam seu núcleo de atuação, mas, sobretudo as competências e habilidades gerais que permitem sua inclusão no campo mais abrangente das práticas de promoção da saúde.

Neste sentido o I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica indicou a construção de um modelo de educação e de atuação farmacêutica que responda ativa e decisivamente às demandas sociais e ao desenvolvimento do país.

Denota, ainda, o amadurecimento das reflexões em torno do farmacêutico de que o Brasil necessita, e definir como um agente da saúde pública, tecnicamente preparado e politicamente consciente e ativo. Essas reflexões motivaram o estudo da avaliação da formação do farmacêutico e de sua prática, junto aos serviços de saúde; nesse contexto há a possibilidade de integrar a formação desse profissional ao Sistema Único de Saúde, aproximando a universidade dos serviços de saúde (Brasil, 2009). A seguir apresentamos os principais resultados do I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica realizado em 2007, onde podemos destacar os cenários de ensino-aprendizagem e a formação centrada no trabalho em equipe junto ao sistema local de saúde:

Figura 3. Recorte do documento do Iº Fórum Nacional de Educação Farmacêutica, Brasil.

I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica	
Percepção da situação atual	Imagem-objetivo
<p>A educação farmacêutica ainda é desenvolvida de forma desarticulada da realidade social, pouco comprometida com a resolução dos problemas nacionais de saúde.</p> <p>A formação é focada na produção de medicamentos, técnicas e exames, enquanto a saúde da população tem pouco espaço no processo educativo.</p> <p>Pouca interação academia-serviços e escassas atividades interdisciplinares também foram relatadas.</p>	<p>A educação para o farmacêutico que o Brasil necessita: o farmacêutico como profissional de saúde, preparado para o SUS, capaz de intervir científica e criticamente sobre os problemas de saúde e sobre o sistema de saúde, com competência para promover a integralidade da atenção à saúde, de forma ética e interdisciplinar, e valorizada pela sociedade, constitui o objetivo a ser alcançado por meio da educação.</p>

Fonte: Leite et al, 2008.

Segundo os resultados deste I Fórum são as seguintes as características necessárias a um novo modelo de formação em saúde no Brasil:

- ✓ Foco no trabalho em equipe multiprofissional, respeitando-se as especificidades de cada profissão e incentivando a interação entre elas;
- ✓ Uso de metodologias pedagógicas inovadoras e centradas no estudante;
- ✓ Atenção aos problemas de maior prevalência e relevância nos serviços de saúde locais;
- ✓ Reorientação das pesquisas acadêmicas, de forma a responder às necessidades locais, regionais e/ou nacionais;
- ✓ Valorização das atividades de extensão;
- ✓ Diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem;
- ✓ Maior ênfase na atenção primária/básica, em promoção da saúde e na determinação multifatorial do processo saúde-doença;

- ✓ Articulação constante com o sistema local de saúde;
- ✓ Valorização das atitudes éticas e humanistas.

Como resultado deste fórum, pode-se identificar o seguinte perfil do egresso: “Farmacêutico como profissional de saúde, preparado para atuar no SUS, capaz de intervir científica e criticamente sobre os problemas de saúde e sobre o sistema de saúde, com competência para promover a integralidade da atenção à saúde, de forma ética e interdisciplinar, e valorizada pela sociedade” (Leite et al, 2008).

Neste sentido há que falar em competências gerais e humanas, como forma de formar cidadão dispostos a viver plenamente e construir novas relações econômicas e sociais:

Em uma sociedade desenvolvida, as competências de que todos necessitam não dizem respeito às situações de trabalhos mais especializados, para os quais, em princípio, há as formações profissionais. O desafio da escola obrigatória são as competências que fazem de nós não apenas trabalhadores independentes ou assalariados, mas seres autônomos, cidadãos responsáveis, pessoas que têm uma vida privada, familiar, espiritual, sexual, associativa, de lazer, de engajamento em diversos projetos e em diversas causas. Essa reflexão não é apenas técnica; ela coloca, antes de tudo, a questão das finalidades da escola (Perrenou, 2005, p. 74).

A seguir apresentam-se aspectos relacionados ao conceito de currículo e sua centralidade para a educação farmacêutica.

2.3. Currículo: reflexão sobre a educação farmacêutica

A proposta de desenvolver um capítulo a respeito do tema currículo surge da necessidade de aprofundar o debate em torno das mudanças ocorridas com a educação farmacêutica no Brasil. Para tanto cursei a disciplina “Trabalho em Saúde” da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Brasília, quando realizei um seminário com o verbete Currículo Integrado. Neste processo de levantamento de conhecimentos relacionados com o verbete Currículo Integrado, identifiquei o texto: “Proposta de Reformulação do Ensino Farmacêutico no Brasil” que trás uma descrição dos debates e propostas desenvolvidas nas décadas e 80 e 90 pelo movimento dos estudantes e profissionais farmacêuticos que visava à reforma do currículo farmacêutico. Este se transformou em movimento concreto pela reformulação da educação farmacêutica no Brasil. Logo a busca colocou a necessidade de aprofundar o tema, considerado importante para a construção do objeto geral deste estudo, ou seja, a educação farmacêutica no Brasil. Nesta direção passei a desenvolver nova disciplina, desta vez, centrada no tema currículo, com este título, na Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, que demonstrou ser o currículo um campo de estudo em Educação.

É corrente afirmar que o currículo diz respeito à seleção, sequenciação e dosagem de conteúdos da cultura a serem desenvolvidos em situações de ensino-aprendizagem e compreende conhecimentos, ideias, hábitos, valores, convicções, técnicas, recursos, artefatos, procedimentos, símbolos dispostos em conjuntos de matérias/disciplinas escolares e respectivos programas, com indicações de atividades/experiências para sua consolidação e avaliação. Portanto, um conjunto de atividades desenvolvidas pela escola, na distribuição das disciplinas/áreas de estudo, por série, grau, nível, modalidade de ensino e respectiva carga-horária – o que denominamos de “grade curricular”. Compreende os

programas, que dispõem os conteúdos básicos de cada componente e as indicações metodológicas para seu desenvolvimento, a organização curricular supõe a organização do trabalho pedagógico. O saber escolar, organizado e disposto especificamente para fins de ensino-aprendizagem, compreende não só aspectos ligados à seleção dos conteúdos, mas também os referentes a métodos, procedimentos, técnicas, recursos empregados na educação escolar. Consubstancia-se, pois, tanto no Currículo quanto na Didática (Saviani, 2002; Lopes & Macedo, 2011).

O currículo pode ser compreendido como processo, que envolve um conjunto de relações, abertas ou tácitas, em diversos âmbitos, que vão da prescrição à ação, das decisões administrativas às práticas pedagógicas, na escola como instituição e nas unidades escolares especificamente. Para compreendê-lo e, principalmente, para elaborá-lo e implementá-lo de modo a transformar o ensino, é preciso refletir sobre grandes questões (Gimeno & Sacristan, 1998). Sem dúvida um conjunto de questões que devem ser respondidas a partir de perspectivas teóricas e posicionamento na sociedade, dentre muitas, a central é, qual o conhecimento deve ser ensinado. Ou seja, qual o conhecimento ou saber é considerado importante ou válido ou essencial para merecer ser parte do currículo escolar e ainda a sua relevância (Silva, 1999). Nas análises efetuadas a partir do final do século passado e durante todo o século XX, sobre o significado dos processos de escolarização e, conseqüentemente, sobre os conteúdos culturais que se manejam nos centros de ensino, chama a atenção à denúncia sistemática do distanciamento entre a realidade social e as instituições escolares (Santomé, 1998).

O currículo é definido como as experiências de aprendizagem planejadas e guiadas e os resultados de aprendizagem desejados, são formulados por meio da reconstrução sistemática do conhecimento e da experiência sob os auspícios da escola para o

crescimento contínuo e deliberado da competência pessoal e social do aluno (Tanner, 1975).

A seguir vamos desenvolver uma pequena revisão história, buscando situar a construção do conhecimento e sua influência no Brasil.

Pode-se afirmar que o início da industrialização (1900) nos Estados Unidos da América trouxe a questão do que ensinar e como uma questão essencial do papel da escola para o desenvolvimento econômico e social, trazendo principalmente a questão do que se deveria fazer parte do plano formal das atividades de ensino e aprendizagem. No Brasil este movimento se traduz na Escola Nova (Hidalgo, 2008; Lopes & Macedo, 2011).

O Taylorismo na administração e o comportamentalismo na psicologia caracterizam esta época histórica, que demandam diretamente a escola as necessidades do setor produtivo por mão de obra qualificada e ao mesmo tempo formando jovens para o modelo capitalista nascente, tendo a escola e o currículo um papel importante na adequação e controle da sociedade (Santomé, 1998).

Em 1918, Bobbitt defende um currículo cuja função é preparar o aluno para a vida adulta economicamente ativa, não fazendo referência aos conteúdos, mas sim as tarefas e objetivos, agrupados em disciplinas, caracterizando os eficientistas. O progressivismo de John Dewey, cujos princípios de elaboração curricular residem sobre conceitos de inteligência social e mudança, defende que a educação poderia, portanto, ser um instrumento para formar indivíduos capazes de atuar na busca das mudanças. Os princípios de Dewey influenciaram as reformas educacionais no Brasil, com destacados educadores, conhecidos como escolanovistas, Anísio Teixeira e Fernando de Azevedo. Aqui o currículo é visto como um processo de racionalização de resultados educacionais, cuidadosa e rigorosamente especificados e medidos, o modelo institucional dessa

concepção é a fábrica e sua inspiração “teórica” é a “administração científica” de Taylor (Silva, 1999).

Em 1949, Halph Tyler consolida o modelo de Bobbitt e propõe articular a abordagem técnica, como as eficientistas, com o pensamento progressivista, produzindo uma importante resposta às questões sobre seleção e organização de experiências e de conteúdos educativos. O modelo de Tyler é um procedimento linear e administrativo em quatro etapas: definição dos objetivos de ensino; seleção e criação de experiências de aprendizagem apropriadas; organização dessas experiências de modo a garantir maior eficiência ao processo de ensino; avaliação do currículo (Lopes & Macedo, 2011). Esta adquire hegemonia no campo curricular norte-americano e influência essa área no Brasil, estabelecendo a ideia de organização e desenvolvimento e apresenta a área como eminentemente técnica, constituindo-se em um modelo tecnocrático, utilizando-se de um discurso científico, desenvolvido no âmbito das organizações empresariais, em que a racionalidade da organização do trabalho esteve submetida às demandas exclusivas de maior lucratividade via controle e exploração do trabalho alheio (Hidalgo, 2008).

2.4. Currículo Integrado

A Farmácia a partir da edição das DCN foi apresentada ao desafio de construir um currículo visando à formação de um profissional generalista a partir de uma matriz curricular com uma formação comum, seguida de habilitações profissionais. Portanto, a teoria em torno do conceito de Currículo Integrado busca uma reflexão das possibilidades de um projeto pedagógico capaz de construir um perfil profissional que agregue as principais competências do profissional farmacêutico que o SUS necessita.

A denominação Currículo Integrado tem sido utilizada como tentativa de contemplar uma compreensão global do conhecimento e de promover maiores parcelas de interdisciplinaridade na sua construção. A integração ressaltaria a unidade que deve existir entre as diferentes disciplinas e formas de conhecimento nas instituições escolares (Santomé, 1998). A ideia de integração em educação é também tributária da análise de Bernstein (1996), sobre os processos de compartimentação dos saberes, na qual o autor introduz os conceitos de classificação e enquadramento. Ainda segundo este autor a classificação refere-se ao grau de manutenção de fronteiras entre os conteúdos, enquanto o enquadramento, à força da fronteira entre o que pode e o que não pode ser transmitido numa relação pedagógica. À organização do conhecimento escolar que envolve alto grau de classificação associa-se um currículo que o autor denomina ‘código coleção’; à organização que vise à redução do nível de classificação associa-se um currículo denominado ‘código integrado’.

No ‘currículo integrado’, conhecimentos de formação geral e específicos para o exercício profissional também se integram. Um conceito específico não é abordado de forma técnica e instrumental, mas visando a compreendê-lo como construção histórico-cultural no processo de desenvolvimento da ciência com finalidades produtivas. Em razão disto, no ‘currículo integrado’ nenhum conhecimento é só geral, posto que estrutura objetivos de produção, nem somente específico, pois nenhum conceito apropriado produtivamente pode ser formulado ou compreendido desarticuladamente das ciências e das linguagens. O currículo formal exige a seleção e a organização desses conhecimentos em componentes curriculares, sejam eles em forma de disciplinas, módulos, projetos etc., mas a integração pressupõe o reestabelecimento da relação entre os conhecimentos selecionados. Como o currículo não pode compreender a totalidade, a seleção é orientada pela possibilidade de proporcionar a maior aproximação do real, por expressar as relações

fundamentais que definem a realidade (Ramos, 2011). Algo que deve ser observado em um projeto de um currículo integrado é que devem ser respeitados os conhecimentos prévios, as necessidades, os interesses e os ritmos de cada estudante com o envolvimento destes atores, aumentando seu poder e participação no processo curricular, ou seja, na definição de conteúdo, habilidade, valores que desejam desenvolver (Santomé, 1998).

A categoria currículo é, portanto, central no processo de reflexão a respeito da formação, e a categoria currículo integrado em particular, fundamental no processo de reestruturação do ensino farmacêutico, pois se tem um histórico de fragmentação e segmentação da formação do profissional farmacêutico. Esta categoria deve articular-se ainda, com outras categorias como competência, perfil profissional, saúde e trabalho.

A seguir um breve resgate histórico dos debates a respeito do currículo de farmácia, com um recorte a partir da década de 1980 até a edição das DCNF, demonstrando que há a necessidade de uma profunda reflexão e integração curricular no processo de transformação da educação farmacêutica.

2.5. Currículo de Farmácia, história recente

Segundo, Silva (2009) no caso da Farmácia, o profissional farmacêutico, que pelas razões históricas deixou de fazer parte da equipe de saúde, tem agora a possibilidade de ocupar os espaços demandados principalmente a partir da aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998 e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004. Porém sua contribuição para a consolidação do SUS esbarra em uma formação acadêmica inadequada que historicamente não preparou, nem tem preparado o farmacêutico para atuar na perspectiva da saúde pública (Borges & Nascimento-Junior, 2005, apud Silva, 2009).

Sem dúvida há elementos históricos no sentido explicar este distanciamento e a sua manutenção até recentemente, onde se espera que as DCNF tenham contribuído para reverter esta situação, além dos fortes debates e movimentos da categoria no sentido da retomada do seu espaço nas farmácias e mais recentemente no SUS.

A construção de debates a respeito do currículo de farmácia que questionassem as bases econômicas e sociais de seus condicionantes teve seu início na década de 80 através de um processo de crítica contundente a instituição do currículo mínimo para os cursos de graduação em farmácia, estabelecido pela Resolução nº 04/69 - CFE – MEC. Estes se consolidaram no bojo das lutas e dos avanços democráticos conquistados pela sociedade brasileira, que se imprimia na época uma luta aberta contra a ditadura militar e os modelos de educação e saúde e a grave situação social vivida. Em relação à Farmácia, outro fator a destacar, que gerou maior impulso a este movimento, foi o projeto biomédico, que instituía os cursos de Biomedicina no país, sobrepondo-se ao âmbito profissional do farmacêutico nas análises clínicas, contribuiu para aglutinar profissionais, estudantes, professores, sindicatos e conselhos de farmácia em torno da crítica ao modelo de formação vigente e da farmácia como estabelecimento de saúde.

Este processo resultou em um profundo debate sobre qual o papel do farmacêutico nas dimensões sócio-políticas e do desenvolvimento científico tecnológico do país, e mesmo buscando recuperar a identidade profissional do farmacêutico, fragmentada por um currículo mínimo e a imposição de habilitações profissionais (Fenafar & Enefar, 1996).

Veremos que este movimento teve por base uma necessidade sentida de reafirmar o papel do farmacêutico como profissional de saúde e com competências centradas nos fármacos e medicamentos, considerando que as grades curriculares orientadas pelo currículo mínimo tinham suas matrizes de formação farmacêutica como mero percurso e a

profissionalização se davam nas habilitações de Bioquímica, Tecnologia de Alimentos e Indústria Farmacêutica.

Conjeturava-se que deveria existir um currículo que alcançasse as mudanças na formação do farmacêutico com forte apelo social, conseqüente à construção de conhecimento científico e tecnológico na área farmacêutica capaz de garantir o acesso a medicamentos e o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica (AF), notadamente alinhado com o movimento de reforma sanitária e pela democracia, que culminou com a criação do SUS e a nova Constituição da República Federativa do Brasil.

Esta descrição, de natureza historiográfica busca periodizar e analisar tendo como fonte relatórios e documentos oriundos das décadas de 80 e 90 que tratavam da educação farmacêutica considerando a reformulação do Ensino Farmacêutico no Brasil, no contexto da luta em defesa do direito a Saúde e cidadania, quando os estudantes alcançaram grande mobilização, impulsionadas pela luta, contra o Projeto Biomédico, pela educação e saúde pública. Destacou-se ainda a luta pelo resgate da farmácia como espaço de trabalho do farmacêutico e o processo de preparação da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e do Encontro Nacional de Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 1988.

Neste contexto a ENEFAR realizou o I Seminário Nacional sobre Currículo de Farmácia (SNCF) em Ouro Preto, Minas Gerais, tendo por base a construção de um resgate histórico da profissão farmacêutica, apontando-se o currículo mínimo existente e os projetos político pedagógicos como centro dos debates para induzir as transformações necessárias; definindo-se um novo perfil profissional. O II SNCF realizado em Porto Alegre/RS em 1988 buscou aperfeiçoar o Perfil Profissional de acordo com o conceito de AF. Neste participaram a FENAFAR, o CRF/RS, sindicatos e associações. O III SNCF foi realizado em Campinas/SP, 1989, e consolidou o perfil do farmacêutico e as diretrizes da reforma sanitária: regionalização, descentralização e universalização dos serviços de

saúde, tendo a AF como parte deste modelo. Entre 1988 e 1990 a categoria debateu a nova constituição federal e a política de medicamentos (Fenafar & Enefar, 1996).

O IV SNCF (1990) em Araraquara/SP, que a partir do perfil profissional consolidado, discutiu os componentes curriculares referenciais e a fundamentação das áreas de conhecimento do projeto político pedagógico: terminais, instrumentais e básicas. Definindo-se como as duas grandes áreas terminais: Saúde Coletiva e Tecnologia Farmacêutica. O V SNCF ocorre em Campo Grande/MS em 1993, fundamenta as áreas terminais e define e fundamenta as áreas de conhecimentos que devem instrumentalizá-las. Ainda em 1993 realizou-se o Encontro Nacional de Reforma Curricular (ENRC) que buscou a definição de um modelo de ensino farmacêutico e suas diretrizes. Aprovou-se o modelo de estrutura curricular direcionado a formação do Farmacêutico Pleno, voltado para o medicamento. O VI SNCF e ENRC ocorreram em Belém/PA definindo um currículo mínimo (CM) e os componentes curriculares, com base na multi e interdisciplinaridade da AF. Não se alcançou consenso. O VII SNCF e IV ENRC ocorrem em Luziânia/GO, buscou consolidar a proposta de CM e aprova as fundamentações para um conjunto de áreas do conhecimento. Aprovaram-se estratégias de encaminhamentos da proposta de mudança ao Ministério da Educação: Proposta de reformulação do Ensino Farmacêutico no Brasil (Fenafar & Enefar, 1996).

Percebe-se que o debate e a crítica construída tiveram por base às disputas na sociedade brasileira frente à realidade econômica e social, com o ascenso do movimento social e um aprofundamento da reflexão a respeito da formação acadêmica do farmacêutico em uma perspectiva emancipadora, descolonizadora, alinhando-se com as concepções crítica da educação e do currículo.

Figura 4. Seminários Nacionais de Currículo de Farmácia, Brasil.

Destacamos os conteúdos considerados essenciais que as DCNF para a elaboração do currículo:

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Farmácia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Exatas - incluem-se os processos, os métodos e as abordagens físicos, químicos, matemáticos e estatísticos como suporte às Ciências Farmacêuticas;

II - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, bem como processos bioquímicos,

microbiológicos, imunológicos, genética molecular e bioinformática em todo desenvolvimento do processo saúde-doença, inerentes aos serviços farmacêuticos;

III - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais e conteúdos envolvendo a comunicação, a economia e gestão administrativa em nível individual e coletivo, como suporte à atividade farmacêutica;

IV - Ciências Farmacêuticas – incluem-se os conteúdos teóricos e práticos relacionados com a pesquisa e desenvolvimento, produção e garantia da qualidade de matérias primas, insumos e produtos farmacêuticos; legislação sanitária e profissional; ao estudo dos medicamentos no que se refere à farmacodinâmica, biodisponibilidade, farmacocinética, emprego terapêutico, farmacoeconomia, incluindo-se a farmacovigilância, visando garantir as boas práticas de dispensação e a utilização racional; conteúdos teóricos e práticos que fundamentam a atenção farmacêutica em nível individual e coletivo; conteúdos referentes ao diagnóstico clínico laboratorial e terapêutico e conteúdos da bromatologia, biossegurança e da toxicologia como suporte à assistência farmacêutica (Brasil, 2002).

Em que medida o perfil dos cursos de farmácia atende a formação profissional descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia, quanto às competências e habilidades para atuação na Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS?

Capítulo 3: Objetivos

3.1. Geral

- Caracterizar os cursos de farmácia e o perfil do egresso a partir da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia.

3.2. Específicos

- Descrever o número de IES, cursos e matrículas no Ensino Superior no Brasil, 2004-2013;
- Caracterizar os Cursos de Farmácia a partir da Relação dos Cursos de Graduação Presencial, segundo as Instituições de Ensino - Cursos de Farmácia do INEP/MEC;
- Descrever o perfil dos Cursos de Farmácia a partir dos Indicadores dos Relatórios de Avaliação do INEP/MEC no período de 2012 – 2014;
- Identificar questões relacionadas ao perfil do egresso dos cursos de farmácia a partir do documento Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF. ABEF/CFE – 2015;
- Identificar categorias analíticas às competências relacionadas a um conjunto de Documentos Selecionados internacionais e nacionais de instituições, associações de cursos de farmácia, organismos multilaterais e de sistemas nacionais de saúde.

Capítulo 4: Metodologia

4.1. Aspectos epistemológicos e teóricos do desenho metodológico da pesquisa

Um paradigma alude aos pressupostos metateóricos que fundamentam uma ciência ou disciplina enquanto concepção da realidade que orienta a sua ação. Tais pressupostos constituem crenças a respeito de três questões básicas: a noção de realidade, a forma de relação do pesquisador com aquela, e a forma como este procederá para conhecê-la (Sánchez, 2005). Guba (1990) denomina essa trilogia de dimensões ontológica, epistemológica e metodológica do paradigma, cada uma delas estando em convergência com a outra.

A partir da questão principal de pesquisa, descrita no seu objetivo geral, buscou-se identificar a metodologia mais adequada, assim como as categorias que orientem a busca da literatura e contribua na construção de uma perspectiva teórica, capaz de agregar novas informações e conhecimentos ao processo de crítica e de mudança da educação farmacêutica no país.

Considerando-se que o objeto de estudo encontra-se no campo das ciências sociais, a metodologia deve estar alinhada às estas características. Ou seja, a temática formação de profissionais de saúde, trás por si só, a premissa de identificação da perspectiva de pesquisa e definição das posturas teóricas, os métodos de coleta e de interpretação de dados do projeto.

Para Creswell (2010), o pesquisador deve fazer uso de uma estrutura que oriente seu projeto de pesquisa desde a identificação da postura epistemológica que fundamenta a postura filosófica do pesquisador frente ao objeto de pesquisa, até os procedimentos de coleta e análise dos dados (Creswell, 2010).

Nesse sentido, nos posicionamos a uma determinada visão de realidade, ou seja, aquela em que os fatos são explicados desde o contexto social, histórico, político e econômico em que se realizam e o comportamento do homem como produto do meio, do momento histórico cultural. Trata-se neste sentido de uma perspectiva teórica crítica, que se associa ao método dialético, ao modo de pensarmos as contradições da realidade que está em constante transformação e uma antologia situada no realismo histórico.

Segundo Denzin e Lincoln (2010), a pesquisa qualitativa ancora-se em uma multiplicidade de teorias críticas e de modelos marxistas e neomarxistas; e esses paradigmas, em suas muitas formulações, são capazes de articular uma ontologia baseada no realismo histórico, uma epistemologia transacional e uma metodologia que é tanto dialética como dialógica. Buscamos nos filiar a uma determinada epistemologia, na perspectiva de uma teoria crítica reconceituada, que se preocupam particularmente, com as questões relacionadas ao poder e à justiça e com os modos pelos quais a economia, os assuntos que envolvem a raça, a classe e o gênero, as ideologias, os discursos, a educação, a religião e outras instituições sociais e dinâmicas culturais que interagem para construir um sistema social (Kincheloe & McLaren, 2010, apud Denzin & Lincon, 2010).

Os autores citados acima realizam uma crítica central à racionalidade instrumental ou técnica, como um dos aspectos mais opressivos da sociedade contemporânea, e ainda que a ideologia, vis a vis a hegemonia, leva os investigadores críticos para além das explicações simplistas da dominação que emprega termos como propaganda para descrever o modo como a mídia, às produções políticas, educacionais e outras produções socioculturais, manipulam coercitivamente os cidadãos a adotarem significados opressivos. Em um contexto educacional, discursos legitimados de poder avisam insidiosamente os educadores sobre quais livros que podem ser lidos pelos alunos, que

métodos instrutivos podem ser utilizados e quais os sistemas de crenças e visões de sucesso podem ser ensinados (Kincheloe & McLaren, 2008, apud Denzin & Lincoln, 2010).

Cabe destacar que o objeto desta pesquisa e as questões de pesquisa estão relacionados com o processo de reorientação da formação dos profissionais de saúde, e em particular do farmacêutico, que se entende, devem assegurar uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na atenção básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

Caracteriza-se, portanto, como ação no contexto de uma relação social complexa, em que instituições de ensino superior desenvolvem uma atividade que agrega um conjunto de atores sociais envolvidos em processos de reprodução e produção de conhecimentos no campo da saúde. Além dos atores sociais, documentos da escola, a exemplo dos projetos político-pedagógicos do curso, relatórios de avaliação e outros documentos elaborados pela escola ou por instituições de governo e outras instituições, poderão contribuir com a realização das análises.

Com a definição dos documentos e bases de dados selecionados, descritos a seguir e que compõe os dados da pesquisa; da sua preparação e planejamento; das técnicas de coleta e interpretação de dados definidas. A partir de uma epistemologia teórico-crítica explicitada, o domínio da interpretação das informações, que parte de uma natureza complexa e multidimensional, é considerado a mais importante das dinâmicas críticas inspiradas nessa teoria. Ainda segundo as pesquisadoras, Denzin e Lincoln (2010) e colaboradores, a metodologia concentra-se nos melhores meios para a aquisição do conhecimento sobre o mundo.

4.2. Métodos e materiais de pesquisa

Caracterizamos este trabalho como uma pesquisa exploratória analítica com base em análise documental e de conteúdo. Trata-se de uma pesquisa que se utiliza de métodos qualitativos e quantitativos, e buscou triangular os dados entorno dos objetivos e resultados do estudo.

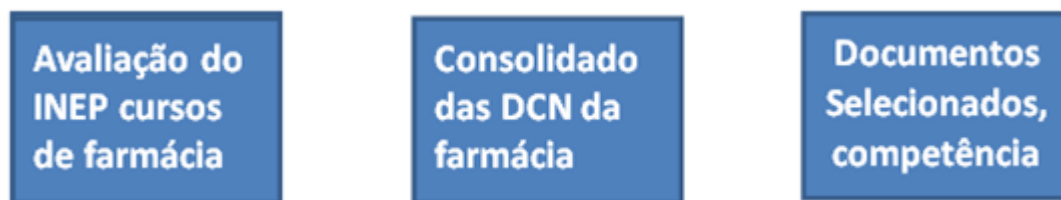
Segundo a definição de Wolff (2004), documentos podem ser entendidos como artefatos padronizados na medida em que ocorrem tipicamente em determinados formatos, a exemplo dos relatórios. Segundo Benson (1977) a realização de análise dialética, produto gerado com base na teoria crítica, é uma maneira de explicar o fundamento empírico das teorias das organizações convencionais porque lida com processos sociais que as teorias convencionais em geral ignoram.

A pesquisa utiliza-se de técnicas de análise qualitativa e quantitativa a partir dos seguintes dados e documentos:

- a. Relatórios de Avaliação de Reconhecimento e Renovação de Curso (e-MEC) do INEP/MEC de 117 Cursos de Farmácia que passaram pelo processo de Avaliação de Cursos de Farmácia de Graduação presencial e a distância – Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento de Curso (2012, 2013 e 2014), realizada pelo banco de avaliadores do (BASis) INEP;
- b. Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF do Conselho Federal de Farmácia e Associação Brasileira de Educação Farmacêutica;
- c. Documentos Selecionados internacionais e nacionais de instituições, associações de cursos de farmácia, organismos multilaterais e de sistemas nacionais de saúde;
- d. Censos da Educação Superior – INEP.

A Figura 5, a seguir, representa os elementos centrais da análise qualitativa e quantitativa no percurso metodológico de triangulação dos resultados.

Figura 5. Elementos da triangulação dos resultado, DCNF, 2015.



Fonte: O autor.

4.3 Análise documental e de conteúdo

A escolha pelo uso do método da análise documental e de conteúdo deveu-se a compreensão que destes podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. E o fato dos documentos representarem uma fonte “natural” de informação. Não é apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surge num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto.

Análise documental e de conteúdo fundamenta-se na premissa de que as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Farmácia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Farmacêuticos e devem ser a referência na organização, desenvolvimento e avaliação dos Cursos de Graduação em Farmácia.

A análise do documento: Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF. A ABEP/CFE – 2015 buscou identificar as características do perfil profissional a

partir da percepção do conjunto de professores, profissionais e estudantes que participaram da sua elaboração, e outros aspectos relevantes para uma análise crítica e a construção de teorias a respeito do perfil do egresso dos cursos de farmácia.

A aplicação do método da análise documental e de conteúdo visou, portanto, uma construção teórica inédita, a partir do diálogo teórico entre os resultados da análise dos relatórios, base de dados e documentos citados e as DCNF no que diz respeito à formação do farmacêutico generalista, voltada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo é quantificar um texto para extrair as estruturas mais significativas. As pesquisas mostraram (J.P. BENZECRI, M. REINERT) que essas estruturas estão estreitamente relacionadas com a distribuição de palavras em um texto e que essa distribuição raramente é aleatória.

A análise partiu das seguintes categorias: Competências e Perfil do Egresso.

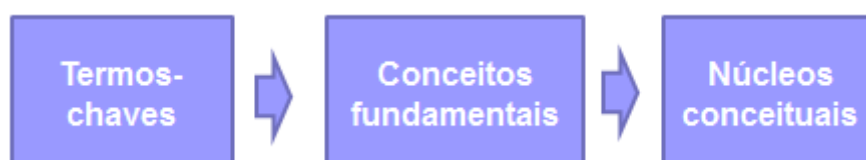
4.4. Abordagem da análise documental e de conteúdo

A seguir estão descritos os instrumentos e meios de realização da análise documental, apontando o percurso e as técnicas de manuseio do documento: desde a organização e classificação do material até a identificação das categorias de análise.

Estruturaram-se os termos-chave com o propósito de instrumentalizar a análise dos conceitos fundamentais apresentados no documento. Nessa etapa, foram identificados os núcleos conceituais que atendiam à caracterização do documento. Num estágio inicial, foram grifadas, nos textos, palavras e frases que sintetizavam um conceito, apontavam uma proposta, definiam uma concepção ou expressavam uma ideia que poderia ter relevância no bojo do assunto em discussão. A ordem de leitura seguiu a organização do material e a prévia definição de um determinado tema previamente esboçado.

No processo de leitura, alguns dados foram destacados, representando uma classe conceitual. As fichas de leitura e anotações realizadas no documento foram retomadas para orientar o levantamento dos aspectos centrais com o tema do texto. A seleção dos termos-chave foi definida em razão de dois fatores: 1) frequência de determinado segmento, em geral constituído por um conjunto de algumas palavras representando uma ideia e 2) associado ao primeiro, o segundo considerava os contextos em que tais segmentos se apresentavam. O material foi organizado em uma planilha simples, com as categorias e as expressões encontradas relacionadas (Anexo).

Figura 6. Elementos da análise de conteúdo



Fonte: O autor

Após, de forma complementar, realizou-se uma análise qualitativa com uso de software NVivo, recurso eletrônico de preparação e codificação de dados (Lage, 2011). Este visou obter, de forma complementar, uma representação gráfica do referido documento, assim como das DCNF, visando apoiar a análise qualitativa dos dados. Durante a aplicação do software, decidiu-se por definir como recorte o mínimo de cinquenta vezes a frequência com que as palavras aparecem no texto.

Uma segunda análise qualitativa foi realizada a partir de um Conjunto de Documentos Selecionados (ver figura 5), em sua maioria de entidades internacionais e de instituições da categoria farmacêutica, associações de cursos de farmácia, organismos multilaterais e de sistemas de saúde. Esta análise buscou a sistematização de informações e a identificação de categorias pedagógicas relevantes para apoiar as discussões dos demais

resultados e a respectiva fundamentação teórica específica entorno das categorias competências e perfil profissional. Este conjunto de documentos foi selecionado, partindo-se de uma lista elaborada pela comissão organizadora do I ° COBEF, tendo sido revisada e ampliada pelo autor e pode ser acessada na sua composição original origina em: <http://www.cobef.org.br/main.php?lang=por_lecture>.

A escolha por este conjunto de documentos partiu da premissa que este conjunto de documentos, tem sido selecionado pelos organizadores do COBEF e destacados como o objetivo aparente de subsidiar os debates a respeito das DCNF. Acreditamos que com isto os documentos selecionados dialogam com o contexto e objeto de estudo.

A análise destes documentos seguiu o percurso metodológico aplicado à análise do documento, Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF. ABEF/CFF – 2015, descrita acima.

4.5. Análise Estatística

Analisaram-se os Relatórios de Avaliação de Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento Curso (e-MEC) do INEP/MEC de 117 Cursos de Farmácia que passaram pelo processo de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância – Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento de Curso (2012 e 2014), realizada pelo banco de avaliadores do (BASis) INEP serão analisados na seguinte dimensão: Dimensão 1: Organização Didático-Pedagógica, Dimensão 2: Organização Docente e Tutorial e Dimensão 3. Infraestrutura, sendo estes Relatórios realizados por avaliadores do INEP, duplas de professores avaliadores a partir do Instrumento de Avaliação dos Cursos de Graduação (IAGG2012) (Anexo A).

Este Instrumento subsidia os atos autorizativos de cursos – autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento – nos graus de tecnólogo, de licenciatura e de bacharelado para a modalidade presencial e a distância.

O desenho do estudo demandou a utilização de dados secundários, obtidos por meio da Diretoria da Educação Superior (DAES) do INEP, por meio dos 117 relatórios de avaliação in loco dos atos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, ocorridos nos anos de 2012, 2013 e 2014 junto aos cursos de Farmácia. Com relação ao Ato Autorizativo, o recorte feito foi para os presenciais, estando distribuído da seguinte forma e quantidades: autorização, 26 cursos avaliados; reconhecimento, 62 cursos avaliados e renovação de reconhecimento, 29 cursos avaliados.

Esta análise visou apresentar as frequências simples, buscando identificar aspectos gerais da educação superior nas seguintes variáveis: número de IES; número de cursos e número de matrículas.

Uma vez que se buscou identificar a existência de diferença significativa nos escores dados para cada indicador individualmente, nas dimensões 1, 2 e 3, foi adotado como variáveis preditoras os cursos e os atos autorizativos. Primeiramente foram analisados como os dados se comportam por meio de medidas de tendência central (média, mediana, moda) e de dispersão (desvio-padrão e variância) e simetria. Como os pressupostos de normalidade e homogeneidade da variância não foram alcançados, mesmo após procedimentos de transformação dos dados, optou-se por adotar teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para identificar as diferenças e como post hoc o teste de Mann-Whitney caso a caso, com correção de Bonferroni para controlar o erro de tipo I.

Ainda em relação à avaliação in loco, a verificação dos procedimentos de aplicação consiste em realizar uma imersão nas instituições de ensino superior (IES) para avaliar o curso a partir de documentos pensados antecipadamente em formulário eletrônico próprio

para esse fim, assim também como documentos relevantes disponibilizados na ocasião da visita, e a análise crítica às instalações e das entrevistas com interlocutores chave ao processo. Com base nas informações obtidas os avaliadores, que atuam em comissão, preenchem o instrumento, indicador a indicador, em uma escala intervalar de cinco pontos, sendo 1 o mínimo da escala e 5 o máximo. As comissões devem analisar três dimensões previstas na Lei do Sinaes, relativas à Organização Didático-Pedagógica, ao Corpo Social (Docentes, Discentes e Coordenação do curso), e às Instalações Físicas. O diferencial no caso das avaliações de cursos são os desdobramentos dos instrumentos de avaliação, que possuem regras distintas para o ingresso (autorização) e à permanência (reconhecimento/renovação) (Brasil, 2015).

Em fase final do desenvolvimento do percurso metodológico, optou-se por realizar uma análise por triangulação de resultados.

4.6. Análise por triangulação dos resultados

Para a análise nos resultados, vimos como necessário retomar o debate paradigmático e consequente metodologia a ser aplicada na análise dos dados qualitativos e quantitativos. Neste sentido elegemos como paradigma a proposta descrita por Minayo (2005), onde temos o conceito de avaliação por triangulação. Segundo a autora:

Avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Um processo de avaliação de programas e projetos sociais geralmente tem, como sentido mais nobre, fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos (Minayo, 2005).

Este estudo visa em última análise construir conhecimento que contribua com o fortalecimento da política nacional de assistência farmacêutica e a busca da garantia do direito humano de acesso a medicamentos seguros e eficazes, com uso racional. Ou seja, a formação que o farmacêutico necessita, para constituir-se no profissional de saúde que a sociedade necessita. Neste sentido o processo de formação deste profissional e o perfil do egresso que resulta deste processo estão intrinsecamente relacionados e determinados, necessitando ser avaliados. Por tratar-se de uma pesquisa acadêmica, busca avançar no campo do conhecimento, alcançando conclusões e conhecimentos.

Segundo Minayo (2005):

Em síntese, a avaliação por triangulação de métodos pretende ir além das duas formas de abordagem mais clássicas, a positivista e a compreensiva. (...) Abordam-nos de forma complementar e dialética, fazendo dialogar questões objetivas e subjetivas, privilegiando a análise dos consensos, dos conflitos e das contradições que são indícios de mudança. Desta forma, em lugar de se apoiar em um marco referencial disciplinar, a presente proposta amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações micro e macro realidades (Minayo, 2005, p.29).

Chamou a atenção o fato dos autores Uve Flick e Norman K. Denzin fazerem parte do referencial de Minayo haja visto estes autores, dentre outros, terem estado na base teórica do desenvolvimento de uma das disciplinas realizada na UnB, nos créditos desenvolvidas nesta pós-graduação.

Apenas para registrar, quando da realização deste tipo de trabalho, podemos ter desencontros, perplexidade, mas, também encontros e conexões teóricas consistentes.

Visando uma análise conclusiva, entendemos ser necessário trazer alguns conceitos, principalmente relacionados à metodologia e análise dos resultados, que é a

avaliação por triangulação de métodos. Os métodos qualitativos e os quantitativos podem ser associados de diversas maneiras no planejamento de um estudo. Neste estudo as duas estratégias foram adotadas paralelamente, constituindo-se no primeiro plano de integração, descritos por Miles e Huberman (1994, pag. 4, apud Flick, 2009).

Segundo o autor a elaboração de métodos qualitativos/quantitativos realmente integrados para a coleta ou para a análise de dados (caso desta pesquisa), continua sendo um problema sem solução (Flick, 2009, pag. 46). Mas um bom problema, segundo a nossa opinião e um grande desafio, que não se esgota com esta primeira análise.

Os diversos métodos permaneceram autônomos, seguindo operando lado a lado, tendo como ponto de encontro o tema em estudo (...) (Flick, 2009, p.43), foi o que desenvolvemos neste trabalho, e assim triangulando apenas os resultados, se é que seja possível.

Neste sentido, e por estar presente no percurso e na base da construção metodológica deste estudo, trazemos o conceito de triangulação de métodos de Flick (2009):

A triangulação significa a combinação entre diversos métodos qualitativos, mas também entre métodos qualitativos e quantitativos. Neste caso, as diferentes perspectivas metodológicas complementam-se para a análise de um tema, sendo este processo compreendido como a compensação complementar das deficiências e dos pontos obscuros de cada método isolado. A base desta concepção é o insight lentamente estabelecido de que “métodos qualitativos e quantitativos devem ser vistos como campos complementares e não rivais” (Flack, 1983, p. 135).

A Figura 5 apresentada anteriormente expõe, portanto, os documentos que constituem a base da triangulação dos resultados.

Capítulo 5: Resultados

Apresentam-se dados gerais da educação superior no país, demonstrando-se uma expansão importante de IES e de cursos na última década. Os resultados serão apresentados a partir dos dados quantitativos.

A Tabela 1 mostra a evolução do crescimento das instituições, cursos e matrículas na educação superior e revela uma estabilidade no número de instituições a partir de 2008 e um crescimento significativo no número de cursos e matrículas. Espera-se que essa expansão, à luz do Sinaes tenha ocorrido de acordo com a qualidade estabelecida pelo sistema, já que esta avaliação subsidia a criação de novos cursos nas instituições já credenciadas.

Tabela 1. Evolução do número de IES, cursos e matrículas no Ensino Superior no Brasil, 2004-2013.

