

## **A Formação em Saúde Coletiva na Graduação de Farmácia: a Experiência do Estágio Supervisionado na Atenção Básica**

The Training field for collective health in Pharmacy Graduation:  
the Experience of the Supervised Internship in Primary Health Care

Carla Ribeiro Guedes<sup>a</sup>

Vanessa Maia Rangel<sup>a</sup>

Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui<sup>a</sup>

### **Resumo**

Este artigo tem como objetivo abordar a formação em Saúde Coletiva na graduação de Farmácia. Parte-se da premissa que a inserção precoce do acadêmico em cenários de ensino-aprendizagem da atenção básica do Sistema Único de Saúde é uma estratégia fundamental para torná-lo um profissional de saúde. Como metodologia, utilizamos o relato de experiência da supervisão de estágio, de uma universidade pública do Estado do Rio de Janeiro. O estágio ocorre em unidades básicas de saúde e visa a participação dos estudantes em seus processos de trabalho, tais como o acolhimento, os procedimentos, os atendimentos, a farmácia, as visitas domiciliares e os grupos de promoção de saúde. Concluímos que a vivência do estágio possibilitou a produção de novos sentidos no processo formativo com a aquisição de habilidades e competências para a prática do cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** Estágio Supervisionado, Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública, Educação em farmácia, Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

---

<sup>a</sup> Professoras do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense – UFF, Brasil.  
Autor de contato: Carla Ribeiro Guedes, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense – UFF. Rua Marques do Paraná, 303 3º andar, prédio anexo ao HUAP Centro, Niterói, RJ. CEP 24033-900  
Tels.: (21) 2629-9350 / 2629-9352. Correio eletrônico: carla.rguedes@gmail.com

## **Abstract**

This article has as objective to approach the training for Collective Health in the Pharmacy graduation. It is based on the premise that the early insertion of the academician in teaching-learning scenarios of the primary care of the Unified Health System is a fundamental strategy to transform it in a health professional. As methodology, we use the experience report of the internship supervision of a public university in the State of Rio de Janeiro. The internship takes place in primary health units and aims to involve undergraduates in their work processes, such as the reception, procedures, care, pharmacy, home visits and health promotion groups. We have concluded that the experience of the internship allowed the production of new meanings in the education process with the acquisition of skills and competences for the practice of health care.

**Key-words:** Primary Health Care, Public Health, Education, Pharmacy, Health Human Resource Training

## **Introdução**

Ao longo das décadas de 1960 e 1970, os cursos de graduação em Farmácia, possuíam currículos de formação tecnicistas, que eram organizados de forma a suprir as necessidades da indústria: pregavam a ideia do farmacêutico como profissional do fazer, ligado à tecnologia, com uma visão fragmentada do cotidiano e desvinculada de um contexto histórico. Segundo Souza e Barros<sup>1</sup>, esta concepção curricular encontrou campo fértil no Brasil desenvolvimentista do “milagre brasileiro”. Ao longo da década de 1960, dois pareceres do Conselho Federal de Educação deslocaram o eixo de formação do farmacêutico, indo do medicamento para as análises clínicas e dispensação<sup>2,3</sup>, caracterizando o primeiro currículo mínimo de Farmácia, onde o aluno, ao se graduar, concluía um ciclo de aprendizagem.<sup>4,1</sup>

Na década de 1980, iniciou-se um processo de discussão da formação e atuação profissionais, com vistas a uma proposta curricular mais crítica e reflexiva. Nesse cenário de debate, destaca-se o perfil profissional, que além da qualificação técnica, deveria desempenhar um papel social. A complexidade das várias áreas de atuação propostas não permitiu o delineamento de um único perfil profissional generalista, mas perfis que contemplassem as áreas de fármaco e medicamentos, análises clínicas e toxicológicas e alimentos. Esta proposta, contraditória em si por estabelecer um perfil generalista e juntamente, perfis específicos, foi rejeitada.<sup>1,5</sup>

