

# Profissionalismo e desenvolvimento profissional: lições da sociologia das profissões para entender o processo de legitimação social da farmácia\*

Professionalism and professional development: lessons from the sociology of professions to understand the professional socialization of pharmacy practice

Wellington Barros da Silva<sup>1</sup> & Demétrio Delizoicov<sup>2</sup>

**RESUMO** – O artigo propõe, a partir do referencial das tradições sociológicas que demarcam a teoria social das profissões, uma discussão do processo de profissionalização da farmácia, na perspectiva histórica da sua estrutura, mecanismos de organização e legitimação social. São destacadas as relações de afirmação, desenvolvimento da autonomia e expansão, em oposição aos fenômenos e interesses diversos que contribuem para sua desprofissionalização, mas que, ao mesmo tempo, possibilitam o surgimento de um novo modelo de prática, como a Atenção Farmacêutica.

**PALAVRAS-CHAVE** – Profissionalismo, desenvolvimento profissional, prática farmacêutica.

**SUMMARY** – This paper proposes, from the sociological approaches concerning the social theory of the professions, a discussion about the pharmacy professionalization process under its historical perspective structure, mechanisms of social organization and legitimacy. Standing out the relationship of affirmation, development of autonomy and expansion, opposing to the phenomena and various interests, which contribute to its de-professionalization, but at the same time, enable to make the appearing of a new practice model, such as the Pharmaceutical Care.

**KEYWORDS** – Professionalism, professional socialization, pharmacy practice.

## 1. INTRODUÇÃO

As profissões, um fenômeno resultante do processo histórico, têm sua gênese, desenvolvimento e por vezes, extinção, determinados pela capacidade que a corporação profissional tem para articular seu discurso ideológico às demandas sociais, bem como, à lógica de reprodução e controle presentes no modelo hegemônico de produção de bens e serviços; legitimando-se através da institucionalização e da reserva do mercado de trabalho regulamentadas pelo Estado.

Considerando essa premissa e para estudar o processo de desenvolvimento da profissão farmacêutica, pode-se partir da análise das transformações ocorridas na dinâmica das relações sociais que condicionaram a produção e uso de medicamentos nas sociedades ao longo do tempo, incluída a estruturação e reconhecimento social da farmácia<sup>(1,33,34)</sup>.

Essa tendência parece estar relacionada com o crescente interesse pelos aspectos assistenciais da profissão e “(...)acontece quando as atenções deixam de estar exclusi-

vamente centradas no medicamento em si, para se virarem igualmente para as relações entre o medicamento e o doente, com o conseqüente aumento do interesse pelos aspectos sociais da farmácia e do medicamento.”<sup>(34)</sup>.

No momento em que se discute a implantação de um novo modelo de prática profissional, fundamentado na filosofia da Atenção Farmacêutica, o presente artigo tem como objetivo apresentar alguns elementos que possibilitem sua compreensão na perspectiva sociológica da organização e legitimação profissional e do desenvolvimento da profissão farmacêutica.

## 2. O CONCEITO DE PROFISSÃO E SEU PROCESSO DE LEGITIMAÇÃO SOCIAL: CONTRIBUIÇÕES DA SOCIOLOGIA

### 2.1 Interpretações sobre a estrutura e organização social das profissões

Apesar do senso comum presente no discurso profissional em atribuir ao domínio de um tipo de conhecimento especializado e a um propósito quase sacerdotal a justifica-

Recebido em 28/7/2008

<sup>1</sup>Curso de Farmácia, Universidade Católica de Brasília, UCB Campus I, QS 07, Lote 1 EPCT, Bloco São Gaspar Bertoni (Bloco M), 71966-700, Taguatinga, DF

<sup>2</sup>Farmacêutico, Mestre em Ciências Farmacêuticas (UFRGS), Doutorando em Educação Científica e Tecnológica,

Programa de Pós-graduação em Educação Científica e Tecnológica (PPGECT/UFSC), Professor do Curso de Farmácia da Universidade Católica de Brasília (UCB)