Ano	IES	% crescimento	Cursos	% crescimento	Matrículas	% crescimento
2004	2.013		18.644		4.163.733	
2005	2.165	8,6	20.407	9,27	4.453.156	6,52
2008	2.252	4,01	24.709	21,0	5.080.056	14,0
2009	2.314	2,8	28.671	16,0	5.954.021	17
2010	2.377	2,7	29.507	2,9	6.379.299	7
2011	2.365	-0,5	30.420	3,0	6.739.689	5,64
2012	2.416	2,2	31.866	4,8	7.037.688	4,4
2013	2.391	-1,3	32.049	9,7	7.305.977	7,5

Fonte: INEP. Censos da Educação Superior. Consulta em: <www.inep.gov.br>.

Mesmo com essa expansão, segundo o MEC, o Brasil ainda precisa avançar na meta de crescimento do número de matrículas na educação superior. O Plano Nacional de Educação, considerando os objetivos estabelecidos e a realidade de outros países estabeleceu a meta de crescimento de 33% das matrículas até 2020 (Brasil, 2001).

Dados do IBGE (2010) demonstram que houve uma ampliação dos profissionais mais qualificados no setor saúde, sendo que em 2009 o número de empregos de nível superior alcançou o número de 1.104.340 (Machado, 2014).

Configurando-se o cenário da qualidade da educação, o PNE 2001-2010 estabeleceu a meta de criação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) e o PNE 2011-2020 que orienta a garantia da sua implementação como suporte para a melhoria da qualidade (Brasil, 2001).

Se por um lado podemos comemorar a ampliação da oferta de vagas e a possibilidade de acesso à educação superior, a maioria das vagas oferecidas por instituições privadas.

Em 1995 o ensino privado respondia por 60% dos alunos de graduação. Com a mudança na legislação que extinguiu o Conselho Federal de Educação (CFE) e criou o Conselho Nacional de Educação (CNE), conferiu ao MEC uma maior autonomia da condução do processo de expansão do Ensino Superior. Já em 2006, estavam matriculados na graduação 4,7 milhões de alunos, dos quais 74% dos estudantes estavam em estabelecimentos privados. (Martins, 2009).

Em 2010 eram 6.379.299 de matrículas (presencial e a distância) em cursos de graduação no ano, representando mais que o dobro das matrículas de 2001. O setor privado em 2010 representava 74,2% do total das matrículas. Por outro lado, nesse mesmo período, o setor público assiste a uma inédita e significativa expansão. As categorias Federal e Estadual apresentam crescimento no número de matrículas de 2001 a 2010 da ordem de 85,9% e 66,7%, respectivamente (Inep, 2010).

Esta realidade apresenta um grande desafio para garantia da qualidade da educação superior, em um cenário de grande hegemonia do ensino privado e da lógica empresarial que preside grande parte do setor, geralmente em detrimento da qualidade. Um desafio

para o Sinaes, que necessitaria ampliar sua capacidade de regular, avaliar e intervir em um contexto educacional tão complexo e mais recentemente de crise econômica.

Segundo Martins (2009) este cenário denota a necessidade da retomada de um projeto de reforma universitária no sentido da construção de um novo pacto acadêmico tendo como questão central a restauração do princípio que atribui à educação superior a qualidade de um bem público, um direito inalienável do cidadão (Martins, 2009).

Entre as metas do PNE para o decênio 2011-2020 referentes à educação superior está à elevação da taxa bruta de matrícula nesse nível de ensino para 50% e a taxa líquida para 33% da população de 18 a 24 anos, onde se busca também assegurar a elevação da qualidade da educação superior. A meta 13: “Elevar a qualidade da educação superior pela ampliação da atuação de mestres e doutores nas instituições de educação superior para 75%, no mínimo, do corpo docente em efetivo exercício, sendo, do total, 35% doutores”, expressa que uma das medidas para a garantia da qualidade é a ampliação da qualificação de mestres e doutores nas instituições de educação superior (Brasil, 2001).

A democratização do acesso ao ensino superior passa necessariamente pela recuperação da centralidade das universidades públicas, com maiores investimentos nas instituições federais, com efetiva autonomia administrativo-financeira de modo a resgatar sua capacidade de funcionamento e expansão (Martins, 2009).

Outro ponto basilar para a formação de profissionais são as diretrizes curriculares nacionais publicadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e que são a base para a construção de projetos pedagógicos. Para a área da saúde existe diretrizes que indicam uma formação generalista, com objetivos gerais que expressam a necessidade de atuação em equipe, articulação entre teoria e prática, atuação em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contra referência que é o SUS.

A partir da articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica essas diretrizes curriculares traçaram um perfil de egresso-profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade (Brasil, 2001).

Em um cenário de rápida ampliação das vagas em sua maioria pelo setor privado, haveria espaço para a construção de projetos pedagógicos capazes de construir as competências necessárias e a formação de profissionais de saúde para atuarem em um sistema de saúde com as características do SUS? Ou alcançaria uma formação profissional reprodutora de práticas sanitárias vinculadas à lógica mercantilista da saúde?

Neste contexto, o Sinaes reveste-se ainda, de maior importância no sentido de regular, fiscalizar e avaliar as IES, ou seja, a busca pela qualidade da educação superior.

5.1. A avaliação pelo Sinaes e seus reflexos no processo formativo

Os principais instrumentos que compõem o Sinaes, atentos às distintas dimensões complementares da avaliação da educação superior, são a avaliação institucional, que compreende dois momentos distintos: auto avaliação e a avaliação externa; onde se compreende a (ACG), que visa “identificar as condições de ensino oferecido aos estudantes, em especial as relativas ao perfil do corpo docente, às instalações físicas e à organização didático-pedagógica”; e o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), que busca mensurar os conhecimentos dos estudantes acerca de conteúdos programáticos, competências e habilidades (Brasil, 2009).

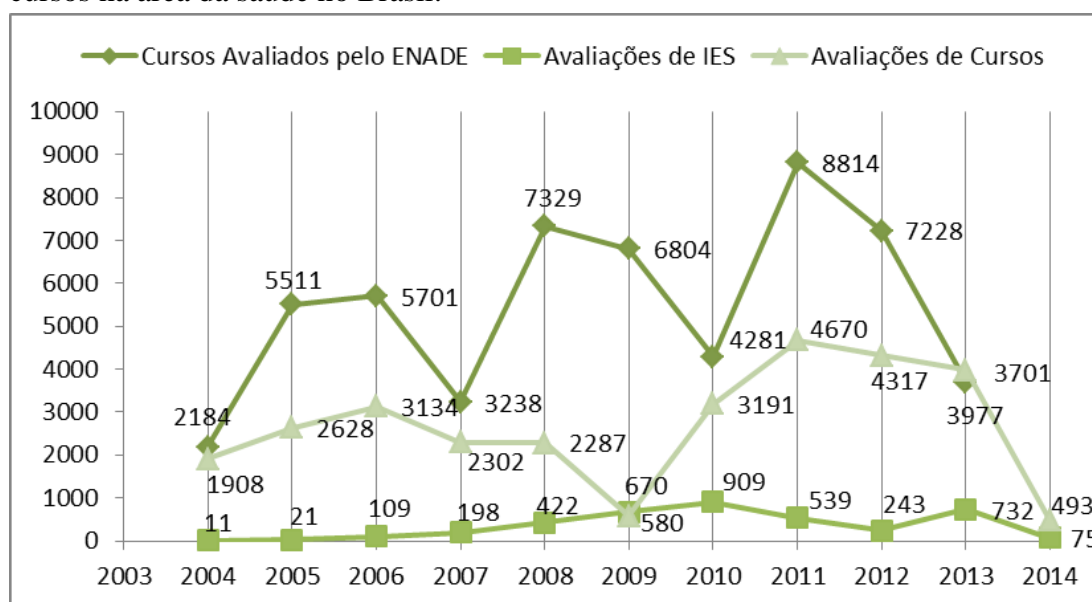
O histórico dos processos de avaliação do Sinaes realizados pelo Inep demonstra evolução na área da avaliação. Em 2004, ano de início do Sinaes foram realizadas 1.919

avaliações in loco e em 2005 foram 2.649 avaliações. Em 2006 e 2007, ainda de forma moderada, são realizadas 3.246 e 2.500 avaliações, respectivamente. Em 2008 e 2009, o número de avaliações realizadas foi de 2.709 e 1.250, ainda não respondendo a necessidade do fluxo avaliativo em correspondência com o número de cursos de graduação e instituições em atividade no país. Foram analisados os dados resultantes dos Relatórios do Censo dos Cursos de Farmácia. Esta análise visou apresentar as frequências simples, buscando identificar aspectos gerais da educação superior nas seguintes variáveis: número de IES; número de cursos e número de matrículas.

A partir de 2010, o sistema tem seu pico de realização de avaliações alcançando para 4.100 avaliações e, mantém essa meta, em 2011 e 2012 realizando 5.209 e 4.560 respectivamente. O número de avaliações in loco realizadas pelo Sinaes no período de 2004 a 2014 alcança um total de 28.139 cursos e instituições avaliadas. Desse total, 25.017 são avaliações de cursos e 3.122 avaliações institucionais.

O gráfico 2 apresenta o total das avaliações realizadas por ano no período de 2004 a 2014.

Gráfico 2. Total de Avaliações in loco realizadas no período de 2004 a 2014 para cursos na área da saúde no Brasil.



Fonte: Simec/MEC/2014.

Especificamente para a área da saúde foram realizadas no período de 2012 a 2014, 1048 avaliações in loco dos atos autorizativos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, para os cursos de Biomedicina – BIO (83), Educação Física – EDFIS (268), Enfermagem – ENF (229), Farmácia – FAR (117), Fisioterapia – FISIO (111), Fonoaudiologia – FONO (15), Medicina – MED (72), Nutrição – NUT (97), Odontologia ODONT – (55) e Terapia Ocupacional – TO (8).

Além da avaliação in loco o Sinaes prevê a avaliação dos cursos por meio da avaliação de desempenho dos estudantes, entendido como componente curricular obrigatório aos cursos de graduação.

Com este formato, assegura-se a pesquisa e a avaliação para fins de orientar a expansão da oferta e garantir a qualidade. O Enade é aplicado periodicamente aos estudantes de todos os cursos de graduação, inscrevendo no histórico escolar do estudante a situação regular em relação a essa obrigação, atestada pela sua efetiva participação ou, quando for o caso, dispensa oficial pelo Ministério da Educação.

Seus resultados, disponibilizados na forma de relatórios, produzem dados por instituição de educação superior, categoria administrativa, organização acadêmica, município, estado, região geográfica e Brasil. Assim, constituem-se referenciais para a definição de ações voltadas à melhoria da qualidade dos cursos de graduação por parte de professores, técnicos, dirigentes e autoridades educacionais.

A avaliação da educação superior, realizada por meio do Enade, compreende o ciclo avaliativo definido pela realização periódica de avaliação de instituições e cursos superiores, com referência nas avaliações trienais de desempenho de estudantes.

A proposição de avaliar a educação superior de forma sistêmica representa a possibilidade de orientação da gestão pública, seja na esfera estatal ou no âmbito das

próprias instituições e tem na avaliação um referencial pedagógico e administrativo para dar suporte as mudanças nos planos, missão, atitudes e responsabilidade social.

Nesta direção, a política de avaliação proposta pelo Sinaes pretende assegurar no país, a qualidade acadêmica das instituições e a consolidação de um sistema de educação superior com alto valor científico e social. Por isso, para o cumprimento das metas expressas no PNE surge a necessidade de entendimento da avaliação como instrumento que servirá para o reconhecimento da diversidade do sistema e a qualidade atribuída à educação superior.

Com relação à formação dos profissionais de saúde, há avanços importantes desde a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos e o consequente processo de avaliação realizado pelo INEP.

A avaliação deve ter como um dos critérios centrais o contexto em que a formação acontece, buscando identificar a relação dos projetos pedagógicos dos cursos com a realidade e a solução de problemas, assim como os desafios econômicos e sociais da região e do país.

A formação de profissionais de saúde precisa considerar, ainda, o fortalecimento do modelo de atenção à saúde “usuário-centrado”, no qual o compromisso essencial diz respeito às necessidades do usuário, como contrapartida do modelo “procedimento-centrado” atualmente hegemônico, no qual o ordenamento do ato de assistir à saúde é redutível, em grande medida, à produção, quase fordista de procedimento (Siqueira-Batista, Gomes, Albuquerque, Cavalcanti & Cotta, 2013).

A Avaliação tem como um dos objetivos, o de avaliar os projetos pedagógicos e sua necessária relação com o contexto social e econômico, onde se dá a formação, a realidade local, regional, os problemas a serem enfrentados, no país e mesmo em nível global.

Assim, segundo o Inep/MEC, dentre os desafios da avaliação para a próxima década, está à implementação de políticas de promoção de qualidade que permitam avançar na organização de um efetivo sistema nacional que articule a avaliação, regulação e supervisão com as metas previstas no PNE além de propiciar interação com outros países, por meio de critérios internacionais de qualidade.

Volta-se, portanto, aos pressupostos legais que fizeram por constituir o Sinaes: o incentivo a novas práticas e possíveis transformações na organização da educação com vistas à ampliação do acesso com garantia da qualidade na formação dos estudantes.

A educação baseada em uma pedagogia crítica procura questionar de que forma podemos trabalhar para a reconstrução da imaginação social em benefício da liberdade humana; que noções de saber e que formas de aprender são necessárias para tal projeto. Faz-se indispensável uma educação baseada na visão de que a liberdade humana envolve a compreensão da necessidade e a transformação dessa necessidade (Giroux & Simon, 2011).

O desenvolvimento de uma pedagogia crítica para a emancipação de futuras gerações de alunos e professores requer que as escolas repensem seus programas e suas práticas em torno da ideia do ensino como forma de política cultural, em que os alunos possam aprender as habilidades e o conhecimento que os habilitem a viver em uma verdadeira democracia e a lutar por ela (Giroux & McLaren, 2011).

Em uma verdadeira democracia e a saúde é um valor e um direito humano, assim a educação e a avaliação devem buscar o alcance deste objetivo, que considere as questões anteriormente descritas entorno do processo de regulação e avaliação.

Nesse sentido, a avaliação ao ser verificada e aferida de forma sistêmica por diferentes atores (gestores, professores, alunos, avaliadores e sociedade civil) torna-se uma importante ferramenta de orientação da gestão pública, mas também no âmbito das

próprias instituições, buscando assegurar a qualidade acadêmica e a consolidação de um sistema de educação superior no país.

Como os resultados da avaliação são referências básicas para a regulação, a política regulatória que deverá ser enfocada de acordo com a premissa do Sinaes “como modo de articulação e coordenação de ações – de governação – e não, apenas, como dispositivo de controle” (Duarte & Santos, 2012, p.79).

Um dos maiores desafios para o Sinaes na próxima década, a partir do PNE, é a apropriação de uma política que tenha como foco o conjunto do sistema, e não apenas uma parte dele.

A análise de indicadores para a educação superior no Brasil na última década, bem como os documentos que foram utilizados para construção do PNE 2011-2020, apontaram não só a quantidade, mas também a complexidade dos desafios, especialmente em relação à política de expansão de vagas, e a promoção da qualidade, para ampliação da democratização do ensino considerando as tendências de internacionalização da educação, de educação à distância, de diversificação institucional e de articulação com a educação básica. (Speller, Robl & Meneghel, 2012).

Debater a experiência brasileira acerca de um sistema de avaliação para educação superior e a criação de sistema de avaliação para a educação básica com certeza incrementará a qualidade do ensino com base em referenciais conceituais e políticos que privilegiem a qualidade acadêmica nestes níveis de ensino.

Em síntese, um dos maiores desafios da educação superior brasileira é a realização contínua da meta-avaliação do Sinaes, atenta para as características do sistema nacional com múltiplos papéis e funções locais, regionais, nacionais e internacionais.

Ao mesmo tempo, essa política de avaliação deve ser extensiva a todos os níveis de ensino. Criando-se também o sistema nacional de avaliação da educação básica, a partir da

experiência do já instituído na educação superior, o Sinaes, contribuir-se-á para a visão de um sistema educacional articulado. Essa proposição promove o desenvolvimento do projeto educacional da nação, com expansão e garantia de boa formação profissional, respeito à diversidade e identidade das instituições, sustentabilidade e inclusão social e acesso à educação de qualidade.

Segundo Marinho-Araújo (2009), o desenvolvimento de um perfil profissional é um processo longo e complexo que envolve a construção de uma história profissional articulada às características pessoais e as especificidades profissionais, assim como o desenvolvimento de competências que permitam considerar e articular teorias, métodos e experiências diante da identificação de um problema e da necessidade de solucioná-lo no cotidiano laboral. No processo de construção um perfil profissional, atuante e participativo, as trajetórias de formação têm utilizado a abordagem por competência, como estratégia privilegiada e útil tanto ao desenvolvimento pessoal quanto à preparação para os papéis e funções a serem desempenhados nos contextos de atuação e intervenção. (Marinho-Araújo, 2009).

Mantem-se como desafio reorientar o processo de formação dos profissionais de saúde de acordo com os princípios constitucionais estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), desenvolvendo as competências requeridas ao pleno desenvolvimento das ações e serviços de saúde requeridos pelo SUS. Portanto, buscar a formação de um profissional que esteja preparado para cuidar integralmente da pessoa, construir projetos terapêuticos com o sujeito levando em conta não só o indivíduo, mas seu contexto, sua família, seu trabalho e as coletividades as quais pertence e participa (MS, 2015).

O movimento de reforma curricular construídos no âmbito da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais tem apontado a importância da integração ensino-serviço e da integralidade para a formação de profissionais voltada às necessidades de saúde da

população. No entanto a grande maioria das instituições de ensino superior no Brasil, responsáveis pela formação de profissionais na área da saúde apresentam-se distantes de uma formação voltada à integralidade do cuidado e as necessidades dos serviços de saúde do SUS.

5.2. Resultados dos Relatórios de Avaliação dos Cursos de Farmácia

É possível vislumbrar uma nova fase nos debates sobre a educação farmacêutica. No momento em que a maioria dos currículos e os projetos pedagógicos dos cursos foram construídos ou reformulados segundo as DCNF, apresenta-se como necessidade avaliar as experiências e repensar os caminhos trilhados até agora, tendo em conta os debates já desenvolvidos e a necessidade histórica de garantir uma identidade profissional que esteja apta a participar ativamente do processo assistencial e contribuir com o desenvolvimento científico e tecnológico da área farmacêutica.

Deve-se considerar nesta análise do perfil profissional desejado, os importantes investimentos em programas para reorientação da formação profissional (Pró-Saúde, Pet-Saúde), os Fóruns Nacionais de Educação Farmacêutica e outros fóruns de debate, e principalmente o atual estágio de desenvolvimento da política pública de assistência farmacêutica do SUS, assim como as novas condições socioeconômicas, culturais estabelecidas.

O contexto atual coloca o desafio da construção de propostas curriculares integradas, levando em conta as dimensões globais da sociedade e do mundo em que vivemos atentos à revolução informativa e social na qual estamos imersos (Santomé, 1994).

Os resultados a seguir dialogam com um dos objetivos específicos deste estudo, tal seja a caracterização geral dos Cursos de Farmácia a partir dos parâmetros do INEP, Censo 2012, 2013 e 2014.

Destacamos inicialmente que a Resolução nº 2 do CNE/CES de 12 de junho de 2007, dispôs sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial, o que não incluiu o curso de farmácia (Brasil, 2014). Isto se deu em grande parte pela mobilização do movimento docente de farmácia, organizados na Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico – Abenfar e entidades educacionais ligadas às demais profissões da área da saúde, já que a tendência da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE/CES) naquele momento era de instituir 3.200 horas para os cursos de farmácia, dentre outros cursos da área da saúde. A Resolução nº 4 de abril de 2009, volta a tratar da carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação. Esta contemplou os cursos em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Como resultado os cursos de farmácia, enfermagem e fisioterapia foram contempladas com 4000 horas como Carga Horária Mínima, e os demais cursos com 3200 horas, ficando instituído o limite mínimo para integralização de 5 (cinco) anos para farmácia, enfermagem e fisioterapia (Brasil, 2014).

É necessário refletir se esta carga horária e o tempo de integralização definido são suficientes para viabilizar a construção de Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) capazes de contemplar o que prescreve as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Farmácia.

A formação profissional desenvolvida pelos cursos de Farmácia tem se constituído, desde a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2002, em um

espaço de reflexão sobre a construção do perfil profissional adequado para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), e que atenda as necessidades de saúde da população brasileira (Braga & Bueno, 2009; Leite et al, 2008; Resolução nº 2 do CNE/CES, 2002; Brasil, 2007). Essas reflexões apontam para discussões pertinentes à qualidade da oferta dos cursos, a questão da expansão da educação superior e a construção de projetos pedagógicos de acordo com o que está descrito nas diretrizes curriculares nacionais.

A construção de projetos pedagógicos, de acordo com as DCN, prevê a formação do farmacêutico com forte apelo social, de acordo com o conhecimento científico e tecnológico vigente na área, capaz de garantir o acesso a medicamentos e o desenvolvimento da assistência farmacêutica (Sousa, Bastos & Bogo, 2013).

Nesse sentido é primordial verificar como o processo de avaliação pode contribuir para a qualificação na formação acadêmica e profissional do farmacêutico em um contexto de profundas mudanças, com significativa ampliação do número de cursos e de vagas.

Os cursos de Farmácia do setor privado começaram a ser ofertados no ano de 1975 e permaneceram em um crescimento linear até 1996. Contudo, após a publicação da LDB ocorreu um aumento de 1.181%, já que no ano de 1996 eram ofertadas 4.400 vagas e em 2012 são 51.963 vagas. Em 1996, o setor público ofertava 2.576 vagas e em 2012 são oferecidas 5.779, perfazendo um crescimento de 224%. (INEP/MEC, 2012). Quanto à oferta de vagas, observa-se que a partir de 1990 houve uma inversão na oferta quando o setor privado passou a predominar sobre o setor público. O aumento do número de cursos pode ser verificado principalmente nas regiões mais ricas do país, por exemplo, na região sudeste onde houve um aumento de 89% (175), especificamente nas instituições de caráter privado (INEP/MEC, 2012).

Quando se observa o Censo da Educação Superior, (INEP/MEC, 2012), nos anos de 2011 a 2013, houve uma pequena redução no número de cursos de farmácia e um

acentuado decréscimo dos concluintes da graduação deste curso no Brasil, conforme dados divulgados pelo INEP em 2014:

Tabela 2. Número de instituições que ofertam o curso de farmácia, número de alunos matriculados e concluintes, por regiões no período de 2011-2013.

	C. Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total
2011	54	62	28	223	82	449
Matrículas	11813	14906	6573	55061	14723	103076
Concluintes	2277	1741	944	10988	2800	18750
2012	55	66	29	222	81	453
Matrículas	12176	17003	6738	50139	13788	99844
Concluintes	2153	1789	1092	9209	2600	16843
2013	55	64	27	215	80	441
Matrículas	12914	19510	6113	47944	13176	99657
Concluintes	1521	1730	862	7619	2205	13937

Fonte: INEP, 2014.

A região Sudeste é a que mais oferece cursos, com a maior quantidade de matrículas e concluintes, seguida pela Região Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Apesar da redução do número de cursos e concluintes, há uma variação com aumento de matrículas nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste. Nas regiões Sudeste, Sul e Norte houve uma diminuição do número de matrículas e concluintes.

A evidência do número acentuado de cursos nas Regiões Sul e Sudeste reitera dados já conhecidos, que tratam da concentração de cursos e de profissionais nestas regiões. Esta concentração nas regiões mais desenvolvidas costuma estar relacionada às melhores condições de trabalho decorrentes de maior acesso a serviços especializados e a maior possibilidade de aperfeiçoamento profissional (Viana, 2001). As desigualdades regionais também podem ser explicadas pela concentração da população economicamente ativa, o que determina o maior e melhor acesso ao ensino.

A análise dos dados sobre matrícula e concluintes revela que há um grave problema na formação e manutenção dos estudantes na educação superior. Os cursos de farmácia registraram uma redução de 18.750 concluintes em 2011 para 13.737 em 2013.

Assim, que não basta falar apenas em expansão do acesso, mas democratizar o acesso e assegurar permanência e conclusão dos estudantes, o que demanda criar oportunidades para que os milhares de jovens das camadas mais pobre da população, filhos da classe trabalhadora e estudantes das escolas públicas tenham acesso à educação superior:

A democratização, para acontecer de fato, precisa de ações mais radicais – ações que afirmem os direitos dos historicamente excluídos, assegurando acesso e permanência a todos os que seriamente procuram a educação superior, desprivatizando e democratizando o campus público (Ristoff 2006, p.45).

Outro ponto que deve ser verificado é a qualidade de oferta para os cursos de farmácia no Brasil. A qualidade da oferta para a educação superior no Brasil está prevista na Constituição Federal (1988), nas diretrizes curriculares para o curso, de 2002, na Lei 8.080 de 1990 que cria o SUS, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9.394 de 1996, na Lei 10.861 de 2004 que cria o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), no Decreto 5.773 de 2006, que dispõe sobre os processos de regulação, avaliação e supervisão e na Portaria 40 de 2007, consolidada em 2010 que descreve o funcionamento dos processos por meio de sistema eletrônico. O Sinaes que devem opinar sobre a forma que o curso prepara para o exercício profissional, pois para estes órgãos a atribuição é conferida de “fiscalizar e prevê também a participação dos conselhos profissionais e exercício profissional” de acordo com os incisos XXIV e XVI do artigo nº 22 da LDB 9.394 de 1996, daqueles que foram considerados pelo MEC/CNE profissionais aptos para o exercício da profissão. No caso dos cursos de farmácia que

emite os pareceres opinativos sobre o processo avaliativo do Sinaes é o Conselho Federal de Farmácia (CFF) (Brasil, 1996).

Gomes, Ortega e Oliveira (2010) comentam sobre esse processo nos cursos de farmácia colocando que a avaliação *in loco* tem um papel importante no aperfeiçoamento dos cursos de graduação e no processo de ensino-aprendizagem, pois permite a verificação dos resultados obtidos e oferece subsídios para a tomada de decisão, visando o seu aperfeiçoamento e qualificação.

As DCN verificadas no processo avaliativo do Sinaes para os cursos de farmácia apontam para o processo de construção curricular alinhado com a transformação e organização do processo de formação do farmacêutico dentro de um contexto regional a partir das demandas do SUS. A construção desse currículo deve levar em sua estrutura o contexto social e econômico, as relações de produção e a circulação de mercadorias, tendo como ponto central o medicamento. A formação do farmacêutico deve levar em conta ainda, o grau de desenvolvimento e de dependência da indústria farmacêutica nacional, busca desenvolver competências que possibilitem o desenvolvimento científico e tecnológico na área, assim como o uso racional de medicamentos (Resolução nº 2 do CNE/CES, 2002).

A Lei 10.861, que criou Sinaes, coloca que os instrumentos utilizados no processo de avaliação devem sempre ser acompanhados, aperfeiçoados e integrados a outra lógica que seja capaz de construir um sistema nacional de avaliação da educação superior, articulando regulação e avaliação educativa. (Sinaes, 2009; Brasil, 2007a).

O instrumento adotado para as avaliações de cursos é o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância, adotado até 2015 (IACG, 2012) - disponível na íntegra em <www.inep.gov.br>. O IACG 2012 é composto por 63 indicadores, dividido em três dimensões: organização didático-pedagógica (22

indicadores), corpo docente e tutorial (20) e infraestrutura (21). Além dos indicadores há uma seção referente aos requisitos legais e normativos. A média dos valores inseridos por dimensão forma o conceito da dimensão. Uma média ponderada dos conceitos das dimensões, com peso diferenciado em função do ato autorizativo, forma o conceito final que sofre arredondamento para se enquadrar numa escala categórica de cinco pontos.

Esse instrumento foi submetido a uma validação de juízes das diferentes áreas cujos cursos são avaliados. Para tanto, forma-se uma Comissão Técnica composta por representantes dos Conselhos e Associações do Curso, de avaliadores experientes que compõem o Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (BASIS) e Pesquisadores do INEP e, finalmente, passa por consulta pública antes da sua aprovação pela CONAES.

Devido aos objetivos do presente, foram comparados os resultados da dimensão 1 e seus indicadores, que foram resultado da avaliação os cursos de farmácia pelo IACG (2012).

Em 2004, a Lei 10.861, coloca a qualidade da educação superior como meta que deve ser alcançada por meio da avaliação, como instrumento de política nacional, no âmbito do INEP/MEC (Sinaes, 2009; Brasil, 2006; Brasil, 2007a). Especificamente para os cursos da saúde, existem diretrizes comuns para a formação profissional, que são baseadas em legislações específicas que articulam a área da educação e da saúde. Ao serem criados e depois avaliados os cursos dessa área devem obedecer aos princípios do SUS em relação à universalidade, equidade e integralidade e a relação teoria e prática (Brasil, 1990; Brasil 2007a; Sinaes, 2009).

Tais princípios devem ser entendidos no processo avaliativo, pois fornecem elementos que permitem a apreensão da qualidade do curso no contexto da realidade

institucional, no sentido de formar cidadãos conscientes e profissionais responsáveis e capazes de realizar transformações sociais (Griboski, 2014).

Os resultados encontrados nos relatórios de avaliação podem ser verificados nas três dimensões do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação (IACG) 2012 do Sinaes. É importante destacar que desde sua criação, o Sinaes teve diferentes momentos e instrumentos avaliativos, que vão desde o seu processo de implementação com a criação do primeiro instrumento avaliativo para os atos de reconhecimento e renovação de reconhecimento, a constituição do banco de avaliadores (2006 a 2008), a construção de 12 outros instrumentos para os diferentes atos autorizativos com diferentes conceitos para escala 1 a 5, sendo que havia instrumentos específicos para Medicina, Direito e Licenciaturas (2009 a 2010) e por último o instrumento matricial (IACG, 2012) para os diferentes atos, com o mesmo conceito para a escala de 1 a 5 (Funghetto & Griboski, 2011).

A dimensão 1 enfoca a dimensão organização didático pedagógica, onde são avaliados todos os indicadores referentes ao projeto pedagógico, perpassando por sua concepção e consolidação. É nessa dimensão que podemos verificar a qualidade da formação acadêmica e a relação com o disposto nas diretrizes com o perfil profissional traçado pela instituição. Nesse sentido, para analisar a formação do farmacêutico nessa dimensão, os avaliadores também devem aferir a qualidade do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e das diretrizes curriculares, que enfocam os princípios do SUS no processo formativo.

Dos 22 indicadores para essa dimensão, alguns não são avaliados para os cursos de farmácia, uma vez que a matricialidade do instrumento permite alguns indicadores específicos para as Licenciaturas, Medicina e Direito, tais como: 1.19 Integração com as

redes públicas de ensino; 1.21 Ensino na área de saúde e 1.22 Atividades práticas de ensino.

Os indicadores que foram avaliados no curso de farmácia nessa dimensão foram: 1.1 Contexto educacional; 1.2 Políticas institucionais no âmbito do curso; 1.3 Objetivos do curso; 1.4 Perfil profissional do egresso; 1.5 Estrutura curricular; 1.6 Conteúdos curriculares; 1.7 Metodologia; 1.8 Estágio curricular supervisionado; 1.9 Atividades complementares; 1.10 Trabalho de Conclusão de Curso (TCC); 1.11 Apoio ao discente; 1.12 Ações decorrentes dos processos de avaliação do curso; 1.13 Atividades de tutoria; 1.14 Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no processo ensino-aprendizagem; 1.15 Material didático institucional; 1.16 Mecanismos de interação entre docentes, tutores e estudantes; 1.17 Procedimentos de avaliação dos processos de ensino-aprendizagem; 1.18 Número de vagas e 1.20 Integração com o sistema local e regional de saúde e o SUS.

Tabela 3. Indicadores de Avaliação de Cursos de Graduação, referente à Dimensão 1, no período de 2012-2014, por ato autorizativo.

INDICADORES	AUTORIZAÇÃO (n 26)			RECONHECIMENTO (n 62)			RENOVAÇÃO DE RECONHECIMENTO (n 29)		
	MÉDIA	MED*	DP**	MÉDIA	MED*	DP**	MÉDIA	MED*	DP**
1.1	3,58	4	0,70	3,68	4	0,72	3,28	3	0,59
1.2	3,27	3	0,53	3,19	3	0,65	3,21	3	0,56
1.3	3,35	3	0,63	3,44	3	0,64	3,28	3	0,65
1.4	3,31	3	0,55	3,37	3	0,63	3,24	3	0,64
1.5	3,42	3	0,58	3,23	3	0,71	3,31	3	0,66
1.6	3,38	3	0,57	3,44	3	0,64	3,31	3	0,54
1.7	3,35	3	0,49	3,44	3	0,69	3,24	3	0,58
1.8	3,27	3	0,72	3,35	3	0,73	3,48	3	0,78
1.9	3,38	3	0,57	3,63	4	0,71	3,55	4	0,78
1.10	3,46	3	0,58	3,65	4	0,68	3,62	4	0,68
1.11	3,46	3	0,65	3,76	4	0,74	3,55	4	0,87
1.12	3,38	3	0,57	3,37	3	0,85	3,31	3	0,76
1.13				4,00	4		2,67	3	0,58
1.14	3,50	3,5	0,51	3,58	4	0,82	3,76	4	0,51
1.15				2,50	2,5	0,71	4,50	4,5	0,71

1.16				3,00	3	0,00	3,00	3	
1.17	3,35	3	0,49	3,63	3	0,68	3,59	4	0,63
1.18	2,96	3	0,45	3,55	3	0,90	3,62	3	0,73
1.19									
1.20	3,67	4	0,58	3,56	4	1,21	3,00	3	
1.21									
1.22									

Fonte: INEP, 2014.

*MED: Mediana **DP: Desvio Padrão

Entre os resultados encontrados o que chama a atenção na dimensão 1 é que o conceito mais encontrado nos indicadores é 3 (suficiente). Em relação à escala avaliativa não são observados os conceitos 1 (não existe/não atende) e 5 (excelente). O conceito 3 é o primeiro nível satisfatório do SINAES e atende ao que está descrito nas diretrizes dos cursos da área, desta forma o seu cumprimento valida que o curso neste momento atende às diretrizes, mas não aborda o grau de excelência.

O conceito 3, nos três atos autorizativos é o que mais aparece no bloco de indicadores 1.1 até 1.8 e indica qualidade suficiente ou boa, mas não necessariamente apresenta inovação, que estaria representada pelo conceito 4 ou 5.

Destes indicadores vamos destacar alguns e sua correspondência quanto às qualidades e critérios de análise:

O indicador 1.3 enfoca os objetivos do curso e atesta se estão de acordo com o projeto pedagógico e seus critérios de análise são o perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional. Portanto, o indicador tem como base a construção do perfil profissional, do projeto pedagógico e a justificativa para a proposição do curso, implementação e sua consolidação em relação às diretrizes. O indicador 1.4 apura o perfil de egresso e suas competências. O indicador 1.5 identifica a estrutura curricular dos cursos a partir da flexibilidade, interdisciplinaridade, compatibilidade da carga horária total (em horas), articulação da teoria com a prática como critérios de análise. O indicador 1.6

verifica os conteúdos curriculares tendo como critério de análise o desenvolvimento no currículo dos cursos do perfil do profissional, considerando atualização, adequação das cargas horárias (em horas) e bibliografia.

O indicador 1.7 avalia as atividades pedagógicas, como estas foram organizadas e sua coerência com a metodologia no projeto pedagógico do curso. O indicador 1.8 apura as condições de oferta do estágio curricular a partir dos critérios de carga horária, previsão/existência de convênios, formas de apresentação, orientação.

Destacamos a descrição e significado destes indicadores, no sentido de chamar a atenção para o fato dos cursos nos três atos autorizativos não irem além do suficiente ou bom, não alcançando, portanto mudanças significativas nos seus projetos pedagógicos de curso.

A criação de parâmetros para julgar a qualidade da educação é tarefa complexa, que ao reconhecê-la como tal propõe dimensões, aspectos e indicadores de qualidade (Gusmão, 2013). Ou seja, é necessário ir além dos indicadores selecionados, buscando metodologias que busquem alcançar o mais próximo possível à realidade dos cursos, ao mesmo tempo em que deve induzir as mudanças necessárias de acordo com as diretrizes curvares e outras referências, como a política nacional de assistência farmacêutica.

Os indicadores assinalados são considerados essenciais para a orientação pedagógica e curricular e seus resultados estão por demandar maior atenção dos gestores escolares e corpo docente e discente. Sem dúvida os resultados devem orientar as futuras avaliações, assim como os instrumentos e os procedimentos avaliativos, propriamente dito.

Obtêm-se conceitos mais elevados nos atos de reconhecimento e de renovação de reconhecimento quando comparados aos de autorização, no entanto, apenas a partir do indicador 1.9, alcança o conceito 4 em alguns dos indicadores, destacando-se 1.10, 1.11 e 1.14. O indicador 1.12 mantém conceito 3 e tem como critério as iniciativas do curso no

sentido de atender a recomendações do processo de avaliação do Inep, o que pode denotar que os cursos são pouco reativos a esse processo.

O indicador 1.17 demonstra um melhor desempenho e enfoca os procedimentos de avaliação previstos/implantados utilizados nos processos de ensino-aprendizagem, atendem, de maneira suficiente, à concepção do curso definida no seu Projeto Pedagógico do Curso (PPC). Em um estudo onde se comparou o resultado desta avaliação entre os cursos da área da saúde, as médias gerais apresentaram pouca variação, sendo que a Biomedicina tem a maior média, seguida por Farmácia e Medicina (Funghetto et al, 2016).

Em relação ao processo de autorização verificamos que no indicador número de vagas (1.18) a média é 2,93 (desvio-padrão 0,45) e mediana 3, o que sugere uma tendência diferente que faz sentido associar a uma discrepância entre o planejado no PPC e o executado pelos gestores, repercutindo na qualidade da oferta.

Em relação ao ato de reconhecimento chama a atenção o fato dos indicadores da modalidade à distância serem avaliados (1.13, 1.15 e 1.16), uma vez que somente é possível pela legislação vigente oferecer até 20% da carga horária do curso a distância em cursos com a portaria de reconhecimento.

Em relação ao processo de reconhecimento, tem-se a interferência de 4 indicadores referentes ao uso de tecnologias, com a finalidade de potencializar um início para a modalidade da educação à distância devidamente descrita no Decreto 5.622 de 2005 (Presidência da República, 2005), com o uso dos 20% da modalidade nos currículos de graduação presencial. O uso dos 20%, embora tenha nascido com a pretensão de EAD onde o percentual significava um dia, de 5 dias na semana, aonde o aluno não iria presencialmente à universidade, acabou sendo na verdade, um exercício didático-pedagógico para a inserção de tecnologias de todas as naturezas, com aulas veiculadas por

material impresso, vídeos, aulas via satélite e internet, com mobilidade em diversas plataformas, dentre outras.

O uso de interfaces como as citadas anteriormente corrobora na concepção de formações profissionais para farmácia que podem vir a se virtualizar quando as necessidades existirem ou quando, o ferramental tecnológico passa a ser intrínseco ao próprio processo de formação, por apresentar instrumentos ou soluções para inovações em qualquer área.

No caso da área de Saúde, na medida em que experimentações podem ser feitas à distância, simulações suplantam testagens de risco ou invasivas, manipulações de espectro amplo realizam-se pela robótica, e videoconferências passam a ser ferramentas de cooperação mundial, compartilhando análises e resultados on time, está-se diante de um cenário que precisa resistir menos a esses usos, e utilizá-los mais, já nas formações desses profissionais a fim de se garantir uma saúde de ponta para o Brasil das próximas gerações.

Como ocorreu na autorização, a maioria das médias dos demais atos autorizativos, permanece próximo ao valor 3. Contudo, as medianas sugerem um melhor desempenho dos cursos para o ato de reconhecimento. Merece destaque o indicador 1.15 que apresentou média 2,50 (desvio-padrão 0,71) e mediana 2,5 o que pode caracterizar pouca afinidade com entendimento da modalidade de educação à distância, o uso de novas tecnologias do curso e a falta de conhecimento da legislação em relação ao oferecimento da oferta do curso em EaD.

O ato renovação de reconhecimento seguiu um padrão muito semelhante ao reconhecimento, com médias variando entre 3,21 e 3,76 e com seis indicadores com medianas maior ou igual a quatro.

A Tabela 4 a seguir mostra os resultados do teste Kruskal-Wallis para a diferença entre atos autorizativos na dimensão 1. Organização Didático-Pedagógica.

Tabela 4. Teste Kruskal-Wallis para o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, referente à Dimensão 1, no período de 2012-2014.

Indicadores	Análise Mann-Whitney, com correção de Bonferroni
1.1	H(2) = 5,82, p<0,05
1.2	H(2) = 0,305, p>0,05
1.3	H(2) = 0,549, p>0,05
1.4	H(2) = 0,413, p>0,05
1.5	H(2) = 1,603, p>0,05
1.6	H(2) = 0,845, p>0,05
1.7	H(2) = 1,675, p>0,05
1.8	H(2) = 0,960, p>0,05
1.9	H(2) = 2,498, p>0,05
1.10	H(2) = 1,294, p>0,05
1.11	H(2) = 3,883, p>0,05
1.12	H(2) = 0,562, p>0,05
1.13	H(2) = 2,000, p>0,05
1.14	H(2) = 2,598, p>0,05
1.15	H(2) = 2,400, p>0,05
1.16	H(1) = 0,000 p>0,05
1.17	H(2) = 3,204, p>0,05
1.18	H(2) = 13,40, p<0,01
1.19	Não se aplica ao curso de Farmácia
1.20	H(2) = 0,863, p>0,05
1.21	Não se aplica ao curso de Farmácia
1.22	Não se aplica ao curso de Farmácia

Fonte: INEP, 2014

Verificou-se que apenas os indicadores 1.1 (Contexto Educacional) e 1.18 (Número de Vagas) apresentaram diferenças significativas.

Para testar entre qual dos atos, foi adotada análise Mann-Whitney, com correção de Bonferroni. Em ambos os casos a diferença foi entre autorização e renovação de reconhecimento – U = 240 (p<0,01) e U = 197,5 (p<0,01) respectivamente.

O que pode explicar esse fato em relação aos atos autorizativos é que o indicador 1.1, ao ter como critério de análise o contexto educacional tanto os avaliadores como os projetos pedagógicos, tendem a ser descritivos em relação ao porque do curso existir, estar

implementado ou consolidado de acordo com as demandas regionais e as necessidades de atendimento provocadas pelo SUS.