No final dos anos 1990 reiniciou-se um debate sobre o tema, com participação ativa dos estudantes de Farmácia, insatisfeitos com o modelo de formação.<sup>6</sup> Por 20 anos, a necessidade de reorientação curricular no ensino de Farmácia no país foi debatida. Somente no início dos anos 2000 o Conselho Federal de Farmácia promoveu o Fórum Nacional de Avaliação das Diretrizes Curriculares para os cursos de Farmácia, que culminou na criação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Farmácia, promulgadas em 4 de março de 2002.<sup>7</sup> Nessas Diretrizes, há uma preocupação maior em contextualizar o processo saúde-doença, os determinantes sociais em saúde e o papel do farmacêutico na atenção à saúde, em detrimento do reducionismo característico do currículo mínimo, de eixo formador fragmentado, com dicotomia entre teoria e prática e desarticulação entre disciplinas.<sup>1,5</sup>

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em Farmácia definem o perfil do formando/profissional, dentro de uma concepção generalista, humanista, crítica e reflexiva. As habilidades e competências indispensáveis 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, também sustentam uma visão humanista do profissional.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando desde áreas que fundamentam a formação, como o uso racional do medicamento, até o enfoque em problemas regionais de saúde também estão presentes na concepção curricular.<sup>3,5,7</sup> Outro ponto balizador das diretrizes é a formação continuada do profissional, em um processo permanente e autônomo, diferente do preconizado nas décadas de 1960 e 1970 no currículo mínimo.

Dentre os conteúdos essenciais propostos para este novo profissional, encontram-se as ciências exatas, da saúde, farmacêuticas e humanas/sociais. O egresso 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 relacionadas à tecnologia (pesquisa, desenvolvimento, produção, controle de qualidade) e aquelas relacionadas à atenção à saúde.<sup>7</sup> No SUS, além das atividades tecnoassistenciais e tecnogerenciais, este profissional deve promover o uso racional do medicamento e cuidado em saúde.

Apesar de definidas no início dos anos 2000, muitas das mudanças esperadas e desejadas, não foram alcançadas plenamente. Em 2017, novas diretrizes curriculares nacionais foram promulgadas<sup>8</sup>. De acordo com Nicoline e Vieira,<sup>9</sup> o momento é de reorientação da atuação do farmacêutico na atenção à saúde, onde a formação de habilidades e competências que supram as necessidades sanitárias da população é desafiadora. O novo modelo da prática aponta para o restabelecimento da relação terapêutica entre este profissional e o paciente, retomando princípios do cuidado farmacêutico e da atenção farmacêutica, apontados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas)<sup>9</sup> e pela *American Association of Colleges of Pharmacy (AACCP)*.<sup>11</sup> Neste cuidado, o profissional assume a responsabilidade de atender às necessidades farmacoterapêuticas de um paciente, identificando e resolvendo problemas.<sup>12</sup>

A atenção farmacêutica abrange a dispensação da terapia medicamentosa e o fornecimento de informação para tomada de decisões sobre o uso dos medicamentos pelos pacientes. Todo o seu processo deve envolver as atitudes de respeito aos princípios da bioética, as habilidades de comunicação e os conhecimentos técnico-científicos.<sup>10</sup> A prática da atenção farmacêutica está, portanto, baseada na resposta dos farmacêuticos às demandas dos usuários do sistema de saúde, buscando a resolução de situações de saúde que envolvam os medicamentos. Este processo necessariamente implica na escuta ativa, na identificação das necessidades de saúde, na análise das situações, na tomada de decisões e na definição de condutas relacionadas aos medicamentos.<sup>10</sup>

Para propiciar uma formação profissional em saúde, técnica e humanística, acredita-se que os alunos devam ser introduzidos no Sistema Único de Saúde de

maneira a ter a oportunidade de observar e vivenciar uma experiência de cuidado que seja a mais ampla possível.

Com esta perspectiva, este artigo tem como objetivo relatar uma experiência de supervisão de estágio na graduação de Farmácia de uma universidade pública do Estado do Rio de Janeiro. Parte-se da premissa que a inserção precoce do estudante em cenários de ensino-aprendizagem no âmbito da atenção básica é uma estratégia fundamental para a formação do farmacêutico em um profissional de saúde.