<sup>3</sup>Licenciado em Física, Doutor em Educação (USP), Professor adjunto do Departamento de Metodologia de Ensino, Centro de Ciências da Educação e do Programa de Pós-graduação em Educação Científica e Tecnológica da Universidade Federal de Santa Catarina – Trindade, 88040-900, Florianópolis, SC

tiva do monopólio e do direito ao exercício profissional, uma leitura mais crítica das tradições sociológicas permite uma teoria social que explique a estruturação, demarcação e dinâmica que envolve as relações no interior da corporação profissional com a sociedade e com o Estado. Sem desprezar o papel da base cognitiva como elemento relevante no estabelecimento do profissionalismo, aquelas abordagens ressaltam que não basta unicamente o domínio do conhecimento. De fato, parece que o sucesso de uma profissão depende em grande parte da capacidade que uma corporação tem de estabelecer estratégias de visibilidade e legitimação junto à sociedade, de forma que permitam a conquista gradual da exclusividade no exercício de sua atividade no mercado de trabalho<sup>(21)</sup>.

Como objeto de estudo da sociologia, importa compreender a forma de organização social das profissões e como essas formas são condicionadas por outros fatores e afetam a estruturação do mundo do trabalho.

Segundo QUEIROZ<sup>(30)</sup>, o estudo das profissões corresponde à tradição sociológica Durkheimiana e é sobre esta tradição que a corrente funcionalista da sociologia norte-americana iria desenvolver a concepção dos papéis sociais desempenhados no seio de cada profissão. O enfoque funcionalista concebe a sociedade como um sistema constituído de partes que interagem e se autoregulam para manter a ordem e a estabilidade do próprio sistema<sup>(5)</sup>. O mais destacado representante dessa tradição, TALCOTT PARSONS<sup>(26)</sup>, desenvolve e aprofunda uma base teórica para explicar o processo de surgimento, organização, institucionalização e reconhecimento de uma atividade profissional com enfoque estrutural-funcionalista. Segundo essa visão, a gênese de uma profissão corresponde ao processo de organização e divisão social do trabalho demandado pela necessidade de grupos especializados na execução de certas funções ou atividades específicas requeridas pela sociedade<sup>(23)</sup>.

Neste sentido, a sociologia de Parsons estabelece os estatutos que caracterizariam uma profissão, inclusive diferenciando-a de um ofício ou ocupação. Dessa forma:

- a) Uma profissão corresponderia a toda atividade técnica que exige dedicação integral de quem a exerce;
- b) estaria estruturada de modo a oferecer um serviço à sociedade;
- c) o princípio da autonomia profissional constitui requisito imprescindível para o exercício da profissão;
- d) os profissionais de uma determinada profissão organizam-se na forma de uma corporação, a qual estabelece, formaliza e normatiza condutas e responsabilidades que serão assumidas pelo grupo de profissionais;
- e) isso implica na existência de uma cultura profissional, ideário, valores, responsabilidades e missão da profissão, expressas em um código de ética profissional;
- f) há ainda o estabelecimento de uma relação de responsabilidade entre o prestador do serviço (profissional) e o beneficiário ou contratante desse serviço (o cliente, que no caso das profissões da saúde será o paciente ou usuário dos serviços de saúde) e finalmente;
- g) pela representação de uma identidade vocacional, onde os objetivos de vida do profissional coincidem com os aspectos filosóficos da prática profissional<sup>(23,32)</sup>.

A perspectiva funcionalista do estudo das profissões iria dominar grande parte da produção científica na área, principalmente entre os americanos, razão pela qual ainda

pode ser percebida sua influência através do enfoque taxonomista, que procura descrever os atributos que caracterizam e diferenciam ocupações com práticas profissionais, semiprofissionais e não-profissionais. Essa vertente estrutural-funcionalista ficou conhecida como *trait approach* ou *trait theory*. Apesar das limitações, principalmente a ênfase descritiva, além da ausência de uma discussão sobre o papel das relações de poder e de reprodução ideológica dos valores dominantes na sociedade, BARBOSA<sup>(3)</sup> reconhece que aquela abordagem teve como principal mérito, elaborar de forma coerente os princípios e o conjunto de elementos que caracterizam as profissões e até mesmo sua gênese.