Com relação ao indicador 1.18 estima-se que a diferença seja em função do que foi planejado na autorização para o tamanho do curso e o que foi consolidado na renovação de reconhecimento.

Para concluir a análise desta dimensão, destacamos dentre os indicadores o 1.3 do IACG 2012 que aborda os objetivos do curso. Os resultados encontrados para esse indicador apontam para o cumprimento das diretrizes. Este conceito 3 também foi encontrado como média para outros cursos da área da saúde (Funghetto et al, 2016).

O entendimento do que vem a ser qualidade é subjetivo e depende das concepções de mundo e de educação de quem o emite (Bertolin, 2009). É necessário aprofundar no sentido de identificar o significado destes resultados para a avaliação da qualidade dos cursos, tendo como premissa que as diretrizes buscam induzir os cursos a usarem o referencial da pedagogia fundada nos objetivos e nas competências.

A Dimensão 2, que trata do corpo docente e tutorial, é composta por 20 indicadores.

Os indicadores 2.3 Experiência do (a) coordenador (a) do curso em cursos à distância, 2.5 Regime de trabalho do (a) coordenador (a) do curso, 2.19 Responsabilidade docente pela supervisão da assistência médica 2.20 Núcleo de apoio pedagógico e experiência docente não são avaliados nos cursos de farmácia.

Os indicadores que são avaliados para os cursos de Farmácia são os seguintes: 2.1 Atuação do Núcleo Docente Estruturante (NDE), 2.2 Atuação do (a) coordenador (a), 2.4 Experiência profissional, de magistério superior e de gestão acadêmica do (a) coordenador (a), 2.6 Carga horária de coordenação de curso, 2.7 Titulação do corpo docente do curso, 2.8 Titulação do corpo docente do curso – percentual de doutores, 2.9 Regime de trabalho

do corpo docente do curso, 2.10 Experiência profissional do corpo docente, 2.11 Experiência no exercício da docência na educação básica, 2.12 Experiência de magistério superior do corpo docente, 2.13 Relação entre o número de docentes e o número de estudantes, 2.14 Funcionamento do colegiado de curso ou equivalente, 2.15 Produção científica, cultural, artística ou tecnológica, 2.16 Titulação e formação do corpo de tutores do curso, 2.17 Experiência do corpo de tutores em educação à distância, 2.18 Relação de docentes e tutores – presenciais e a distância – por estudante (Tabela 5).

Tabela 5. Indicadores de Avaliação de Cursos de Graduação, referente à Dimensão 2: Corpo Docente e Tutorial no período de 2012-2014, por ato autorizativo.

	AUTORIZAÇÃO (n 26)			RECONHECIMENTO (n 62)			RENOVAÇÃO DE RECONHECIMENTO (n 29)		
	MÉDIA	MED	DESVIO	MÉDIA	MED	DESVIO	MÉDIA	MED	DESVIO
2.1	3,15	3	0,61	3,44	3	0,72	3,62	4	0,73
2.2	3,19	3	0,63	4,02	4	0,69	4,14	4	0,79
2.3									
2.4	3,92	4	1,20	4,05	4,5	1,11	4,28	5	0,96
2.5	4,81	5	0,49	4,82	5	0,65	4,83	5	0,38
2.6				4,63	5	0,52			
2.7	4,77	5	0,51	4,66	5	0,60	4,52	5	0,69
2.8	4,08	5	1,16	3,87	4	1,02	4,07	4	0,92
2.9	4,46	5	0,71	3,97	4	1,07	3,83	4	0,85
2.10				3,67	4	1,08			
2.11				3,00	3				
2.12	3,50	3	1,03	4,18	4	0,91	4,55	5	0,63
2.13							5,00	5	
2.14	2,81	3	0,85	3,40	3	0,95	3,59	4	0,73
2.15	2,19	2	0,94	2,73	2	1,20	2,45	2	1,02
2.16							3,67	4	1,53
2.17							1,67	2	0,58
2.18							4,67	5	0,58
2.19									
2.20									

Fonte: INEP, 2014.

*MED: Mediana **DP: Desvio Padrão

Para o ato autorização da dimensão Corpo Docente e Tutorial, têm-se resultados com medianas 4 e 5 predominando a avaliação, o que se pode considera muito positivo. No

entanto, no ato de autorização observamos uma mediana 2 para o indicador 2.15 Produção científica, cultural, artística ou tecnológica, que é recorrente para o ato de reconhecimento e de renovação de reconhecimento. O que significa que 50% dos docentes têm entre 1 a 3 produções nos últimos 3 anos, considerado insuficiente. A docência tem base na profissionalização e cidadania, ou seja, produção e socialização e produção do conhecimento e formação de sujeitos que possam a vir contribuir com a sociedade (Dias Sobrinho, 2008).

É necessário que se repense e se reestruture o trabalho do/a professor/a, oferecendo as condições inclusive de espaços comuns e de produção acadêmica, no sentido de facilitar a superação da lógica do modelo linear disciplinar, ou conjunto de disciplinas justapostas. Já há várias décadas atrás se tem ressaltado que as IES em seus PDI e os cursos em seus PPC devem garantir estes espaços de troca e convivência, que permita o acúmulo de experiência e a realização do fim originário da educação como conhecimento, compreensão do mundo e capacitação para viver ativamente no mesmo (Santomé, 1994).

No ato de autorização tem-se resultado muito bom e excelente para a experiência e disponibilidade do coordenador na gestão do curso. O indicador do corpo docente é considerado excelente para titulação, sendo no mínimo 35% de doutores e o regime de trabalho de tempo parcial e integral é igual ou maior que 80% de acordo com o instrumento de avaliação.

Estes resultados são mantidos nos atos de reconhecimento e renovação de reconhecimento de maneira geral.

No entanto, nos indicadores 2.8 e 2.9 (avalia a titulação dos docentes e o regime de trabalho respectivamente) a mediana cai de 5 no ato de autorização para 4 nos dois atos autorizativos subsequentes. Com isso, verifica-se o resultado da avaliação da dimensão

Corpo Docente como positiva, porém com uma possível perda na qualificação do quadro de docentes, quando do reconhecimento e renovação do reconhecimento.

O desempenho da lógica competência deve ser uma oportunidade para a valorização do papel do sistema educativo e dos professores, na medida em que assumem o desenvolvimento das competências e por meio de sua responsabilidade no campo da formação dos conhecimentos (Zarifan, 2012, p.175).

A Tabela 6 a seguir mostra os resultados do teste Kruskal-Wallis para a diferença entre atos autorizativos na dimensão 2. Corpo Docente e Tutorial.

Tabela 6. Teste Kruskal-Wallis para o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, referente à Dimensão 2, Corpo Docente e Tutorial, no período de 2012-2014.

Indicadores	Análise Mann-Whitney, com correção de Bonferroni
2.2	H(2) = 24,464, p<0,01
2.3	
2.4	H(2) = 1,352, p>0,05
2.5	H(2) = 0,896, p>0,05
2.6	
2.7	H(2) = 2,484, p>0,05
2.8	H(2) = 1,473, p>0,05
2.9	H(2) = 7,044, p<0,05
2.10	H(2) = 0,277, p>0,05
2.11	
2.12	H(2) = 16,505, p<0,01
2.13	
2.14	H(2) = 10,558, p<0,05
2.15	H(2) = 3,768, p>0,05
2.16	
2.17	
2.18	
2.19	
2.20	

Fonte: INEP, 2014.

Verificou-se que os indicadores 2.2 (Titulação do corpo docente), 2.9 (Regime de trabalho do corpo docente do curso), 2.12 (Experiência de magistério superior do corpo

docente) e 2.14 (funcionamento do colegiado do curso) apresentaram diferença significativa. Para testar entre qual dos atos, foi adotada análise Mann-Whitney, com correção de Bonferroni. Em todos os casos a diferença foi entre autorização e renovação de reconhecimento – $U = 142,5$, $p < 0,01$, $U = 223,5$, $p < 0,01$, $U = 156,5$, $p < 0,01$ e $U = 201,5$, $p < 0,01$, respectivamente.

Esta diferença pode ser atribuída pelo fato de nos atos autorizativos de renovação de reconhecimentos os referidos indicadores serem mais valorizados, sendo que apenas no indicador 2.9 a nota de autorização foi maior em média que da renovação de reconhecimento.

A infraestrutura demanda um investimento de recursos de forma imediata, para que ocorra a autorização, que inclusive por serem condições essenciais e de início de curso são mais valorizadas. Enquanto que na autorização os investimentos na contratação de professores qualificados e em regime de trabalho qualificado, dependendo da realidade poderá ficar em segundo plano, o que não pode ser considerado uma regra. Na renovação em tese os cursos realizam investimentos nestes indicadores avaliados, por serem valorizados neste ato autorizativo, como referido anteriormente.

Sugere-se aprofundar estes resultados, no sentido de construir evidências em relação aos resultados e informações capazes de aperfeiçoar os instrumentos de avaliação, metodologia e lógica avaliativa.

Na dimensão três, que aborda a infraestrutura dos cursos, existem 21 indicadores para serem avaliados in loco. 3.1 Gabinetes de trabalho para professores Tempo Integral – TI 3.2 Espaço de trabalho para coordenação do curso e serviços acadêmicos 3.3 Sala de professores 3.4 Salas de aula 3.5 Acesso dos alunos a equipamentos de informática 3.6 Bibliografia básica 3.7 Bibliografia complementar 3.8 Periódicos especializados 3.9

Laboratórios didáticos especializados: quantidade 3.10 Laboratórios didáticos especializados: qualidade 3.11 Laboratórios didáticos especializados: serviços 3.12 Sistema de controle de produção e distribuição de material didático (logística), 3.15 Unidades hospitalares de ensino e complexo assistencial 3.16 Sistema de referência e contra referência 3.17 Biotérios 3.18 Laboratórios de ensino 3.19 Laboratórios de habilidades 3.20 Protocolos de experimentos 3.21 Comitê de ética em pesquisa. As medianas referentes aos conceitos emitidos in loco para estes indicadores estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7. Indicadores de Avaliação de Cursos de Graduação em Farmácia, referente à Dimensão 3: Infraestrutura no período de 2012-2014, por ato autorizativo.

	AUTORIZAÇÃO (n 26)			RECONHECIMENTO (n 62)			RENOVAÇÃO DE RECONHECIMENTO (n 29)		
	MÉDIA	MED	DESVIO	MÉDIA	MED	DESVIO	MÉDIA	MED	DESVIO
3.1	2,38	3	0,98	2,39	2	1,18	2,66	3	1,17
3.2	3,04	3	0,53	3,34	3	0,77	3,66	4	0,77
3.3	2,96	3	0,66	3,21	3	0,72	3,24	3	0,83
3.4	3,73	4	0,87	3,90	4	0,74	3,83	4	0,76
3.5	3,69	4	0,62	3,71	4	0,82	3,79	4	0,68
3.6	3,50	4	0,86	3,53	4	1,13	3,97	4	0,78
3.7	3,23	3	0,99	3,85	4	1,11	3,97	4	0,94
3.8	3,69	3,5	1,01	3,58	4	1,27	3,90	4	1,08
3.9	2,96	3	0,66	3,03	3	0,89	3,55	3	0,74
3.10	3,00	3	0,63	2,97	3	0,87	3,45	3	0,83
3.11	2,88	3	0,85	3,03	3	0,94	3,48	4	0,78
3.12									
3.13									
3.14									
3.15									
3.16									
3.17				3,25	3,5	1,71	4,20	4	0,84
3.18	3,00	3	3,00	2,75	3	0,87	4,00	4	1,00
3.19				4,00	4		4,00	4	
3.20				3,00	3	0,00	4,00	4	0,00
3.21				3,80	4	1,01	4,33	4	0,52

Fonte: INEP, 2014.

*MED: Mediana **DP: Desvio Padrão

Os indicadores de 3.1 a 3.3 tratam respectivamente dos espaços físicos de sala de professores (TI), Sala de coordenação de curso, sala de professores e sala de aula. De

maneira geral nos três atos autorizativos tem-se conceito 3 (suficiente), destacando-se conceito 4 (muito bem) para o indicador 3.4, salas de aula.

No ato de renovação de reconhecimento encontra-se conceito 4 (muito bom) para espaço de coordenação. No entanto, avalia-se apenas como suficiente os espaços voltados aos professores, alcançando insuficiência com conceito 2 no indicador 3.1, no ato de reconhecimento referente a gabinetes de trabalho para professores tempo integral.

Os indicadores de 3.5 a 3.8 avaliam a qualidade das bibliotecas e acesso a equipamentos de informática, respectivamente. Os cursos obtêm conceito 4 nos três atos autorizativos para acesso a equipamento de informática e biblioteca básica. Obtém conceito 4 para biblioteca complementar e biblioteca especializada nos atos de reconhecimento e renovação de reconhecimento. O que se considera muito bons resultados.

Os Indicadores 3.9 a 3.11 avaliam os laboratórios especializados. De maneira geral nos três atos autorizativos predomina o conceito 3. Caracterizando como suficiente, não alcançando inovação no PPC do curso.

Quanto aos indicadores de 3.15 a 3.19 referem-se a hospitais, redes de saúde, laboratórios de ensino e de habilidades. Os indicadores 3.15 Unidades hospitalares de ensino e complexo assistencial e 3.16 Sistema de referência e contra referência, não foram avaliados/ não se aplica.

A não aplicação destes indicadores tende a ser negativa para a qualidade da formação, uma vez que pode estar desobrigando os cursos em investirem em práticas interdisciplinares em nas unidades de saúde, sem preocupação com a referencia e contra referencia no sistema de saúde, caminhando contra a lógica do SUS.

A diversificação dos cenários de aprendizagem representa na perspectiva de uma efetiva articulação com os serviços de saúde e a comunidade contribui não só para a formação profissional, mas também para as mudanças na produção de serviços. A realidade e os reais problemas da sociedade são substratos essenciais para o processo ensino/aprendizagem e a possibilidade de compreensão dos determinantes das condições de saúde e de vida da população e assim essencial para o desenvolvimento de competências (Fernandes, 2005).

Os indicadores 3.18 laboratórios de ensino manteve conceito 3 na autorização e no reconhecimento, alcançando conceito 4 na renovação de reconhecimento. O Indicador 3.19 laboratórios de habilidades, no ato de reconhecimento e renovação de reconhecimento alcançou conceito 4. Dois resultados considerados muito bom.

Neste sentido, destaca-se que a formação do farmacêutico tendo como princípio o SUS e a avaliação do Sinaes como centro do processo avaliativo e indutor de qualidade, tem como bases as DCN e os projetos pedagógicos dos cursos.

A Tabela 8 a seguir mostra os resultados do teste Kruskal-Wallis para a diferença entre atos autorizativos na dimensão 3. Infraestrutura.

Tabela 8. Teste Kruskal-Wallis para o Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, referente à Dimensão 3, Infraestrutura, no período de 2012-2014.

Indicadores	Teste Kruskal-Wallis
3.2	H(2) = 10,286, p<0,05
3.3	H(2) = 2,707, p>0,05
3.4	H(2) = 0,774, p>0,05
3.5	H(2) = 0,293, p>0,05
3.6	H(2) = 4,472, p>0,05
3.7	H(2) = 8,274, p<0,05
3.8	H(2) = 1,135, p>0,05
3.9	H(2) = 9,591, p<0,05
3.10	H(2) = 6,958, p<0,05
3.11	H(2) = 9,076, p<0,05
3.12	

3.13	
3.14	
3.15	
3.16	
3.17	H(2) = 0,795, p>0,05
3.18	H(2) = 4,136, p>0,05
3.19	H(1) = 0, p>0,05
3.20	H(2) = 4,00, p<0,05
3.21	H(2) = 1,182, p>0,05

Fonte: INEP, 2014.

Verificou-se que os indicadores 3.2 (Espaço coordenação de curso), 3.7 (Bibliografia suplementar), 3.9 (Laboratórios didáticos especializados: quantidade), 3.10 (Laboratórios didáticos especializados: qualidade), 3.11 (Laboratórios didáticos especializados: serviço), 3.20. (Protocolos de experimento) apresentaram diferença significativa. Para testar entre qual dos atos, foi adotada análise Mann-Whitney, com correção de Bonferroni. Em todos os casos a diferença foi entre autorização e renovação de reconhecimento – U = 200,5, p<0,01, U = 229, p<0,01, U = 225,5, p<0,01, U = 264,5, P<0,05 e U = 195, p<0,01 respectivamente.

Como teste post hoc foi adotada análise Mann-Whitney, com correção de Bonferroni. Verifica-se que apenas o indicador 3.20 não apresenta diferença significativa.

Os dados demonstram que entre a autorização e a renovação há uma diferença significativa, o que pode ser explicado pelo fato de que no ato de autorização o peso da avaliação é maior para infraestrutura em relação à renovação de reconhecimento.

Como todos os indicadores avaliados no curso de Farmácia estão interligados a construção, implantação e consolidação do projeto pedagógico, podemos inferir pelos resultados encontrados que não há um consenso sobre o processo formativo, uma vez que apenas o cumprimento das DCN de Farmácia centrados no conceito 3 não expressam a necessidade da área em relação a uma formação que contemple com a qualidade necessária para o surgimento do anseio da sociedade bem como do SUS.

Tal situação pode ser explicada não só pela falta de inovação nos projetos pedagógicos, mas o pouco entendimento por parte das instituições do verdadeiro papel do instrumento de avaliação como indutor de qualidade para o curso de farmácia. Há de considerar também que os pesos do IACG 2012 para a autorização e os demais atos são diferentes. Para o processo de autorização há um peso maior na dimensão 3 que é infraestrutura. Para os outros atos o peso maior está no desenvolvimento e consolidação do projeto pedagógico. Nesse sentido, todos os indicadores que apresentam significância, demonstram, para os atos de reconhecimento e renovação de reconhecimento, que os projetos pedagógicos, a luz das diretrizes curriculares dos cursos de farmácia necessitam de um investimento por parte das IES, especialmente ao observar o que está proposto no processo de implantação e o que está realmente sendo executado no processo formativo.

Analisando as três dimensões, a dimensão 1. Didático pedagógica é a pior avaliada assim apontando para a necessidade de maiores investimento dos cursos nos processo e construção dos PPC e Currículo e ao mesmo tempo o Sinaes deve ter como um resultado importante no sentido da avaliação como indutora da qualidade. Para IES, o MEC e MS, da mesma forma buscar programas e projetos visando apoiar e induzir a processo de qualificação alinhados com o SUS.

A tabela 9 a seguir mostra os resultados do teste Post hoc, Teste de Mann-Whitney caso a caso, com correção de Bonferroni para a diferença entre atos autorizativos das três dimensões.

Tabela 9. Teste de Mann-Whitney caso a caso, com correção de Bonferroni referente ao Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação, referente a três Dimensões dos atos autorizativos, período de 2012-2014.

INDICADOR	MANN-WHITNEY	DIFERENÇAS
1.18	U = 197,5, p<0,01	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.
2.1	U = 240, p<0,01	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.

2.2	U = 142,5, p<0,01	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.
2.9	U = 223,5, p<0,01	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.
2.12	U = 156,5, p<0,01	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.
2.14	U = 201,5, p<0,01	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.
3.2	U = 200,5, p<0,01	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.
3.7	U = 229, p<0,01	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.
3.9	U = 225,5, p<0,01	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.
3.10	U = 264,5, P<0,05	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.
3.11	U = 195, p<0,01	AUTORIZAÇÃO ≠ RENOV.RECONHECIM.

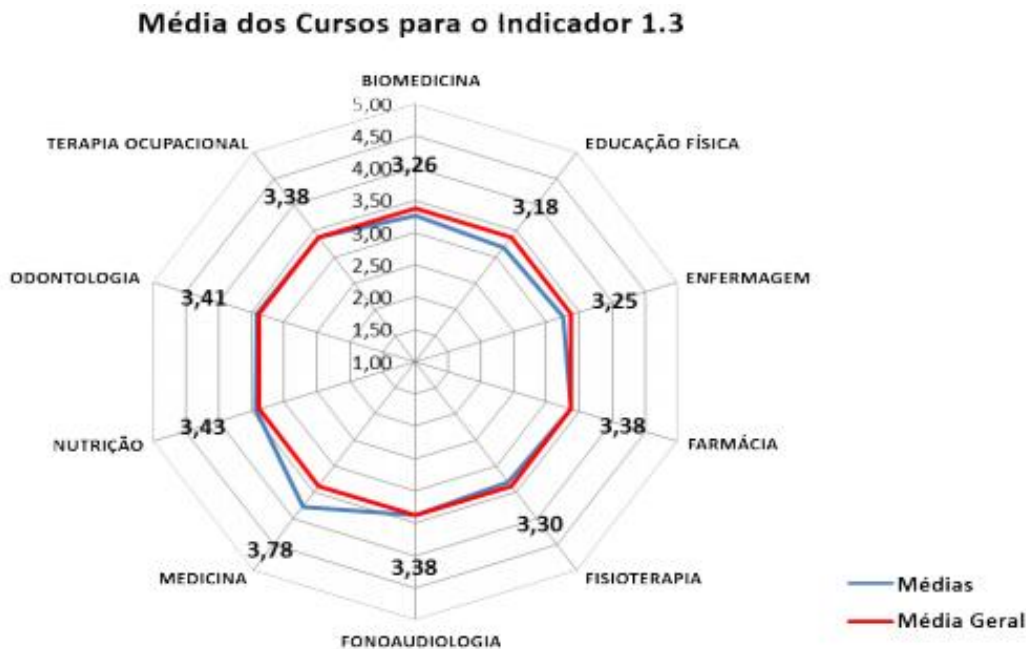
Fonte: INEP, 2014.

O teste confirma a diferença entre as dimensões e os atos de reconhecimento, mantendo os resultados anteriores.

A seguir, trazemos Figura 7: é o Resultado da média do indicador 1.3 Objetivos do curso – IACG 2012 (Funguetto et al, 2015), que enfoca a relação dos objetivos do curso, o PPC e o perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional da dimensão didático pedagógica. O resultado de Funguetto, 2015, valida o conceito encontrado no atual estudo em relação ao referido indicador e leva a concluir que os dados encontrados, demonstram pouca inovação em relação ao processo de construção dos PPC e citando estudo de Lopes Neto e seus colaboradores, trás evidências de que a construção e reconstrução de PPC, em grande parte das IES, estão restritas à adesão aos termos que integram as DCN.

O instrumento de avaliação como um dos principais instrumentos indutores da qualidade, tem o papel de fazer o curso a se colocar frente ao processo avaliativo e impõem aos avaliadores o reconhecimento das peculiaridades da formação profissional, por meio de visitas de comissões externas.

Figura 7. Resultados da média do indicador 1.3: Objetivo do curso – IACG 2012.



Fonte: Funguetto et al, 2015.

Apesar de todas as políticas de saúde colocar inferências ao processo de formação do farmacêutico conteúdo relativo à atenção a saúde, medicamentos; assistência farmacêutica; atenção básica; humanização, gestão dos serviços de saúde, parece de acordo com os dados apresentados, estar discrepante em relação a uma unanimidade do processo formativo. Para vencer a apatia e alcançar a transformação necessária, há necessidade de mudanças radicais nos processos curriculares, com a adoção de currículos integrados, organizados em módulos interdisciplinares, utilizando-se de metodologias ativas de ensino aprendizagem (Feuerwerker & Sena, 2002).

O estudo demonstrou que os indicadores do IACG 2012, são importantes para uma primeira caracterização da qualidade dos cursos de farmácia e da educação farmacêutica no Brasil.

Considera-se importante trazer a tona os resultados da avaliação *in loco*, analisar seus indicadores e conhecer de forma mais aprofundada a realidade da formação no país para o curso farmácia, com a continuidade da avaliação dos resultados das avaliações.

A seguir apresentamos resultados qualitativos, conforme os objetivos específicos.

5.3. Análise do documento: Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF. ABEF/CFF – 2015.

5.3.1. Apresentação e validação o documento

O documento em análise tem sua origem no processo de discussão das DCNF e da organização do Iº Congresso Brasileiro de Educação Farmacêutica (COBEF).

Este processo contemplou em um primeiro momento a realização de reuniões das Comissões de Educação dos Conselhos Regionais de Farmácia (CRF) dos estados realizadas no ano de 2014, quando se solicitou a avaliação dos pontos positivos e as dificuldades na implantação e as questões a serem revisadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia. Este processo foi coordenado pela Associação Brasileira de Educação Farmacêutica e Conselho Federal e Farmácia.

Após esses encontros, em dezembro de 2014, foram realizadas novas reuniões nos estados sobre a temática das DCNF com a participação de representantes de Comissões de Ensino dos Conselhos Regionais de Farmácia (CRF), professores e acadêmicos dos Cursos de Farmácia, profissionais ligadas a entidades profissionais da farmácia e aos representantes estaduais da Associação de Educação Farmacêutica (ABEF). Estas foram coordenadas pela Comissão Científica do I Congresso Educação Farmacêutica (Iº COBEF), que realizou uma web conferência apresentando uma Matriz que deveria ser discutida e preenchida junto aos Estados pelas Comissões de Ensino dos CRF e representantes da ABEF.

A Matriz proposta foi estruturada e abordou cinco pontos:

- Políticas educacionais,
- Perfil do egresso,

- Competências,
- Metodologias de ensino,
- cenários de prática.

Os pontos foram discutidos em três perspectivas: Pontos críticos, origens (causas) e estratégias de superação. As premissas propostas pelo grupo para orientar o processo de discussão da Matriz foram:

- Saúde é um direito de todos;
 - Farmácia como estabelecimento de saúde;
 - Farmacêutico: um profissional de saúde;
 - Coerência das diretrizes curriculares com o modelo de atenção à saúde;
 - Formação Interprofissional em Saúde;
 - Formação farmacêutica nas dimensões ética e técnica, com valores baseados na cidadania ativa, multicultural e nos direitos humanos;
- Formar farmacêuticos que sejam capazes de transformar a sociedade, tornando-a mais justa.

Como resultado, a matriz foi preenchida em vinte e cinco Estados, exceto os estados da Paraíba e Roraima, e encaminhado a Comissão Científica do Iº COBEF, a qual sistematizou o trabalho, restando sua consolidação no documento “Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais”. O referido documento foi organizado nas seguintes categorias:

- Políticas Educacionais;
- **Perfil do Egresso;**
- Competências;
- Metodologia de Ensino;
- Cenário de Prática.

Em função dos objetivos desta pesquisa foram analisados os conteúdos da parte 2 do documento que aborda o Perfil do Egresso, descrita entre as páginas 29 e 42.

5.3.2. Aspectos gerais do documento

O documento Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF - ABEF/CFF (2015) tem sua construção atribuída a um conjunto de atores sociais (coletivos) em sua maioria docente de cursos de farmácia, além de profissionais farmacêuticos e acadêmicos. Estes atores sociais nesta última década têm vivenciado o processo de “mudança” e/ou “reformulação” dos projetos pedagógicos de curso e currículos dos cursos de farmácia, com o advento das DCNF.

Na atualidade tem-se aproximadamente 440 cursos de farmácia. Deste total, um conjunto próximo a 150 cursos de farmácia existentes até a promulgação das DCNF em 2002, e outro conjunto de aproximadamente 290 cursos, instituídos após as DCNF. Portanto, tem-se pelos menos dois grandes processos em construção, ou seja, um processo em que projetos políticos pedagógicos existentes enfrentaram o desafio de adequar-se as DCNF e um segundo processo, de novos cursos de farmácia, em sua maioria de categoria administrativa privada, que construíram seus primeiros projetos pedagógicos de curso e organização curricular no âmbito das DCNF.

No primeiro caso trata-se de um processo de mudança, de transformação dos projetos e currículos, antes orientados para o desenvolvimento de competências ou atributos voltados as habilitações, ou seja, o egresso habilitava-se a exercer um conjunto de competências, relacionadas à área das análises clínicas, da indústria farmacêutica e da tecnologia de alimentos. Sendo que as análises clínicas predominavam entre as

habilitações em menor grau à existência de projetos incluindo habilitações em indústria ou alimentos.

Neste modelo de formação, tinha-se a conclusão de uma primeira formação comum em farmácia, concluída em geral entre o terceiro e quarto ano de realização do curso, seguida de uma habilitação, geralmente definida no processo de seleção de ingresso no curso.

Nos dois grandes processos, representados por dois grandes conjuntos de cursos, tem-se o desafio da integração curricular, com a necessidade de uma proposta de curricular capaz de organizar o PPC voltado às competências orientadas pelas DCNF.

Se a formação deve ser generalista, o que então deve orientar esta formação?

Qual eixo norteador da nova formação? Quais conhecimentos, saberes e competências priorizar na organização curricular?

Neste sentido as DCNF inovaram com o fim das habilitações, mas mantiveram a formação anterior, com o seguinte perfil de egresso: “Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos”. Portanto, mantém-se a proposta de um PPC que viesse a desenvolver competências em fármacos e medicamentos, análises clínicas, tecnologias de alimentos, sem, portanto definir qual a identidade do profissional.

Assim, a análise deste documento, busca problematizar esta questão e ampliar a perspectiva deste estudo. A decisão em relação à seleção desta amostra buscou atender ao objetivo de cobrir um campo de forma mais ampla possível e realizar análises com maior profundidade (Flick, 2009).

Neste sentido, não apenas o documento “Consolidado das discussões dos fóruns estaduais das DCNF”, mas o processo político construído que resultou na sua construção, expressa uma maior representatividade do ensino de farmácia no Brasil, que culmina com

a realização do Iº Congresso Brasileiro de Educação Farmacêutica – COBEF, realizado em junho de 2015, em Salvador, Bahia.

Outro aspecto relevante em relação ao documento refere-se ao fato deste ter sido construído, como resultado de um processo onde ocorre a unificação das duas entidades de educação Farmacêutica, ou seja, ABENFARBIO e ABENFAR. As duas entidades podem ser caracterizadas como espaços de organização de vertentes educacionais distintas, se não antagônicas, o que demanda um estudo. Sendo que em relação à ABENFARBIO, sempre careceu de autonomia em relação ao CFF. Enquanto a ABENFAR construiu-se a partir de um processo de reconstrução da ABNEFARBIO, e próxima dos gestores da assistência farmacêutica do MS e FNEPAS. Este processo de unificação possibilitou a existência de um espaço comum de debates e de construção da crítica ao atual modelo de formação, resultando neste documento.

Antes de entrar na análise do documento, vejamos que o texto de abertura do Iº COBEF, expressando a busca por uma participação ampla e representativa:

É com grande satisfação que o Conselho Federal de Farmácia (CFF) e a Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF) convidam professores, estudantes, farmacêuticos, órgãos de classe, sindicatos, associações profissionais e sociedades científicas a se fazerem presentes no Congresso Brasileiro de Educação Farmacêutica (ABEF/CFF, 2015).

Se houve a construção de espaço comum entre as entidades de ensino farmacêutico, percebe-se a ausência da representação institucional dos estudantes e dos trabalhadores farmacêuticos, respectivamente, Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia (ENEFAR) e Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), de forma oficial. Na prática as duas entidades buscaram mobilizaram suas bases para os debates e para o COBEF.

5.4. Análise do Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF - ABEF/CFF

A mensagem da Comissão Organizadora do Iº COBEF, que representa o momento após processo de elaboração do documento:

(...) O momento é histórico e impõe o desafio de reavaliar e rediscutir as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Farmácia, frente às transformações sociais, econômicas, políticas, culturais e as legislações em vigor. Dentro desse diálogo também cabem outras preocupações como a definição de um eixo orientador para a formação profissional, a interdisciplinaridade, a integração ensino-serviço-comunidade, a integralidade na atenção à saúde do indivíduo e da coletividade, o trabalho em equipe e o uso de métodos ativos de apropriação do conhecimento, sem perder de vista o desenvolvimento tecnológico (...). Comissão Organizadora (ABEF/CFF, 2015).

O texto traz a preocupação com a necessidade de definição de um eixo norteador para a definição do perfil do egresso, formação interdisciplinar e integrada os serviços de saúde e na comunidade, tendo como centro do processo pedagógico a integralidade da atenção à saúde e o trabalho em equipe, com o uso de metodologias ativas.

Destaca-se no texto a preocupação com o desenvolvimento de competências em tecnologias no âmbito da indústria farmacêutica, ou seja, além de uma formação em saúde com as características apontadas, o farmacêutico deve desenvolver competências voltadas à indústria de fármacos e medicamentos.

Identifica-se que a narrativa aponta para duas grandes dimensões da formação do egresso: Assistência à saúde e desenvolvimento tecnológico. Neste sentido, pode-se identificar aqui, um dos maiores desafios da formação do farmacêutico, ou seja, construir

competências e identidade profissional com o campo da assistência/atenção a saúde e de forma integrada articulando as competências em inovação, desenvolvimento e produção de fármacos e medicamentos.

A seguir apresenta-se o resultado de análise de conteúdo tendo como referência a Tabela 11. Análise do documento Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF - ABEF/CFF. 2015 (Anexo C).

Conforme metodologia realizou-se um trabalho de codificação, identificando-se as categorias mais destacadas (frequência e contexto), descritas na coluna da esquerda e na coluna da direita as expressões colhidas do documento que refletem a opinião dos atores sociais envolvidos na sua elaboração (Anexo).

Todas as expressões são de autoria de coletivos de professores, estudantes e profissionais dos estados da federação, acredita-se que professores em maior número, fruto de reuniões específicas para o debate das DCNF. As categorias com maior representação foram: Formação/Perfil do Egresso, Competências, Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), Atenção a Saúde, Desenvolvimento Tecnológico e Carga Horária.

Em relação à formação por competências e perfil profissional, o documento apontou a necessidade de definição da identidade profissional do farmacêutico, com definição das competências centrais em sua formação. Vamos identificar abaixo as principais narrativas relacionadas às competências e possíveis significados, construindo agrupamentos:

- i.* Definir com clareza as competências a serem desenvolvidas na IES e buscar o equilíbrio entre a teoria e a prática e os conteúdos a ser abordados.
- ii.* Dificuldade na formação de um profissional com todas as competências para atuação em todas as áreas: fármacos e medicamentos, análises clínicas e toxicológicas e controle, produção e análise de alimentos.

As narrativas expressam a necessidade de maior clareza e simultaneamente a dificuldade de formação do farmacêutico contemplando todas as competências, descritas na DCNF. Isto implica em se fazer uma análise crítica e reflexiva sobre aqueles conhecimentos imprescindíveis na formação do profissional farmacêutico e as competências que poderão ou não ser desenvolvidas em um determinado curso. Para tanto há de se considerar alguns aspectos relevantes tais quais as necessidades perfis regionais, na capacidade instaurada e histórica do curso, a construção/consolidação da rede de saúde do SUS, enfim a contribuição social e técnica que as IES têm com a sociedade.

As manifestações em relação ao perfil do egresso seguem a mesma lógica da falta de clareza e de precisão em sua descrição:

- i. Falta de clareza do perfil do egresso descrita nas DCN, gerando interpretações diversas e equivocada;
- ii. O perfil do egresso deve ser claro;
- iii. Falta de foco e de definição de um perfil prioritário que direcione a formação;
- iv. Indefinição do objetivo foco para a formação;
- v. Melhor redação e definição do perfil do egresso;
- vi. Alterar o perfil do egresso; alterar as DCN;
- vii. Definir, nacionalmente e de forma objetiva, o perfil do egresso.

Os apontamentos seguem a lógica da falta de clareza em relação à redação do perfil do egresso e dificuldades na interpretação do perfil descrito nas DCNF, indicando a necessidade de mudança no perfil.

Vamos destacar mais algumas pontuações:

- i. Defasagem entre a atual necessidade social do farmacêutico (atuando em equipes de saúde multi e interdisciplinares) e o que está preconizado nas DCN;
- ii. O perfil do egresso deve permitir que o farmacêutico atendesse às demandas sociais;
- iii. O perfil do egresso não está atendendo o que a sociedade e o mercado demandam;
- iv. Exemplo do descompasso entre as necessidades atuais da sociedade (e da) formação do profissional: despreparo de farmacêuticos para atuar na Farmácia clínica, com deficiência na formação ética e sem perfil administrador e empreendedor;
- v. Formação farmacêutica voltada para um mercado capitalista e não para atuar nos processos de transformação;
- vi. Formação desvinculada do empreendedorismo e da gestão farmacêutica;
- vii. O perfil do egresso não está atendendo o que a sociedade e o mercado demandam;
- viii. Defasagem do perfil do egresso (...) com as necessidades sociais e do mercado da região.

As manifestações expressam ainda que os profissionais que estão sendo formados podem não estar atendendo as demandas da sociedade, havendo um descompasso entre o

que a sociedade e o mercado estão demandando e o perfil de egresso. Destaca-se neste sentido a formação em clínica deficiente ou atenção/cuidado a saúde.

Vamos seguir um pouco mais com as narrativas no sentido de buscar outros elementos em relação a crítica apresentada:

- i. O egresso ainda reproduz a visão dicotomizada das áreas concentradas no atendimento ao paciente e aquelas mais dedicadas à inovação e desenvolvimento de produtos farmacêuticos;
- ii. Preparo de egresso sem foco nas áreas privadas do farmacêutico (relacionadas aos fármacos e medicamentos, desde o seu desenvolvimento até a assistência em todos os níveis de atenção a saúde);
- iii. Formação não considera as políticas públicas relacionadas à saúde (assistência farmacêutica, desenvolvimento e inovação, práticas integrativas e complementares, plantas medicinais e fitoterápicos e outras);
- iv. Formação deficiente nas áreas de Farmácia clínica e de Atenção Farmacêutica, bem como para o desenvolvimento e produção de medicamentos; necessidade de formação para o desenvolvimento e produção de medicamentos;
- v. Deficiência da prática no cuidado no contexto do SUS e na formação do egresso em saúde pública e assistência farmacêutica.

Os apontamentos sugerem dificuldade de integrar competências clínicas/atenção/cuidado a saúde com as competências em inovação tecnológica,

desenvolvimento e produção de fármacos. Trata-se, portanto de um desafio de integração curricular a partir da noção de competências.

A seguir são apresentados aspectos relacionados com a organização curricular, DCN e o PPC:

- i. A formação preconizada na teoria, de acordo com as DCN, está voltada para a Saúde Pública, porém na prática falta a comunicação entre a IES e o sistema de saúde nas cidades, o que gera pouca aproximação do estudante ao SUS dentro da realidade da Saúde Pública”;
- ii. Falta de comunicação adequada entre as IES e os serviços de saúde para a integração ensino – serviço;
- iii. Matrizes curriculares não atendem na totalidade ao perfil exigido nas DCN, não adequação das matrizes curriculares em relação às diretrizes do MEC das IES públicas e privadas;
- iv. Reformulação das DCN para que as matrizes curriculares dos diferentes cursos possam ser construídas para atender ao perfil generalista e o perfil do egresso previsto. Como sugestão, o uso de conteúdos transversais para atender este objetivo;
- v. Dificuldade de alcançar a transversalidade e a interdisciplinaridade na formação multiprofissional; falta de espaços interdisciplinares; falta de multidisciplinaridade e de articulação entre teoria e prática; currículo conteudista;

- vi. Inserir a transversalidade com disciplinas que subsidiem o pensamento. Realizar atividades com caráter interdisciplinar, transdisciplinar, transversal e multiprofissional;
- vii. Incentivo ao trabalho de formação multiprofissional;
- viii. Mudança na matriz curricular.

Destaca-se a falta de espaços de ensino aprendizagem representados pelas redes de saúde do SUS e do setor privados, ou seja, pouca integração ensino-serviço, assim como de conteúdos transversais e a interdisciplinariedade nos PPC, sugerindo mudanças na matriz curricular.

A seguir apresenta-se uma questão que apareceu com força nas narrativas, relacionada à insuficiência da carga horária dos cursos:

- i. A relação de habilidades e competências elencadas nas DCN não pode ser construída com a referida carga horária. Carga horária insuficiente para quantidade de competências e habilidades necessárias a serem atingidas. Além disso, há tendência das IES privadas trabalharem com carga horária mínima (4.000 horas);
- ii. As atuais DCN estão totalmente incompatíveis com a carga horária determinada;
- iii. A relação de habilidades e competências elencadas nas DCN não pode ser construída com a referida carga horária;
- iv. Carga horária insuficiente para quantidade de competências e habilidades necessárias a serem atingidas;

- v. As atuais DCN estão totalmente incompatíveis com a carga horária determinada.

As falas demonstram os principais desafios em se cumprir uma formação profissional proposta nas DCN para os Cursos de farmácia que reflitam o perfil generalista e a construção de inúmeras competências de forma compatível com a carga horária mínima exigida pela legislação vigente. Neste sentido atesta-se a necessidade de um aumento da carga horária para a integralização curricular dos cursos de farmácia

Por último segue manifestações relacionadas com formação, perfil do egresso, competências, DCN, em análises clínicas:

- i. O egresso está sendo formado prioritariamente na área de medicamentos, em detrimento das áreas de análises clínicas e toxicológicas e alimentos;
- ii. Elaboração de currículo compatível com o perfil do profissional atuante na área de alimentos. Ampliação de conteúdos e habilidades em Análises Clínicas nas matrizes. Reorganização de conteúdos teóricos e práticos em Análises Clínicas, respeitando o perfil epidemiológico da região;
- iii. O egresso está sendo formado prioritariamente na área de medicamentos em detrimento das áreas de análises clínica e toxicológicas e alimentos. Formação deficiente em áreas restritas e específicas do farmacêutico.

No conjunto das narrativas, apreende-se como sendo questões políticas e pedagógicas que demonstram coerência interna nesse contexto e devem ser consideradas

pelos gestores dos cursos de farmácia, professores, acadêmicos e o Inep/MEC, pois tratam de aspectos relacionadas à noção da pedagogia por competência, metodologias, objetivos educacionais, PPC. As narrativas constroem relações coerentes com o debate educacional, inclusive com os princípios e diretrizes do SUS. Ou seja, tra-se de uma grande questão e que deve ser levada em questão no sentido da formação do farmacêutico generalista.