### **A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família**

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ela é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Sendo assim, é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.<sup>11</sup>

A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde<sup>14</sup> (Portal da Saúde, 2013). Esta tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.<sup>15</sup>

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de consultório dentário e farmacêuticos) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essas equipes assumem responsabilidade e criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.<sup>14</sup>

Neste cenário, os profissionais da saúde necessitam integrar as dimensões biopsicossociais para o cuidado dos indivíduos, famílias e comunidades com novos modos de agir e de interagir com a prática a fim de responder às necessidades de saúde das pessoas em suas diferentes dimensões.<sup>16</sup>

Se assentando sobre uma visão ampliada do processo de saúde-doença, ultrapassa concepções marcadas pelo viés biologizante e curativo. A saúde da família possui os elementos conceituais capazes de superar o processo de medicalização e redirecionar a atenção à saúde da população numa dimensão ética pautada em relações de cuidado por meios do estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade, uma relação especial entre sujeitos, numa atitude de escuta, diálogo, corresponsabilidade entre equipe de saúde e usuários.<sup>17</sup>

O processo de trabalho multiprofissional da equipe de Saúde da Família na unidade de atenção básica proporciona, portanto, um cenário de visibilidade do cuidado em saúde da população adscrita, assim como uma oportunidade de aprendizado observacional e prático, quando se torna também um cenário de ensino-aprendizado.

### **A Formação em Farmácia nos novos cenários de ensino-aprendizado**

A diversidade dos cenários de ensino-aprendizagem constitui-se uma importante estratégia para as práticas didático-pedagógicas de uma formação em Saúde Coletiva na graduação de Farmácia.

De acordo com Macêdo e colaboradores<sup>18</sup>, os novos cenários de prática são lugares de construção de conhecimento, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os

usuários; espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social, em suas diversas dimensões, com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Ao contrário das práticas fechadas nos hospitais e farmácias universitários, “mundo recortado da realidade em ato de viver cotidiano” a noção de cenários de aprendizagem implica em espaços abertos, concretos, de incorporação e produção do cuidado em saúde, produzidos por trabalhadores concretos inseridos na sociedade, e todas as oportunidades de aprender sobre pessoas, culturas, serviços, redes, estratégias e políticas<sup>18</sup>.

Entende-se que aprender atuando na rede de serviços de saúde permite que o estudante se aproprie da realidade e exercite seu potencial criativo de articulação de saberes e práticas, aliando o pensar-fazer-sentir. Assim, para uma formação em saúde que tenha nas práticas cuidadoras um elemento estruturante de sua profissionalização, a escolha de cenários onde docentes e discentes tenham oportunidade de articular o ensino com a atenção desenvolvida nos serviços de saúde assume papel fundamental.<sup>18</sup>

A seguir apresentaremos a experiência de estágio supervisionado na graduação de Farmácia desenvolvida em unidades de saúde da atenção básica.

### **Relato de experiência do estágio supervisionado na atenção básica**

A disciplina de estágio supervisionado tem como objetivo apresentar ao discente de Farmácia o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na atenção básica, no modelo Estratégia Saúde da Família: sua estrutura, os seus processos de trabalho, as linhas de cuidado, as relações com o território e a rede de saúde.

Trata-se de uma disciplina obrigatória, formada por turmas de no máximo dez alunos, oferecida para o segundo período da faculdade de Farmácia, com carga horária semestral de 54 horas. É ministrada por professoras do Instituto de Saúde Coletiva de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro.