## 2.2 Um olhar para além da concepção funcionalista:

### • Autonomia e profissionalismo

A partir de 1970 há uma tentativa de superação da visão funcionalista no estudo social das profissões. A mudança de enfoque foi caracterizada por um deslocamento no referencial teórico, representado de um lado, por influências do pensamento marxista e de outro, por Max Weber. Destacam-se nesse período os trabalhos de MAGALI LARSON<sup>(21)</sup> e ELIOT FREIDSON<sup>(11)</sup>.

Para LARSON<sup>(1)</sup>, o processo de profissionalização reside na estratégia ou projeto profissional, entendido como processo histórico através do qual um grupo profissional conquista o monopólio sobre um segmento específico do mercado de trabalho, alcançando reconhecimento social e proteção do Estado. Esse processo está relacionado ao controle exercido pelo grupo de profissionais sobre um conjunto de conhecimentos passíveis de aplicação prática.

Para atingir a autonomia e credibilidade social, os membros do grupo são compelidos a se organizar e a ocupar os espaços no interior das estruturas sociais, em resposta às demandas e oportunidades disponíveis na sociedade; buscando o aperfeiçoamento das suas atividades com base no controle do acesso ou ingresso de novos membros e na tentativa de regulamentação das atividades, como forma de controle do mercado. Este, por sua vez, interfere no processo de estruturação e legitimação profissional, em função do contexto sócio-econômico e da matriz ideológica dominante. Entre os elementos que favorecem a aquisição e manutenção do monopólio de competência profissional, destacam-se<sup>(21)</sup>:

- a) A natureza do serviço oferecido

Quanto mais necessário, abrangente e menos acessível a outras ocupações, melhores as condições de legitimação para a profissão;

- b) As características do mercado de trabalho

Quanto menos competitivo, melhores serão as condições de exercício profissional. Larson dá uma atenção especial ao sentido de competição entre uma profissão com outras profissões e formas de ocupações (que também almejam legitimar suas práticas) e sua importância no processo de monopólio de competência; o que implica o isolamento, distanciamento e restrição das atividades de ocupações consideradas inferiores ou não-habilitadas, bem como, o controle de ingresso na corporação (*Social closure*).

Na área da saúde é possível observar este comportamento, por exemplo, na forma como os médicos renegaram e buscaram se distanciar historicamente dos cirurgiões-barbeiros, dos homeopatas, parteiras e farmacêuticos e, como estes últimos, também intentaram sempre que

possível, demarcar suas diferenças com os boticários no século XIX e com os balconistas, proprietários e oficiais de farmácia (práticos). Geralmente este fenômeno acaba mascarado pela ideologia do caráter científico ou da maior competência técnica de um grupo em relação a outro.

c) Perfil dos usuários ou beneficiários dos serviços

Outro fator que pode favorecer uma profissão, diz respeito ao perfil da clientela: esta deve ser a mais ampla possível no espectro social, como também, não muito organizada no sentido do poder de apropriação dos conhecimentos e técnicas que constituem o corpo esotérico da profissão.

d) Base cognitiva e controle da formação

A base cognitiva representa um elemento relevante, pois, quanto mais “específica”, “padronizada”, “científica” e inaccessível ao senso comum o corpo de conhecimentos (corpo esotérico), mais privilegiado e melhor o status profissional junto à sociedade. Da mesma forma, quanto maior for o nível de controle exercido pelos profissionais sobre as condições de treinamento, oferta e ingresso à profissão, maiores serão as chances da profissão defender sua posição no mercado de trabalho, aperfeiçoando e estabelecendo padrões de desempenho das atividades, o que de certa forma controla a competição interna e reforça o a imagem da profissão.

e) As relações de poder no plano político e ideológico

As relações de poder se manifestam na afinidade ideológica de um grupo profissional com os valores das estruturas dominantes na sociedade, que se reflete no nível político na capacidade de persuasão do Estado em exercer sua proteção sobre determinada profissão.

Estes elementos aparecem na análise que PEREIRA-NETO<sup>(27)</sup> faz ao estudar o processo de legitimação da profissão médica sob enfoque histórico e sociológico.