Na sequência, apresenta-se a figura 6 que traz a representação gráfica do documento analisado acima e na sequência duas outras representações gráficas das DCNF, que buscam dar significado e concretude as questões destacadas, até aqui.

Na figura 8 se descreve o conjunto de palavras e expressões que compõem o texto completo do documento Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF - ABEF/CFF, 2015, relacionada ao resultado da aplicação da técnica de análise qualitativa de conteúdo com a utilização de computador e softwares (NVivo) (Lage, 2011), com contagem das frequências das palavras. O texto sofreu um tratamento, sendo retiradas todas as palavras com frequência menor que 50 e todas as abreviações de representação estados da federação, preposições e outras palavras que isoladas, não apresentavam significado para a análise proposta.

Figura 8. Análise de conteúdo do documento Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF - ABEF/CFF, 2015.

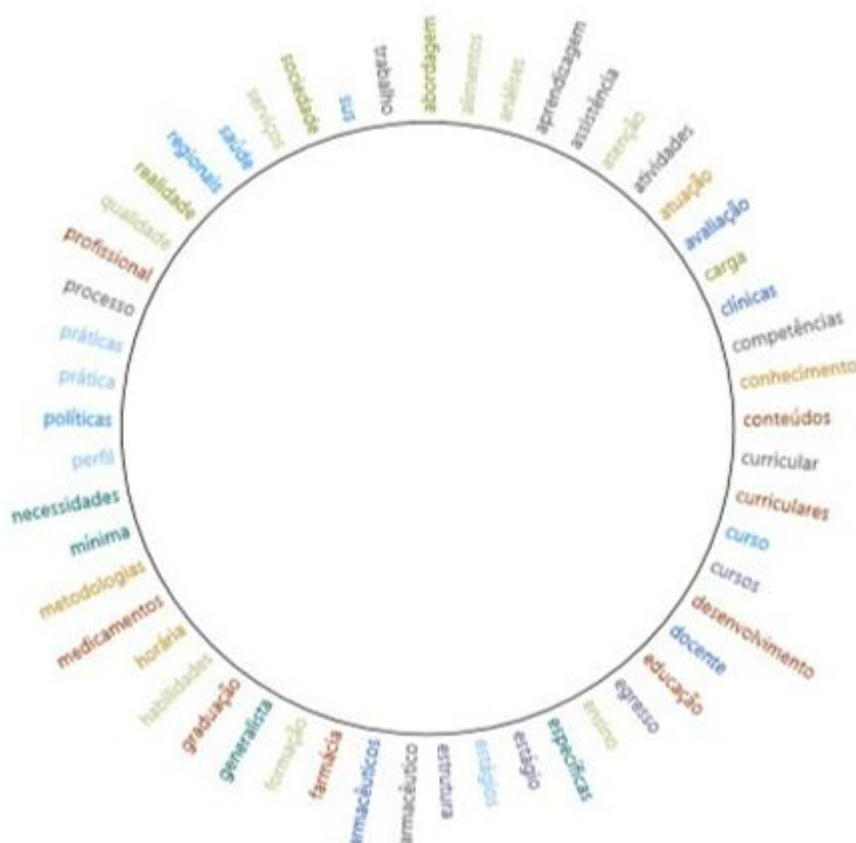
Figura 9. Análise de conteúdo do documento das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Farmácia, CNE/CES 2, 2002.



A figura destaca a categoria *saúde* no texto, seguida dos termos *curso*, *graduação*, *farmácia*, *medicamentos*, *desenvolvimento*, *educação* e *curriculares*. Segundo a representação a saúde é elemento central na formação da graduação em farmácia, onde os conhecimentos sobre os medicamentos se destacam e devem ser elemento basilar na construção do currículo.

A seguir a Figura 10 expressa a representação destas mesmas diretrizes curriculares da farmácia, em forma de cluster, e descreve o conjunto de palavras que compõem o texto das diretrizes curriculares, resultado da aplicação da técnica de pesquisa qualitativa com a utilização de computador e softwares (NVivo), com análise de conteúdo de contagem das frequências das palavras.

Figura 10. Análise de conteúdo do documento Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. CNE/CES 2, 2002 – Brasil.



As três imagens construídas neste trabalho confirmam nossa identidade como profissional de **Saúde** (Figura 5) com formação **Generalista** (Figura 10) e a categoria farmacêutica mobilizada em debates, crítica a atual **Formação** do farmacêutico (Figura 8).

A figura circular representa a proposta da atual formação em farmácia no Brasil. Uma imagem significativa do quanto avançamos na construção política e pedagógica da educação farmacêutica, com formação geral em saúde definida e comum aos demais profissionais de saúde, complexa, como o são a educação, a saúde e o trabalho.

Representam o resultado de uma longa caminhada da farmácia, desde o primeiro seminário nacional de currículo em 1986, seus condicionantes, tratando-se de uma travessia política e econômica, que passando reforma sanitária, constituinte, concretiza-se

na constituição de 1988. A imagem é resultado da ação de homens e mulheres que ousaram debater, ousaram duvidar, ousaram mudar, ousaram lutar. As imagens são locais para contemplar a caminhada e ao mesmo tempo de abertura para novos caminhos, pois a Farmácia esta nas entranhas da história do Brasil e seu percurso acompanha o caminhar do país e de seu povo. Sem dúvida reflete a sociedade, sua mobilidade e transformação econômica e social. Indica que estamos mais próximos à equipe de saúde, com uma clara perspectiva de profissional de saúde, resultado de visão histórica, dialética e mobilizadora, critica ao caráter dependente de nossa indústria farmacêutica.

Reflete a sabedoria em criticar a falta de acesso aos medicamentos e defender a vida. Assim, construiu-se uma das mais generosas e bem sucedidas políticas de saúde do SUS, por meio de uma grande e representativa Conferência Nacional de AF e por fim, uma generosa e consistente Política Nacional de AF. É o que representa esta imagem, ela nos representa, representa o resultado da luta dos farmacêuticos brasileiros, que segue.

Este é o seu significado político e pedagógico, as palavras, trazem aberturas profundas e iluminam a formação profissional, em uma visão dialética, onde o curso de farmácia, por meio de seu Currículo e PPC devem assumir objetivos concretos na solução de problemas locais e nacionais. Lugar onde a prática e o trabalho são fundantes da formação e a escola ser e estar muito além das salas e laboratórios. A escola está em toda parte, na rede de saúde pública, nas ruas, no bairro, na comunidade, na cidade, no país e no mundo. A Escola é todo o espaço.

Assim afirmamos que as DCNF foram e são um avanço para a educação farmacêutica. Mas há a necessidade premente de adequações e mudanças, dando maior sentido e identidade ao profissional farmacêutico e a centralidade dos princípios e diretrizes do SUS na formação do farmacêutico. Assim defendemos uma mudança substancial na DCNF, definindo seu perfil de egresso com identidade em fármacos e

medicamentos e as competências decorrentes deste perfil, organizadas de forma a atenderem a organização o SUS, sua gestão e prestação de serviços, demandas por inovação, com destaque para a assistência farmacêutica.

Seguindo com os resultados, vamos construindo as evidências dos avanços e desafios que temos pela frente nas atividades de clínica farmacêutica e cuidado em saúde.

5.5. Análise de Documentos Seleccionados

A Tabela 11 (Anexo) traduz o resultado do último objetivo específico listado e que trata da seleção e sistematização de um conjunto de documentos que abordam a formação em Farmácia e a prática clínica.

Como resultado da análise documental, tem-se a seleção e sistematização de um conjunto de conceitos e categorias que possibilitam apresentar referências destacadas no âmbito da educação farmacêutica em nível internacional, notadamente em relação à prática do profissional, competências e perfil do egresso. Portanto, os resultados da análise trazem uma síntese dos documentos, que de forma intencional, centrou análise nas seguintes categorias: Competências, Matriz de Competências, Educação e Perfil Profissional.

A competência pode ser entendida de acordo com Mills et al (2004), Competency Development and Evaluation Group (2007) e Organização Panamenricana de Saúde (2013) como uma característica que cada indivíduo possui e está relacionada com o desempenho eficaz na realização de suas atividades, que pode ter relação com diversos fatores, tais como motivações, habilidades e atitudes, afirma também a existência da competência comportamental, em que os executores apresentam um comportamento típico e eficaz para a realização das atividades.

Ivama et al (2012) afirma ainda que as competências específicas são conhecimentos com aspectos técnicos próprios das atividades que serão realizadas de maneira individual ou coletiva. Para National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (2007), Concil on Credentialin in Pharmacy (2009), Pharmacy Education Taskforce (2010), Australian Association of Consultant Pharmacy (2010) e Federação Internacional dos Farmacêuticos (2012) a competência é adquirida por meio do conhecimento, treinamentos e da experiência profissional. Portanto, a partir da formação acadêmica e das experiências no exercícios das atividades.

Deve-se destacar que o egresso deve adquirir e/ou construir um conjunto de competências na escola e que para tanto os PPC devem estar organizados a partir da noção da pedagogia das competências, onde, necessariamente o lugar da avaliação é central e designado a aferir as competências no percurso da formação.

O Centre for Pharmacy Postgraduate Education (2014) descreve como prática do farmacêutico a gestão das consultas centradas no paciente, a comunicação especializada ao paciente, capacidade técnica para promover o bem-estar do paciente, oferecer intervenções para saúde pública, devendo também ser capaz de gerenciar os problemas de saúde. Com este referencial e de forma complementar, o Pharmacy Concil of New Zeland (2011) argumenta que o farmacêutico deve contribuir para a qualidade no uso de medicamento, para os cuidados primários em saúde, contribuir com pesquisas e informações e dispensação de medicamentos.

Para Royal Pharmaceutical Society (2011) o farmacêutico deve desenvolver um papel de liderança, contribuir para o planejamento das ações, para a dispensação de medicamentos e o cuidado ao paciente e ao público do sistema de saúde. A Organização Mundial da Saúde e Federação Internacional Farmacêutica (2006) e a University of London e orgs (2011) afirmam que a competência deve ser desenvolvida por meio das

informações dos pacientes, com uma formação baseada em problemas, permitindo ao profissional agregar qualidades individuais às práticas técnicas.

A Federação Internacional de Farmacêuticos e orgs (2008) afirma que o sistema educacional deveria compreender as necessidades locais para direcionar as competências do farmacêutico de forma que atenda às necessidades da região. Segundo Accreditation Council for Pharmacy Education (2012), a competência é entendida como a capacidade do farmacêutico em exercer atividades com precisão, resolução de problemas, conhecimento das diversas situações em que se encontram os pacientes e interagir de forma adequada, e também possuir a capacidade técnica de fazer julgamentos corretos.

O Grupo de Trabalho em Educação Farmacêutica – Plano de Ação 2008-2010, constrói uma visão integrada da formação, onde o desenvolvimento de sistemas educacionais ótimos deveria progredir através de um ciclo que primeiro procure avaliar e entender as necessidades locais. Após determinadas às necessidades locais, os serviços (amplamente falando) requeridos para suprir tais necessidades são então definidos – tais como pesquisa e desenvolvimento, produção, distribuição, cuidados com o paciente e saúde pública. As competências dos profissionais deverão, então, ser alinhada para possibilitar uma qualidade ótima na execução desses serviços. Desse modo a educação deverá ser direcionada para a preparação de profissionais de forma a possibilitar o desenvolvimento destas competências.

O perfil profissional do farmacêutico segundo Organização Mundial da Saúde e Federação Internacional Farmacêutica (2006) deve ser “sete estrelas”, onde o profissional deve desempenhar o papel de cuidador, tomador de decisão, comunicador, líder, gerente, educador, pesquisador e ser um eterno aprendiz.

A Organização Panamericana de Saúde (2006) afirma que o perfil profissional é constituído pelo conjunto de habilidades e competências adquiridas em sua formação que

possibilitam atuação em uma área profissional específica. Já para a Australian Association of Consultant Pharmacy e orgs (2010) o perfil profissional é reflexo da experiência individual, que por vez, é sustentada pela prática profissional onde são definidos através dos Padrões de Competência.

Para Pharmacy Council of New Zealand (2011) o perfil profissional é baseado no conjunto de atitudes que envolvem habilidades clínicas, conhecimentos de comunicação e ética, e possuir também um comportamento de responsabilidade, integridade, respeito, empatia e excelência. A Royal Pharmaceutical Society (2011) afirma que os profissionais de farmácia atuam em atividades relacionadas ao paciente, se comprometem com questões relacionadas à educação, treinamento e desenvolvimento profissional, além de desenvolverem também experiências na liderança e gestão, onde podem aplicar suas habilidades específicas contribuindo para equipes, organizações e sistemas complexos.

A Proposta de Acreditación para Carreras de Farmácia de América Latina (2006) defende que o perfil profissional esta ligado ao conjunto de habilidades e competências que identificam a formação de uma pessoa para assumir, sob condições ótimas, as responsabilidades do desenvolvimento de papéis e tarefas de uma profissão específica. É um resumo do conhecimento e habilidades a serem adquiridos durante os seus estudos. Este conhecimento e as habilidades devem proporcionar ao aluno a formação teórica e prática de base sólida que permita a sua aplicação a diferentes ambientes profissionais. Ou seja, um “Conjunto de exigências a serem cumpridas para uma pessoa que é considerada capaz de exercer uma profissão”.

A National Competency Standards Framework for Pharmacists in Australia (2010), trabalha com a concepção de que o nível de desempenho tem sido apresentado como uma dimensão da prática profissional, que é sustentada pela experiência do praticante individual.

Como descrito acima, espaço da prática é uma dimensão da prática profissional que pode ser definido através dos domínios dos Padrões de Competência. Juntas, as duas dimensões do âmbito da prática e nível de desempenho descrevem o perfil da prática profissional de um farmacêutico.

Estes resultados confirmam características importantes das atividades profissionais do farmacêutico e as competências requeridas aos egressos dos cursos de farmácia, rompendo com o tecnicismo e abordando o trabalho concreto em saúde e a clínica farmacêutica.

5.6. Análise por triangulação dos resultados

Temos como desafio, trazer à tona os resultados da avaliação institucional realizada pelo INEP/MEC em sua dimensão didático pedagógica, correlacionando com os resultados da análise de conteúdo do Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais das DCNF e Documentos Seleccionados. Portanto dados quantitativos e dados qualitativos.

Segundo Flick (2009), as combinações mais frequentes entre as duas abordagens ocorrem por meio da associação dos resultados das pesquisas qualitativa e quantitativa no mesmo projeto. Segundo o autor a partir desta combinação podem resultar três tipos de consequências (ver Kelle e Erzberg, 2004) (Flick, 2009):

1. Os resultados convergem?
2. Os resultados focalizam aspectos diferentes de uma questão, mas são complementares entre si?
3. Os resultados são divergentes ou contraditórios?

Vamos tratar inicialmente dos resultados que convergem (1) e também que podem focalizar aspectos diferentes, mas complementares entre si (2) e na sequência procuraremos destacar as divergências.

No sentido da convergência, a categoria teórica mais estudada ao longo deste trabalho foi competência, organizada no capítulo 2 e nos resultados de análise dos documentos selecionados, e aparecem nos debates sobre as diretrizes curriculares. Ou seja, há uma convergência em relação ao uso da noção de competência no processo educacional em saúde, e na farmácia, demonstrado em todo o percurso deste trabalho. Esta assertiva possui forte evidência nos documentos analisados.

Da mesma forma, o entendimento que a noção de competência tem sido aplicada tanto no campo da escola quanto do trabalho, e assim sua mobilização ocorre nestes dois campos (Ropé & Tannguy, 2003). Importante, porém destacar, que é necessário problematizar a noção de competências, e neste sentido a compreensão de que a formação tem natureza processual, se propondo a formar pessoas para determinadas profissões e que seu objetivo é permitir ao indivíduo adquirir e desenvolver conhecimentos técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços (Mourão & Gardênia).

Vale destacar como paradigma nesta questão, que há duas dimensões a serem consideradas no conceito de formação profissional. A primeira de caráter restrito e operacional, de preparação para o trabalho como um subproduto do sistema educacional e a segunda, que assume um status teórico mais relevante, na qual a formação profissional integra o complexo debate da relação educação-trabalho e assume papel estratégico para a recuperação da positividade do trabalho. Portanto o trabalho como princípio educativo e libertador ou como fator de alienação e domesticação produtivista (Cattani, apud Mourão & Gardênia, 2002, p. 385).

No conjunto das referências analisadas, assim como nos resultados da análise de conteúdo dos documentos selecionados, identifica-se um o perfil de competências do farmacêutico em torno de serviços da clínica farmacêutica, que representam uma estratégia para a gestão da farmacoterapia, de forma integrada, contínua, segura e efetiva, visando resultados terapêuticos concretos (Correr, 2014). Ou seja, do cuidado em saúde dos indivíduos e da comunidade e dos medicamentos com principal tecnologia em uso na saúde, o que alinha a formação do farmacêutico no Brasil com a formação preconizada no âmbito internacional, inclusive nas Américas, como estabelecido nos documento da Conferência Pan-Americana de Educação Farmacêutica.

Há convergência de que o farmacêutico é um profissional de saúde e especialista em medicamentos. E de que as análises clínicas precisam ser consideradas na formação por competências.

De maneira geral, observou-se nos documentos analisados, uma clara referência a competências no âmbito da inovação e desenvolvimento de fármacos e medicamentos.

Estas competências são requeridas, ainda em documentos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, fóruns nacionais de educação, conceitos de assistência farmacêutica, em políticas públicas de assistência farmacêutica dentre outros.

Destacamos a necessidade de realização de fóruns específicos no sentido de debater as competências relacionadas ao que se tem convencionado em denominar de Complexo Industrial da Saúde.

Neste sentido, identificam-se em todo o histórico de debates acerca da identidade profissional do farmacêutico, competências em fármacos e medicamentos, em seus aspectos assistências, gerenciais e de desenvolvimento científico e tecnológico.

Assim concluímos um conjunto de conceitos e concepções convergentes, mesmo que contraditórios ao atual estágio de desenvolvimento da educação farmacêutica e da

sociedade brasileira. Vamos destacar alguns aspectos da formação preconizadas nas DCNF e a manifestação da categoria, refletida na Tabela 11.

Que o processo de formação possibilite desenvolver competências assistências com a participação ativa do farmacêutico em equipes de saúde no cuidado continuado de pacientes:

- i. A formação preconizada na teoria, de acordo com as DCN, está voltada para a Saúde Pública, porém na prática falta a comunicação entre a IES e o sistema de saúde nas cidades, o que gera pouca aproximação do estudante ao SUS dentro da realidade da Saúde Pública;
- ii. Falta de comunicação adequada entre as IES e os serviços de saúde para a integração ensino – serviço.

Há uma convergência entre as DCNF e os debates atuais na categoria farmacêutica, ou seja, que a formação do profissional deve dar-se em diversificados cenários de prática e desde o início da formação e em contato com o mundo do trabalho, em especial na rede assistencial do SUS. E sua formação ocorrer associada aos demais estudantes e profissionais de saúde. Esta experiência em serviço deve contar com professores e profissionais farmacêuticos e de outras áreas, como preceptores capacitados e/ou sensibilizados. Há de se destacar a necessidade de reformulação no próprio SUS e desenvolvimento dos serviços farmacêuticos nas redes assistenciais, para que os estudantes possam vivenciar os serviços farmacêuticos hoje deficitários ou ausentes.

Outro aspecto a destacar é a deficiência, ou pouco desenvolvimento da prática do cuidado farmacêutico no contexto do SUS e no setor privado e na formação do egresso em saúde pública e assistência farmacêutica.

Neste sentido os PPC devem contemplar um processo ativo e contínuo de avaliação, possibilitando mobilizar conhecimentos, saberes e competências, validando os

objetivos educacionais traçados nos cursos, enfrentando de forma criativa os grandes desafios em saúde no Brasil.

Uma maior convergência pode-se atribuir ao fato da crítica contundente da categoria as DCNF em relação ao perfil profissional e as competências, com identificado nos resultados da avaliação da dimensão 1. Didático pedagógica, pois foi a que apresentou pior desempenho no seu conjunto, com destaque para o conjunto de indicadores 1.2 até o indicador 1.9 já descritos. Corroborando, portanto, com as análises, construções teóricas, identificação de convergências e complementariedades realizadas até aqui, que caracteriza os cursos de farmácia a partir das avaliações visando os atos autorizativos de autorização, credenciamento e recredenciamento.

Os resultados são divergentes ou contraditórios?

O resultado da análise dos indicadores da dimensão 1 – Organização Didático Pedagógica, Corpo Docentes e Tutorial e Infraestrutura - IACG 2012, apontam no sentido de que a grande maioria dos cursos avaliados obtiveram conceito 3, ou seja, considerados suficientes, portanto atendem o preconizado nas DCNF e considerados de boa qualidade, mas sem inovação.

Pode-se afirmar, como o resultado deste estudo que os cursos de Farmácia estão seguindo a orientação das DCNF e por consequência, formando profissionais com as competências requeridas. Ao mesmo tempo em que, há espaço para avaliar, que este resultado pode significar que os cursos não têm desenvolvido seus projetos político pedagógico capaz de levar inovação a formação e assim não estar formando profissionais farmacêuticos prontos a mobilizarem as competências no grau necessário ao pleno exercício de atividades esperadas deste profissional, conforme descrito nas DCNF.

Os conceitos deste mesmo conjunto de indicadores de 1.2 a 1.9 do IACG 2012 da dimensão 1 Organização didático pedagógica avaliados, de 117 cursos de Farmácia

apresentam majoritariamente médias conceituais 3, nos três atos de autorização, podendo indicar dificuldades em alcançar uma formação inovadora em seus PPC, como afirmado. No entanto, o processo de avaliação considera que a formação está alcançando o resultado de acordo com o preconizado nas DCNF, demonstrando uma divergência, quando confrontada com manifestações expostas anteriormente, corroborando tendencialmente para uma avaliação que considere a qualidade dos cursos analisados boa, embora a categoria farmacêutica expresse claramente um conjunto de desafios no perfil dos egressos e na formação como um todo.

Considerando que a dimensão 1. Didático pedagógica alcançou menor resultado no conjunto dos indicadores em relação às demais dimensões, converge com as críticas da categoria em relação a esta dimensão da formação do farmacêutico.

Neste sentido, podemos afirmar que há uma convergência entre os resultados dos indicadores encontrados, em particular, o da dimensão 1 e a opinião da categoria a este respeito. A divergência central, portanto, se dá, quando a avaliação do Sinaes considera a formação suficiente ou boa, destacadamente em relação a esta dimensão. Trata-se de uma situação complexa, como o é, a educação e a formação de profissionais de saúde. Dialeticamente podemos ainda refletir que há convergências, divergências, contradições explícitas, tanto quanto aos resultados dos indicadores, com documentos analisados e a opinião da categoria. Ou seja, uma clara situação de possibilidades de mudanças na formação atual orientadas pelas DCNF.

A amostra estudada na presente pesquisa permite uma fotografia da educação farmacêutica no Brasil entre 2012 e 2014, bastante atual, sendo necessário, no entanto a continuidade das análises a partir da abertura de centenas de novos cursos em um espaço relativamente curto de tempo, associado à elevada complexidade que o contexto de formação do profissional farmacêutico requer.

A noção de complexidade remete a utilização de componentes quantitativos e também qualitativos na avaliação, no sentido de uma visão integrada, abarcando aspectos qualitativos ou subjetivos (Burlamaqui, 2008).

Neste sentido, segundo Macrae (1985), para que uma variável seja considerada um indicador deve ser útil na escolha de políticas públicas e/ou tomada de decisão, implicando em saber como uma variável afeta um valor final (Macrae, 1986, apud Burlamaqui, 2008).

Neste sentido é que buscamos complementar nossa análise com dados qualitativos, considerando ainda que uma análise mais aprofundada deve ser realizada, buscando buscar padrões de qualidade em relação aos indicadores selecionados pelo Sinaes para avaliação dos cursos, considerando os objetivos deste trabalho.

Para concluir este estudo seguimos com algumas narrativas dos atores que construíram o documento do Consolidado dos Fóruns Estaduais de DCNF:

Os atributos verificáveis no egresso (“perfil do profissional titulado”) são consequência do processo formativo. O profissional é, portanto, o “produto” do processo formativo.

E ainda:

- i. *Ao contrário, a não correspondência entre “perfil ideal” e “perfil do profissional titulado” é evidência de que algo precisa ser corrigido: a descrição do primeiro está inadequada (não apresenta foco ou já não corresponde às aspirações da categoria ou da sociedade) e/ou o processo formativo está sendo incapaz de atingir seu objetivo;*
- ii. *Falta de clareza do perfil do egresso descrito nas DCN, gerando interpretações diversas e equivocadas. Falta de foco e de definição de um perfil prioritário que direcione a formação.*

Nas afirmações, há uma crítica as DCNF, quando da descrição do perfil profissional e ainda na apresentação pela DCNF de um conjunto elevado e competências (falta de foco), e ausência de identidade para o egresso.

As afirmações estão dirigidas no sentido da redefinição do perfil do egresso apontados na DCNF, o que tem gerado um importante movimento de debates na categoria farmacêutica, resultando na realização do 1º Congresso Brasileiro de Educação Farmacêutica no final de 2015.

Este congresso debruçou-se sobre os resultados dos debates que antecederam ao congresso.

Um dos principais dos debates problematizou a adequação do perfil, advindo do referido documento:

- i. *O graduado em Farmácia terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de doenças, nos âmbitos individual e coletivo, **capacitado ao exercício da atividade central referente aos fármacos e medicamentos, integrando com as análises clínicas, análises toxicológicas e alimentos, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.***

O conceito formulado acima define o farmacêutico como um profissional de saúde tendo como atividade central os fármacos e medicamentos, e integra a esta formação, as análises clínicas, análises toxicológicas e alimentos. Portanto alinhada com as atuais diretrizes, se observarmos a figura 2, das DCNF.

Os debates ocorridos, durante o Iº COBEF transcorreram com uma divergência clara entre manter ou não as competências em Análises Clínicas, Toxicológicas e Tecnologia de Alimentos na definição do perfil profissional, configurando-se em um impasse político de caráter sociológico e pedagógico. Este impasse tem toda razão de ser e reflete o desenvolvimento histórico de nossa profissão e do currículo de farmácia.

Vejamos agora o conceito descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Farmácia no Brasil, homologadas em 2002, estabelecem como perfil do egresso:

O Curso de Graduação em Farmácia tem como perfil do formando egresso/profissional o Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. **Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos**, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (Resolução nº 2 do CNE/CES, 2002, art. 3).

Sem dúvida há uma diferença entre os dois conceitos, e um avanço em relação ao que esta descrita nas DCNF, considerando o que foi debatido neste trabalho com destaque para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no SUS.

Uma mudança necessária no sentido de atender as reais necessidades de saúde da população, quando afirma: capacitado ao exercício da atividade central referente aos fármacos e medicamentos, integrando com as análises clínicas, análises toxicológicas e alimentos.

Há uma diferença importante, situada no campo pedagógico, às demais competências, até então habilitações da formação em Farmácia, integram-se a formação em fármacos e medicamentos, reservando a estes dois últimos, a uma categoria de centralidade na formação e, portanto com reflexos no projeto político de curso e no currículo da Farmácia. A partir destes instrumentos pedagógicos, estruturantes da formação, esta deve estar organizada nas seguintes dimensões da saúde: Cuidado à Saúde, Gestão em Saúde e Tecnologia e Inovação.

No entanto, o texto ainda deixa dúvidas em relação às competências centrais na formação dos farmacêuticos, o que demanda mais debates no sentido da mudança na redação do perfil do egresso dos cursos de farmácia.

É necessário superar este impasse, incorporando competência de análises clínicas e toxicológicas, atividade bem estabelecida na saúde, com a ressignificação destas atividades enquanto serviço do SUS e competências do egresso de farmácia.

Os debates indicam que a área de alimentos é residual em nosso processo histórico de desenvolvimento profissional e cremos que deve ser abordada na formação como saberes e conhecimentos relacionados à saúde, complementares ao conjunto de competências que demandam do farmacêutico o exercício de atividades específicas no trabalho em saúde (serviços e produção).

Resta aprofundar o debate em torno das competências do egresso em Farmácia em relação às análises clínicas e sua complementariedade as competências em fármacos e medicamentos. Sinalizar a necessidade de problematizar o mundo do trabalho das análises clínicas e toxicológicas, com a definição de uma política nacional para o SUS, o que poderia contribuir, a partir deste novo referencial, sua integração a formação em Farmácia na lógica do SUS.

Há uma manifestação inequívoca e contrária a atual redação do perfil profissional das DCNF, vejamos as manifestações:

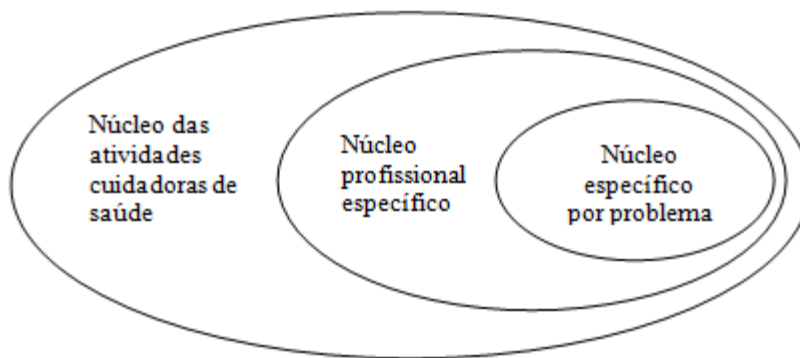
- i. Os atributos verificáveis no egresso “perfil do profissional titulado” são consequência do processo formativo. O profissional é, portanto, o “produto” do processo formativo;*
- ii. Ao contrário, a não correspondência entre “perfil ideal” e “perfil do profissional titulado” é evidência de que algo precisa ser corrigido: a descrição do primeiro está inadequada (não apresenta foco ou já não corresponde às aspirações da categoria ou da sociedade) e/ou o processo formativo está sendo incapaz de atingir seu objetivo;*
- iii. Falta de clareza [do perfil do egresso descrito nas DCN, gerando interpretações diversas e equivocadas].*

Existe, portanto, uma manifestação clara visando à revisão e mudança das DCNF, sendo que estas manifestações são fruto deste e de outros debates em curso na categoria farmacêutica.

Neste sentido a avaliação não se completa apenas com índices, conceitos e escalas, para ser tornar plena necessita ser significativa, integrando significados e valores, buscar as causas e quais as possibilidades de superação, investindo em programas e projetos a serem construídos (Dias-Sobrinho, 2008).

Na direção de perspectivas a seguir, esta representação e exposição de Merhy, (2010), caracterizam os desafios da formação em saúde:

Figura 11. Núcleos de competências em saúde.



Fonte: Adaptado de Merhy, 2014.

Na produção de um ato de saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela interseção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema (...). Mas, seja qual for a interseção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atual os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários (Merhy, 2010, p. 124).

Há um movimento em curso, onde a década de 1980 foi o nascedouro de uma visão ampliada de educação e saúde, uma década que construiu uma nova perspectiva para educação farmacêutica. Este movimento construiu uma cultura, mobilizou professores estudantes e profissionais, que até os dias atuais tem trabalho para transformar a educação farmacêutica, desde a realização de encontros de currículo, de coordenadores de cursos, conferências, fóruns nacionais, oficinas, debates, reuniões comissões de ensino de conselhos, fóruns estaduais de e educação e mais recentemente um congresso.

Ou seja, estamos em movimento, e esperamos que estes resultados possam estimular ainda mais a categoria farmacêutica a construir ideias e caminhos capazes de contribuir com uma educação farmacêutica, comprometida para a elevação da técnica e da cultura, associando-se ao projeto de justiça e cidadania no país.

Capítulo 6: Considerações Finais

O tema formação e o ensino na saúde são categorias de natureza complexa e para tanto, demanda análises profundadas com base na complexidade e em um conjunto de teorias crítica e descolonizadora.

A avaliação realizada pelo Sinaes (Inep) tem papel central no processo de qualificação da educação e deve, para tanto, articular-se com as entidades e comunidade acadêmica no sentido de elaborar projetos comuns de construção e superação de problemas aqui apontados.

A abordagem da pedagogia por competência, aprofundada neste estudo, demonstra sua potencialidade, mas também, limites e contradições.

A pedagogia por competência não se resume a uma simples narrativa; não admite, portanto a ausência de uma prática pedagógica correspondente, ancorada em PPC integradores, democráticos, com metodologias de ensino que permitam a construção, a mobilização e avaliação de competências requeridas ao egresso dos cursos de Farmácia.

As competências devem ser mobilizadas desde a graduação, em situações de ensino-aprendizagem, na escola e nos serviços de saúde. Um dos eixos da pedagogia por competência é o processo avaliativo da aprendizagem e do desempenho institucional.

Os cursos de Farmácia devem ter objetivos junto às comunidades onde estão inseridas, apoiando a solução de problemas concretos de saúde da população.

O desenvolvimento desta pedagogia só é possível, se estivermos comprometidos com a solução de problemas, sejam locais ou regionais, sendo que a formação dos profissionais de saúde deve dar-se integrada com as redes de saúde do SUS do território local e da região.

O Farmacêutico é parte da equipe de saúde, sendo atualmente o quarto profissional de saúde em número atuando no SUS, uma força de saúde importante que pode e deve contribuir com a integralidade do cuidado em saúde.

A formação é para o SUS, onde se desenvolve uma sólida política de medicamentos e assistência farmacêutica, que tem demandado por profissionais farmacêuticos com competências assistenciais e gerenciais, envolvendo a gestão de serviços farmacêuticos, a avaliação de tecnologias em saúde. Destaca-se ainda, outras competências em inovação e desenvolvimento tecnológico na área da industrial farmacêutica e de diagnóstico.

As DCNF definem o farmacêutico como profissional de saúde e um especialista em fármacos e medicamentos e ao mesmo tempo reconhece, que este profissional necessita de um conjunto de competências em análises clínicas, toxicológicas e de alimentos. As competências em diagnóstico clínico é base de serviços de apoio ao diagnóstico do SUS e no setor privados de saúde. Há que se aprofundar o processo de integração curricular destas competências as competências assistências, gerenciais e tecnológicas, em todo o percurso de formação do farmacêutico, rompendo com habilitações e as atuais ênfases. A área de alimentos deve ser incorporada como saberes e conhecimentos, não compondo o núcleo de competências específicas do farmacêutico.

As DCNF reconhecem, portanto, o farmacêutico como profissional essencial no trabalho das equipes de saúde em todos os níveis de atenção.

A Clínica é nuclear no cuidado farmacêutico, e os serviços de clínica farmacêutica tem tomado impulso e projeta um grande desenvolvimento no SUS, o que deve demandar o desenvolvimento de competências específicas na formação do farmacêutico.

Os conhecimentos, saberes e competências em fármacos e medicamentos identificam o profissional farmacêutico e nos dias atuais devem estar no centro do trabalho deste profissional de saúde.

O Congresso Nacional e o Governo da República reconheceram a Farmácia como estabelecimento de saúde e o farmacêutico como seu único responsável técnico, estabelecendo um conjunto de atividades a serem desenvolvidas, requerendo deste profissional, no corpo da lei, um conjunto de conhecimentos, saberes e competências (Lei nº 13.021, de 8 de Agosto de 2014):

Obriga-se o farmacêutico, no exercício de suas atividades, a:

I - notificar os profissionais de saúde e os órgãos sanitários competentes, bem como o laboratório industrial, dos efeitos colaterais, das reações adversas, das intoxicações, voluntárias ou não, e da farmacodependência observados e registrados na prática da farmacovigilância;

II - organizar e manter cadastro atualizado com dados técnico-científicos das drogas, fármacos e medicamentos disponíveis na farmácia;

III - proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, internados ou não, em estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, de natureza pública ou privada;

IV - estabelecer protocolos de vigilância farmacológica de medicamentos, produtos farmacêuticos e correlatos, visando a assegurar o seu uso racionalizado, a sua segurança e a sua eficácia terapêutica;

V - estabelecer o perfil farmacoterapêutico no acompanhamento sistemático do paciente, mediante elaboração, preenchimento e interpretação de fichas farmacoterapêuticas;

VI - prestar orientação farmacêutica, com vistas a esclarecer ao paciente a relação benefício e risco, a conservação e a utilização de fármacos e medicamentos inerentes à terapia, bem como as suas interações medicamentosas e a importância do seu correto manuseio;

Art. 14. Cabe ao farmacêutico, na dispensação de medicamentos, visando a garantir a eficácia e a segurança da terapêutica prescrita, observar os aspectos técnicos e legais do receituário.

A grande ampliação do setor privado e a abertura de centenas de cursos de farmácia levaram a uma situação de dificuldades e risco para a educação farmacêutica no país, constituindo-se em um grande desafio para a regulação e avaliação do MEC.

Destaca-se a necessidade de ampliação da educação farmacêutica pública e de qualidade, como uma conquista da sociedade. Devem-se apoiar os cursos de farmácia de natureza pública, que resistiram a anos de dificuldades e assim conquistaram projetos de cursos que tem dado uma contribuição importante para a saúde pública do país, em especial a AF.

Identifica-se nos resultados alcançados neste estudo, a necessidade de ampliação imediata da carga horária dos cursos, permitindo a implantação de projetos pedagógicos adequados as atuais e futuras DCNF.

O processo de avaliação atualmente em curso das DCNF, segundo podemos identificar, na análise do documento “Consolidado da DCNF” identifica-se com as atuais DCNF, mas apontam insuficiências, tanto no processo de formação, quanto nas próprias diretrizes e carga horária, para a formação do farmacêutico que o SUS necessita.

Recorro ao educador Edgar Morin, para trazer uma questão chave na transformação da educação farmacêutica, destacando a importância de uma associação de professores de cabeças bem feitas:

É neste sentido que podemos responder a questão colocada por Karl Marx, em uma de suas teses sobre Feuerbach: “Quem educará os educadores?” Será uma minoria de educadores, animados pela fé na necessidade de reformar o pensamento e de regenerar o ensino. São os educadores que já tem, no seu íntimo, o sentido de sua missão (Morin, 2006, p. 101).

Com Saramago (2013) situo o papel da universidade e respondo a pergunta do autor, como sendo também uma bela concepção de universidade e por qual formação o mundo clama:

A universidade pode viver e viveu em todos os sistemas políticos que passaram pelo mundo, adapta-se a todos. No fundo, a universidade tem de ter em conta a demanda da sociedade, de tal maneira que os avanços técnicos ou tecnológicos levam a que haja uma maior procura por determinadas profissões, que se traduz em mudanças nas salas de aula, em perfis universitários distintos. Assim sendo, pergunta-se o que é que a sociedade pede a universidade, além de médicos e enfermeiros? Por que a sociedade precisa mais do que bons profissionais, não tenhamos dúvidas (Saramago, 2013, p. 37).

Minha resposta como autor deste trabalho e com base no que descrevemos: A sociedade pede farmacêuticos, no entanto, mais do que bons farmacêuticos.

As imagens gráficas que construídas neste trabalho, orientam a formação do farmacêutico como profissional de saúde, que temos uma formação complexa e que a categoria farmacêutica mobilizada preocupa-se com a atual formação.

Cabe ressaltar que embora a presente pesquisa possa contribuir significativamente para a qualificação da formação do profissional farmacêutico, não almejou desvendar todas as respostas.

Por fim este trabalho traz um conjunto de contribuições que poderá apoiar os debates e o movimento histórico em nosso país por uma educação farmacêutica, pública, gratuita e de qualidade.

Este é o nosso compromisso.

REFERÊNCIAS

- ABEF/CFE (2015). Congresso Brasileiro de Educação Farmacêutica – Cobef. Recuperado em: <http://www.cobef.org.br/main.php?lang=por_home> Acesso em 03/02/2016.
- Accreditation Council for Pharmacy Education (2012). *International quality criteria for certification of professional degree programs in pharmacy*. Chicago, Illinois, United States of America.
- Almeida Filho, N. (2011). *Ensino Superior e os serviços de saúde no Brasil*. Brasília: The LANCET Saúde no Brasil.
- Altet, M. (2001). As Competências do Professor Profissional: entre conhecimentos, esquemas de ação e adaptação, saber analisar. In: Perrenoud, P., Paquay, L., Altet, M. & Charlier, E. (Orgs.). *Formando Professores Profissionais: quais estratégias? Quais competências?* Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Anderson, C.; Bates, I.; Beck, D.; Brock, T. P.; Futter, B.; Mercer, H.; Rouse, M.; Whitmarsh, S.; Wuliji, T.; Yonemura, A. (2009). The WHO UNESCO FIP Pharmacy Education Taskforce.
- Apple, M. (1982). *Ideologia e currículo*. São Paulo: Brasiliense.
- Ayres, J. R. C.M. (2008). Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. IN: Deslandes, S.F. *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições Ltda.
- Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Belair, L. (2001). A Formação para a Complexidade do Ofício de Professor. In: Perrenoud, P., Paquay, L., Altet, M. & Charlier, E. (Orgs.). *Formando Professores Profissionais: quais estratégias? Quais competências?* Editora Artes Médicas.
- Benson, J. K. (1977). Organizations: A dialectical View. *Administrative Science Quarterly*, 22 (1): 1-21.

- Bernstein, B. (1996). *A Estruturação do Discurso Pedagógico: classe, código e controle*. Petrópolis: Vozes.
- Bonone, L. M. (2013). *Diversificar a pós-graduação e investir em educação científica*. São Paulo: Editora Anita Garibaldi.
- Borges, F.P. & Nascimento-Júnior, J.M. (2008). Assistência farmacêutica na Atenção primária à Saúde – APS. In: Cordeiro BC, Leite SN, organizadores. *O Farmacêutico na atenção à Saúde*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina.
- Bertolin, J.C.G. (2009). Qualidade em Educação Superior: Da Diversidade de Concepções a Inexorável subjetividade Conceitual. Avaliação. Campinas. Sorocaba. São Paulo. Vol. 14. n 1.
- Boudon, R. & Bourricaud, F. (1993). *Dicionário Crítico de Sociologia*. São Paulo: Ática.
- Braga, M. H. & Bueno, D. (2009). II Fórum Nacional de Educação Farmacêutica. A Formação do Farmacêutico, o SUS e a Cadeia Produtiva Farmacêutica. Abenfar. Juiz de Fora. Editora: UFJF.
- Brasil (1969). *Parecer nº 287, de 11 abril de 1969*. Dispõe sobre os estágios obrigatórios do Curso de Farmácia. Conselho Federal de Educação. Brasília: Ministério da Educação e Cultura.
- Brasil (1990). 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 da outras providências*. Recuperado em 9 de outubro, 2015, em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
- Brasil (1990). Análise do substituto ao projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. In: *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: texto aprovado na Comissão de Educação, Cultura e Desportos da CD*. São Paulo: Cortez.
- Brasil (1995). *VI Seminário Nacional sobre Currículo de Farmácia*. Relatório final. Londrina: Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia.
- Brasil (2000). Política Nacional de Medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2): 206-209.