O curso estrutura-se em dois módulos: o teórico e o prático. O módulo teórico consiste em quatro aulas na própria universidade com apresentação de seminários e debates sobre temas fundamentais para a prática profissional no âmbito da atenção

primária em saúde. São eles: 'atenção básica e Estratégia Saúde da Família', 'território', 'família' e 'rede'. Nestas aulas os alunos apresentam três textos diferentes sobre cada tema. Os artigos trabalhados fazem parte da bibliografia básica do curso e versam sobre noções conceituais, cartilhas, experiências no âmbito do SUS, pesquisas bibliográficas e de campo.<sup>19-30</sup> No módulo prático é desenvolvido o estágio em uma unidade básica de saúde (UBS), conveniada à universidade, numa cidade do Estado do Rio de Janeiro. A unidade tem como finalidade prestar assistência, promoção e prevenção da saúde. Tem perfil misto, pois agrega equipes de Saúde da Família e atende os serviços de um posto de saúde. Desse modo, a equipe profissional é composta por médicos de saúde da família, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de vigilância sanitária, odontólogos, médicos infectologistas, pediatras, ginecologistas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais e farmacêuticos. Além dos auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais e vigilantes.

O estágio conta com a presença em campo da professora supervisora, responsável pela disciplina na universidade, e de uma supervisora da unidade, que é uma profissional do próprio serviço. Ambas encontram-se na UBS durante o turno de estágio e ao fim do dia de trabalho a professora supervisora reúne-se com os estagiários para o compartilhamento das atividades e experiências vivenciadas, a realização de análises e articulações entre a teoria e a prática.

O plano de atividades do estágio consiste em que o aluno possa observar ou participar dos seguintes serviços oferecidos no âmbito da atenção básica, em forma de rodízio. A cada dia o estagiário deve passar por um desses setores ou serviços:

- a) acolhimento / porta de entrada;
- b) salas de procedimentos (vacinação, curativos, aferição de pressão, glicemia temperatura e coleta de sangue);
- c) farmácia;
- d) consultas médicas e enfermagem;
- e) visitas domiciliares;
- f) grupos Educativos



A seguir apresentaremos o processo de estágio supervisionado no SUS através do plano de atividades.

## **Acolhimento**

Neste setor, o estagiário observa o fluxo de entrada do usuário na atenção básica através de sua chegada à unidade: o cadastramento, o sistema de marcação de consultas e o seu direcionamento para setores específicos como vacinação, coleta de sangue/teste rápido, procedimentos, farmácia, consultas ambulatoriais e programas específicos (hipertensão, diabetes, tuberculose, puericultura, hanseníase, redução do tabagismo, gestantes, entre outros).

Durante as supervisões, os alunos costumam trazer os seus aprendizados sobre a linha de cuidado na unidade e as relações dos agentes comunitários de saúde (responsáveis pelo acolhimento) e os usuários: os vínculos e o conhecimento dos primeiros do território e das famílias.

## **Salas de procedimentos**

Na unidade de saúde há salas diferenciadas para os seguintes procedimentos: imunização, curativos, coleta de sangue e uma sala denominada procedimentos.

Na imunização os acadêmicos observam os procedimentos e orientações, tomam conhecimento sobre o calendário de vacinação e aprendem sobre as formas de armazenamento das vacinas.

Na sala de curativos observam os enfermeiros e técnicos de enfermagem realizarem curativos nos usuários. Aprendem sobre a linha de cuidado: onde foi realizado o primeiro atendimento (hospital, unidade de pronto atendimento ou na própria unidade de saúde), a periodicidade, o acompanhamento (na UBS ou na residência) e as formas de tratamento. Também conhecem a história do usuário e de seu adoecimento ou trauma.

No setor de coleta, os estudantes observam a coleta de sangue e o teste rápido (HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C). Aprendem sobre o fluxo da testagem: o registro no

sistema, o envio da amostra para o laboratório, a emissão dos laudo e o encaminhamento para o profissional de nível superior que informará o resultado ao usuário.

Por fim, na sala de procedimentos, podem observar uma pré-consulta em adultos e crianças. Escuta-se a queixa do usuário, é feita aferição de pressão, glicemia e a pesagem de crianças. Também são realizados testes de gravidez, a administração de medicamentos injetáveis e o encaminhamento para as consultas ambulatoriais.

Observamos nas supervisões que o aluno de Farmácia tem um especial interesse em dominar a técnica de alguns procedimentos, ressaltamos que embora eles possam ter aprendizados técnicos, esse não é o objetivo do estágio. Enfatizamos no processo de ensino-aprendizagem o conhecimento do fluxo do cuidado, os processos de trabalho, as relações entre os profissionais e os usuários, e o trabalho em equipe na atenção básica.

## **Farmácia**

A farmácia é o setor onde o estagiário pode aprender um pouco sobre a prática da atenção farmacêutica, em especial a dispensação de medicamentos. Além de conhecer a forma de organização e funcionamento do serviço, tais como o processo de armazenamento dos medicamentos e de registro no sistema.

Dentre todos esses aprendizados, o que ganha o maior relevo nas supervisões são as práticas de cuidado. Ao dispensar a medicação, o acadêmico observa o farmacêutico interagir com o usuário, as perguntas sobre o seu tratamento, a sua vida e a sua família. Nesse momento, os estudantes podem compreender a noção de clínica ampliada<sup>29</sup>, com a importância de um olhar integral para o sujeito e não para a doença. Um estagiário observou que durante a dispensação, a farmacêutica ao perceber que o usuário era fumante, recomendou a participação no grupo de tabagismo oferecido na UBS.

A forma de comunicação do farmacêutico durante a dispensação é um outro ponto de aprendizado: “Como dispensar a medicação para usuários analfabetos?” “Como auxiliar o usuário a se organizar quando precisa tomar muitos medicamentos?”

Ao observar e participar do processo de trabalho do farmacêutico, o estagiário aprende a utilizar de linguagem visual (por exemplo figuras de uma xícara de café, prato, sol, lua) na dispensação de medicamento e a auxiliar o usuário a organizar em uma caixa os seus diferentes medicamentos, utilizando, inclusive, os recursos visuais.

O aluno observa também que é preciso verificar se o paciente compreendeu como ministrar a sua medicação, uma vez que há muitos casos de dúvidas sobre dosagens, horários, tipos de medicamento, formas de armazenamento, entre outras. O farmacêutico ao estabelecer uma boa relação com o usuário e ao esclarecer indagações através de uma linguagem clara e acessível, torna-se fundamental para o uso racional de medicamentos.<sup>19</sup>

### **Consultas médicas e de enfermagem**

Nas consultas médicas e de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família, os acadêmicos observam a construção de uma anamnese, o diagnóstico, as orientações e as prescrições de medicamentos. São comuns os relatos dos estagiários sobre a abordagem de um atendimento integral dos médicos e enfermeiros, os quais incluem na sua anamnese perguntas como o número de cômodos e o tipo de construção da casa, o tipo de acesso (se há transporte público perto, se é necessário subir muitas escadas), a renda familiar e se a mesma é suficiente, o tipo de trabalho, a família, seus conflitos e as perdas.

Nas supervisões, ressaltamos que a clínica deve se basear no sujeito visto de forma singular. Significa um olhar que inclua a dimensão social, cultural e subjetiva do paciente: a família, o trabalho, a religião e suas influências culturais sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção. Desse modo, a conduta terapêutica será diferenciada de acordo com a vida e o meio do usuário. E que cabe ao profissional de saúde desenvolver sua escuta, estabelecer diálogos, acolher, construir vínculo e lidar com os afetos emergentes nas consulta.<sup>27,30</sup>

### **Visitas domiciliares**

Os estagiários realizam as visitas domiciliares com enfermeiros, médicos, farmacêutica e agentes comunitários de saúde. Momento em que conhecem o território, as condições de vida e de moradia dos usuários. Para chegar até a casa de alguns usuários é preciso passar por uma área pobre, de difícil acesso e sem saneamento. Nos domicílios, os estudantes se depararam com a intimidade do paciente, de sua família, o seu cotidiano e os seus conflitos.

Nas supervisões são frequentes os comentários sobre a complexidade dos problemas de saúde na atenção básica.<sup>20</sup> Os usuários apresentam várias questões de saúde associadas, um dos casos a estagiária relatava que a paciente possuía anemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus com sintomas desenvolvidos, inclusive, com lesão e problemas de cicatrização em um dos pés. Além de apresentar problemas psicológicos e dificuldades em ministrar os medicamentos.