Brasil (2001). LEI No 10.172, DE 9 DE JANEIRO DE 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110172.htm

Brasil (2002). *Resolução nº 2 do CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Brasília: Conselho Nacional de Educação.

Brasil (2012). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). *Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação presencial e a distância*. Brasília, DF: INEP, 2012. Recuperado em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_cursos_graduacao/instrumentos/2012/instrumento_com_alteracoes_maio_12.pdf>. Acesso em: 08/02/2013.

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais*. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. - Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2006). Ministério da Educação Instrumento de avaliação de cursos de graduação. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Brasil (2003). *Formação de recursos humanos na área farmacêutica: termo de referência*. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos e Ministério da Saúde.

Brasil (2005). *Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2005). 1.^a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica - Relatório Final. *Efetiva o Acesso, a Qualidade e a Humanização na Assistência Farmacêutica, com Controle Social*. Recuperado em 18 de novembro, 2015, em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmacutica.pdf.

Brasil (2007). *I Fórum de Educação Farmacêutica: O Farmacêutico de que o Brasil necessita*. Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico. Brasília: Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

- Brasil (2007). *Portaria Interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007, que dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação.
- Brasil (2008). *Condiciones de salud y trabajo em el sector salud/Health and work conditions of health care workers*. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.
- Brasil (2009). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissionais em Saúde. Pró-Saúde: Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009). *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009). *Resolução nº 4 do CNE/CES de 06 de abril de 2009*. Brasília: Ministério da Educação.
- Brasil (2010). *Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde*. Brasília: Relatório.
- Brasil (2010). *Referenciais Curriculares Nacionais dos Cursos de Bacharelado e Licenciatura*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior.
- Brasil (2011). *Censo da Educação Superior 2011*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais e Ministério da Cultura e Educação.
- Brasil (2012). *Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil (2013). *Qualis Periódicos*. Brasília: Coordenação do Pessoal de Nível Superior - CAPES. Recuperado em 30 de outubro de 2013. Disponível: < <http://www.capes.gov.br/> >.
- Brasil (2014). *Avaliação dos Cursos de Graduação*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais e Ministério da Cultura e Educação.

- Brasil (2014). Lei nº 13.021, DE 8 de Agosto de 2014. *Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas*. Brasil.
- Butler, F. C. (1978). The Concept of Competence: an operation definition. *Educational Technology*, 18 (1): 7 – 18.
- Burlamaqui, M.G. B. (2008). Avaliação e Qualidade na educação Superior: tendências na literatura e algumas implicações para o sistema de avaliação brasileiro. *Estudos em Avaliação Educacional*, v. 19, n.39, jan./abr.
- Campese, M. & Mazzaroba, L. (2005). *Ensino Farmacêutico no Brasil: do currículo mínimo às Diretrizes Nacionais Curriculares*. Monografia de especialização em Infecção Hospitalar. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Campos, F. E.; Aguiar., R. A. T. & Belizário, S. A. (2008). A Formação Superior dos Profissionais de Saúde. O Sistema Único de Saúde. In: Giovanella, L. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Oswaldo Cruz.
- Caponi, S. (2008). A Saúde como abertura ao Risco. In: Czeresnia, D. (2008). O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia, D & Freitas, C.M. (Org.). *Promoção da Saúde*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Cattani, A.D. & Holzmann, L. (2011). *Dicionário de Trabalho e Tecnologia*. Zouk, editora. Rio de Janeiro. RJ.
- Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revisit de Saudi Collative*, 14 (1), 41- 65.
- Centre for Pharmacy Postgraduate Education; Health Education England (2014). *Consultation skills for pharmacy practice: practice standards for England*.
- Charlie, E. (2001). Formar Professores Profissionais para uma Formação Contínua Articulada à Prática. In: Paranoid, P., PA quay, L., Alter, M. & Charlie, E. (Orgs.). *Formando Professores Profissionais: quais estratégias? Quais competências?* Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Competency Development & Evaluation Group (2007). *A Framework for Pharmacist Development in General Pharmacy Practice (2ª Erica)*.

- Chomsky, N. (1971). *Linguagem e pensamento*. Petrópolis: Editora Vozes.
- COBEF. Congresso Brasileiro de Educação Farmacêutica. Recuperado em 16 de setembro, 2015, em: http://www.cobef.org.br/main.php?lang=por_home.
- Conselho Regional de Farmácia (2006). *1º Fórum Estadual de Educação Farmacêutica*. Florianópolis.
- Correr, C.J. (2014). O serviço da clínica farmacêutica. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. *Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde*. Ministério da Saúde. Brasília. Distrito Federal.
- Council on Credentialing in Pharmacy (2009). *Scope of Contemporary Pharmacy Practice: Roles, Responsibilities, and Functions of Pharmacists and Pharmacy Technicians*. Washington, DC.
- Creswell, JW. (2010). Projeto de Pesquisa: Método qualitativo, quantitativo e misto. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, G.T (2014). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005. Apud: Nogueira, M.I. Retratos da Formação Médica nos novos cenários de prática. Hucitec, São Paulo.
- Czeresnia, D. (2008). O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia, D & Freitas, C.M. (Org.). *Promoção da Saúde*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Delors, J.; Al-Mufti, I.; Amagi, I.; Carneiro, R.; Chung, F.; Geremek, B.; Gorhan, W.; Kornhauser, A.; Manley, M.; Quero, M. P.; Savane, M. A.; Singh, K.; Stavenhagen R.; Suhr, M. W. & Nanyhao, Z. (2006). *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. São Paulo: Cortez.
- Demo, P. (2000). *Educar pela Pesquisa*. Campinas: Editora Autores Associados.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. (2006). *O planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e abordagens*. Porto Alegre: Editora ARTMED.

- Deslandes, S.F. (2008). Humanização dos Cuidados: explorando conceitos e conexões disciplinares. IN: Deslandes, S.F. *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dias-Sobrinho, J. (2008). Qualidade, avaliação: Do SINAES a Índices. Avaliação, Campinas; Sorocaba. São Paulo. SP.
- Faria L., Castro, S. & Luiz A. (2011). As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 18 (1): 227-240.
- Farr, R. M. (1982). Interviewing: the Social Psychology of the Interview. In: Fransella F. (Org). *Psychology for Occupational Therapists*. Londres: Macmillian. In: Denzin, N. K. Lincoln, Y. *O planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e abordagens*. Porto Alegre: ARTMED.
- Federação Internacional de Farmacêuticos; Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura; Organização Mundial da Saúde; Grupo de Trabalho em Educação Farmacêutica (2008). Plano de Ação 2008-2010.
- Fenafar & Enefar (1996). *Proposta de Reformulação do Ensino Farmacêutico no Brasil*. São Paulo: Editora Eikongraphic's.
- Fernandes, J.D.; Xavier, I.M. Ceribelli, M. I. P.; Bianco, M.H.C.; Maeda, D.; Rodrigues, M.V.C. (2005). Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. *Rev. Esc Enferm USP*.
- Feuerwerker, L.C. M. & Sena, R.R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v6, n10, p.37-50.
- FIP & WHO/OMS (2006). Desarrollo de la práctica de la farmácia. Centrada em la atención del paciente. Recuperado em 5 de setembro, 2015, em: <https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf>.
- FIP, UNESCO & WHO/OMS (2008). Grupo de Trabalho em Educação Farmacêutica. Recuperado em 4 de agosto, 2015, em: https://www.fip.org/files/fip/PharmacyEducation/Action%20Plan_portuguese.pdf

- FIP & WHO/OMS (2011). Good Pharmacy Practice. Joint FIP/WHO Guidelines on GPP: Standards for Quality of Pharmacy Practice. Recuperado em 4 de julho, 2015, em: https://www.fip.org/files/fip/WHO/GPP%20guidelines%20FIP%20publication_final.pdf.
- Fine, M. (1994). Working the hyphens: Reinventing Self and other in qualitative research. In: Denzin, N. K. Lincoln, Y. (2006). *O planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e abordagens*. Porto Alegre: ARTMED.
- Fleury, S. & Ouverney, A.M (2012). O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. Recuperado em 23 de outubro, 2015, em: http://www.researchgate.net/publication/262748984_O_sistema_nico_de_sade_brasileir_o_Desafios_da_gesto_em_rede.
- Fleury, S. & Ouverney, A.M. (2014). Política de Saúde: Uma Política Social. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Giovanella, Ligia & org. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES.
- Flick, U. (2009). *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Artmed. Porto Alegre. Rio Grande do Sul.
- Foucault, M. (1998). O Nascimento da Clínica. Forense Universitária. 5ª edição. Rio de Janeiro.
- Freire, P. (2009). *Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários a prática educativa*. São Paulo: Paz & Terra.
- Funghetto, S. S. & Griboski, C. M. (2011). Reformulação dos Instrumentos de Avaliação dos Cursos de Graduação da Educação Superior para Operacionalização do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior -Sinaes. Brasília, Distrito Federal.
- Funghetto, S. S. & Griboski, C. M. (2016). Perfil Profissional tendo o SUS como base das Diretrizes Curriculares da área da saúde no processo avaliativo. *Saúde em Redes*. 1 (3): 103 – 120.
- Gadella, C.A; Maldonado, J.M.S.V. & Costa, L.S. (2014). O Complexo Produtivo da Saúde e sua Relação com o Desenvolvimento: Um olhar sobre a dinâmica da inovação

- em saúde. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Giovanella, Ligia e orgs (2ª ed.). Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ/CEBES.
- Giovanella, L. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Giovanni, G. (1980). A questão dos remédios no Brasil: (produção e consumo). São Paulo: Livraria e Editora Polis.
- Glasser, B. G. & Strauss, A. L. (2009). The Discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Reserch. New York: Aldine. In: Flick, U. *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Giroux, H. A. & Simon, R. (1994). Cultura popular e pedagogia crítica: a vida cotidiana como base para o conhecimento curricular. IN: Moreira, A.F. & Tadeu, T. (Orgs.). *Currículo, cultura e sociedade*. São Paulo: Cortez.
- Giroux, H. A. & McLaren, P. (2008). Formação do professor como uma contra esfera pública: a pedagogia radical como uma forma de política cultural. IN: Moreira, A.F. & Tadeu, T. (Orgs.). *Currículo, cultura e sociedade*. São Paulo: Cortez.
- Griboski, C. M. (2014). Regular e/ou induzir qualidade? Os cursos de pedagogia nos ciclos avaliativos do Sinaes. Tese de Doutorado em Educação, Universidade de Brasília, Brasil.
- Grix, J. (1996). A Deweyan theory of democratic listening. *Educational theory*, 46 (1): 29-451.
- Günther, I. A. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (2): 201-210.
- Gusmão, J.B. (2013) A Construção da noção de qualidade da educação. Ensaio: aval. Pol. Pub. Educ. Rio de Janeiro. RJ.
- Hamilton, D. (1992). Sobre as origens dos termos classe e currículo. *Teoria e Educação*, (6): 33-52.
- Hidalgo, M. A. (2008). Gestão e currículo. *Fundamentos políticos e epistemológicos dos projetos escola Cidadã e cidade Educadora*. São Paulo: Editora UNESP.

Inep (2010). Censo da Educação Superior (1995-2009). Brasília. Disponível em: <http://dados.gov.br/daset/microdados-do-censo-da-educacao-superior>

(Inep, 2010). Censo da Educação Superior (2010). Brasília. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/centso_superior/documentos/2010/divulgacao_censo_2010.pdf. Acesso em: 06/2/2016).

International Pharmaceutical Federation (2010). A Global Competency Framework.

International Pharmaceutical Federation (2012). Pharmacy Education A Global Competency Framework.

Ivama, A. M.; Galván, Z. C. V.; Badilla, B.; Acuña-Johnson, P.; Bruno, A.; Chiaranda, J. P.; Novaes, M. R. G; de Castro, M.; Gal, D.; Castro, J. L.; Savio, E.; Cinchilla, N. M.; Nelly, M. L. Q.; Jaramillo, M.; Porras, A.; Pinto, G. S. (2012). Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos (SF) basados en Atención Primaria de Salud (APS) y las Buenas Prácticas en Farmacia (BPF).

Jackson, S.; Gysslink, P.; Martin, G.; Chapman, J.; Halstead, P.; Dettwiller, P.; Nissen, L.; Marty, S.; Allinson, Y.; Matthews, A.; Association of Hospital Pharmacists (org) (2010). National Competency Standards Framework for Pharmacists in Australia.

Kleinert, S. & Horton, R. (2011). *Brasil: no caminho da sustentabilidade e de igualdade na saúde*. Brasília: The Lancet Saúde no Brasil.

Kuschnir, R & ChornyI, A.H (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Recuperado em 25 de setembro, 2015, em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500006&script=sci_arttext.

Lobato, L.V. C & Giovanella, L. (2014). Sistemas de Saúde: Origens, componentes e Dinâmica. IN: Giovanella, L. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Lage, M.C. (2011). Utilização do software NVivo e m pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *ETD – Educ. Tem. Dig.*, Campinas, v.12 (esp), p.198-226.

Leite, S. N.; Nascimento, J. R.. M.; Costa, L. H. & Barbano, D. B. (2008). I Fórum Brasileiro de Educação Farmacêutica: O farmacêutico que o Brasil precisa. *Comunicação, Educação e Saúde*. Interface: 12 (25): 461-462.

- Lopes, A. C. & MACEDO, E. (2011). *Teorias de Currículo*. São Paulo: Cortez.
- Machado, M.H. (2014). Trabalho e Emprego no Brasil. IN: Giovanella, L. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Marin, N; Luiza; V.L; Osório-de-Castro, C.G.S. & Machado-dos-Santos, S. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS.
- Marsiglia, R. G. (1995). *Relação Ensino e Serviços – 10 anos de integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Mattos, R.A. (2008). Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: Algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: Matta, G. A. & Lima, J. C. F. Estado, *Sociedade e Formação Profissional em Saúde – Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Santos, B. 2001. In: Mattos, R.A. (2008). Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: Algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: Matta, G. A. & Lima, J. C. F. Estado, *Sociedade e Formação Profissional em Saúde – Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Martins, C.B. (2009). . Revista Educ. Soc.vol. 30 (106) p. 15-35, Campinas, São Paulo.
- MEC (2014). Resolução Nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasil
- Mendes-Gonçalves, R.B. (2002). Reflexões sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In *Epidemiologia, Teoria e Objeto*. Dina Czerenia Costa (3ª ed.) São Paulo: Hecitec-Abrasco.
- Mendes Gonçalves, R.B. (1992). Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades. *Cadernos CEFOT*. São Paulo. SP.
- Merhy, E.E (2014). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Apendice 1. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Quarta edição. São Paulo: Hucitec.

- Merhy, E.E (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Cap. 4. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. Quarta edição. São Paulo: Hucitec.
- Mertens, L. (1996). *Competência laboral: sistemas surgimento y modelos*. Montivideo: Cinterfor.
- Mészáros, I. (2008). A educação para além do capital. Nova edição ampliada. São Paulo: Boitempo editorial.
- Mills, L.; Antomiou, S.; Davie, G.; McRobbie, D.; Meadows, N.; Bednall, R.; Farmer, D.; Webb, D.; Bates, I.; Wright, J; Quinn, J.; Semple, S. (2004). *A Competency Framework for Pharmacy Practitioners: General Level Handbook*. Recuperado em: Disponível em: http://www.codeg.org/fileadmin/codeg/v2_GLF.pdf
- Mimesse, E. (2005). Parâmetros Curriculares Nacionais e Plano Nacional de Educação: quando a ordem dos fatores não altera o resultado. Editora: *Vidya*, 25 (1): 95-114.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2005) Introdução: Conceito de avaliação por triangulação. In: Minayo, M. C. S; Assis, S.G.; Souza,E.R. (org). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ministério da Saúde (2005). Relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. *Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde (2014). Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Recuperado em 25 de outubro, 2015, em: http://crfsc.org.br/nv/index.php?option=com_content&view=article&id=3134:confira-o-relatorio-de-avaliacao-do-ministerio-da-saude-sobre-os-10-anos-da-pnaf&catid=37:crf-em-acao.
- Ministério da Saúde (2005).Farmação médica: mudanças na graduação. Programa Mais Médicos. Mais Saúde. Para os Brasileiros. Brasília. DF.

- Ministério da Saúde (2014). Serviço farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. Distrito Federal.
- Ministério da Saúde (2014) Assistência Farmacêutica. Histórico/Descrição. Recuperado em em 21 de fevereiro de 2016, em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/470-ctie-raiz/daf-raiz/daf/12-daf/12125-assistencia-farmaceutica>.
- Moreira, A.F. B. & Tadeu, T. (1994). Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. IN: Moreira, A.F. & Tadeu, T. (Orgs.). *Currículo, cultura e sociedade*. São Paulo: Cortez.
- Morin, E. (2006). *A Cabeça Bem-Feita. Repensar a reforma – reformar o pensamento*. Bertrand Brasil. Rio de Janeiro. RJ.
- Mourão, L. & Gardênia, S. (2010). Competências profissionais estratégias de qualificação e requalificação. In: *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Bastos, A.V.B. & Gondim, S.M.G. (2010). Bookman. Artmed. Porto Alegre. RS.
- National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (2007). Professional Competencies for Canadian Pharmacists at Entry Practice. Ottawa.
- Nicoline, C. B. (2010). *Assistência Farmacêutica no SUS: percepções de graduandos de farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Noronha JC, Lima LD, Machado CV (2008). O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Organização Panamericana de Saúde (2006). *Propuesta de Acreditación para carreras de Farmacia de América Latina*. VIII Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica (CPEF).
- Organização Pan-americana de Saúde; Federação Internacional Farmacêutica (2006). *Desarrollo de la práctica de farmacia: Centrada en la atención del paciente*. Ginebra, Suíça.

- Organização Panamericana de Saúde (2013). *Servicios farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud. SERIE: La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas*. Washington, DC.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington: OPS/OM.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria en Salud*. Washington: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Série La renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas*. Washington: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS*. Washington: OPS/OMS.
- Organização Panamericana de Saúde (2014). *Desenvolvimento Sustentável e Saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil*. Brasília: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Proposal for a Basic Pharmaceutica Edication Plan and Professional Competencies of the Pharmacist. Pan American Conference on Pharmaceutical Education*. Washington: OPS/OMS.
- Pagliosa, F. L. & Da Ros, M. A. (2008) O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (4): 492-499.
- Paim, J. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Caderno de Saúde Pública*, 29 (10): 1927-1953.
- Paim, J. Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. & Macinko, J. (2011) *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Brasilia: The LANCET Saúde no Brasil.
- Parker, I. (2005). *Qualitative Psychology: introducing radical research*. London: Open University Press.

- Pharmacy Council of New Zealand (2011). *Safe Effective Pharmacy Practice: Competence Standards for the Pharmacy Profession*. New Zealand.
- Peduzzi, M. (1998). Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese de doutorado. Unicanp. Campinas. SP. Recuperado em 13 de agosto, 2015 em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977>.
- Peduzzi, M. (2012). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm*. São Paulo: USP.
- Pernoud, F. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed.
- Pernoud, F. (2005). *Escola e Cidadania: o papel da escola na formação para a democracia*. Porto Alegre: Artmed.
- Presidência da República (2005). CRETO Nº 5.622, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005.
- Regulamenta o art. 80 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília. DF. Recuperado em em 21 de fevereiro de 2016, em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/portarias/dec5.622.pdf>.
- Ramos, M.N. (2002). A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. *Educ. Soc.*, Campinas, 23 (80) p. 401-422.
- Ramos, M. N. (2008). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Rech, N. (2008). Reflexão inicial: O setor farmacêutico e o desenvolvimento nacional. In: *I Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde*. Brasília: Relatório.
- Rech, N. (2015). *Educação Farmacêutica: O fazer transformador na saúde e a centralidade do trabalho*. Brasília: Relatório.
- Ribeiro, A. & Barata, R. (2014). Condições de Saúde da População Brasileira. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Giovanella, Ligia e Orgs (2ª ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES.

- Ristoff, D; Sevegnani, P. (2005). Democratização do Campus.: INEP. (Coleção Educação Superior em Debate, v.6). INEP. Brasília. DF.
- Ropé, F. & Tannguy, L. (Orgs) (2003). Introdução. Saberes e competências. O uso de tais noções na escolas e nas empresas (4^a ed.). Campinas. São Paulo.
- Rosenfield, C.L. & Nardi, H.C. (2011). Competência. IN: Cattani, A.D. & Holzmann, L. (Orgs). *Dicionário de Trabalho e Tecnologia*. Porto Alegre, RS. Editora: Zouk.
- Royal Pharmaceutical Society (2011). Leadership Competency Framework for Pharmacy Professionals.
- Sánchez, E. (2005). *A Psicologia Ambiental, uma disciplina interdisciplinar*. Psicologia, 16(3), 195-206. São Paulo: USP.
- Santos, M. R. C. (1999). *Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino*. Ribeirão Preto: Holos.
- Santos, N. R. (2013). SUS política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (1): 273-280.
- Santos, R. I. (2011). Concepções de Assistência Farmacêutica no contexto histórico brasileiro. Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Farmácia – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.
- Santome, J. T. (1998). *Globalização e interdisciplinariedade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Santome, J. T. (1998). Globalização e interdisciplinariedade: o currículo integrado. A Organização Relevante nos Currículos. Artes Médicas. Porto Alegre. RS.
- Saramago, J. (2013). Democracia e Universidade. Fundação Jose Saramago. *Ed.UFPA*. Belém, Pará.
- Saturnino, L.T. M; Perine. E. & Luz, Z.P (2012). Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. *Rev. Bras. Farm.* 93(1). Rio de Janeiro.
- Saviani, N. (2003). *Currículo: um grande desafio para o professor*. São Paulo: Apeoesp.

- Scherer, M. D. A. (2006). O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Scliar, M. (2007). *PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41.
- Silveira, J. L. G. C. (2007). *Formação Integralidade e Educação Popular*. Blumenau: Edfurb.
- Siqueira-Batista, R.; Gomes, A. P.; Albuquerque, V. S.; Cavalcanti, F. O. L. & Cotta, R. M. M. (2013). Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (1): 159-170.
- Silva, W.B. (2009). *A emergência da atenção farmacêutica: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino*. Tese de Doutorado, UFSC, Santa Catarina, Brasil.
- Silva, T. T. (1999). *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. Belo Horizonte: Autêntica.
- SINAES (2007). *Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: Da concepção à regulamentação* (4ª ed.). Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.
- Siqueira-Batista, R. (2013). Educação e Competências para o SUS: Pensar alternativa (s) a lógica (s) do capitalismo tardio. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18 (I): 159 – 170.
- Soares, L., Boff, P. R. Valgas, L., Costa, L. H. & Leite, S. N. (2008). *Educação farmacêutica e Identidade Profissional. O Farmacêutico na Atenção a Saúde*. Itajaí: Editora UNIVALI.
- Zarifan, P. (2012) Competências, Formação e Classificação. Objetivo Competência. Por Uma Nova Lógica. Editora atlas.
- University of London; European Pharmaceutical Students' Association; Pharmaceutical Group of the European Union; European Association of Hospital Pharmacists; European Industrial Pharmacists Group (2011). Identifying and Defining Competencies: Exploitation of results - recommendations on competency curriculum for professional pharmacists.

- Wolff, S. (2004). Analysis of documents and records, In U. Flick, Kardoff, E.V. & Steinke, I. (3^a ed). *A Companion to Qualitative Research*. London: Artmed.
- World Health Organization (1996). *Continuity and change: Implementing the third*. Study Group on Integration on Health Care Delivery. Geneva: Technical Report Series.
- World Health Organization (1996). *Medicines Strategy 2008-2013*. Study Group on Integration on Health Care Delivery. Geneva: Technical Report Series.
- World Health Organization (1996). *Primary health care, including health system strengthening 124th Session*. Study Group on Integration on Health Care Delivery. Geneva: Technical Report Series.
- Wu-Pong, S.; Gobburu, J.; O'Barr, S.; Shah, K.; Huber, J.; Weiner, D. (2013). *The Future of the Pharmaceutical Sciences and Graduate Education: Recommendations from the AACP Graduate Education Special Interest Group*. American Journal of Pharmaceutical Education.
- Valladão, M.; et al. (1986). Os (des)caminhos do ensino de farmácia no Brasil. *Rev. Farm. Bioq. da UFMG*. Belo Horizonte.

ANEXO A

Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação no período de 2012 a 2014



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep Diretoria de
Avaliação da Educação Superior – DAES
Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – Sinaes

**Instrumento de Avaliação de Cursos de
Graduação presencial e a distância**

Brasília, fevereiro de 2012.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Este Instrumento subsidia os atos autorizativos de cursos – autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento – nos graus de tecnólogo, de licenciatura e de bacharelado para a modalidade presencial e a distância. De acordo com o art. 1º da Portaria Normativa 40/2007, consolidada em 29 de dezembro de 2010, a aplicação dos indicadores desse instrumento dar-se-á exclusivamente em meio eletrônico, no sistema e-MEC. Os avaliadores deverão considerar as orientações a seguir:

1. Atribuir conceitos de 1 a 5, em ordem crescente de excelência, a cada um dos indicadores de cada uma das três dimensões;
2. Considerar os critérios de análise dos respectivos indicadores da dimensão. A atribuição dos conceitos deve ser feita da forma seguinte:

Conceito	Descrição
1	Quando os indicadores da dimensão avaliada configuram um conceito NÃO EXISTENTE .
2	Quando os indicadores da dimensão avaliada configuram um conceito INSUFICIENTE .
3	Quando os indicadores da dimensão avaliada configuram um conceito SUFICIENTE .
4	Quando os indicadores da dimensão avaliada configuram um conceito MUITO BOM/MUITO BEM .
5	Quando os indicadores da dimensão avaliada configuram um conceito EXCELENTE .

3. Atribuir os conceitos a cada um dos indicadores. Os conceitos deverão ser contextualizados, com base nos indicadores, descritos de forma abrangente e coerentes no quadro “CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIMENSÃO”;
4. Manter sempre a coerência entre o conceito atribuído aos indicadores e ao gerado na dimensão com a análise qualitativa;
5. Consultar o glossário sempre que necessário;
6. A contextualização da IES e do curso e a síntese preliminar devem conter, obrigatoriamente, os dados abaixo:

6.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA IES

- a) Nome da mantenedora;
- b) Base legal da mantenedora (endereço, razão social, registro no cartório e atos legais);
- c) Nome da IES;
- d) Base legal da IES (endereço, atos legais e data da publicação no DOU);
- e) Perfil e missão da IES;
- f) Dados socioeconômicos da região;
- g) Breve histórico da IES (criação, trajetória, áreas oferecidas no âmbito da graduação e da pós-graduação, áreas de atuação na extensão e áreas de pesquisa, se for o caso).

6.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CURSO

- a) Nome do curso;
- b) Nome da mantida;
- c) Endereço de funcionamento do curso;
- d) Atos legais de Autorização, Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento do curso, quando existirem;
- e) Número de vagas pretendidas ou autorizadas;
- f) Conceito Preliminar de Curso – CPC – e Conceito de Curso – CC –, quando houver;
- g) Turnos de funcionamento do curso (matutino, vespertino, noturno e integral);
- h) Carga horária total do curso (em horas e em hora/aula);
- i) Tempo mínimo e máximo para integralização;

- j) Identificação do (a) coordenador (a) do curso;
- k) Perfil do (a) coordenador (a) do curso (formação acadêmica, titulação, tempo de exercício na IES e na função de coordenador do curso);
- l) Composição, titulação, regime de trabalho e permanência sem interrupção dos integrantes do Núcleo Docente Estruturante – NDE;
- m) Tempo médio de permanência do corpo docente no curso (exceto para autorização). Somar o tempo de exercício no curso de todos os docentes e dividir pelo número total de docentes no curso, incluindo o tempo do (a) coordenador (a) do curso.

6.3. SÍNTESE PRELIMINAR

- a) Identificar a modalidade do curso;
- b) Realçar se há divergência no endereço de visita com o endereço do ofício de designação;
- c) Explicitar os documentos que serviram de base para análise da avaliação (PDI, PPC, relatórios de autoavaliação e demais relatórios da IES), e se estão dentro do prazo de validade;
- d) Observar as diligências e seu cumprimento;
- e) Verificar e comentar se o (a) coordenador (a) do curso apresentou justificativa procedente, ou não, ao CPC insatisfatório e se há coerência entre a justificativa apresentada e as ações propostas para sanear as possíveis deficiências (somente para Renovação de Reconhecimento de curso).

INFORMAÇÕES

1. O Conceito do Curso (CC) é calculado, pelo sistema e-MEC, com base na média aritmética ponderada dos conceitos das dimensões, os quais são resultados da média aritmética simples dos indicadores das respectivas dimensões.
2. Este instrumento possui indicadores com recurso de NSA, ou seja, “Não Se Aplica”. Quando o indicador não se aplicar à avaliação, a comissão deverá optar por NSA. Assim, este indicador não será considerado no cálculo da dimensão.
3. O termo Não Se Aplica – NSA, constante nos indicadores específicos, deverá ser analisado de acordo com as diretrizes curriculares do curso e será justificado pelo avaliador após análise do Projeto Pedagógico do Curso – PPC, do Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI e das Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs.
4. Cada indicador apresenta, predominantemente, um objeto de análise.
5. Para os indicadores que contemplam o termo “Análise Sistêmica e Global”, a comissão deverá seguir somente os aspectos estabelecidos no respectivo indicador, baseados nas informações contidas no Projeto Pedagógico do Curso – PPC, no Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI e nas e das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs.

Dimensão 1: ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

Fontes de Consulta: Plano de Desenvolvimento Institucional, Projeto Pedagógico do Curso, Diretrizes Curriculares Nacionais, quando houver, e Formulário Eletrônico preenchido pela IES no e-MEC.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.1. Contexto educacional	1	Quando o PPC não contempla as demandas efetivas de natureza econômica e social.
	2	Quando o PPC contempla, de maneira insuficiente , as demandas efetivas de natureza econômica e social.
	3	Quando o PPC contempla, de maneira suficiente , as demandas efetivas de natureza econômica e social.
	4	Quando o PPC contempla muito bem as demandas efetivas de natureza econômica e social.
	5	Quando o PPC contempla, de maneira excelente , as demandas efetivas de natureza econômica e social.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.2. Políticas institucionais no âmbito do curso	1	Quando as políticas institucionais de ensino, de extensão e de pesquisa (esta última, quando for o caso) constantes no PDI não estão previstas/implantadas no âmbito do curso.
	2	Quando as políticas institucionais de ensino, de extensão e de pesquisa (esta última, quando for o caso) constantes no PDI estão previstas/implantadas, de maneira insuficiente , no âmbito do curso.
	3	Quando as políticas institucionais de ensino, de extensão e de pesquisa (esta última, quando for o caso) constantes no PDI estão previstas/implantadas, de maneira suficiente , no âmbito do curso.
	4	Quando as políticas institucionais de ensino, de extensão e de pesquisa (esta última, quando for o caso) constantes no PDI estão muito bem previstas/implantadas no âmbito do curso.
	5	Quando as políticas institucionais de ensino, de extensão e de pesquisa (esta última, quando for o caso) constantes no PDI estão previstas/implantadas, de maneira excelente , no âmbito do curso.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.3. Objetivos do curso	1	Quando os objetivos do curso não apresentam coerência, em uma análise sistêmica e global, com os aspectos: perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional.
	2	Quando os objetivos do curso apresentam insuficiente coerência, em uma análise sistêmica e global, com os aspectos: perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional.
	3	Quando os objetivos do curso apresentam suficiente coerência, em uma análise sistêmica e global, com os aspectos: perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional.
	4	Quando os objetivos do curso apresentam muito boa coerência, em uma análise sistêmica e global, com os aspectos: perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional.
	5	Quando os objetivos do curso apresentam excelente coerência, em uma análise sistêmica e global, com os aspectos: perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.4. Perfil profissional do egresso	1	Quando o perfil profissional não expressa as competências do egresso.
	2	Quando o perfil profissional expressa, de maneira insuficiente , as competências do egresso.
	3	Quando o perfil profissional expressa, de maneira suficiente , as competências do egresso.
	4	Quando o perfil profissional expressa muito bem as competências do egresso.
	5	Quando o perfil profissional expressa, de maneira excelente , as competências do egresso.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.5. Estrutura curricular (Considerar como critério de análise também a pesquisa e a extensão, caso estejam contempladas no PPC)	1	Quando a estrutura curricular prevista/implantada não contempla , em uma análise sistêmica e global, os aspectos: flexibilidade, interdisciplinaridade, compatibilidade da carga horária total (em horas), articulação da teoria com a prática e, nos casos de cursos a distância, mecanismos de familiarização com essa modalidade.
	2	Quando a estrutura curricular prevista/implantada contempla, de maneira insuficiente , em uma análise sistêmica e global, os aspectos: flexibilidade, interdisciplinaridade, compatibilidade da carga horária total (em horas), articulação da teoria com a prática, e nos casos de cursos a distância, mecanismos de familiarização com essa modalidade.
	3	Quando a estrutura curricular prevista/implantada contempla, de maneira suficiente , em uma análise sistêmica e global, os aspectos: flexibilidade, interdisciplinaridade, compatibilidade da carga horária total (em horas), articulação da teoria com a prática e, nos casos de cursos a distância, mecanismos de familiarização com essa modalidade.
	4	Quando a estrutura curricular prevista/implantada contempla, muito bem , em uma análise sistêmica e global, os aspectos: flexibilidade, interdisciplinaridade, compatibilidade da carga horária total (em horas), articulação da teoria com a prática e, nos casos de cursos a distância, mecanismos de familiarização com essa modalidade.
	5	Quando a estrutura curricular prevista/implantada contempla, de maneira excelente , em uma análise sistêmica e global, os aspectos: flexibilidade, interdisciplinaridade, compatibilidade da carga horária total (em horas), articulação da teoria com a prática e, nos casos de cursos a distância, mecanismos de familiarização com essa modalidade.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.6. Conteúdos curriculares	1	Quando os conteúdos curriculares previstos/implantados não possibilitam o desenvolvimento do perfil profissional do egresso considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: atualização, adequação das cargas horárias (em horas) e adequação da bibliografia.
	2	Quando os conteúdos curriculares previstos/implantados possibilitam, de maneira insuficiente , o desenvolvimento do perfil profissional do egresso considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: atualização, adequação das cargas horárias (em horas) e adequação da bibliografia.
	3	Quando os conteúdos curriculares previstos/implantados possibilitam, de maneira suficiente , o desenvolvimento do perfil profissional do egresso considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: atualização, adequação das cargas horárias (em horas) e adequação da bibliografia.
	4	Quando os conteúdos curriculares previstos/implantados possibilitam, muito bem , o desenvolvimento do perfil profissional do egresso considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: atualização, adequação das cargas horárias (em horas) e adequação da bibliografia.
	5	Quando os conteúdos curriculares previstos/implantados possibilitam, de maneira

		excelente , o desenvolvimento do perfil profissional do egresso considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: atualização, adequação das cargas horárias (em horas) e adequação da bibliografia.
Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.7. Metodologia	1	Quando as atividades pedagógicas não apresentam coerência com a metodologia prevista/implantada.
	2	Quando as atividades pedagógicas apresentam insuficiente coerência com a metodologia prevista/implantada.
	3	Quando as atividades pedagógicas apresentam suficiente coerência com a metodologia prevista/implantada.
	4	Quando as atividades pedagógicas apresentam muito boa coerência com a metodologia prevista/implantada.
	5	Quando as atividades pedagógicas apresentam excelente coerência com a metodologia prevista/implantada.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.8. Estágio curricular supervisionado NSA para cursos que não contemplam estágio no PPC e que não possuem diretrizes curriculares nacionais ou suas diretrizes não preveem a obrigatoriedade de estágio supervisionado	1	Quando o estágio curricular supervisionado previsto/implantado não está regulamentado/institucionalizado.
	2	Quando o estágio curricular supervisionado previsto/implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira insuficiente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, previsão/existência de convênios, formas de apresentação, orientação, supervisão e coordenação.
	3	Quando o estágio curricular supervisionado previsto/implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira suficiente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, previsão/existência de convênios, formas de apresentação, orientação, supervisão e coordenação.
	4	Quando o estágio curricular supervisionado previsto/implantado está muito bem regulamentado/institucionalizado considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, previsão/existência de convênios, formas de apresentação, orientação, supervisão e coordenação.
	5	Quando o estágio curricular supervisionado previsto/implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira excelente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, previsão/existência de convênios, formas de apresentação, orientação, supervisão e coordenação.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.9. Atividades complementares NSA para cursos que não contemplam atividades complementares no PPC e que não possuem diretrizes curriculares nacionais ou suas diretrizes não preveem a obrigatoriedade de atividades complementares	1	Quando as atividades complementares previstas/implantadas não estão regulamentadas/institucionalizadas.
	2	Quando as atividades complementares previstas/implantadas estão regulamentadas/institucionalizadas, de maneira insuficiente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, diversidade de atividades e formas de aproveitamento.
	3	Quando as atividades complementares previstas/implantadas estão regulamentadas/institucionalizadas, de maneira suficiente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, diversidade de atividades e formas de aproveitamento.
	4	Quando as atividades complementares previstas/implantadas estão muito bem regulamentadas/institucionalizadas considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, diversidade de atividades e formas de aproveitamento.
	5	Quando as atividades complementares previstas/implantadas estão regulamentadas/

		institucionalizadas, de maneira excelente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, diversidade de atividades e formas de aproveitamento.
Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.10. Trabalho de conclusão de curso (TCC) NSA para cursos que não contemplam TCC no PPC e que não possuem diretrizes curriculares nacionais ou suas diretrizes não preveem a obrigatoriedade de TCC	1	Quando o trabalho de conclusão de curso previsto/implantado não está regulamentado/institucionalizado.
	2	Quando o trabalho de conclusão de curso previsto/implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira insuficiente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, formas de apresentação, orientação e coordenação.
	3	Quando o trabalho de conclusão de curso previsto/implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira suficiente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, formas de apresentação, orientação e coordenação.
	4	Quando o trabalho de conclusão de curso previsto/implantado está muito bem regulamentado/institucionalizado considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, formas de apresentação, orientação e coordenação.
	5	Quando o trabalho de conclusão de curso previsto/implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira excelente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, formas de apresentação, orientação e coordenação.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.11. Apoio ao discente	1	Quando não existe programa de apoio ao discente previsto ou implantado.
	2	Quando o apoio ao discente previsto/implantado contempla, de maneira insuficiente , os programas de apoio extraclasse e psicopedagógico, de atividades de nivelamento e extracurriculares não computadas como atividades complementares e de participação em centros acadêmicos e em intercâmbios.
	3	Quando o apoio ao discente previsto/implantado contempla, de maneira suficiente , os programas de apoio extraclasse e psicopedagógico, de atividades de nivelamento e extracurriculares não computadas como atividades complementares e de participação em centros acadêmicos e em intercâmbios.
	4	Quando o apoio ao discente previsto/implantado contempla muito bem os programas de apoio extraclasse e psicopedagógico, de atividades de nivelamento e extracurriculares não computadas como atividades complementares e de participação em centros acadêmicos e em intercâmbios.
	5	Quando o apoio ao discente previsto/implantado contempla, de maneira excelente , os programas de apoio extraclasse e psicopedagógico, de atividades de nivelamento e extracurriculares não computadas como atividades complementares e de participação em centros acadêmicos e em intercâmbios.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.12. Ações decorrentes dos processos de avaliação do curso	1	Quando não há ações acadêmico-administrativas, em decorrência das autoavaliações e das avaliações externas (avaliação de curso, ENADE, CPC e outras) no âmbito do curso.
	2	Quando as ações acadêmico-administrativas, em decorrência das autoavaliações e das avaliações externas (avaliação de curso, ENADE, CPC e outras), no âmbito do curso, estão previstas/implantadas de maneira insuficiente .
	3	Quando as ações acadêmico-administrativas, em decorrência das autoavaliações e das avaliações externas (avaliação de curso, ENADE, CPC e outras), no âmbito do curso, estão previstas/implantadas de maneira suficiente .
	4	Quando as ações acadêmico-administrativas, em decorrência das autoavaliações e das

		avaliações externas (avaliação de curso, ENADE, CPC e outras), no âmbito do curso, estão muito bem previstas/implantadas.
	5	Quando as ações acadêmico-administrativas, em decorrência das autoavaliações e das avaliações externas (avaliação de curso, ENADE, CPC e outras), no âmbito do curso, estão previstas/implantadas de maneira excelente .
Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.13. Atividades de tutoria NSA para cursos presenciais. Obrigatório para cursos a distância e presenciais, reconhecidos, que ofertam até 20% da carga horária total do curso na modalidade a distância, conforme portaria 4.059 de 10 de dezembro de 2004	1	Quando não há o desenvolvimento de atividades de tutoria (presencial e a distância).
	2	Quando as atividades de tutoria previstas/implantadas atendem, de maneira insuficiente , às demandas didático-pedagógicas da estrutura curricular.
	3	Quando as atividades de tutoria previstas/implantadas atendem, de maneira suficiente , às demandas didático-pedagógicas da estrutura curricular.
	4	Quando as atividades de tutoria previstas/implantadas atendem muito bem às demandas didático-pedagógicas da estrutura curricular.
	5	Quando as atividades de tutoria previstas/implantadas atendem, de maneira excelente , às demandas didático-pedagógicas da estrutura curricular.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.14. Tecnologias de informação e comunicação – TICs – no processo ensino-aprendizagem	1	Quando as tecnologias de informação e comunicação (TICs) previstas/implantadas no processo de ensino-aprendizagem não permitem executar o projeto pedagógico do curso.
	2	Quando as tecnologias de informação e comunicação (TICs) previstas/implantadas no processo de ensino-aprendizagem permitem executar, de maneira insuficiente , o projeto pedagógico do curso.
	3	Quando as tecnologias de informação e comunicação (TICs) previstas/implantadas no processo de ensino-aprendizagem permitem executar, de maneira suficiente , o projeto pedagógico do curso.
	4	Quando as tecnologias de informação e comunicação (TICs) previstas/implantadas no processo de ensino-aprendizagem permitem executar muito bem o projeto pedagógico do curso.
	5	Quando as tecnologias de informação e comunicação (TICs) previstas/implantadas no processo de ensino-aprendizagem permitem executar, de maneira excelente , o projeto pedagógico do curso.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.15. Material didático institucional NSA para cursos presenciais que não contemplam material didático institucional no PPC, obrigatório para cursos a distância (Para fins de autorização, considerar o material didático disponibilizado para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)	1	Quando o material didático institucional previsto/implantado, disponibilizado aos estudantes, não permite executar a formação definida no projeto pedagógico do curso.
	2	Quando o material didático institucional previsto/implantado, disponibilizado aos estudantes, permite executar, de maneira insuficiente , a formação definida no projeto pedagógico do curso considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: abrangência, bibliografia adequada às exigências da formação, aprofundamento e coerência teórica.
	3	Quando o material didático institucional previsto/implantado, disponibilizado aos estudantes, permite executar, de maneira suficiente , a formação definida no projeto pedagógico do curso considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: abrangência, bibliografia adequada às exigências da formação, aprofundamento e coerência teórica.
	4	Quando o material didático institucional previsto/implantado, disponibilizado aos estudantes, permite executar, muito bem , a formação definida no projeto pedagógico do curso considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: abrangência, bibliografia adequada às exigências da formação, aprofundamento e coerência teórica.
	5	Quando o material didático institucional previsto/implantado, disponibilizado aos estudantes, permite executar, de maneira excelente , a formação definida no projeto pedagógico do

		curso considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: abrangência, bibliografia adequada às exigências da formação, aprofundamento e coerência teórica.
Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.16. Mecanismos de interação entre docentes, tutores e estudantes NSA para cursos presenciais que não contemplam mecanismos de interação entre docentes, tutores e estudantes no PPC, obrigatório para cursos a distância	1	Quando não há mecanismos de interação entre docentes, tutores e estudantes.
	2	Quando os mecanismos de interação entre docentes, tutores e estudantes previstos/implantados atendem, de maneira insuficiente , às propostas do curso.
	3	Quando os mecanismos de interação entre docentes, tutores e estudantes previstos/implantados atendem, de maneira suficiente , às propostas do curso.
	4	Quando os mecanismos de interação entre docentes, tutores e estudantes previstos/implantados atendem muito bem às propostas do curso.
	5	Quando os mecanismos de interação entre docentes, tutores e estudantes previstos/implantados atendem, de maneira excelente , às propostas do curso.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.17. Procedimentos de avaliação dos processos de ensino-aprendizagem	1	Quando os procedimentos de avaliação previstos/implantados utilizados nos processos de ensino-aprendizagem não atendem à concepção do curso definida no seu Projeto Pedagógico do Curso – PPC.
	2	Quando os procedimentos de avaliação previstos/implantados utilizados nos processos de ensino-aprendizagem atendem, de maneira insuficiente , à concepção do curso definida no seu Projeto Pedagógico do Curso – PPC.
	3	Quando os procedimentos de avaliação previstos/implantados utilizados nos processos de ensino-aprendizagem atendem, de maneira suficiente , à concepção do curso definida no seu Projeto Pedagógico do Curso – PPC.
	4	Quando os procedimentos de avaliação previstos/implantados utilizados nos processos de ensino-aprendizagem atendem, muito bem , à concepção do curso definida no seu Projeto Pedagógico do Curso – PPC.
	5	Quando os procedimentos de avaliação previstos/implantados utilizados nos processos de ensino-aprendizagem atendem, de maneira excelente , à concepção do curso definida no seu Projeto Pedagógico do Curso – PPC.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.18. Número de vagas (Para os cursos de Medicina, considerar também como critério de análise: disponibilidade de serviços assistenciais, incluindo hospital, ambulatório e centro de saúde, com capacidade de absorção de um número de alunos equivalente à matrícula total prevista para o curso; a previsão de 5 ou mais leitos na (s) unidade (s) hospitalar (es) própria (s) ou conveniada (s) para cada vaga oferecida no vestibular do curso, resultando em um egresso treinado em urgência e emergência; atendimento primário e secundário capaz de diagnosticar e tratar as principais doenças e apto a	1	Quando o número de vagas previstas/implantadas não corresponde à dimensão do corpo docente e às condições de infraestrutura da IES.
	2	Quando o número de vagas previstas/implantadas corresponde, de maneira insuficiente , à dimensão do corpo docente e às condições de infraestrutura da IES.
	3	Quando o número de vagas previstas/implantadas corresponde, de maneira suficiente , à dimensão do corpo docente e às condições de infraestrutura da IES.
	4	Quando o número de vagas previstas/implantadas atende muito bem à dimensão do corpo docente e às condições de infraestrutura da IES.
	5	Quando o número de vagas previstas/implantadas corresponde, de maneira excelente , à dimensão do corpo docente e às condições de infraestrutura da IES.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.19. Integração com as redes públicas de ensino Obrigatório para as Licenciaturas, NSA para os demais que não contemplam integração com as redes públicas de ensino no PPC	1	Quando não existem ações ou convênios que promovam integração com as escolas da educação básica das redes públicas de ensino.
	2	Quando as ações ou convênios que promovam integração com as escolas da educação básica das redes públicas de ensino estão previstos/implantados com abrangência e consolidação insuficiente .
	3	Quando as ações ou convênios que promovam integração com as escolas da educação básica das redes públicas de ensino estão previstos/implantados com abrangência e consolidação suficiente .
	4	Quando as ações ou convênios que promovam integração com as escolas da educação básica das redes públicas de ensino estão muito bem previstos/implantados com abrangência e consolidação.
	5	Quando as ações ou convênios que promovam integração com as escolas da educação básica das redes públicas de ensino estão previstos/implantados com abrangência e consolidação excelente .

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.20. Integração com o sistema local e regional de saúde e o SUS Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos que não contemplam integração com o sistema local e regional de saúde e o SUS no PPC	1	Quando a integração do curso com o sistema de saúde local e regional e o SUS não está formalizada por meio de convênio.
	2	Quando a integração do curso com o sistema de saúde local e regional e o SUS formalizada por meio de convênio é insuficiente sendo a relação alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor não professor do curso de mais de 4, atendendo aos princípios éticos da formação e atuação profissional.
	3	Quando a integração do curso com o sistema de saúde local e regional e o SUS formalizada por meio de convênio é suficiente sendo a relação alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor não professor do curso de no máximo 4, atendendo aos princípios éticos da formação e atuação profissional.
	4	Quando a integração do curso com o sistema de saúde local e regional e o SUS formalizada por meio de convênio é muito boa sendo a relação alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor não professor do curso de no máximo 3, atendendo aos princípios éticos da formação e atuação profissional.
	5	Quando a integração do curso com o sistema de saúde local e regional e o SUS formalizada por meio de convênio é excelente sendo a relação alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor não professor do curso de no máximo 2, atendendo aos princípios éticos da formação e atuação profissional.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.21. Ensino na área de saúde Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos	1	Quando a IES oferece menos de 2 cursos de graduação na área de saúde reconhecidos, com conceito mínimo 4 (quatro) no ENADE e no CPC (quando houver).
	2	Quando a IES oferece pelo menos 2 cursos de graduação na área de saúde reconhecidos, com conceito mínimo 4 (quatro) no ENADE e no CPC (quando houver).
	3	Quando a IES oferece pelo menos 4 cursos de graduação na área de saúde reconhecidos, e que, no último ciclo avaliativo, alcançaram no mínimo conceito 4 no ENADE e no CPC (quando houver).
	4	Quando a IES oferece pelo menos 5 cursos de graduação na área de saúde reconhecidos, com conceito mínimo 4 (quatro) no ENADE e no CPC (quando houver).
	5	Quando a IES oferece pelo menos 6 cursos de graduação na área de saúde reconhecidos,

		com conceito mínimo 4 (quatro) no ENADE e no CPC (quando houver).
Indicador	Conceito	Critério de Análise
1.22. Atividades práticas de ensino Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos	1	Quando não estão previstas/implantadas atividades práticas de formação.
	2	Quando estão previstas/implantadas, de maneira insuficiente , atividades práticas de formação priorizando o enfoque de atenção básica, especialmente nas áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, saúde coletiva, ginecologia e obstetrícia, em unidades básicas de saúde, ambulatorios (de nível secundário e terciário) ou unidades de internação, considerando a perspectiva da hierarquização dos serviços de saúde e da atenção médica, supervisionadas pelos docentes das respectivas disciplinas.
	3	Quando estão previstas/implantadas, de maneira suficiente , atividades práticas de formação priorizando o enfoque de atenção básica, especialmente nas áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, saúde coletiva, ginecologia e obstetrícia, em unidades básicas de saúde, ambulatorios (de nível secundário e terciário) ou unidades de internação, considerando a perspectiva da hierarquização dos serviços de saúde e da atenção médica, supervisionadas pelos docentes das respectivas disciplinas.
	4	Quando estão previstas/implantadas, muito bem , atividades práticas de formação priorizando o enfoque de atenção básica, especialmente nas áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, saúde coletiva, ginecologia e obstetrícia, em unidades básicas de saúde, ambulatorios (de nível secundário e terciário) ou unidades de internação, considerando a perspectiva da hierarquização dos serviços de saúde e da atenção médica, supervisionadas pelos docentes das respectivas disciplinas.
	5	Quando estão previstas/implantadas, de maneira excelente , atividades práticas de formação priorizando o enfoque de atenção básica, especialmente nas áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, saúde coletiva, ginecologia e obstetrícia, em unidades básicas de saúde, ambulatorios (de nível secundário e terciário) ou unidades de internação, considerando a perspectiva da hierarquização dos serviços de saúde e da atenção médica, supervisionadas pelos docentes das respectivas disciplinas.

Relato Global da Dimensão 1

--

Dimensão 2: CORPO DOCENTE E TUTORIAL

Fontes de Consulta: Projeto Pedagógico do Curso, Formulário Eletrônico preenchido pela IES no e-MEC e Documentação Comprobatória.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.1. Atuação do Núcleo Docente Estruturante – NDE	1	Quando o NDE não está previsto/implantado.
	2	Quando a atuação do NDE previsto/implantado é insuficiente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: concepção, acompanhamento, consolidação e avaliação do PPC.
	3	Quando a atuação do NDE previsto/implantado é suficiente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: concepção, acompanhamento, consolidação e avaliação do PPC.
	4	Quando a atuação do NDE previsto/implantado é muito boa considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: concepção, acompanhamento, consolidação e avaliação do PPC.
	5	Quando a atuação do NDE previsto/implantado é excelente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: concepção, acompanhamento, consolidação e avaliação do PPC.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.2. Atuação do (a) coordenador (a)	1	Quando não há atuação do (a) coordenador (a) do curso.
	2	Quando a atuação do (a) coordenador (a) é insuficiente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: gestão do curso, relação com os docentes e discentes e representatividade nos colegiados superiores.
	3	Quando a atuação do (a) coordenador (a) é suficiente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: gestão do curso, relação com os docentes e discentes e representatividade nos colegiados superiores.
	4	Quando a atuação do (a) coordenador (a) é muito boa considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: gestão do curso, relação com os docentes e discentes e representatividade nos colegiados superiores.
	5	Quando a atuação do (a) coordenador (a) é excelente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: gestão do curso, relação com os docentes e discentes e representatividade nos colegiados superiores.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.3. Experiência do (a) coordenador (a) do curso em cursos a distância (Indicador específico para cursos a distância)	1	Quando o (a) coordenador (a) possui menos de 1 ano de experiência em cursos a distância.
	2	Quando o (a) coordenador (a) possui experiência em cursos a distância maior ou igual a 1 ano e menor que 2 anos.
	3	Quando o (a) coordenador (a) possui experiência em cursos a distância maior ou igual a 2 anos e menor que 3 anos.
	4	Quando o (a) coordenador (a) possui experiência em cursos a distância maior ou igual a 3 anos e menor que 4 anos.
	5	Quando o (a) coordenador (a) possui experiência em cursos a distância maior ou igual a 4 anos.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.4. Experiência profissional, de magistério superior e de gestão acadêmica do (a) coordenador (a)	1	Quando o (a) coordenador (a) possui experiência profissional, de magistério superior e de gestão acadêmica, somadas, menor que 1 ano ou menos de 1 ano de magistério superior .
	2	Quando o (a) coordenador (a) possui experiência profissional, de magistério superior e de gestão acadêmica, somadas, maior ou igual a 1 ano e menor que 4 anos sendo, no mínimo, 1 ano de magistério superior .
	3	Quando o (a) coordenador (a) possui experiência profissional, de magistério superior e de gestão acadêmica, somadas, maior ou igual a 4 anos e menor que 7 anos sendo, no mínimo, 1 ano de magistério superior .
	4	Quando o (a) coordenador (a) possui experiência profissional, de magistério superior e de gestão acadêmica, somadas, maior ou igual a 7 anos e menor que 10 anos sendo, no mínimo, 1 ano de magistério superior .
	5	Quando o (a) coordenador (a) possui experiência profissional, de magistério superior e de gestão acadêmica, somadas, maior ou igual a 10 anos sendo, no mínimo, 1 ano de magistério superior .

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.5. Regime de trabalho do (a) coordenador (a) do curso NSA para cursos a distância, obrigatório para cursos presenciais	1	Quando o regime de trabalho previsto/implantado do (a) coordenador (a) não é de tempo parcial ou integral ; ou a relação entre o número de vagas anuais pretendidas/autorizadas e as horas semanais dedicadas à coordenação é maior que 25 , ou não é respeitado o limite mínimo de 10 horas semanais dedicadas à coordenação do curso.
	2	Quando o regime de trabalho previsto/implantado do (a) coordenador (a) é de tempo parcial ou integral , sendo que a relação entre o número de vagas anuais pretendidas/autorizadas e as horas semanais dedicadas à coordenação é maior que 20 e menor ou igual a 25 .
	3	Quando o regime de trabalho previsto/implantado do (a) coordenador (a) é de tempo parcial ou integral , sendo que a relação entre o número de vagas anuais pretendidas/autorizadas e as horas semanais dedicadas à coordenação é maior que 15 e menor ou igual a 20 .
	4	Quando o regime de trabalho previsto/implantado do (a) coordenador (a) é de tempo parcial ou integral , sendo que a relação entre o número de vagas anuais pretendidas/autorizadas e as horas semanais dedicadas à coordenação é maior que 10 e menor ou igual a 15 .
	5	Quando o regime de trabalho previsto/implantado do (a) coordenador (a) é de tempo parcial ou integral , sendo que a relação entre o número de vagas anuais pretendidas/autorizadas e as horas semanais dedicadas à coordenação é menor ou igual a 10 .

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.6. Carga horária de coordenação de curso NSA para cursos presenciais, obrigatório para cursos a distância	1	Quando a carga horária prevista/implantada para o (a) coordenador (a) for menor que 10 horas .
	2	Quando a carga horária prevista/implantada para o (a) coordenador (a) do curso for maior ou igual a 10 e menor que 15 horas semanais dedicadas totalmente à coordenação.
	3	Quando a carga horária prevista/implantada para (a) o coordenador (a) do curso for maior ou igual a 15 e menor que 20 horas semanais dedicadas totalmente à coordenação.
	4	Quando a carga horária prevista/implantada para o (a) coordenador (a) do curso for maior ou igual a 20 e menor que 25 horas semanais dedicadas totalmente à coordenação.
	5	Quando a carga horária prevista/implantada para o (a) coordenador (a) do curso for maior ou igual a 25 horas semanais dedicadas totalmente à coordenação.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.7. Titulação do corpo docente do curso (Para fins de autorização, considerar os docentes previstos para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)	1	Quando o percentual dos docentes do curso com titulação obtida em programas de pós-graduação <i>stricto sensu</i> é menor que 15% .
	2	Quando o percentual dos docentes do curso com titulação obtida em programas de pós-graduação <i>stricto sensu</i> é maior ou igual a 15% e menor que 30% .
	3	Quando o percentual dos docentes do curso com titulação obtida em programas de pós-graduação <i>stricto sensu</i> é maior ou igual a 30% e menor que 50% .
	4	Quando o percentual dos docentes do curso com titulação obtida em programas de pós-graduação <i>stricto sensu</i> é maior ou igual a 50% e menor que 75% .
	5	Quando o percentual dos docentes do curso com titulação obtida em programas de pós-graduação <i>stricto sensu</i> é maior ou igual a 75% .

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.8. Titulação do corpo docente do curso – percentual de doutores (Para fins de autorização, considerar os docentes previstos para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)	1	Quando não há doutores do curso.
	2	Quando o percentual de doutores do curso é menor ou igual a 10% .
	3	Quando o percentual de doutores do curso é maior que 10% e menor ou igual a 20% .
	4	Quando o percentual de doutores do curso é maior que 20% e menor ou igual a 35% .
	5	Quando o percentual de doutores do curso é maior que 35% .

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.9. Regime de trabalho do corpo docente do curso (Para fins de autorização, considerar os docentes previstos para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas) (Para os cursos de Medicina, os critérios de análise passam a figurar da seguinte maneira: Conceito 1 – menor que 50% Conceito 2 – maior ou igual a 50% e menor que 60% Conceito 3 – maior ou igual a 60% e menor que 70% Conceito 4 – maior ou igual a 70% e menor que 80% Conceito 5 – maior ou igual a 80%)	1	Quando o percentual do corpo docente previsto/efetivo com regime de trabalho de tempo parcial ou integral é menor que 20% .
	2	Quando o percentual do corpo docente previsto/efetivo com regime de trabalho de tempo parcial ou integral é maior ou igual a 20% e menor que 33% .
	3	Quando o percentual do corpo docente previsto/efetivo com regime de trabalho de tempo parcial ou integral é maior ou igual a 33% e menor que 60% .
	4	Quando o percentual do corpo docente previsto/efetivo com regime de trabalho de tempo parcial ou integral é maior ou igual a 60% e menor que 80% .
	5	Quando o percentual do corpo docente previsto/efetivo com regime de trabalho de tempo parcial ou integral é maior ou igual que 80% .

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.10. Experiência profissional do corpo docente (Para fins de autorização, considerar os docentes	1	Quando um contingente menor que 20% do corpo docente previsto/efetivo possui experiência profissional (excluída as atividades no magistério superior) de, pelo menos, 2 anos para bacharelados/licenciaturas ou 3 anos para cursos superiores de tecnologia.

previstos para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas) NSA para egressos de cursos de licenciatura (Para os cursos de Medicina, os critérios de análise passam a figurar da seguinte maneira: Conceito 1 – menor que 40% possui, pelo menos, 5 anos Conceito 2 – maior ou igual a 40% e menor que 50% possui, pelo menos, 5 anos Conceito 3 – maior ou igual a 50% e menor que 60% possui, pelo menos, 5 anos Conceito 4 – maior ou igual a 60% e menor que 70% possui, pelo menos, 5 anos Conceito 5 – maior ou igual a 70% possui, pelo menos, 5 anos)	2	Quando um contingente maior ou igual a 20% e menor que 40% do corpo docente previsto/efetivo possui experiência profissional (excluída as atividades no magistério superior) de, pelo menos, 2 anos para bacharelados/licenciaturas ou 3 anos para cursos superiores de tecnologia.
	3	Quando um contingente maior ou igual a 40% e menor que 60% do corpo docente previsto/efetivo possui experiência profissional (excluída as atividades no magistério superior) de, pelo menos, 2 anos para bacharelados/licenciaturas ou 3 anos para cursos superiores de tecnologia.
	4	Quando um contingente maior ou igual a 60% e menor que 80% do corpo docente previsto/efetivo possui experiência profissional (excluída as atividades no magistério superior) de, pelo menos, 2 anos para bacharelados/licenciaturas ou 3 anos para cursos superiores de tecnologia.
	5	Quando um contingente maior ou igual a 80% do corpo docente previsto/efetivo possui experiência profissional (excluída as atividades no magistério superior) de, pelo menos, 2 anos para bacharelados/licenciaturas ou 3 anos para cursos superiores de tecnologia.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.11. Experiência no exercício da docência na educação básica (Para fins de autorização, considerar os docentes previstos para os dois primeiros anos do curso) Obrigatório para cursos de licenciatura, NSA para os demais	1	Quando um contingente menor que 20% do corpo docente previsto/efetivo tem, pelo menos, 3 anos de experiência no exercício da docência na educação básica.
	2	Quando um contingente maior ou igual a 20% e menor que 30% do corpo docente previsto/efetivo tem, pelo menos, 3 anos de experiência no exercício da docência na educação básica.
	3	Quando um contingente maior ou igual a 30% e menor que 40% do corpo docente previsto/efetivo tem, pelo menos, 3 anos de experiência no exercício da docência na educação básica.
	4	Quando um contingente maior ou igual a 40% e menor que 50% do corpo docente previsto/efetivo tem, pelo menos, 3 anos de experiência no exercício da docência na educação básica.
	5	Quando um contingente maior ou igual a 50% do corpo docente previsto/efetivo tem, pelo menos, 3 anos de experiência no exercício da docência na educação básica.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.12. Experiência de magistério superior do corpo docente (Para fins de autorização, considerar os docentes previstos para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas) (Para os cursos de Medicina, os critérios de análise passam a figurar da seguinte maneira: Conceito 1 – menor que 40% possui, pelo menos, 5 anos Conceito 2 – maior ou igual a 40% e menor que 50% possui, pelo menos, 5 anos Conceito 3 – maior ou igual a 50% e menor que 60% possui, pelo menos, 5 anos Conceito 4 – maior ou igual a 60% e menor que 80% possui, pelo menos, 5 anos)	1	Quando um contingente menor que 20% do corpo docente previsto/efetivo possui experiência de magistério superior de, pelo menos, 3 anos para bacharelados/licenciaturas ou 2 anos para cursos superiores de tecnologia.
	2	Quando um contingente maior ou igual a 20% e menor que 40% do corpo docente previsto/efetivo possui experiência de magistério superior de, pelo menos, 3 anos para bacharelados/licenciaturas ou 2 anos para cursos superiores de tecnologia.
	3	Quando um contingente maior ou igual a 40% e menor que 60% do corpo docente previsto/efetivo possui experiência de magistério superior de, pelo menos, 3 anos para bacharelados/licenciaturas ou 2 anos para cursos superiores de tecnologia.
	4	Quando um contingente maior ou igual a 60% e menor que 80% do corpo docente previsto/efetivo possui experiência de magistério superior de, pelo menos, 3 anos para bacharelados/licenciaturas ou 2 anos para cursos superiores de tecnologia.

menor que 60% possui, pelo menos, 5 anos		para bacharelados/licenciaturas ou 2 anos para cursos superiores de tecnologia.
Conceito 4 – maior ou igual a 60% e menor que 70% possui, pelo menos, 5 anos	5	Quando um contingente maior ou igual a 80% do corpo docente previsto/efetivo possui experiência de magistério superior de, pelo menos, 3 anos para bacharelados/licenciaturas ou 2 anos para cursos superiores de tecnologia.
Conceito 5 – maior ou igual a 70% possui, pelo menos, 5 anos)		

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.13. Relação entre o número de docentes e o número de estudantes NSA para cursos presenciais. Obrigatório para cursos a distância (relação entre o número de docentes e o número de estudantes equivalente 40h em dedicação à EAD)	1	Quando a média entre o número de docentes do curso (equivalentes 40h) e o número de vagas previstas/implantadas é de 1 docente para 161 vagas ou mais .
	2	Quando a média entre o número de docentes do curso (equivalentes 40h) e o número de vagas previstas/implantadas é de 1 docente para 151 a 160 vagas .
	3	Quando a média entre o número de docentes do curso (equivalentes 40h) e o número de vagas previstas/implantadas é de 1 docente para 141 a 150 vagas .
	4	Quando a média entre o número de docentes do curso (equivalentes 40h) e o número de vagas previstas/implantadas é de 1 docente para 131 a 140 vagas .
	5	Quando a média entre o número de docentes do curso (equivalentes 40h) e o número de vagas previstas/implantadas é de 1 docente para 130 .

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.14. Funcionamento do colegiado de curso ou equivalente	1	Quando o colegiado não está previsto/implantado.
	2	Quando o funcionamento do colegiado previsto/implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira insuficiente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: representatividade dos segmentos, periodicidade das reuniões, registros e encaminhamento das decisões.
	3	Quando o funcionamento do colegiado previsto/implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira suficiente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: representatividade dos segmentos, periodicidade das reuniões, registros e encaminhamento das decisões.
	4	Quando o funcionamento do colegiado previsto/implantado está muito bem regulamentado/institucionalizado considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: representatividade dos segmentos, periodicidade das reuniões, registros e encaminhamento das decisões.
	5	Quando o funcionamento do colegiado previsto/implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira excelente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: representatividade dos segmentos, periodicidade das reuniões, registros e encaminhamento das decisões.

Indicador	Conceito	Critério
2.15. Produção científica, cultural, artística ou tecnológica (para fins de autorização, considerar os docentes previstos para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)	1	Quando menos de 50% dos docentes não têm produção nos últimos 3 anos.
	2	Quando pelo menos 50% dos docentes têm entre 1 a 3 produções nos últimos 3 anos.
	3	Quando pelo menos 50% dos docentes têm entre 4 a 6 produções nos últimos 3 anos.
	4	Quando pelo menos 50% dos docentes têm entre 7 a 9 produções nos últimos 3 anos.
	5	Quando pelo menos 50% dos docentes têm mais de 9 produções nos últimos 3 anos.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.16. Titulação e formação do corpo de tutores do curso (Para fins de autorização, considerar os tutores previstos para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas) NSA para cursos presenciais. Obrigatório para cursos a distância e presenciais, reconhecidos, que ofertam até 20% da carga horária total do curso na modalidade a distância, conforme Portaria 4.059/2004	1	Quando existem tutores não graduados .
	2	Quando todos os tutores previstos/efetivos são graduados .
	3	Quando todos os tutores previstos/efetivos são graduados na área .
	4	Quando todos os tutores previstos/efetivos são graduados na área , sendo que, no mínimo, 30% têm titulação obtida em programas de pós-graduação lato sensu .
	5	Quando todos os tutores previstos/efetivos são graduados na área , sendo que, no mínimo, 30% têm titulação obtida em programas de pós-graduação stricto sensu .

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.17. Experiência do corpo de tutores em educação a distância (Para fins de autorização, considerar os tutores previstos para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas) NSA para cursos presenciais. Obrigatório para cursos a distância e presenciais, reconhecidos, que ofertam até 20% da carga horária total do curso na modalidade a distância, conforme Portaria 4.059/2004	1	Quando o percentual de tutores do curso previstos/efetivos que possui experiência mínima de 3 anos em cursos a distância é menor que 40% .
	2	Quando o percentual de tutores do curso previstos/efetivos que possui experiência mínima de 3 anos em cursos a distância é maior ou igual a 40% e menor que 50% .
	3	Quando o percentual de tutores do curso previstos/efetivos que possui experiência mínima de 3 anos em cursos a distância é maior ou igual a 50% e menor que 60% .
	4	Quando o percentual de tutores do curso previstos/efetivos que possui experiência mínima de 3 anos em cursos a distância é maior ou igual a 60% e menor que 70% .
	5	Quando o percentual de tutores do curso previstos/efetivos que possui experiência mínima de 3 anos em cursos a distância é maior ou igual a 70% .

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.18. Relação docentes e tutores – presenciais e a distância – por estudante NSA para cursos presenciais. Obrigatório para cursos a distância e presenciais, reconhecidos, que ofertam até 20% da carga horária total do curso na modalidade a distância, conforme Portaria 4.059/2004	1	Quando a relação entre o número de estudantes e o total de docentes mais tutores (presenciais e a distância) previstos/contratados é maior que 60 .
	2	Quando a relação entre o número de estudantes e o total de docentes mais tutores (presenciais e a distância) previstos/contratados é maior que 50 e menor ou igual a 60 .
	3	Quando a relação entre o número de estudantes e o total de docentes mais tutores (presenciais e a distância) previstos/contratados é maior que 40 e menor ou igual a 50 .
	4	Quando a relação entre o número de estudantes e o total de docentes mais tutores (presenciais e a distância) previstos/contratados é maior que 30 e menor ou igual a 40 .
	5	Quando a relação entre o número de estudantes e o total de docentes mais tutores (presenciais e a distância) previstos/contratados é menor ou igual a 30 .

/2004		
-------	--	--

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.19. Responsabilidade docente pela supervisão da assistência médica Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos	1	Quando a porcentagem dos docentes responsáveis pelas atividades de ensino envolvendo pacientes que se responsabiliza pela supervisão da assistência médica a elas vinculadas é menor que 25% .
	2	Quando a porcentagem dos docentes responsáveis pelas atividades de ensino envolvendo pacientes que se responsabiliza pela supervisão da assistência médica a elas vinculadas é maior ou igual a 25% e menor que 50% , sendo que, destes, pelo menos 30% dos docentes supervisionam e são responsáveis pelos serviços clínico-cirúrgicos frequentados pelos alunos.
	3	Quando a porcentagem dos docentes responsáveis pelas atividades de ensino envolvendo pacientes que se responsabiliza pela supervisão da assistência médica a elas vinculadas é maior ou igual a 50% e menor que 75% , sendo que, destes, pelo menos 30% dos docentes supervisionam e são responsáveis pelos serviços clínico-cirúrgicos frequentados pelos alunos.
	4	Quando a porcentagem dos docentes responsáveis pelas atividades de ensino envolvendo pacientes que se responsabiliza pela supervisão da assistência médica a elas vinculadas é maior ou igual a 75% e menor que 90% , sendo que, destes, pelo menos 30% dos docentes supervisionam e são responsáveis pelos serviços clínico-cirúrgicos frequentados pelos alunos.
	5	Quando a porcentagem dos docentes responsáveis pelas atividades de ensino envolvendo pacientes que se responsabiliza pela supervisão da assistência médica a elas vinculadas é maior ou igual a 90% , sendo que, destes, pelo menos 30% dos docentes supervisionam e são responsáveis pelos serviços clínico-cirúrgicos frequentados pelos alunos.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
2.20. Núcleo de apoio pedagógico e experiência docente Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos	1	Quando o núcleo de apoio pedagógico e experiência docente não está previsto/implantado, ou quando menos de 6 das áreas do curso estão representadas no núcleo existente.
	2	Quando o núcleo de apoio pedagógico e experiência docente previsto/implantado é composto por docentes do curso com, no mínimo, 2 anos de experiência docente, ou não cobre todas as áreas temáticas do curso.
	3	Quando o núcleo de apoio pedagógico e experiência docente previsto/implantado é composto por docentes do curso com, no mínimo, 3 anos de experiência docente, cobrindo todas as áreas temáticas do curso.
	4	Quando o núcleo de apoio pedagógico e experiência docente previsto/implantado é composto por docentes do curso com, no mínimo, 4 anos de experiência docente, cobrindo todas as áreas temáticas do curso.
	5	Quando o núcleo de apoio pedagógico e experiência docente previsto/implantado é composto por docentes do curso com, no mínimo, 5 anos de experiência docente, cobrindo todas as áreas temáticas do curso.

Relato Global da Dimensão 2

Dimensão 3: INFRAESTRUTURA

Fontes de Consulta: Projeto Pedagógico do Curso, Diretrizes Curriculares Nacionais, quando houver, Formulário Eletrônico preenchido pela IES no e-MEC e Documentação Comprobatória.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.1. Gabinetes de trabalho para professores Tempo Integral – TI (Para fins de autorização, considerar os gabinetes de trabalho para os docentes em tempo integral do primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)	1	Quando não existem gabinetes de trabalho implantados para os docentes em tempo integral.
	2	Quando os gabinetes de trabalho implantados para os docentes em tempo integral são insuficientes considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: disponibilidade de equipamentos de informática em função do número de professores, dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.
	3	Quando os gabinetes de trabalho implantados para os docentes em tempo integral são suficientes considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: disponibilidade de equipamentos de informática em função do número de professores, dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.
	4	Quando os gabinetes de trabalho implantados para os docentes em tempo integral são muito bons considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: disponibilidade de equipamentos de informática em função do número de professores, dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.
	5	Quando os gabinetes de trabalho implantados para os docentes em tempo integral são excelentes considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: disponibilidade de equipamentos de informática em função do número de professores, dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.2. Espaço de trabalho para coordenação do curso e serviços acadêmicos	1	Quando não existe espaço específico para as atividades de coordenação do curso.
	2	Quando o espaço destinado às atividades de coordenação é insuficiente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: dimensão, equipamentos, conservação, gabinete individual para coordenador, número de funcionários e atendimento aos alunos e aos professores.
	3	Quando o espaço destinado às atividades de coordenação é suficiente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: dimensão, equipamentos, conservação, gabinete individual para coordenador, número de funcionários e atendimento aos alunos e aos professores.
	4	Quando o espaço destinado às atividades de coordenação é muito bom considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: dimensão, equipamentos, conservação, gabinete para coordenador, número de funcionários e atendimento aos alunos e aos professores.
	5	Quando o espaço destinado às atividades de coordenação é excelente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: dimensão, equipamentos, conservação, gabinete para coordenador, número de funcionários e atendimento aos alunos e aos professores.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.3. Sala de professores (Para fins de autorização, considerar a sala de professores implantada para os docentes do primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)	1	Quando não existe sala de professores implantada para os docentes do curso.
	2	Quando a sala de professores implantada para os docentes do curso é insuficiente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: disponibilidade de equipamentos de informática em função do número de professores, dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.
	3	Quando a sala de professores implantada para os docentes do curso é suficiente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: disponibilidade de equipamentos de informática em função do número de professores, dimensão, limpeza,

NSA para IES que possui gabinetes de trabalho para 100% dos docentes do curso		iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.
	4	Quando a sala de professores implantada para os docentes do curso é muito boa considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: disponibilidade de equipamentos de informática em função do número de professores, dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.
	5	Quando a sala de professores implantada para os docentes do curso é excelente considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: disponibilidade de equipamentos de informática em função do número de professores, dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.4. Salas de aula (Para fins de autorização, considerar as salas de aula implantadas para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)	1	Quando as salas de aula implantadas no curso não têm condições de funcionamento.
	2	Quando as salas de aula implantadas para o curso são insuficientes considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: quantidades e número de alunos por turma, disponibilidade de equipamentos, dimensões em função das vagas previstas/autorizadas, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.
	3	Quando as salas de aula implantadas para o curso são suficientes considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: quantidades e número de alunos por turma, disponibilidade de equipamentos, dimensões em função das vagas previstas/autorizadas, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.
	4	Quando as salas de aula implantadas para o curso são muito boas considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: quantidades e número de alunos por turma, disponibilidade de equipamentos, dimensões em função das vagas previstas/autorizadas, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.
	5	Quando as salas de aula implantadas para o curso são excelentes considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: quantidades e número de alunos por turma, disponibilidade de equipamentos, dimensões em função das vagas previstas/autorizadas, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.5. Acesso dos alunos a equipamentos de informática (Para fins de autorização, considerar os laboratórios de informática implantados para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)	1	Quando não há meios implantados de acesso à informática para o curso.
	2	Quando os laboratórios ou outros meios implantados de acesso à informática para o curso atendem, de maneira insuficiente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: quantidade de equipamentos relativa ao número total de usuários, acessibilidade, velocidade de acesso à internet, política de atualização de equipamentos e softwares e adequação do espaço físico.
	3	Quando os laboratórios ou outros meios implantados de acesso à informática para o curso atendem, de maneira suficiente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: quantidade de equipamentos relativa ao número total de usuários, acessibilidade, velocidade de acesso à internet, política de atualização de equipamentos e softwares e adequação do espaço físico.
	4	Quando os laboratórios ou outros meios implantados de acesso à informática para o curso atendem, muito bem , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: quantidade de equipamentos relativa ao número total de usuários, acessibilidade, velocidade de acesso à internet, política de atualização de equipamentos e softwares e adequação do espaço físico.
	5	Quando os laboratórios ou outros meios implantados de acesso à informática para o curso atendem, de maneira excelente , considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: quantidade de equipamentos relativa ao número total de usuários, acessibilidade, velocidade de acesso à internet, política de atualização de equipamentos e softwares e adequação do espaço físico.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
-----------	----------	---------------------

<p>3.6. Bibliografia básica</p> <p>(Para fins de autorização, considerar o acervo da bibliografia básica disponível para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)</p> <p>Nos cursos que possuem acervo virtual (pelo menos 1 título virtual por unidade curricular), a proporção de alunos por exemplar físico passam a figurar da seguinte maneira para os conceitos 3, 4 e 5:</p> <p>Conceito 3 – 13 a 19 vagas anuais Conceito 4 – de 6 a 13 vagas anuais Conceito 5 – menos de 6 vagas anuais)</p>	1	Quando o acervo da bibliografia básica não está disponível; ou quando está disponível na proporção média de um exemplar para 20 ou mais vagas anuais pretendidas/autorizadas, de cada uma das unidades curriculares, de todos os cursos que efetivamente utilizam o acervo; ou quando o acervo existente não está informatizado e tombado junto ao patrimônio da IES; ou quando não existe um mínimo de três títulos por unidade curricular.
	2	Quando o acervo da bibliografia básica, com no mínimo três títulos por unidade curricular, está disponível na proporção média de um exemplar para a faixa de 15 a menos de 20 vagas anuais pretendidas/autorizadas, de cada uma das unidades curriculares, de todos os cursos que efetivamente utilizam o acervo, além de estar informatizado e tombado junto ao patrimônio da IES.
	3	Quando o acervo da bibliografia básica, com no mínimo três títulos por unidade curricular, está disponível na proporção média de um exemplar para a faixa de 10 a menos de 15 vagas anuais pretendidas/autorizadas, de cada uma das unidades curriculares, de todos os cursos que efetivamente utilizam o acervo, além de estar informatizado e tombado junto ao patrimônio da IES.
	4	Quando o acervo da bibliografia básica, com no mínimo três títulos por unidade curricular, está disponível na proporção média de um exemplar para a faixa de 5 a menos de 10 vagas anuais pretendidas/autorizadas, de cada uma das unidades curriculares, de todos os cursos que efetivamente utilizam o acervo, além de estar informatizado e tombado junto ao patrimônio da IES.
	5	Quando o acervo da bibliografia básica, com no mínimo três títulos por unidade curricular, está disponível na proporção média de um exemplar para menos de 5 vagas anuais pretendidas/autorizadas, de cada uma das unidades curriculares, de todos os cursos que efetivamente utilizam o acervo, além de estar informatizado e tombado junto ao patrimônio da IES.
Indicador	Conceito	Critério de Análise
<p>3.7. Bibliografia complementar</p> <p>(Para fins de autorização, considerar o acervo da bibliografia complementar disponível para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)</p>	1	Quando o acervo da bibliografia complementar não está disponível; ou quando o acervo da bibliografia complementar possui menos de dois títulos por unidade curricular.
	2	Quando o acervo da bibliografia complementar possui, pelo menos, dois títulos por unidade curricular, com dois exemplares de cada título ou com acesso virtual.
	3	Quando o acervo da bibliografia complementar possui, pelo menos, três títulos por unidade curricular, com dois exemplares de cada título ou com acesso virtual.
	4	Quando o acervo da bibliografia complementar possui, pelo menos, quatro títulos por unidade curricular, com dois exemplares de cada título ou com acesso virtual.
	5	Quando o acervo da bibliografia complementar possui, pelo menos, cinco títulos por unidade curricular, com dois exemplares de cada título ou com acesso virtual.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
<p>3.8. Periódicos especializados</p> <p>(Para fins de autorização, considerar os periódicos relativos às áreas do primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas. Para fins de autorização, os critérios de análise passam a figurar da seguinte maneira: Conceito 1 – menor que 3 títulos Conceito 2 – maior ou igual a 3 e menor que 6 Conceito 3 – maior ou igual a 6 e menor que 9 Conceito 4 – maior ou igual a</p>	1	Quando há assinatura/acesso de periódicos especializados, indexados e correntes, sob a forma impressa ou virtual, menor que 5 títulos distribuídos entre as principais áreas do curso, ou com acervo não atualizado em relação aos últimos 3 anos.
	2	Quando há assinatura/acesso de periódicos especializados, indexados e correntes, sob a forma impressa ou virtual, maior ou igual a 5 e menor que 10 títulos distribuídos entre as principais áreas do curso, a maioria deles com acervo atualizado em relação aos últimos 3 anos.
	3	Quando há assinatura/acesso de periódicos especializados, indexados e correntes, sob a forma impressa ou virtual, maior ou igual a 10 e menor que 15 títulos distribuídos entre as principais áreas do curso, a maioria deles com acervo atualizado em relação aos últimos 3 anos.
	4	Quando há assinatura/acesso de periódicos especializados, indexados e correntes, sob a forma impressa ou virtual, maior ou igual a 15 e menor que 20 títulos distribuídos entre as principais áreas do curso, a maioria deles com acervo atualizado em relação aos últimos 3 anos.