Outro ponto muito debatido com os estagiários é a importância do vínculo na prática clínica. Os estudantes costumam se surpreender com o fato de os profissionais conversarem nas visitas domiciliares com os seus pacientes sobre a sua vida, a sua família, as angústias e as dificuldades no tratamento. Ressaltamos nas supervisões que a construção de vínculo é fundamental para uma maior adesão do paciente ao seu projeto terapêutico. Do lado do paciente, somente se constitui vínculo quando ele acredita que a equipe pode contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos usuários.<sup>30</sup>

### **Grupos educativos**

Os estagiários participam dos grupos de promoção de saúde da unidade: tabagismo, gestantes, hipertensão arterial, diabetes, entre outros. Nessas atividades podem conhecer uma abordagem de promoção da saúde em equipe transdisciplinar. No grupo de tabagismo, por exemplo, uma odontóloga e uma farmacêutica são as coordenadoras, ambas trabalham as cartilhas do INCA sobre o tabagismo e conduzem os debates e as atividades propostas.

Ao fim de um desses encontros, a farmacêutica em conversa com os acadêmicos mencionava a importância de eles compreenderem que são profissionais

de saúde, e que não só abordam as questões medicamentosas. E, portanto, podem e devem trabalhar a prevenção e a promoção de saúde na atenção básica.

Sendo assim, o farmacêutico participa de atividades em equipe multiprofissional: campanhas, atividades intersetoriais, grupos educativos, visitas domiciliares e reuniões de equipe colaborando ativamente na construção de projetos terapêuticos singulares.<sup>31,32</sup>

Além dos grupos oferecidos nas unidades, uma das atividades de estágio é o planejamento e o desenvolvimento de atividades de educação em saúde junto aos usuários da sala de espera.

### **Os grupos de sala de espera**

Nos primeiros encontros do estágio procuramos conversar com os profissionais de saúde a fim de que sugiram temas para o desenvolvimento do grupo educativo com foco em prevenção e promoção de saúde na sala de espera.

A atividade desenvolvida na atenção básica inclui uma apresentação oral em que orientamos que seja planejada de forma a utilizar uma dinâmica pedagógica interativa, participativa, lúdica e com elementos concretos de demonstração. Para essa preparação, solicitamos que os estudantes busquem fontes oficiais: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Em seguida, iniciamos o planejamento da atividade educativa. Os estagiários são estimulados a conceberem um projeto de intervenção baseado no seguinte roteiro: o que é, 'fatores de risco' e 'medidas de prevenção e promoção de saúde'. Nas supervisões de planejamento reforçamos algumas noções centrais para que a ação tenha seus objetivos cumpridos, tais como a criação de uma dinâmica que favoreça o diálogo, a interação, e a troca de saberes populares e técnico.<sup>33</sup>

Temos como prática realizar um ensaio da atividade educativa. Podemos assim, analisar as formas de comunicação e as estratégias para estimular a capacidade dialógica e reflexiva junto aos usuários. Uma das questões trabalhadas é a linguagem, apontamos palavras e nomenclaturas que são de difícil entendimento do público leigo e procuramos encontrar coletivamente outras que possam substituí-las.

Outro ponto discutido em grupo é o tipo de dinâmica ou recurso lúdico a ser utilizado, a fim de fugir do modelo de “palestra”. Conversamos sobre a importância da construção de uma metodologia ativa e problematizadora.<sup>34</sup>

O momento de realização dos grupos de sala de espera é cercado de expectativas pelos estagiários. Ao conduzirem uma ação educativa em saúde, deparam-se com o território da sala de espera: um público variado (crianças, idosos, gestantes e adultos), uma população em trânsito (profissionais, agentes comunitários de saúde, vigilantes e usuários), além do barulho característico desses locais: crianças chorando, profissionais de saúde chamando seus pacientes para consultas, procedimentos e pessoas conversando.