9 e menor que 12 Conceito 5 – maior ou igual a 12)	5	Quando há assinatura/acesso de periódicos especializados, indexados e correntes, sob a forma impressa ou virtual, maior ou igual a 20 títulos distribuídos entre as principais áreas do curso, a maioria deles com acervo atualizado em relação aos últimos 3 anos.
---	---	---

Indicador	Conceito	Critério de Análise
<p>3.9. Laboratórios didáticos especializados: quantidade</p> <p>NSA para cursos que não utilizam laboratórios especializados</p> <p>Para fins de autorização, considerar os laboratórios didáticos especializados implantados para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas.</p> <p>Para cursos a distância, verificar os laboratórios especializados da sede e dos polos</p> <p>Para Pedagogia é obrigatório verificar a Brinquedoteca</p>	1	Quando os laboratórios didáticos especializados não estão implantados; ou não existem normas de funcionamento, utilização e segurança.
	2	Quando os laboratórios didáticos especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira insuficiente , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: quantidade de equipamentos adequada aos espaços físicos e vagas pretendidas/autorizadas.
	3	Quando os laboratórios didáticos especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira suficiente , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: quantidade de equipamentos adequada aos espaços físicos e vagas pretendidas/autorizadas.
	4	Quando os laboratórios didáticos especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, muito bem , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: quantidade de equipamentos adequada aos espaços físicos e vagas pretendidas/autorizadas.
	5	Quando os laboratórios didáticos especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira excelente , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: quantidade de equipamentos adequada aos espaços físicos e alunos vagas pretendidas/autorizadas.
<p>3.10. Laboratórios didáticos especializados: qualidade</p> <p>NSA para cursos que não utilizam laboratórios especializados.</p> <p>(Para fins de autorização, considerar os laboratórios didáticos especializados implantados para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)</p> <p>Para cursos a distância, verificar os laboratórios especializados da sede e dos polos</p> <p>Para Pedagogia é obrigatório verificar a Brinquedoteca</p>	1	Quando os laboratórios didáticos especializados não estão implantados; ou não existem normas de funcionamento, utilização e segurança.
	2	Quando os laboratórios especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira insuficiente , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: adequação, acessibilidade, atualização de equipamentos e disponibilidade de insumos.
	3	Quando os laboratórios especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira suficiente , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: adequação, acessibilidade, atualização de equipamentos e disponibilidade de insumos.
	4	Quando os laboratórios especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, muito bem , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: adequação, acessibilidade, atualização de equipamentos e disponibilidade de insumos.
	5	Quando os laboratórios especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira excelente , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: adequação, acessibilidade, atualização de equipamentos e disponibilidade de insumos.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
<p>3.11. Laboratórios didáticos especializados: serviços</p> <p>NSA para cursos que não utilizam laboratórios especializados</p> <p>(Para fins de autorização, considerar os laboratórios</p>	1	Quando os laboratórios didáticos especializados não estão implantados; ou não existem normas de funcionamento, utilização e segurança.
	2	Quando os serviços dos laboratórios especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira insuficiente , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: apoio técnico, manutenção de equipamentos e atendimento à comunidade.
	3	Quando os serviços dos laboratórios especializados implantados com respectivas normas

<p>didáticos especializados implantados para o primeiro ano do curso, se CSTs, ou dois primeiros anos, se bacharelados/licenciaturas)</p> <p>Para cursos a distância, verificar os laboratórios especializados da sede e dos polos</p> <p>Para Pedagogia é obrigatório verificar a Brinquedoteca</p>		de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira suficiente , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: apoio técnico, manutenção de equipamentos e atendimento à comunidade.
	4	Quando os serviços dos laboratórios especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, muito bem , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: apoio técnico, manutenção de equipamentos e atendimento à comunidade.
	5	Quando os serviços dos laboratórios especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira excelente , em uma análise sistêmica e global, aos aspectos: apoio técnico, manutenção de equipamentos e atendimento à comunidade.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
<p>3.12. Sistema de controle de produção e distribuição de material didático (logística)</p> <p>NSA para cursos presenciais, obrigatório para cursos a distância</p>	1	Quando não há sistema de controle de produção e distribuição de material didático previsto/implantado.
	2	Quando o sistema de controle de produção e distribuição de material didático previsto/implantado é insuficiente para atender à demanda real.
	3	Quando o sistema de controle de produção e distribuição de material didático previsto/implantado é suficiente para atender à demanda real.
	4	Quando o sistema de controle de produção e distribuição de material didático previsto/implantado atende muito bem à demanda real.
	5	Quando o sistema de controle de produção e distribuição de material didático previsto/implantado é excelente para atender à demanda real.
Indicador	Conceito	Critério de Análise
<p>3.13. Núcleo de Práticas Jurídicas: atividades básicas</p> <p>Obrigatório para cursos de direito (presencial e a distância), NSA para os demais cursos</p>	1	Quando o Núcleo de Práticas Jurídicas não está previsto/implantado; ou não possui regulamento específico.
	2	Quando o Núcleo de Práticas Jurídicas previsto/implantado possui regulamento específico destinado à realização de práticas jurídicas simuladas e visitas orientadas e atende, de maneira insuficiente , às demandas do curso.
	3	Quando o Núcleo de Práticas Jurídicas previsto/implantado possui regulamento específico destinado à realização de práticas jurídicas simuladas e visitas orientadas e atende, de maneira suficiente , às demandas do curso.
	4	Quando o Núcleo de Práticas Jurídicas previsto/implantado possui regulamento específico destinado à realização de práticas jurídicas simuladas e visitas orientadas e atende muito bem às demandas do curso.
	5	Quando o Núcleo de Práticas Jurídicas previsto/implantado possui regulamento específico destinado à realização de práticas jurídicas simuladas e visitas orientadas e atende, de maneira excelente , às demandas do curso.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.14. Núcleo de Práticas Jurídicas:	1	Quando o Núcleo de Práticas Jurídicas com atividades de arbitragem, negociação, conciliação, mediação e atividades jurídicas reais não está previsto/implantado.

atividades de arbitragem, negociação e mediação Obrigatório para cursos de direito (presencial e a distância), NSA para os demais cursos	2	Quando o Núcleo de Práticas Jurídicas previsto/implantado possui atividades de arbitragem, negociação, conciliação, mediação e atividades jurídicas reais com insuficiente atendimento às demandas do curso.
	3	Quando o Núcleo de Práticas Jurídicas previsto/implantado possui atividades de arbitragem, negociação, conciliação, mediação e atividades jurídicas reais com suficiente atendimento às demandas do curso.
	4	Quando o Núcleo de Práticas Jurídicas previsto/implantado possui atividades de arbitragem, negociação, conciliação, mediação e atividades jurídicas reais atende muito bem às demandas do curso.
	5	Quando o Núcleo de Práticas Jurídicas previsto/implantado possui atividades de arbitragem, negociação, conciliação, mediação e atividades jurídicas reais com excelente atendimento às demandas do curso.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.15. Unidades hospitalares de ensino e complexo assistencial Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos que não contemplam unidades hospitalares de ensino e complexo assistencial no PPC	1	Quando a IES não conta com unidade(s) hospitalar (es) de ensino, própria(s) ou conveniada(s) garantidas legalmente por período mínimo de cinco anos, certificada(s) como Hospital de Ensino pelo MEC/MS (portaria 2.400/07), que seja(m) centro de referência regional há pelo menos 2 anos.
	2	Quando a IES conta com unidade(s) hospitalar (es) de ensino, própria(s) ou conveniada(s) garantidas legalmente por período mínimo de cinco anos, certificada(s) como Hospital de Ensino pelo MEC/MS (portaria 2.400/07), que seja(m) centro de referência regional há pelo menos 2 anos e que apresentem condições insuficientes de formação do estudante de medicina.
	3	Quando a IES conta com unidade(s) hospitalar (es) de ensino, própria(s) ou conveniada(s) garantidas legalmente por período mínimo de cinco anos, certificada(s) como Hospital de Ensino pelo MEC/MS (portaria 2.400/07), que seja(m) centro de referência regional há pelo menos 2 anos e que apresentem condições suficientes de formação do estudante de medicina.
	4	Quando a IES conta com unidade(s) hospitalar (es) de ensino, própria(s) ou conveniada(s) garantidas legalmente por período mínimo de cinco anos, certificada(s) como Hospital de Ensino pelo MEC/MS (portaria 2.400/07), que seja(m) centro de referência regional há pelo menos 2 anos e que apresentem condições muito boas de formação do estudante de medicina.
	5	Quando a IES conta com unidade(s) hospitalar(es) de ensino, própria(s) ou conveniada(s) garantidas legalmente por período mínimo de dez anos, certificada(s) como Hospital de Ensino pelo MEC/MS (portaria 2.400/07), que seja(m) centro de referência regional há pelo menos 2 anos e que apresentem condições excelentes de formação do estudante de medicina.
Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.16. Sistema de referência e contrarreferência	1	Quando não está previsto/implantado o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência que assegure a integralidade da atenção e a resolubilidade dos problemas existentes, não permitindo que o aluno participe do atendimento ambulatorial bem como acompanhe o doente que seja referido ao hospital secundário e ao de alta complexidade.

curso de Medicina, NSA para os demais cursos	2	Quando está previsto/implantado, de maneira insuficiente , o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência que assegure a integralidade da atenção e a resolubilidade dos problemas existentes, permitindo que o aluno participe do atendimento ambulatorial bem como acompanhe o doente que seja referido ao hospital secundário e ao de alta complexidade.
	3	Quando está previsto/implantado, de maneira suficiente , o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência que assegure a integralidade da atenção e a resolubilidade dos problemas existentes, permitindo que o aluno participe do atendimento ambulatorial bem como acompanhe o doente que seja referido ao hospital secundário e ao de alta complexidade.
	4	Quando está previsto/implantado, de maneira muito boa , o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência que assegure a integralidade da atenção e a resolubilidade dos problemas existentes, permitindo que o aluno participe do atendimento ambulatorial bem como acompanhe o doente que seja referido ao hospital secundário e ao de alta complexidade.
	5	Quando está previsto/implantado, de maneira excelente , o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência que assegure a integralidade da atenção e a resolubilidade dos problemas existentes, permitindo que o aluno participe do atendimento ambulatorial bem como acompanhe o doente que seja referido ao hospital secundário e ao de alta complexidade.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.17. Biotérios Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos que não contemplam biotério no PPC	1	Quando não há biotério.
	2	Quando o biotério atende, de maneira insuficiente , às necessidades práticas do ensino.
	3	Quando o biotério atende, de maneira suficiente , às necessidades práticas do ensino.
	4	Quando o biotério atende muito bem às necessidades práticas do ensino.
	5	Quando o biotério atende, de maneira excelente , às necessidades práticas do ensino.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.18. Laboratórios de ensino Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos que não contemplam laboratórios de ensino no PPC	1	Quando o curso não dispõe de laboratórios específicos e multidisciplinares para a abordagem dos diferentes aspectos celulares e moleculares das ciências da vida.
	2	Quando o curso dispõe de laboratórios específicos e multidisciplinares previstos/ [ados insuficientes para a abordagem dos diferentes aspectos celulares e moleculares das ciências da vida (incluindo anatomia, histologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia/biofísica e nica tória), considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: espaço físico, equipamentos e material de consumo compatíveis com a formação dos estudantes prevista no PPC, levando-se em conta a relação aluno/equipamento ou material.
	3	Quando o curso dispõe de laboratórios específicos e multidisciplinares previstos/implantados suficientes para a abordagem dos diferentes aspectos celulares e moleculares das ciências da vida (incluindo anatomia, histologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia/biofísica e técnica operatória)

		considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: espaço físico, equipamentos e material de consumo compatíveis com a formação dos estudantes prevista no PPC, levando-se em conta a relação aluno/equipamento ou material.
	4	Quando o curso dispõe de laboratórios específicos e multidisciplinares previstos/implantados muito bons para a abordagem dos diferentes aspectos celulares e moleculares das ciências da vida (incluindo anatomia, histologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia/biofísica e técnica operatória) considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: espaço físico, equipamentos e material de consumo compatíveis com a formação dos estudantes prevista no PPC, levando-se em conta a relação aluno/equipamento ou material.
	5	Quando o curso dispõe de laboratórios específicos e multidisciplinares previstos/implantados excelentes para a abordagem dos diferentes aspectos celulares e moleculares das ciências da vida (incluindo anatomia, histologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia/biofísica e técnica operatória) considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: espaço físico, equipamentos e material de consumo compatíveis com a formação dos estudantes prevista no PPC, levando-se em conta a relação aluno/equipamento ou material.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.19. Laboratórios de habilidades Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos que não contemplam laboratórios de habilidades no PPC	1	Quando o curso não dispõe de laboratórios com equipamentos e instrumentos em quantidade e diversidade para a capacitação dos estudantes nas diversas habilidades da atividade médica.
	2	Quando o curso dispõe de laboratórios previstos/implantados com equipamentos e instrumentos em quantidade e diversidade insuficientes para a capacitação dos estudantes nas diversas habilidades da atividade médica.
	3	Quando o curso dispõe de laboratórios previstos/implantados com equipamentos e instrumentos em quantidade e diversidade suficientes para a capacitação dos estudantes nas diversas habilidades da atividade médica.
	4	Quando o curso dispõe de laboratórios previstos/implantados com equipamentos e instrumentos em quantidade e diversidade muito boas para a capacitação dos estudantes nas diversas habilidades da atividade médica.
	5	Quando o curso dispõe de laboratórios previstos/implantados com equipamentos e instrumentos em quantidade e diversidade excelentes para a capacitação dos estudantes nas diversas habilidades da atividade médica.

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.20. Protocolos de experimentos Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos que não contemplam protocolos de experimentos no PPC	1	Quando não há protocolos dos experimentos previstos/implantados.
	2	Quando os protocolos dos experimentos previstos/implantados, prevendo procedimentos, equipamentos, instrumentos, materiais e utilidades, devidamente aprovados pelo comitê de ética da instituição ou formalmente conveniado são explicitados e desenvolvidos de maneira insuficiente para a orientação das atividades práticas desenvolvidas nos ambientes/laboratórios de formação geral/básica e profissionalizante/específica, garantindo o respeito das normas internacionalmente aceitas (códigos de Nüremberg e Helsinki).
	3	Quando os protocolos dos experimentos previstos/implantados, prevendo procedimentos, equipamentos, instrumentos, materiais e utilidades, devidamente aprovados pelo comitê de ética da instituição ou formalmente conveniado são explicitados e desenvolvidos de maneira

		suficiente para a orientação das atividades práticas desenvolvidas nos ambientes/laboratórios de formação geral/básica e profissionalizante/específica, garantindo o respeito das normas internacionalmente aceitas (códigos de Nuremberg e Helsinki).
	4	Quando os protocolos dos experimentos previstos/implantados, prevendo procedimentos, equipamentos, instrumentos, materiais e utilidades, devidamente aprovados pelo comitê de ética da instituição ou formalmente conveniado são muito bem explicitados e desenvolvidos
		para a orientação das atividades práticas desenvolvidas nos ambientes/laboratórios de formação geral/básica e profissionalizante/específica, garantindo o respeito das normas internacionalmente aceitas (códigos de Nuremberg e Helsinki).
	5	Quando os protocolos dos experimentos previstos/implantados, prevendo procedimentos, equipamentos, instrumentos, materiais e utilidades, devidamente aprovados pelo comitê de ética da instituição ou formalmente conveniado são explicitados e desenvolvidos de maneira
		excelente para a orientação das atividades práticas desenvolvidas nos ambientes/laboratórios de formação geral/básica e profissionalizante/específica, garantindo o respeito das normas internacionalmente aceitas (códigos de Nuremberg e Helsinki).

Indicador	Conceito	Critério de Análise
3.21. Comitê de ética em pesquisa Obrigatório para o curso de Medicina, NSA para os demais cursos que não contemplam comitê de ética em pesquisa no PPC	1	Quando não existe o comitê de ética funcionando.
	2	Quando existe o comitê de ética funcionando de maneira insuficiente .
	3	Quando existe o comitê de ética funcionando de maneira suficiente e em processo de homologação pela CONEP.
	4	Quando existe o comitê de ética funcionando muito bem e homologado pela CONEP.
	5	Quando existe o comitê de ética funcionando de maneira excelente e homologado pela CONEP.

Relato Global da Dimensão 3

PESOS POR DIMENSÃO

Autorização de Curso

DIMENSÃO	PESO
ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA	30
CORPO DOCENTE E TUTORIAL	30
INFRAESTRUTURA	40

Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento de Curso

DIMENSÃO	PESO
ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA	40
CORPO DOCENTE E TUTORIAL	30
INFRAESTRUTURA	30

REQUISITOS LEGAIS E NORMATIVOS

Estes itens são essencialmente regulatórios, por isso não fazem parte do cálculo do conceito da avaliação. Os avaliadores apenas farão o registro do cumprimento ou não do dispositivo legal e normativo por parte da instituição para que o **Ministério da Educação**, de posse dessa informação, possa tomar as decisões cabíveis.

Dispositivo Legal		Explicitação do Dispositivo	SIM	NÃO	NSA
1	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso.	O PPC está coerente com as Diretrizes Curriculares Nacionais? NSA para cursos que não têm Diretrizes Curriculares Nacionais.			
2	Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-brasileira e Africana (Resolução CNE/CP N° 01 de 17 de junho de 2004)	A Educação das Relações Étnico-Raciais, bem como o tratamento de questões e temáticas que dizem respeito aos afrodescendentes estão incluídas nas disciplinas e atividades curriculares do curso?			
3	Titulação do corpo docente (Art. 66 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996)	Todo corpo docente tem formação em pós-graduação?			
4	Núcleo Docente Estruturante (NDE) (Resolução CONAES N° 1, de 17/06/2010)	O NDE atende à normativa pertinente?			
5	Denominação dos Cursos Superiores de Tecnologia (Portaria Normativa N° 12/2006)	A denominação do curso está adequada ao Catálogo Nacional dos Cursos Superiores de Tecnologia?			
Dispositivo Legal		Explicitação do Dispositivo	SIM	NÃO	NSA
6	Carga horária mínima, em horas – para Cursos Superiores de Tecnologia (Portaria N°10, 28/07/2006; Portaria N° 1024, 11/05/2006; Resolução CNE/CP N°3,18/12/2002)	Desconsiderando a carga horária do estágio profissional supervisionado e do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, caso estes estejam previstos, o curso possui carga horária igual ou superior ao estabelecido no Catálogo Nacional dos Cursos Superiores de Tecnologia?			
7	Carga horária mínima, em horas – para Bacharelados e Licenciaturas Resolução CNE/CES N° 02/2007 (Graduação, Bacharelado, Presencial). Resolução CNE/CES N° 04/2009 (Área de Saúde, Bacharelado, Presencial). Resolução CNE/CP 2 /2002 (Licenciaturas) Resolução CNE/CP N° 1 /2006 (Pedagogia)	O curso atende à carga horária mínima em horas estabelecidas nas resoluções?			
8	Tempo de integralização Resolução CNE/CES N° 02/2007 (Graduação, Bacharelado, Presencial). Resolução CNE/CES N° 04/2009 (Área de Saúde, Bacharelado, Presencial). Resolução CNE/CP 2 /2002 (Licenciaturas)	O curso atende ao Tempo de Integralização proposto nas resoluções?			
9	Condições de acesso para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida (Dec. N° 5.296/2004, com prazo de implantação das condições até dezembro de 2008)	A IES apresenta condições de acesso para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida?			
10	Disciplina obrigatória/optativa de Libras (Dec. N° 5.626/2005)	O PPC prevê a inserção de Libras na estrutura curricular do curso (obrigatória ou optativa, depende do curso)?			
11	Prevalência de avaliação presencial para EaD	Os resultados dos exames presenciais prevalecem sobre os demais resultados obtidos em quaisquer			

	(Dec. N° 5.622/2005 art. 4 inciso II, § 2)	outras formas de avaliação a distância?			
12	Informações acadêmicas (Portaria Normativa N° 40 de 12/12/2007, alterada pela Portaria Normativa MEC N° 23 de 01/12/2010, publicada em 29/12/2010)	As informações acadêmicas exigidas estão disponibilizadas na forma impressa e virtual?			
13	Políticas de educação ambiental (Lei n° 9.795, de 27 de abril de 1999 e Decreto N° 4.281 de 25 de junho de 2002)	Há integração da educação ambiental às disciplinas do curso de modo transversal, contínuo e permanente?			

Considerações Finais da Comissão de Avaliadores

GLOSSÁRIO

1.	Acervo virtual	Acervo virtual é o conteúdo de uma coleção privada ou pública, podendo ser e caráter bibliográfico, artístico, fotográfico, científico, histórico, documental ou misto e com acesso universal via internet.
2.	Acessibilidade	Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (art. 8º, Decreto nº 5.296/04, Lei 10.098/00). Acessibilidade pressupõe a eliminação de barreiras arquitetônicas e atitudinais e a promoção de tecnologia assistiva para esses alunos.
3.	Análise sistêmica e global	Análise que considera a interligação de determinados aspectos dentro de um contexto.
4.	Áreas temáticas do curso de medicina	Conjunto de conteúdos (grupos temáticos comuns) que compõem os diferentes campos do saber. As áreas temáticas do curso de medicina são: Celular e Molecular, Clínica Médica, Pediatria, Gineco-Obstetrícia, Clínica Cirúrgica, Saúde da Família, Medicina Social e Saúde Coletiva.
5.	Área do curso	Conjunto de conteúdos (grupos temáticos comuns) que compõem os diferentes campos do saber.
6.	Atividades complementares	Componentes curriculares que possibilitam o reconhecimento, por avaliação, de habilidades, conhecimentos e competências do aluno, inclusive adquiridos fora do ambiente escolar.
7.	Avaliação	Avaliação é o referencial básico para os processos de regulação e supervisão da Educação Superior, a fim de promover a melhoria de sua qualidade (parágrafo 3º, artigo 1º do Decreto 5.773/2006).
8.	Bibliografia básica	Registro de documentos, livros, inventários, escritos, impressos ou quaisquer gravações que venham a servir como fonte para consulta, organizada pela identificação de cada uma das obras que constitui a bibliografia, por meio de elementos como o autor, o título, o local de edição, a editora e outros de caráter básico.
9.	Bibliografia complementar	Registro de documentos, livros, inventários, escritos, impressos ou quaisquer gravações que venham a servir como fonte para consulta, organizada pela identificação de cada uma das obras que constitui a bibliografia, por meio de

		elementos como o autor, o título, o local de edição, a editora e outros de caráter complementar.
10.	Colegiado de curso ou equivalente	Instância de tomada de decisões administrativas e acadêmicas constituída por representação discentes e docentes.
11.	Competências	Uma competência caracteriza-se por selecionar, organizar e mobilizar, na ação, diferentes recursos (como conhecimentos, saberes, processos cognitivos, afetos, habilidades e posturas) para o enfrentamento de uma situação-problema específica. Uma competência se desenvolverá na possibilidade de ampliação, integração e complementação desses recursos, considerando sua transversalidade em diferentes situações.
12.	Condições de formação do aluno em relação à Unidade Hospitalar de Ensino	As condições de formação do aluno em relação à Unidade Hospitalar de Ensino devem contemplar os seguintes aspectos: oferecimento de residência médica credenciada pela CNRM, pelo menos nas áreas de clínica médica, pediatria, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, saúde coletiva e saúde da família; atendimento majoritário pelo SUS, nos diferentes níveis de complexidade na atenção à saúde; infraestrutura básica constituída por ambulatórios (pelo menos de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia), unidades de internação (pelo menos de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia), centro cirúrgico e obstétrico, unidades de urgência e emergência (clínica, cirúrgica e traumatológica), UTI neonatal, pediátrica e de adultos e instalações para o funcionamento do PSF; laboratórios de exames complementares (setor de imagens, laboratório clínico e de anatomia patológica), necessários nos diferentes níveis de complexidade; serviço de arquivo e documentação médica com acesso ao setor de atendimento resolutivo de alto nível para as urgências/emergências.
13.	Cursos da área da saúde	Os cursos de bacharelado da área da saúde são: medicina, odontologia, farmácia, enfermagem, nutrição, saúde coletiva, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional e educação física. Os cursos superiores de tecnologia na área da saúde constam no Catálogo Nacional de Cursos Superiores de Tecnologia.
14.	Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs	São normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação – CNE que asseguram a flexibilidade, a criatividade e a responsabilidade das IES na elaboração dos Projetos Pedagógicos de seus cursos. As DCNs têm origem na LDB e constituem referenciais para as IES na organização de seus programas de

		<p>formação, permitindo flexibilidade e priorização de áreas de conhecimento na construção dos currículos plenos, possibilitando definir múltiplos perfis profissionais e privilegiando as competências e habilidades a serem desenvolvidas (parecer CNE/CES 67/2003). Os currículos dos cursos devem apresentar coerência com as DCNs no que tange à flexibilidade, à interdisciplinaridade e à articulação teoria e prática, assim como aos conteúdos obrigatórios, à distribuição da carga horária entre os núcleos de formação geral/básica e profissional, às atividades complementares e às atividades desenvolvidas no campo profissional.</p>
15.	Disciplina/Unidade Curricular	Parte do conteúdo curricular necessária para a formação acadêmica.
16.	Docente	Para efeito de avaliação, considera-se docente do curso o profissional regularmente contratado pela instituição e que, no momento da avaliação <i>in loco</i> , esteja vinculado a uma ou mais disciplinas do curso.
17.	Docente equivalente a 40 horas	O cálculo do docente equivalente a 40 horas é feito pelo somatório das horas semanais alocadas ao curso dos docentes previstos/contratados dividido por 40.
18.	Docente horista	O regime de trabalho horista corresponde ao docente contratado pela instituição exclusivamente para ministrar aulas, independentemente da carga horária contratada, ou que não se enquadre em outros regimes de trabalho.
19.	Docentes em tempo integral	O regime de trabalho em tempo integral compreende a prestação de 40 horas semanais de trabalho, na mesma instituição, nele reservado o tempo de, pelo menos, 20 horas semanais para estudos, pesquisa, trabalhos de extensão, planejamento e avaliação (Portaria Normativa N° 40). Observação: nas IES, nas quais, por acordo coletivo de trabalho, o tempo integral tem um total de horas semanais diferente de 40, esse total deve ser considerado, desde que pelo menos 50% dessa carga horária seja para estudos, pesquisa, extensão, planejamento e avaliação.
20.	Docentes em tempo parcial	O regime de trabalho em tempo parcial é definido pela Portaria Normativa 40 consolidada em 29 de dezembro de 2010.
21.	Espaço de trabalho para coordenação do curso e serviços acadêmicos	Espaço para o desenvolvimento de trabalho, de ordem técnica-administrativa e acadêmica, realizado pelo coordenador.
22.	Estágio curricular supervisionado	Período durante o qual um estudante exerce uma atividade temporária com vista à sua formação ou aperfeiçoamento profissional e que compõe a matriz curricular e é supervisionado por docentes do curso de graduação.

23.	Estrutura curricular	Estrutura curricular é composta por vários elementos necessários para constituir a matriz e a proposta curricular do curso de graduação seguindo o Projeto Pedagógico do Curso, tendo como base as Diretrizes Curriculares Nacionais.
24.	Extensão	A extensão acadêmica é ação de uma instituição junto à comunidade, disponibilizando ao público externo o conhecimento adquirido com o ensino e a pesquisa desenvolvidos.
25.	Gabinete de trabalho	Salas para o desenvolvimento de trabalho, de ordem técnica-administrativa e acadêmica, realizado pelos docentes, coordenadores e técnico-administrativos.
26.	Gestão acadêmica	Organização no âmbito acadêmico da IES que realiza funções de: estabelecer objetivos, planejar, analisar, conhecer e solucionar problemas, organizar e alocar recursos, tomar decisões, mensurar e avaliar.
27.	Implantado (a)	Utiliza-se o termo, nos critérios de análise, quando se trata de avaliação para fins de reconhecimento e renovação de reconhecimento de curso ou quando se trata de exigência de infraestrutura já disponível na autorização de curso.
28.	Iniciação científica	A iniciação científica é uma modalidade de pesquisa acadêmica desenvolvida por alunos de graduação nas instituições de ensino superior em diversas áreas do conhecimento.
29.	Instituição de Educação Superior – IES	São instituições, públicas ou privadas, que oferecem cursos de nível superior nos níveis de graduação (cursos superiores de tecnologia, bacharelados e licenciaturas), pós-graduação e extensão.
30.	Integralização	Duração do curso, prazo previsto para que o estudante receba a formação pretendida; o tempo total deve ser descrito em anos ou fração.
31.	Interdisciplinaridade	É uma estratégia de abordagem e tratamento do conhecimento em que duas ou mais disciplinas/unidades curriculares ofertadas simultaneamente estabelecem relações de análise e interpretação de conteúdos, com o fim de propiciar condições de apropriação, pelo discente, de um conhecimento mais abrangente e contextualizado.
32.	Laboratórios de ensino	Laboratórios específicos e multidisciplinares para a abordagem dos diferentes aspectos celulares e moleculares das ciências da vida (incluindo anatomia, histologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia/biofísica e técnica operatória).
33.	Laboratórios de habilidades	Laboratórios equipados com diversos instrumentos em quantidade e diversidade para capacitação dos estudantes nas diversas habilidades da atividade médica.
34.	Material didático institucional	É o componente essencial da qualidade da comunicação entre a instituição e o

		aluno, tais como guias, tutoriais e manuais do aluno. Permite executar a formação definida no Projeto Pedagógico do Curso, considerando conteúdos específicos, objetivos, técnicas e métodos.
35.	Mecanismos de familiarização com a modalidade EaD	O discente deverá ser informado sobre os processos acadêmicos previstos para a modalidade a distância, bem como dos mecanismos de comunicação e de interação que serão disponibilizados. Nesse sentido, são fundamentais as capacitações e formações específicas, ao longo do curso, para a familiarização em EaD. É importante considerar que a democratização da educação pressupõe igualdade de acesso e de condições da oferta dos cursos. A elaboração dos recursos didáticos deverá prever as devidas adaptações para os alunos portadores de deficiências.
36.	Mecanismo de interação entre docentes, tutores, (quando houver) e estudantes	Compõe o conjunto de estruturas de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) e os respectivos procedimentos e as formas de utilização que caracterizam a dinâmica da comunicação e da interação entre os sujeitos envolvidos nos processos acadêmicos e de ensino e aprendizagem (que são, basicamente, os docentes, tutores e discentes), no contexto da oferta do curso superior na modalidade a distância. Justifica-se uma vez que os sujeitos deverão estabelecer comunicação permanente e continuada em diferentes espaços geográficos e tempos. O PPC deve explicitar esses mecanismos de modo a possibilitar ao discente a aquisição de conhecimentos e habilidades, bem como desenvolver a sociabilidade, por meio de atividades da comunicação, interação e troca de experiências. Não basta garantir as estruturas tecnológicas de TIC, elas devem ser efetivas na comunicação dos envolvidos.
37.	Metodologia	Metodologia é a explicação minuciosa, detalhada e rigorosa da ação desenvolvida no método de um processo de ensino ou de um trabalho de pesquisa.
38.	Natureza econômica e social da região	Características que definem as questões econômicas e sociais da região no país onde a IES/curso está sendo desenvolvido.
39.	NSA - Não se aplica	Não se aplica ao curso ou indicador específico. Deverá ser analisado de acordo com as diretrizes curriculares do curso e será justificado pelo avaliador após análise do Projeto Pedagógico do Curso – PPC e do Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI.
40.	Núcleo Docente Estruturante - NDE	Conjunto de professores, composto por pelo menos cinco docentes do curso, de elevada formação e titulação, contratados em tempo integral ou parcial, que

		respondem mais diretamente pela concepção, implementação e consolidação do Projeto Pedagógico do Curso (Resolução CONAES N° 1, de 17/06/2010).
41.	Orientação de TCC	Acompanhamento dedicado aos estudantes para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado pelos docentes do curso.
42.	Periodicidade	Intervalo de tempo em que se organizam as atividades de ensino perfazendo a carga horária determinada pelo Projeto Pedagógico do Curso para um conjunto de componentes curriculares. Usualmente semestral ou anual; em casos específicos, justificados pelas características do PPC, pode ter outro regime, como trimestral ou quadrimestral.
43.	Periódicos especializados	Produções especializadas, ordenadas por índice, conforme regra específica.
44.	Pesquisa	Pesquisa é um processo sistemático de construção do conhecimento que tem como metas principais gerar novos conhecimentos e/ou corroborar ou refutar algum conhecimento pré-existente. É um processo de aprendizagem tanto do indivíduo que a realiza quanto da sociedade na qual esta se desenvolve.
45.	Plano de Desenvolvimento Institucional - PDI	É o instrumento de planejamento e gestão que considera a identidade da IES, no que diz respeito à sua filosofia de trabalho; à missão a que se propõe; às estratégias para atingir suas metas e objetivos; à sua estrutura organizacional e ao Projeto Pedagógico Institucional com as diretrizes pedagógicas que orientam suas ações e as atividades acadêmicas e científicas que desenvolve ou que pretende desenvolver. Abrangendo um período de cinco anos, deverá contemplar ainda o cronograma e a metodologia de implementação dos objetivos; metas e ações da IES, observando a coerência e a articulação entre as diversas ações; a manutenção de padrões de qualidade; o perfil do corpo docente; a oferta de cursos de graduação, pós-graduação, presenciais e/ou a distância; a descrição da infraestrutura física e instalações acadêmicas, com ênfase na biblioteca e laboratórios e o demonstrativo de capacidade e sustentabilidade financeiras. (Decreto nº 5.773/06)
46.	Políticas Institucionais	Políticas desenvolvidas no âmbito institucional com o propósito de atender à missão proposta pela IES.
47.	Práticas Pedagógicas	São ações utilizadas no processo de ensino-aprendizagem com o objetivo de formar profissionais nas suas diferentes áreas.
48.	Previsto (a)	Utiliza-se o termo, nos critérios de análise, quando se trata de avaliação para fins de autorização de curso.

49.	Produção científica, cultural, artística e tecnológica.	Podem ser considerados como produção científica, cultural, artística e tecnológica: livros, capítulos de livros, material didático institucional, artigos em periódicos especializados, textos completos em anais de eventos científicos, resumos publicados em anais de eventos internacionais, propriedade intelectual depositada ou registrada, produções culturais, artísticas, técnicas e inovações tecnológicas relevantes. Publicações nacionais sem <i>Qualis</i> e regionais também devem ser consideradas como produção, considerando sua abrangência.
50.	Profissões regulamentadas	Profissões regulamentadas são aquelas definidas por lei e com uma regulamentação própria de direitos e garantias.
51.	Projeto Pedagógico de Curso - PPC	É o documento orientador de um curso que traduz as políticas acadêmicas institucionais com base nas DCNs. Entre outros elementos, é composto pelos conhecimentos e saberes necessários à formação das competências estabelecidas a partir de perfil do egresso; estrutura e conteúdo curricular; ementário; bibliografia básica e complementar; estratégias de ensino; docentes; recursos materiais; laboratórios e infraestrutura de apoio ao pleno funcionamento do curso.
52.	Stricto sensu	Refere-se exclusivamente aos cursos de pós-graduação de mestrado e doutorado.
53.	Supervisão	A supervisão será realizada a fim de zelar pela conformidade da oferta de Educação Superior no Sistema Federal de Ensino com a legislação aplicada (§ 2º, art. 1º do Decreto 5.773/2006). Tem como objetivo acompanhar constantemente ou de forma periódica as instituições de ensino superior (IES) e seus cursos, de forma a impedir situações de eminente risco e prejuízo aos sujeitos integrantes do sistema (estudantes, docentes, pessoal técnico-administrativo) ou reverter uma situação irregular. Nesse sentido, a supervisão se insere como um meio propulsor à indução da qualidade.
54.	TICs – Tecnologia de Informação e Comunicação	São recursos didáticos constituídos por diferentes mídias e tecnologias, síncronas e assíncronas, tais como ambientes virtuais e suas ferramentas, redes sociais e suas ferramentas, fóruns eletrônicos, blogs, chats, tecnologias de telefonia, teleconferências, videoconferências, TV convencional, TV digital e interativa, rádio, programas específicos de computadores (softwares), objetos de aprendizagem, conteúdos disponibilizados em suportes tradicionais (livros) ou em suportes eletrônicos (CD, DVD, Memória Flash, etc.), entre outros.
55.	Título de Doutor	Segundo nível da pós-graduação <i>stricto sensu</i> . Tem por fim proporcionar

		<p>formação científica ou cultural ampla e aprofundada, desenvolvendo a capacidade de pesquisa e exigindo defesa de tese em determinada área de concentração que represente trabalho de pesquisa com real contribuição para o conhecimento do tema. Confere diploma de doutor. Serão considerados os títulos de doutorado, os obtidos em Programas de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i>, avaliados e reconhecidos pelo MEC, ou os títulos obtidos no exterior e revalidados por universidades brasileiras.</p>
56.	Título de Especialista (pós-graduação <i>lato sensu</i>)	<p>Curso em área específica do conhecimento com duração mínima de 360 horas (não computando o tempo de estudo individual ou em grupo sem assistência docente, nem o destinado à elaboração do trabalho de conclusão de curso) e o prazo mínimo de seis meses. Pode incluir ou não o enfoque pedagógico. Confere certificado (Cf. Resolução CNE/CES nº 01/2007).</p>
57.	Título de mestre	<p>Primeiro nível da pós-graduação <i>stricto sensu</i>. Tem por fim proporcionar formação científica ou cultural, desenvolvendo a capacidade de pesquisa e exigindo defesa de dissertação em determinada área de concentração que represente trabalho de pesquisa/produto com real contribuição para o conhecimento do tema. Confere diploma de mestre. Serão considerados os títulos de mestrado acadêmico e profissional, obtidos em Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i>, avaliado e reconhecidos pelo MEC, ou títulos obtidos no exterior e revalidados por universidades brasileiras.</p>
58.	Turno integral	<p>Curso ofertado inteira ou parcialmente em mais de um turno (manhã e tarde; manhã e noite; tarde e noite) exigindo a disponibilidade do estudante por mais de 6 horas diárias, durante a maior parte da semana.</p>
59.	Turno matutino	<p>Curso em que a maior parte da carga horária é oferecida até as 12h, todos os dias da semana.</p>
60.	Turno noturno	<p>Curso em que a maior parte da carga horária é oferecida após as 18h, todos os dias da semana.</p>
61.	Turno vespertino	<p>Curso em que a maior parte da carga horária é oferecida entre as 12h e as 18h, todos os dias da semana.</p>
62.	Tutoria a distância	<p>O tutor a distância atua a partir da instituição mediando o processo pedagógico com estudantes geograficamente distantes e referenciado aos polos de apoio presencial. São atribuições do tutor a distância: esclarecimento de dúvidas pelos fóruns</p>

		de discussão na internet, pelo telefone, participação em videoconferências; promover espaços de construção coletiva de conhecimento, selecionar material de apoio e sustentação teórica aos conteúdos; participar dos processos avaliativos de ensino- aprendizagem.
63.	Tutoria presencial	O tutor presencial atende aos alunos nos polos, em horários preestabelecidos. São atribuições do Tutor presencial: auxiliar os alunos no desenvolvimento de suas atividades individuais e em grupo, fomentando o hábito da pesquisa, esclarecendo dúvidas em relação a conteúdos específicos, bem como ao uso das tecnologias disponíveis; participar de momentos presenciais obrigatórios, tais como avaliações, aulas práticas em laboratórios e estágios supervisionados, quando se aplicam.
64.	Unidade curricular	Unidade curricular é a unidade de ensino com objetivos de formação próprios, correntemente designados por cadeiras ou disciplinas.
65.	Unidade Hospitalar de Ensino	A Unidade Hospitalar de Ensino própria ou conveniada deverá estar garantida legalmente por período mínimo de dez anos, certificada como Hospital de Ensino pelo MEC/MS (Portaria 2.400/07) e que seja centro de referência regional há pelo menos dois anos.
66.	Vagas anuais autorizadas	Número de lugares destinados ao ingresso de estudantes em curso superior, expressas em ato autorizativo, correspondente ao total anual, que a instituição pode distribuir em mais de um processo seletivo. No caso das instituições autônomas, consideram-se autorizadas as vagas aprovadas pelos colegiados acadêmicos competentes e regularmente informadas ao Ministério da Educação, na forma do art. 28 do Decreto 5.773/2006.
67.	Vagas anuais implantadas	Número total de vagas expressas em ato autorizativo. No caso de instituições com autonomia, o avaliador deve verificar nos processos seletivos constantes dos editais expedidos pela instituição.