O grupo inicia a atividade se apresentando nominalmente e como estagiários da faculdade de Farmácia, e pedem autorização para realizarem a atividade educativa.<sup>33</sup> De forma geral, os usuários se mostram muito receptivos e acolhedores.

A participação nas dinâmicas propostas tem grande adesão: jogos de perguntas e respostas, brincadeiras interativas e dramatizações. No tema envelhecimento saudável, os participantes fizeram uma gincana para definir num cartaz alguns hábitos saudáveis. Para tratar o tema da alimentação saudável, foram criados recursos concretos como a demonstração da quantidade açúcar e sal existentes em alguns produtos muito consumidos pela população. Ao trabalhar esse tema, os estagiários costumam levar frutas, chás (com informações e instruções) e distribuir ao final da atividade educativa.

Esses recursos são propiciadores também da escuta ao usuário. Ao fazer um jogo, uma brincadeira há o momento dos estagiários escutarem aquilo que os frequentadores da unidade de saúde têm a dizer sobre a sua percepção do processo saúde-doença, da sua realidade social ou ainda sobre as suas formas de autocuidado. Destacamos nas supervisões a importância de ser uma escuta acolhedora e sem julgamentos.

Os grupos educativos duram em torno de 20 a 40 minutos e ao término os estagiários agradecem a participação, entregam folhetos e cartazes (disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde do município) e se colocam à disposição para esclarecimentos e dúvidas. É muito frequente o retorno positivo dos usuários, que

agradecem, fotografam, pedem folhetos para levarem aos familiares, e por várias vezes rodeiam os estudantes com dúvidas e comentários.

Durante as supervisões, os estudantes costumam se surpreender com a contribuição que puderam dar aos usuários da unidade de saúde, enfatizam os seus aprendizados no planejamento e execução dos grupos, assim como a aquisição de habilidades para as relações interpessoais.

## **Considerações finais**

Um dos comentários mais unânimes no relatório final de estágio, produzido pelos estagiários, é a mudança de percepção sobre o Sistema Único de Saúde (Sus). Muitos relatam que tinham uma visão preconceituosa sobre a Saúde Pública e que tiveram seus olhares transformados ao vivenciarem o dia-a-dia de uma unidade básica de saúde. Que passam a considerar como 'produtora efetiva de saúde humanizada.'<sup>20</sup>

Ressaltam também o entendimento de que a atenção básica visa a saúde integral do usuário<sup>15</sup>. As atividades realizadas proporcionam um tratamento que abrange uma melhoria de vida no aspecto físico, psicológico e em sua cidadania.

Outra questão apontada entre os alunos é a importância do vínculo<sup>32</sup> entre profissionais e usuários para a adesão dos pacientes ao tratamento. Ao observarem os enfermeiros, médicos, odontólogos, educadores físicos, farmacêuticos e agentes comunitários nas consultas, visitas domiciliares, no acolhimento, na dispensação de medicamentos (no caso das farmacêuticas) e nos grupos de promoção da saúde, constataam que há uma relação de afeto e confiança entre eles, e aprendem que isso é fundamental no tratamento e na produção de saúde.

Destacamos também a percepção do estudante de que o farmacêutico é um profissional de saúde, que deve trabalhar em equipe e se relacionar com os usuários em diferentes atividades. Muitos alunos declararam que através da experiência de estágio puderam perceber que as suas ações, como profissionais de saúde, podem

influenciar na saúde e na vida das pessoas que necessitam de cuidado. E que o cuidado pode se exercer de várias formas, através da dispensação de um medicamento, de uma orientação ou de uma escuta singularizada.

A partir dessas considerações, podemos confirmar a premissa desse artigo de que a inserção precoce do acadêmico de Farmácia em cenários de ensino-aprendizagem no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde é uma estratégia fundamental para torná-lo um profissional de saúde. Ao vivenciar a realidade de uma unidade básica de saúde, e se deparar com exemplos concretos de acolhimento, vínculo, integralidade e clínica ampliada, produziu-se novos sentidos no processo formativo com a aquisição de habilidades e competências para a prática do cuidado em saúde.