ANEXO B**Tabela 10. Documentos selecionados e sistematizados em categorias em educação farmacêutica**

Documento	COMPETÊNCIAS	MATRIZ DE COMPETÊNCIAS	EDUCAÇÃO	PERFIL PROFISSIONAL
A Competency Framework for Pharmacy Practitioners: general level handbook (2004)	É a habilidade de realizar um trabalho ou tarefa. Uma competência é uma qualidade ou característica da pessoa relacionada com o desempenho eficaz ou superior. Isto é composto por várias coisas, como motivações, as motivações, traços e habilidade. A competência comportamental descreve o comportamento típico observado quando executores eficazes aplicar motivos, traços ou habilidade para tarefas relevantes de emprego.	É uma coleção de competências que são pensadas para serem centrais para uma performance efetiva.	As organizações definem competências de diferentes formas. O NHS identifica três modelos principais de competência. O <u>modelo educacional</u> incide sobre o que uma pessoa precisa saber ou ser capaz de fazer até o final de um período de aprendizagem, geralmente sob a forma de resultados de aprendizagem definidos. Avaliação é geralmente referenciado-norma ou grau-relacionado. <u>Pós-graduação e desenvolvimento profissional contínuo</u> dever ser orientado pelo ensino das necessidades identificadas na prática.	
Desarrollo de la práctica de farmacia: Centrada em la atención del paciente (2006)	Nos últimos anos houveram mudanças na formação nas ciências da saúde fazendo uma abordagem para aprendizagem baseada em problemas. Questões de farmácia com base nos currículos foram introduzidas nas universidades de vários países, incluindo o Reino Unido, Austrália, Holanda e África do se pode comparar a prática. Em alguns países, são definidos os resultados de competências (Unidades Padrões) com as quais se pode comparar a prática. Estes padrões são usados para avaliar os conhecimento e habilidades dos profissionais de saúde através de exames de pré-registro ou no desenvolvimento profissional contínuo (CPD).		A farmácia se pratica através de uma ampla gama de cenários novos e tradicionais, e de níveis de tomada de decisão. Como membros da equipe de saúde, os farmacêuticos necessitam poder assumir muitas funções diferentes. Para descrever esses papéis se introduziu por parte da OMS e pela FIP o conceito do "farmacêutico sete estrelas". Os farmacêuticos tem o potencial para melhorar os resultados terapêuticos e a qualidade de vida dos pacientes com os recursos disponíveis e devem situar-se adequadamente dentro do sistema de assistência sanitária. A Formação farmacêutica tem a responsabilidade correspondente de apontar os graduados que seriam competentes para prestar a atenção farmacêutica. As competências resultantes contribuirão para a garantia da qualidade proporcionando padrões facilmente acessíveis a partir dos quais se pode medir a prática.	O perfil dos farmacêuticos sete estrelas, acrescentando a oitava estrela pelo Manual de Desenvolvimento da Prática Farmacêutica é bastante coincidente com a proposta de competências genéricas propostas para a APS: <ul style="list-style-type: none"> ■ cuidador (cuidador); ■ tomador de decisão (decisor); <ul style="list-style-type: none"> ■ comunicador; ■ líder; ■ gerente (gestor); ■ eterno aprendiz; ■ educador, e ■ pesquisador.
Propuesta de Acreditación para carreras de Farmacia de América Latina (2006)				Conjunto de habilidades e competências que identificam a formação de uma pessoa para assumir, sob condições ótimas, as responsabilidades do desenvolvimento de papéis e tarefas de uma profissão específica. É um resumo do conhecimento e habilidades a serem adquiridos durante os seus estudos, um itulado. Este conhecimento e as habilidades devem proporcionar ao aluno a formação teórica e prática de base sólida que permita a sua aplicação a diferentes ambientes profissionais. Conjunto de exigências a serem cumpridas para uma pessoa que é considerado capaz de exercer uma profissão

<p>A Framework for Pharmacist Development in General Pharmacy Practice (2007)</p>	<p>É a habilidade de realizar um trabalho ou tarefa. Uma competência é uma qualidade ou característica da pessoa relacionada com o desempenho eficaz ou superior. Isto é composto por várias coisas, como motivações, as motivações, traços e habilidade. A competência comportamental descreve o comportamento típico observado quando executores eficazes aplicar motivos, traços ou habilidade para tarefas relevantes de emprego.</p>	<p>É uma coleção de competências que são pensadas para serem centrais para uma performance efetiva.</p>	<p>As organizações definem competências de diferentes formas. O NHS identifica três modelos principais de competência. O modelo educacional incide sobre o que uma pessoa precisa saber ou ser capaz de fazer até o final de um período de aprendizagem, geralmente sob a forma de resultados de aprendizagem definidos. Avaliação é geralmente referenciado-norma ou grau-relacionado. Pós-graduação e desenvolvimento profissional contínuo dever ser orientado pelo ensino das necessidades identificadas na prática.</p>	
<p>Professional Competencies for Canadian Pharmacists at Entry Practice (2007)</p>	<p>As competências exigem como um pré-requisito mínimo a realização de um bacharelado credenciado no programa de graduação em farmácia. Reconhece-se que os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas na realização de um programa credenciado irá fornecer a base para todas as competências.</p>			
<p>Grupo de Trabalho em Educação Farmacêutica – Plano de Ação 2008-2010 (2008)</p>	<p>O desenvolvimento de sistemas educacionais ótimos deveria progredir através de um ciclo que primeiro procure avaliar e entender as necessidades locais. Após determinadas as necessidades locais, os serviços (amplamente falando) requeridos para suprir tais necessidades são então definidos – tais como pesquisa e desenvolvimento, produção, distribuição, cuidados com o paciente e saúde pública. As competências dos profissionais deverão, então, ser alinhadas para possibilitar uma qualidade ótima na execução desses serviços. Desse modo a educação deverá ser direcionada para a preparação de profissionais de forma possibilitar o desenvolvimento destas competências.</p>		<p>O Plano de Ação 2008-2010 reconhece a importância da educação contínua do pré-serviço educacional para a continuidade do desenvolvimento profissional no desenvolvimento de uma visão e uma estrutura para o desenvolvimento de competências (competency framework). A educação farmacêutica, neste contexto, refere-se à educação contínua relacionada com o ensino de um grupo de trabalho competente em fornecer serviços farmacêuticos no seu âmbito geral</p>	
<p>I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita (2008)</p>			<p>A oferta de pós-graduação: estimular a criação e direcionamento da pós-graduação para as necessidades do SUS em AF, gerando condições para a inclusão de profissionais dos serviços de saúde nos programas; determinar a responsabilidade de farmacêuticos, serviços de saúde e programas de pós-graduação na geração e aplicação de pesquisas, conhecimentos e práticas direcionados para contribuir com a melhoria dos serviços de AF e da qualidade de vida da população; fomentar e fortalecer os programas de residência multiprofissional.</p> <p>O fomento para a pesquisa: promover a articulação entre os órgãos de fomento, regulação e o Ministério da Saúde para ampliação de fomento de pesquisa em estudos aplicados na AF e o cuidado em saúde; formalizar a subárea de conhecimento na área da farmácia no CNPq, que inclua a AF e temas relacionados; adequar a avaliação da pesquisa e as diretrizes editoriais para a área de AF.</p> <p>Integração academia-serviços de saúde: promover atividades formativas de farmacêuticos, em nível de graduação e pós-</p>	

			<p>graduação, em serviços de saúde em todos os níveis de atenção e todo o âmbito de atuação do farmacêutico, incluindo a gestão dos serviços e atenção básica; estabelecer diálogo com os gestores e formas regulamentadas de oferta de estágios no SUS. Qualificação dos profissionais dos serviços: criar e implementar a educação continuada dos profissionais farmacêuticos atuantes nos serviços de saúde públicos e privados; desenvolver a formação de profissionais de nível técnico para o trabalho auxiliar ao farmacêutico nas unidades de saúde.</p> <p>Avaliação dos cursos de graduação: promover a definição da carga horária mínima; definir a necessidade de submissão das propostas de abertura de novos cursos de farmácia ao controle social e/ou a outras formas de regulação; inserir formas de avaliação das mudanças no modelo de formação do farmacêutico para o atendimento das necessidades do sistema de saúde no sistema de avaliação dos cursos de graduação do INEP.</p>	
<p>Scope of Contemporary Pharmacy Practice: Roles, Responsibilities, and Functions of Pharmacists and Pharmacy Technicians (2009)</p>	<p>COMPETENCY: Conhecimento, habilidade, atitude ou valor que é essencial para a prática do profissional. Um farmacêutico deve dominar uma variedade de competências para ganhar competência em sua profissão.</p> <p>COMPETENCE: A capacidade de executar seus deveres com precisão, fazer julgamentos corretos e interagir adequadamente com os pacientes e colegas. A competência profissional é caracterizada por boa resolução de problemas e habilidades de tomada de decisão, uma base sólida de conhecimentos, bem como a capacidade de aplicar o conhecimento e experiência para diversas situações de assistência ao paciente.</p>	<p>O alinhamento da matriz de competências da AACP, ACPE e NABP deve atender às necessidades dos profissionais e dos pacientes abordando tanto as atividades práticas atuais e em evolução. As três áreas de competência - Cuidado ao Paciente, Gerenciamento de Sistemas e Saúde Pública - também refletem uma matriz que é usada neste documento para descrever as áreas de prática do farmacêutico.</p>	<p>A missão da educação farmacêutica é preparar os graduando quem fornecerão o cuidado centrado no paciente que garante ótimos resultados em terapia medicamentosa e fornece fundamento para especialização em áreas específicas da prática farmacêutica; participar no ensino para pacientes, outros fornecedores de cuidado a saúde e futuros farmacêuticos; realizar pesquisas e atividades escolares; e fornecer serviço e liderança para a comunidade. Para educação farmacêutica, a Associação Americana da Faculdade de Farmácia (AACP) Centro para o Avanço na Educação Farmacêutica (CAPE) Resultados Educacionais fornecem uma matriz que integra o profissionalismo, prática interprofissional, atitudes e comportamentos éticos e ciência básica através de três resultados educacionais esperados: Cuidado Farmacêutico, Sistemas de Gerenciamento e Saúde Pública para encontrar o mandato da missão. Os Resultados Educacionais são as competências que devem ser conseguida por uma pós-graduação de um programa de graduação profissional em farmácia antes de entrar na força de trabalho.</p>	
<p>The WHO UNESCO FIP Pharmacy Education Taskforce (2009)</p>			<p>DEFININDO EDUCAÇÃO FARMACÊUTICA: Para os fins e efeitos da Força Tarefa, quando utiliza-se o termo educação farmacêutica, é compreendido que isto se refere ao desenho educacional e a capacidade de desenvolver a força de trabalho para uma diversidade de configurações (por exemplo, comunidade, hospital, pesquisa e desenvolvimento acadêmico) em diferentes níveis de prestação de serviços e competências (por exemplo, pessoal, apoio técnico, farmacêuticos e cientistas farmacêuticos) e no âmbito da educação (por exemplo, cursos de graduação, pós-graduação e de aprendizagem ao longo da vida). Essa conceituação multidimensional encarna uma abordagem sistemática para o desenvolvimento da educação que permite e suporta uma força de trabalho de cuidados à saúde especializada e sustentável para efetivamente melhorar a</p>	

			saúde. EDUCAÇÃO BASEADA NAS NECESSIDADES: é uma estratégia que pede para um determinado sistema avaliar as necessidades de uma comunidade e eles desenvolvem (ou adaptam) o sistema educativo de apoio em conformidade. Demandas de cuidados à saúde são incrivelmente diversas e complexas, muitas vezes variando amplamente dentro e entre regiões. Embora amplo, matrizes gerais podem ser benéficas a nível macro; sistemas "tamanho único" não oferecem a autenticidade necessária para apoio e sustentabilidade a nível micro	
A Global Competency Framework (2010)	Conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes que um indivíduo acumula, desenvolve e adquire através da educação, treinamentos e experiências de trabalho.	Uma coleção completa de competências que são pensadas para serem essenciais para a performance.	Um dos primeiros profissionais de saúde a aplicar universalmente os conceitos para desenvolver um quadro de competência global foi a medicina. A Federação Mundial de Educação Médica (WFME) têm uma prioridade para garantir que as competências dos médicos são globalmente aplicáveis e transferíveis, acessível e transparente. De acordo com a WFME, as normas internacionais podem ser definidas para a educação médica básica, levando em conta as variações dos países devido às diferenças no ensino, a cultura, condições sócio-econômicas e sistemas de saúde, entre outros. No entanto, a base científica da medicina é universal. Acreditamos que essa orientação também é possível para a farmácia. Por estas razões, o FIP Força Tarefa de Educação Farmacêutica tem trabalhado por vários anos para desenvolver um quadro de competências global de serviços farmacêuticos. Mais informações sobre o Força Tarefa de Educação Farmacêutica, o escopo das atividades e como se envolver está disponível nas páginas 10-11 deste livreto.	
National Competency Standards Framework for Pharmacists in Australia (2010)	O conceito de competência não é novo, mas tem ganhado mais pertinência recentemente por meio de iniciativas como o treino baseado em competências, credenciamento e registro profissional. Esforços passados para articular padrões de competências para farmacêuticos na Austrália centrou em mostrar o âmbito da prática profissional possível. O Padrão de Competência descreve as habilidades, atitudes e outros atributos (incluindo valores e crenças) atingido por um indivíduo baseando no conhecimento (adquirido por meio dos estudos na graduação) e experiência (adquirido por meio da prática subsequente) o qual em conjunto permite que o indivíduo pratique como um farmacêutico de forma eficaz.	O Padrão de Competências nesta Matriz Nacional inclui critério de performance que especifica o nível de performance esperada de um farmacêutico competente. Eles focam apenas nos aspectos chave da performance e expressa o que um profissional competente deve fazer em termos de resultados e comportamentos observáveis. Isso permite o Padrão de Competência servir com uma medida externa da performance esperada contra a qual performance real pode ser acessada. A Matriz descreve, em termos genéricos, os conhecimentos, habilidades e atributos que são centrais para a performance do farmacêutico efetivamente e para um padrão aceitável através de uma gama de atividades práticas do profissional na Austrália.	Dentro das escolas de farmácia os farmacêuticos são envolvidos na educação e formação de estudantes de graduação e pós-graduação. Eles geralmente irão ter a ótima profundidade de conhecimento dos conceitos educacionais e processos de acesso e geralmente irão o envolvimento na pesquisa. Elemento 1 - Entendendo a teoria educacional e princípios: 1. Entender a importância do aprendiz para o processo educacional; 2. Entender a necessidade de fornecer múltipla e diversa oportunidade de aprendizagem para aprendizes adultos; 3. Entender a aplicação dos padrões de competências ou objetivos da aprendizagem para o currículo/ design de conteúdo. Elemento 2 - Facilitar o aprendizado: 1. Identificar as lacunas no conhecimento, habilidades e comportamento profissional; 2. Selecionar ou desenvolver aprendizagem para atender as necessidades do aluno; 3. Garantir recursos educativos e atividades para cativar e relevante entrega e informações posteriores; 4. Empregar estratégias para reforçar e esclarecer o conteúdo educacional; 5. Garantir ligações estratégicas no conteúdo onde as atividades constituem parte de um curso do estudo. Elemento 3 - Avaliar os resultados de aprendizagem: 1. Usar ferramentas válidas, confiáveis e apropriadas e estratégias de avaliar o aprendizado; 2. Registros e relatórios de avaliação de resultados de forma exata, oportuna e apropriada; 3. Procura e	Nível de desempenho tem sido apresentada como uma dimensão da prática profissional que é sustentada pela experiência do praticante individual. Como descrito acima, espaço da prática é uma dimensão da prática profissional que pode ser definido através dos domínios dos Padrões de Competência. Juntas, as duas dimensões do âmbito da prática e nível de desempenho descrevem o perfil prática profissional de um farmacêutico

			<p>aplicação de feedback construtivo dos aprendizes e pares em atividades educacionais/ materiais e estratégias de avaliação; 4. Participação na moderação dos resultados e processos de adjudicação de acordo com a política estabelecida e procedimento.</p>	
<p>Safe Effective Pharmacy Practice: Competence Standards for the Pharmacy Profession (2011)</p>	<p>As competências são divididas em sete áreas: 1) Prática de farmácia de uma forma profissional e culturalmente competente; 2) Contribuir para a qualidade no uso dos medicamentos; 3) Fornecer Cuidados de Saúde Primários; 4) Aplicar habilidades gerenciais e de organização; 5) Pesquisa e fornecimento de informações; 6) Dispensar medicamentos; 7) Prepare Produtos Farmacêuticos.</p>			<p>Profissionalismo é abarcado por um conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades com base na competência clínica, habilidades de comunicação, a ética, as exigências sociais e legais resultantes da aplicação de comportamentos que demonstram um compromisso com a excelência, respeito, integridade, a empatia e responsabilidade.</p>
<p>Leadership Competency Framework for Pharmacy professionals (2011)</p>	<p>Os serviços de entrega ao paciente, usuários dos serviços, cuidadores e o público estão no coração da Matriz de Competências de Liderança para Profissionais Farmacêuticos.</p>	<p>A Matriz de Competências de Liderança para Profissionais Farmacêuticos é construído no conceito de liderança compartilhada onde a liderança não está restrita a pessoa que detém a designação do papel de liderança, e onde há um sentimento comum da responsabilidade do sucesso da organização e dos serviços. Atos de liderança pode vir de qualquer um na organização, conforme o caso em diferentes tempos, e são focados na conquista do grupo ao invés do individual. A matriz de competência de liderança para profissionais farmacêuticos descreve as competências de liderança que os farmacêuticos e os técnicos em farmácia precisam tornar mais ativamente envolvidos no planejamento, dispensação e transformação dos serviços farmacêuticos.</p>	<p>Para profissionais farmacêuticos de empresas de educação formal e a formação de seus cursos abrangem uma ampla gama de tópicos. Os exemplos da prática subjacente e aprendizado e desenvolvimento utilizados ao longo do quadro promove estudantes com o contexto no qual eles são hábeis a relacionar com a prática e o tipo de atividades de desenvolvimento que eles podem realizar para atingir cada elemento. O Guia para integração do Quadro de Competências de Liderança Clínica na Educação e Treinamento apoia o desenvolvimento de liderança e gestão do design do currículo dentro das Escolas de Farmácia e é endossado pelo Conselho de Chefes de Farmácia.</p>	<p>Profissionais de farmácia qualificados são muitas vezes envolvidos em trabalhos relacionados aos pacientes, clientes e outros agentes e são os que estão experimentando como cuidados de saúde no dia-a-dia trabalha em ação. Eles muitas vezes comprometem mais educação, treinamento e oportunidades de desenvolvimento profissional para consolidar e desenvolver suas habilidades e conhecimentos na prática diária. Eles estão numa posição única para desenvolver experiência em gestão e liderança, relacionamento eficaz com outras pessoas, departamentos e formas de trabalho; e para influenciar a forma como os pacientes experimentam cuidados de saúde ao lado de melhoria de processos e sistemas de prestação de cuidados. As atividades específicas, tais como auditoria clínica e de investigação também oferecem a oportunidade de aprender habilidades de liderança e gestão. Como membros estabelecidos da equipe, equipes de área, empresa ou diretores de confiança ou como proprietários de farmácias e parceiros, eles são capazes de desenvolver suas habilidades de liderança, contribuindo ativamente para o funcionamento da organização e para a forma como os cuidados são prestados em sistemas complexos e</p>

				populações.
Identifying and Defining Competencies: Exploitation of results - recommendations on competency curriculum for professional pharmacists (2011)	A competência de um profissional refere-se a uma abrangente capacidade do indivíduo de efetuar. A partir das perspectivas partilhadas dos pacientes, sociedade civil e empreendedores, "competência" sugere um expectativa de efetividade, comportamento persistente do profissional de saúde. Uma competência (competence) é um item desconstruído ou tarefa funcional relacionada ao trabalho do profissional de saúde. Uma competência (competency) representa qualidades ou atributos individuais das atividades profissionais, o como do desempenho.		Educação deve ser considerada como contínua, enquanto um adequado, educação baseada em competências pode preparar o farmacêutico a entrar na prática, nenhum programa profissional pode fornecer ou desenvolver todos os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que um farmacêutico irá sempre necessitar. Isto requer uma combinação de uma apropriada fundação educacional de pré-serviço, formação em serviço, experiência de trabalho em mãos, e aprendizagem ao longo da vida. (Rouse, 2005). A Educação Continuada (CE) é geralmente compreendida como o significado de participação em cursos didáticos, que frequentemente resulta no profissional recebendo alguma forma de "crédito" ou recompensa, o que em alguns países é um requisito para permanecer em um registro profissional ou relicenciamento (Grout 2001; IPD 1997). O CE não necessariamente significa aprendizado adequado para atingir a competência do profissional.	
Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos (SF) basados em Atención Primária de Salud (APS) y las Buenas Prácticas em Farmacia (BPF) (2012)	As Competências são características (conhecimento, habilidades e atitudes) das pessoas, que demonstram quando executam uma tarefa ou realizam um trabalho e estão relacionados com o desempenho exitoso em uma atividade, trabalho ou de outra natureza (OPS/OMS, (Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud). Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington DC: OPS/OMS; 2008). Competências Específicas: são próprias das funções que deve realizar uma unidade organizativa como as equipes de APS, ligadas aos processos e contribuições individuais e coletivas dependentes dos conhecimentos e habilidades. São inerentes a cada profissão e predominam os aspectos técnicos. Whiddett e Hollyforde (2003) definem um quadro de competências como um conjunto de competências fundamentais para um desempenho valioso (Whiddett, S., and Hollyforde, S. A Practical Guide to Competencies – How to enhance individual and organizational performance. 2nd Edition. New York: Chartered Institute of Personnel and Development; 2003).		Uma das maiores dificuldades para assegurar o desenvolvimento de competências profissionais é ter uma avaliação para garantir que os aspectos não-cognitivo, tais como as atitudes e habilidades foram alcançados durante o processo de formação. Quanto as competências dos farmacêutico e profissionais de saúde, Brasil, no documento "Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Farmácia", indica que as competências se classificam em gerais (comuns a todos os profissionais de saúde) e específica (para âmbitos específicos de cada profissional) neste caso, do farmacêutico (Brasil, 2012). O fim também é uma constante nos documentos relativos a atividade farmacêutica, de tal maneira que o informe da VII Conferência Panamericana de Educação Farmacêutica (2010) menciona da necessidade de definir mais detalhadamente as competências do farmacêutico para este novo ciclo, utilizando como referencia, o documento "Plano Básico de Educação Farmacêutica" (1998). Este mesmo informe destaca que o farmacêutico dos serviços de saúde, requer de conhecimentos para o uso de ferramentas de gestão, na área regulatória e para avaliação da farmacoterapia dos pacientes, que lhes permitam participar na geração de políticas públicas em saúde. Do anterior se depreende, ademais, a necessidade de desenvolver habilidades de comunicação e	

			<p>liderança, para responder a mudança de paradigmas, hoje centrado mais no paciente do que no medicamento. Não há ideal único de educação e formação (sic) de produtos farmacêuticos modelo à escala mundial, mas há conceitos comuns, princípios e práticas que devem ser utilizadas pelos responsáveis pela educação farmacêutica para atender às necessidades da sociedade a nível local, regional e global (FIP, 2005). O Desenvolvimento Profissional Continuado (DPC) é um componente de aprendizagem e desenvolvimento que ocorre depois de completado a formação de pós-graduação.</p>	
<p>Pharmacy education Taskforce: A global Competency Framework (2012)</p>	<p>Conhecimento, habilidades, comportamentos e atitudes que um indivíduo acumula, desenvolve e adquire através da educação, treino e experiência de trabalho.</p>	<p>Competências refere-se ao conhecimento, habilidades, comportamentos e atitudes que um indivíduo acumula, desenvolve e adquire através da educação, treino e experiência de trabalho. Tomados em conjunto podem ser formulados em matriz que pode contribuir no sentido de apoiar o desenvolvimento profissional, dentro de um indivíduo para uma performance efetiva e sustentável. A Matriz está fundamentada nos resultados da educação inicial e formação, consequentemente este documento será de interesse e aplicável para líderes, educadores, reguladores e profissionais que estão trabalhando para harmonização global das expectativas com base na prática para os nossos profissionais. A Matriz de Competências Globais (GbCF) contém um conjunto central de competências comportamentais sintetizado nos documentos referidos que podem ser aplicados de forma geral para a força de trabalho farmacêutico no mundo todo.</p>	<p>Iniciativas de Educação da FIP fornecem uma plataforma global para intercâmbio, mentoreamento e aprendizado para líderes e acadêmicos, focando no desenvolvimento de habilidades de liderança e gerenciamento acadêmico e de habilidades pedagógicas. A Força de Trabalho da Educação Farmacêutica (PET) foi estabelecida em novembro de 2007 com o endosso da Executiva da FIP para empreender um programa colaborativo tripartite para o trabalho (com nossos parceiros UNESCO e OMS) formulado no Planejamento de Ações de Educação Farmacêutica 2008-2010. Um foco particular foi fornecer um guia baseado em evidências para facilitar o desenvolvimento da educação farmacêutica e capacitar para sustentar uma força de trabalho farmacêutica no nível das necessidades do país.</p>	

<p>International quality criteria for certification of professional degree programs in pharmacy (2012)</p>	<p>COMPETÊNCIA (COMPETENCE): A capacidade de um graduado da farmácia de exercer as suas funções com precisão, fazer julgamentos corretos e interagir adequadamente com os pacientes e colegas. A competência profissional é caracterizada por boas resolução de problemas e tomada de decisão habilidades, uma base sólida de conhecimentos, bem como a capacidade de aplicar conhecimentos e experiência para diversas situações de assistência ao paciente. COMPETÊNCIA (COMPETENCY): Um conhecimento, habilidade, atitude ou valor distinto que é essencial para a prática de uma profissão. Um farmacêutico deve dominar uma variedade de competências para ganhar proficiência na profissão.</p>			
<p>Servicios farmacéuticos basados em la Atención Primária de Salud (2013)</p>	<p>As habilidades são características (conhecimentos, habilidades e atitudes) de pessoas que são evidentes ao executar uma tarefa ou realizar um trabalho e estão relacionados com o desempenho bem sucedido em uma atividade, emprego ou outra (Organización Panamericana de la Salud. La Formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria en Salud. Washington, D.C.: OPS; 2008.)</p>		<p>De acordo com a OPAS/OMS (25), as mudanças necessárias na formação e educação continuada deve ser orientada para as competências dos profissionais de saúde, em conformidade com os elementos essenciais dos sistemas de saúde com base na APS</p>	
<p>The Future of the Pharmaceutical Sciences and Graduate Education: Recommendations from the AACP Graduate Education Special Interest Group (2013)</p>			<p>Por um lado, desde que a indústria farmacêutica tem mudado rapidamente, as habilidades necessárias nas inserções científicas este vcampo tem também mudado. Contudo, programas de graduação em ciências farmacêuticas ainda tem sido desenhado para treinar os estudantes para conduzir pesquisas acadêmicas da mesma maneira como tem sido por décadas. Os estudantes tem sido treinados na imagem de seus professores: os cientistas que conduzem estilo-NIH de pesquisa no ambiente acadêmico. Enquanto esta abordagem tem sido lógica se o objetivo principal tem sido para preencher o canal para a futura faculdade, somente 14% dos pós doutorados nas ciências farmacêuticas da UCSF tem ido para posições de graduação na academia enquanto 33% tem entrado nas carreiras de não pesquisa. Programas de graduação em ciências farmacêuticas estão enfrentando agora uma crise potencial em termos de ser capaz de sustentar a viabilidade, ainda relevante, dos programas de graduação que produzam cientistas que estejam prontos para contribuir na academia, indústria ou áreas não pesquisadas em nosso ambiente de rápidas mudanças. A academia deve ter como um objetivo principal fazer nossos programas de graduação mais relevantes para os graduandos e todos os empregadores do futuro.</p>	

<p>Consultation skills for pharmacy practice: practice standards for England (2014)</p>	<p>ÁREAS DE COMPETÊNCIA: 1. Gestão das consultas centradas no paciente: Esta área de competência é sobre como você comunica e gerencia suas consultas com pacientes. As competências ou recursos essenciais (EFs) estabelece abaixo a relação de você como um profissional farmacêutico e sua habilidade de aplicar o núcleo das áreas de competência para sua prática diária no local de trabalho.</p> <p>2. Habilidades específicas: Devem haver momentos durante a consulta quando as habilidades específicas devem ser aplicadas, a fim de estabelecer informações adicionais ou comunicação mais especializada ou informação mais detalhada para o paciente. 3. Uma abordagem abrangente: Promover saúde e bem-estar e ser capaz de oferecer intervenções de saúde pública é agora uma parte essencial da prática farmacêutica. Esta área de competência é sobre como você como profissional farmacêutico pode ser capaz de gerenciar a comorbidade, coordenar e dirigir o cuidado das doenças agudas, doenças crônicas, promoção da saúde e prevenção de doenças durante a consulta.</p>	<p>Este documento segue o mesmo estilo de matriz usada pela Royal College of General Practitioners (RCGP) para o currículo dos clínicos gerais (GP) e em particular, a declaração contextual nas consultas de GP na prática, parte do currículo do RCGP para 2010 (usado com permissão).</p>		
--	--	--	--	--

ANEXO C**Tabela 11. Análise do documento Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF - ABEF/CFF - 2015.**

Documento Consolidado das Discussões dos Fóruns Estaduais de DCNF - ABEF/CFF. 2015	
Categoria	Narrativas do texto
Formação/Perfil do Egresso	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Os atributos verificáveis no egresso (“perfil do profissional titulado”) são consequência do processo formativo. O profissional é, portanto, o “produto” do processo formativo”. 2. “Ao contrário, a não correspondência entre “perfil ideal” e “perfil do profissional titulado” é evidência de que algo precisa ser corrigido: a descrição do primeiro está inadequada (não apresenta foco ou já não corresponde às aspirações da categoria ou da sociedade) e/ou o processo formativo está sendo incapaz de atingir seu objetivo.” 3. “Falta de foco e de definição de um perfil prioritário que direcione a formação” 4. “Indefinição do objetivo foco para a formação” 5. “O perfil do egresso deve ser claro” 6. “ Melhor redação e definição do perfil do egresso” 7. “Alterar o perfil do egresso; alterar as DCN” 8. “Definir, nacionalmente e de forma objetiva, o perfil do egresso” 9. “Defasagem do perfil do egresso (...) com as necessidades sociais e do mercado da região”

10. “Defasagem [entre]a atual necessidade social do farmacêutico (atuando em equipes de saúde multi e interdisciplinares) e o que está preconizado nas DCN “
11. “O perfil do egresso deve permitir que o farmacêutico atendesse às demandas sociais”
12. “Perfil administrador e empreendedor”
13. “O graduado em Farmácia terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de doenças, nos âmbitos individual e coletivo, capacitado ao exercício da atividade central referente aos fármacos e medicamentos, integrando com as análises clínicas, análises toxicológicas e alimentos, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”
14. “O perfil do egresso não está atendendo o que a sociedade e o mercado demandam”
15. “O egresso ainda reproduz a visão dicotomizada das áreas concentradas no atendimento ao paciente e aquelas mais dedicadas à inovação e desenvolvimento de produtos farmacêuticos”
16. “Exemplo do descompasso entre as necessidades atuais da sociedade (e da) formação do profissional: despreparo de farmacêuticos para atuar na Farmácia clínica, com deficiência na formação ética e sem perfil administrador e empreendedor”
17. “Formação farmacêutica voltada para um mercado capitalista e não para atuar nos processos de transformação”
18. “Formação humanística” e reflexiva mínimas”.
19. “Dificuldade para formar profissional humanista, crítico e reflexivo com formação generalista. Incapacidade

	<p>ser protagonista, crítico, humanista e reflexivo</p> <p>20. “Preparo de egresso sem foco nas áreas privativas do farmacêutico (relacionadas aos fármacos e medicamentos, desde o seu desenvolvimento até a assistência em todos os níveis de atenção a saúde)”</p> <p>21. “Formação desvinculada do empreendedorismo (RN/RS) e da gestão farmacêutica”</p> <p>22. “O egresso está sendo formado prioritariamente na área de medicamentos em detrimento das áreas de análises clínica e toxicológicas e alimentos. Formação deficiente em áreas restritas e específicas do farmacêutico”</p>
Competências	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Definição das competências mínimas e conteúdos curriculares mínimos (ainda que haja flexibilidade frente à diversidade do país)” 2. “Egresso com dificuldade na tomada de decisões; falta de aptidão nos relacionamentos interpessoais e perfil administrativo deficiente” 3. “Dificuldade na formação de um profissional com todas as competências para atuação em todas as áreas: fármacos e medicamentos, análises clínicas e toxicológicas e controle, produção e análise de alimentos”. 4. “Formação deficiente em áreas restritas e específicas do farmacêutico” 5. “Definir com clareza as competências a serem desenvolvidas na IES e buscar o equilíbrio entre a teoria e a prática e os conteúdos a ser abordados” 6. “O egresso está sendo formado prioritariamente na área de medicamentos, em detrimento das áreas de análises clínicas e 7. toxicológicas e alimentos”. 8. “Elaboração de currículo compatível com o perfil do profissional atuante na área de alimentos. Ampliação de conteúdos e habilidades em Análises Clínicas nas matrizes. Reorganização de conteúdos teóricos e práticos

	<p>em Análises Clínicas, respeitando o perfil epidemiológico da região”.</p> <p>9. “O egresso está sendo formado prioritariamente na área de medicamentos em detrimento das áreas de análises clínicas e toxicológicas e alimentos”</p>
Atenção à Saúde	<p>1. “O egresso ainda reproduz a visão dicotomizada das áreas concentradas no atendimento ao paciente e aquelas mais dedicadas à inovação e desenvolvimento de produtos farmacêuticos”</p> <p>2. “Formação farmacêutica voltada para um mercado capitalista e não para atuar nos processos de transformação”</p> <p>3. “Não atende as necessidades nem as demandas de saúde da população”</p> <p>4. “Formação não considera as políticas públicas relacionadas à saúde (assistência farmacêutica, desenvolvimento e inovação, praticas integrativas e complementares, plantas medicinais e fitoterápicos e outras)”.</p> <p>5. “Formação deficiente nas áreas de Farmácia clínica e de Atenção Farmacêutica, bem como para o desenvolvimento e produção de medicamentos; necessidade de formação para o desenvolvimento e produção de medicamentos”.</p> <p>6. Deficiência da prática no cuidado no contexto do SUS e na formação do egresso em saúde pública e assistência farmacêutica.</p> <p>7. Não deve ter polarização SUS x PRIVADO, já que o farmacêutico deve ser competente para resolver problemas de saúde, independente de quem irá atender.</p>
Desenvolvimento Tecnológico	<p>1. “O egresso ainda reproduz a visão dicotomizada das áreas concentradas no atendimento ao paciente e aquelas mais dedicadas à inovação e desenvolvimento de produtos farmacêuticos”.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 2. “Formação deficiente nas áreas de Farmácia clínica e de Atenção Farmacêutica (SP), bem como para o desenvolvimento e produção de medicamentos (RO); necessidade de formação para o desenvolvimento e produção de medicamentos “ 3. “Formação não considera as políticas públicas relacionadas à saúde (assistência farmacêutica, desenvolvimento e inovação, praticas integrativas e complementares, plantas medicinais e fitoterápicos e outras)” 4. “Formação deficiente nas áreas de Farmácia clínica e de Atenção Farmacêutica , bem como para o desenvolvimento e produção de medicamentos; necessidade de formação para o desenvolvimento e produção de medicamentos”. 5. “O entendimento de algumas IES de que a formação deve privilegiar o SUS em detrimento da área tecnológica”
DCN	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Dificuldade de alcançar a transversalidade e a interdisciplinaridade na formação multiprofissional; falta de espaços interdisciplinares; falta de multidisciplinaridade e de articulação entre teoria e prática”; “currículo conteudista”. 2. “A formação preconizada na teoria, de acordo com as DCN, está voltada para a Saúde Pública, porém na prática falta a comunicação entre a IES e o sistema de saúde nas cidades, o que gera pouca aproximação do estudante ao SUS dentro da realidade da Saúde Pública”; “falta de comunicação adequada entre as IES e os serviços de saúde para a integração ensino – serviço”. 3. “matrizes curriculares não atendem na totalidade ao perfil exigido nas DCN, não adequação das matrizes curriculares em relação às diretrizes do MEC das IES públicas e privadas” 4. “Inserir a transversalidade com disciplinas que subsidiem o pensamento. Realizar atividades com caráter interdisciplinar, transdisciplinar, transversal e multiprofissional”. “Incentivo ao trabalho de formação multiprofissional” 5. “Mudança na matriz curricular”.

	<ol style="list-style-type: none"> 6. “Reformulação das DCN para que as matrizes curriculares dos diferentes cursos possam ser construídas para atender ao perfil generalista e o perfil do egresso previsto. Como sugestão, o uso de conteúdos transversais para atender este objetivo”. 7. “Falta de clareza do perfil do egresso descrito nas DCN, gerando interpretações diversas e equivocadas” 8. Reformulação das DCN para que as matrizes curriculares dos diferentes cursos possam ser construídas para atender ao perfil generalista e o perfil do egresso previsto. Como sugestão, o uso de conteúdos transversais para atender este objetivo” 9. “Matrizes curriculares não atendem na totalidade ao perfil exigido nas DCN, não adequação das matrizes curriculares em relação às diretrizes do MEC das IES públicas e privadas”
Carga Horária	<ol style="list-style-type: none"> 1. “A relação de habilidades e competências elencadas nas DCN não podem ser construídas com a referida carga horária” 2. “Carga horária insuficiente para quantidade de competências e habilidades necessárias a serem atingidas. Além disso, há tendência das IES privadas trabalharem com carga horária mínima (4.000 horas). As atuais DCN estão totalmente incompatíveis com a carga horária determinada”. 3. “A relação de habilidades e competências elencadas nas DCN não pode ser construída com a referida carga horária” 4. “Carga horária insuficiente para quantidade de competências e habilidades necessárias a serem atingidas. Além disso, há tendência das IES privadas trabalharem com carga horária mínima (4.000 horas) “. 5. “As atuais DCN estão totalmente incompatíveis com a carga horária determinada”.

ANEXO D

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
RESOLUÇÃO CNE/CES 2, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.(*) Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.300/2001, de 6 de novembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 4 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Farmácia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Farmacêuticos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Farmácia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Farmácia tem como perfil do formando egresso/profissional o Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em

princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º A formação do Farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

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

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e (*) CNE. Resolução CNE/CES 2/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9. 2 habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

V - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico-profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

VI - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos; VII - desenvolver assistência farmacêutica individual e coletiva;

VIII - atuar na pesquisa, desenvolvimento, seleção, manipulação, produção, armazenamento e controle de qualidade de insumos, fármacos, sintéticos, recombinantes e naturais, medicamentos, cosméticos, saneantes e domissanecantes e correlatos;

IX - atuar em órgãos de regulamentação e fiscalização do exercício profissional e de aprovação, registro e controle de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissanecantes e correlatos;

X - atuar na avaliação toxicológica de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissanecantes, correlatos e alimentos;

XI - realizar, interpretar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises clínico-laboratoriais, incluindo os exames hematológicos, citológicos, citopatológicos e histoquímicos, biologia molecular, bem como análises toxicológicas, dentro dos padrões de qualidade e normas de segurança;

XII - realizar procedimentos relacionados à coleta de material para fins de análises laboratoriais e toxicológicas;

XIII - avaliar a interferência de medicamentos, alimentos e outros interferentes em exames laboratoriais;

XIV - avaliar as interações medicamento/medicamento e alimento/medicamento;

XV - exercer a farmacoepidemiologia;

XVI - exercer a dispensação e administração de nutracêuticos e de alimentos de uso integral e parenteral;

XVII - atuar no planejamento, administração e gestão de serviços farmacêuticos, incluindo registro, autorização de produção, distribuição e comercialização de medicamentos, cosméticos, saneantes, domissanantes e correlatos;

XVIII - atuar no desenvolvimento e operação de sistemas de informação farmacológica e toxicológica para pacientes, equipes de saúde, instituições e comunidades;

XIX - interpretar e avaliar prescrições;

XX - atuar na dispensação de medicamentos e correlatos;

XXI - participar na formulação das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica;

XXII - formular e produzir medicamentos e cosméticos em qualquer escala;

XXIII - atuar na promoção e gerenciamento do uso correto e racional de medicamentos, em todos os níveis do sistema de saúde, tanto no âmbito do setor público como do privado;

XXIV - desenvolver atividades de garantia da qualidade de medicamentos, cosméticos, processos e serviços onde atue o farmacêutico;

XXV - realizar, interpretar, avaliar, emitir laudos e pareceres e responsabilizar-se tecnicamente por análises de alimentos, de nutracêuticos, de alimentos de uso enteral e parenteral, suplementos alimentares, desde a obtenção das matérias primas até o consumo;

XXVI - atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de produtos obtidos por biotecnologia;

XXVII - realizar análises físico-químicas e microbiológicas de interesse para o saneamento do meio ambiente, incluídas as análises de água, ar e esgoto;

XXVIII - atuar na pesquisa e desenvolvimento, seleção, produção e controle de qualidade de hemocomponentes e hemoderivados, incluindo realização, interpretação de exames e responsabilidade técnica de serviços de hemoterapia;

XXIX - exercer atenção farmacêutica individual e coletiva na área das análises clínicas e toxicológicas;

XXX - gerenciar laboratórios de análises clínicas e toxicológicas;

XXXI - atuar na seleção, desenvolvimento e controle de qualidade de metodologias, de reativos, reagentes e equipamentos. Parágrafo único. A formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Farmácia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Exatas - incluem-se os processos, os métodos e as abordagens físicos, químicos, matemáticos e estatísticos como suporte às ciências farmacêuticas;

II - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, bem como processos bioquímicos, microbiológicos, imunológicos, genética molecular e bioinformática em todo desenvolvimento do processo saúde-doença, inerentes aos serviços farmacêuticos;

III - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais e conteúdos envolvendo a comunicação, a economia e gestão administrativa em nível individual e coletivo, como suporte à atividade farmacêutica;

IV - Ciências Farmacêuticas – incluem-se os conteúdos teóricos e práticos relacionados com a pesquisa e desenvolvimento, produção e garantia da qualidade de matérias primas, insumos e produtos farmacêuticos; legislação sanitária e profissional; ao estudo dos medicamentos no que se refere à farmacodinâmica, biodisponibilidade, farmacocinética, emprego terapêutico, farmacoepidemiologia, incluindo-se a farmacovigilância, visando garantir as boas práticas de dispensação e a utilização racional; conteúdos teóricos e práticos que fundamentam a atenção farmacêutica em nível individual e coletivo; conteúdos referentes ao diagnóstico clínico laboratorial e terapêutico e conteúdos da bromatologia, biosegurança e da toxicologia como suporte à assistência farmacêutica.

Art. 7º A formação do Farmacêutico deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Farmácia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Parágrafo único. O estágio curricular poderá ser realizado na Instituição de Ensino Superior e/ou fora dela, em instituição/empresa credenciada, com orientação docente e supervisão local, devendo apresentar programação previamente definida em razão do processo de formação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Farmácia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Farmácia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Farmácia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Farmácia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Farmácia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Farmácia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Farmácia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Farmácia deverá:

I - abordar as áreas de conhecimento, habilidades, atitudes e valores éticos, fundamentais à formação profissional e acadêmica;

II - contemplar a abordagem de temas observando o equilíbrio teórico-prático, desvinculado da visão tecnicista, permitindo na prática e no exercício das atividades a aprendizagem da arte de aprender;

III - buscar a abordagem precoce de temas inerentes às atividades profissionais de forma integrada, evitando a separação entre ciclo básico e profissional;

IV - favorecer a flexibilização curricular de forma a atender interesses mais específicos/atualizados, sem perda dos conhecimentos essenciais ao exercício da profissão;

V - comprometer o aluno com o desenvolvimento científico e a busca do avanço técnico associado ao bem estar, à qualidade de vida e ao respeito aos direitos humanos;

VI - ser organizada de forma a permitir que haja disponibilidade de tempo para a consolidação dos conhecimentos e para as atividades complementares objetivando progressiva autonomia intelectual do aluno.

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Farmácia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Farmácia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO Presidente da Câmara de Educação Superior