## Referências

1. Souza AM, Barros SBM. O ensino em farmácia. Pro-Posições. 2003; 14 (1): 29-38.
2. Conselho Federal de Educação. Parecer 287/69. Documenta, n. 100. Brasília, DF: CFE; 1969.
3. Conselho Federal de Educação. Parecer268/62. Documenta, n. II. Brasília, DF: CFE; 1963.
4. Batista AM. Educação baseada na comunidade: a experiência de uma unidade básica de Parnamirim - RN. Org.: Melo LP, Oliveira ALO, Pinto TR. In: Anais do I Colóquio Norte-Nordeste de Ciências Sociais e Humanas na Educação das Profissões de Saúde. Revista de humanidades – Caicó. 2015; 16 (37): 215-265.
5. Araújo FQ, Prado EM. Análise das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em farmácia.RCE. 2008; 3: 96-108.



6. Federação Nacional dos Farmacêuticos. Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia. Proposta de Reformulação do Ensino de Farmácia no Brasil. São Paulo, S.P: FNF/ENE; 1996.
7. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF: CNE; 2002.
8. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF: CNE; 2017.
9. Nicoline CB, Vieira RCPA. Pharmaceutical assistance in the Brazilian National Health System (SUS): Pharmacy students' perceptions. Interface (Botucatu). 2011; 15 (39): 1127-41.
10. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília, D.F: Opas; 2002.
11. American Association of Colleges of Pharmacy (AACP). Commission to implement change in pharmaceutical education. What is the mission of pharmaceutical education? Background paper I. [acesso 2017 Mai 9] Disponível em: [www.aacp.org/resources/historicaldocuments/Documents/BackgroundPaper1.pdf](http://www.aacp.org/resources/historicaldocuments/Documents/BackgroundPaper1.pdf).
12. Cipolle RJ, Strandlm DLM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: The patient centered approach to medication management 3a ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Pactuação Unificada de Indicadores: avaliação 2008. Brasília, D.F: Ministério da Saúde; 2010.
14. Portal da Saúde [acesso 2013 Jun 25]. Disponível em: [www.dab.saude.gov.br](http://www.dab.saude.gov.br).
15. Castro ALB, Machado CV. A política federal de atenção básica: à saúde no Brasil nos anos 2000. Physis. 2012; 22 (2).477-506.

16. Acioli, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; 2004. 187-204.
17. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14 (3).
18. Macêdo MCS, Romano RAT, Henriques RLM, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: inserção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB; Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC; ABRASCO; 2005. 229-250.
19. Santana ML, Carmagnani MI. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde soc*. 2001; 10 (1): 33-53.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: MS; 2009.
21. Provin MP, Campos AP, Nielson SEO. Atenção farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. 2001; 19 (3): 717-723.
22. Ferreira J, Espírito Santo W. Os percursos de cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos. *Physis*. 2012; 22 (1): 179-198.
23. Lemke RA, Silva RAN. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicologia e Sociedade*. 2013; 25 (2): 9-20.
24. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: atenção básica e a rua. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 (supl. I): 919- 930.
25. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (supl. I): 1497-1508.

26. Cardoso AR, Brito LMT. Ser avó na família contemporânea: que jeito é esse? *Psico USF*. 2014;19 (3): 433-441.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília: MS; 2009.
28. Botti ML. O aprender organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. *Saúde soc*. 2006; 15 (1):107-114.
29. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2012; 9 (3): 479-503.
30. Campos GW. Saúde Paidéia. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
31. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
32. Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. 2a. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
33. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto contexto - enferm*. 2006; 15 (2): 320-325.
34. Zambenedetti G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. *Saude soc*. 2012; 21 (4): 1075-1086.

**Agradecimentos:** A toda equipe do estágio supervisionado, em especial a professora Verônica Alcoforado. Aos preceptores, gestores e funcionários das unidades onde o estágio é realizado e a coordenação do curso de Farmácia da UFF.