Tomando como caso o Congresso Nacional dos Práticos de 1922, pode-se observar daquele estudo o debate acerca da autonomia profissional e as apreensões relativas ao papel de regulação do Estado e, especialmente o jogo de disputas na demarcação dos limites de atuação, afirmação da autoridade e restrição, ou distanciamento, existente entre os médicos e outras profissões que aquela categoria considerava hierarquicamente inferior ou subordinada.

Sob este ponto PEREIRA-NETO<sup>(27)</sup> destaca “[...] Assim é que para distanciar-se de grupos considerados tecnicamente inferiores, ou mesmo combater a charlatanice, afirmando a hegemonia profissional dos médicos como categoria detentora de “sãos princípios e verdadeiros dogmas científicos” (Actas, 1923: 73), o objetivo era persuadir o público de que apenas os médicos, por dominarem o conhecimento científico e academicamente organizado, tinham a autoridade para o exercício da prática de saúde.”<sup>(27)</sup>. “Cabe lembrar que um dos elementos estruturais e históricos presentes na configuração da profissão médica no Brasil está associado à concorrência que manteve, e ainda mantém, com as práticas de cura leigas de origem ameríndia e africana. O prestígio que a profissão médica poderia auferir originava-se exatamente do fato de conseguir convencer a clientela de que só o médico, academicamente formado, detinha as condições para o exercício pleno desta atividade. Para atingir este objetivo, alguns relatores tomavam a rota da persuasão. O médico se colocava em uma posição hierarquicamente superior, amparado no domínio exercido sobre o campo do conhecimento científico

co e acadêmico. Os outros agentes, que não haviam percorrido o mesmo ritual institucional, apesar de muitas vezes aliviarem a dor e a doença do próximo, eram considerados “charlatões”.<sup>(27)</sup>

As relações de poder que permeiam o processo de profissionalização, onde uma profissão compete com outra e busca controlar a divisão social do trabalho através da hierarquização... “O domínio do conhecimento esotérico da medicina também serviu para estabelecer uma diferenciação entre as diversas atividades na área da saúde. No momento em que o hospital se tornava um locus privilegiado de trabalho em equipe, alguns médicos, presentes no ‘Congresso Nacional dos Práticos’ (1922), procuravam definir a abrangência da área de conhecimento e de trabalho dos que atuavam junto a ele. Alguns oradores buscavam destacar a medicina das demais atividades da área da saúde, estabelecendo entre elas uma hierarquia.”... “[...] Os médicos se achavam com autoridade, outorgada por seu estatuto científico e acadêmico, para definir o conteúdo dos cursos de formação e delimitar o espaço para o exercício das diferentes atividades na área da saúde. A intenção era fazer com que os outros saberes se tornassem menos complexos e misteriosos que o do médico, estabelecendo-se assim uma hierarquia com farmacêuticos, parteiras, enfermeiras.”<sup>(27)</sup>

Outro autor que faz a crítica do modelo funcionalista, FREIDSON<sup>(11)</sup> desenvolve o conceito de profissionalismo buscando fundamentar sua teoria do surgimento, estruturação e manutenção das profissões, tanto na sociologia do trabalho, como na teoria do conhecimento. Ele compreende a autonomia profissional de forma relativa, legitimada e regulada em última instância pelo Estado. Esta autonomia confere um tipo de monopólio ocupacional que assegura o estabelecimento de poder nas relações interprofissionais e em relação a outras ocupações. Seu poder e sua autoridade são legitimados fundamentalmente pela existência de um corpo esotérico de conhecimentos, reconhecido como tal pela corporação e pela sociedade e protegido pelo Estado<sup>(11)</sup>.

Os elementos que esse autor propõe para caracterizar o profissionalismo são:

a) um tipo de trabalho especializado da economia formal, com um corpo de base teórica de conhecimento e habilidades discricionários e que goza de prestígio especial na força de trabalho;

b) o poder da exclusividade na jurisdição de atribuições específicas estabelecidas pela negociação entre as diferentes profissões, no contexto da divisão social do trabalho;

c) o estabelecimento de mecanismos de proteção e reserva do mercado de trabalho baseada em atributos e padrões de qualificação criada pela própria corporação;

d) um programa de formação (reprodução e qualificação de quadros) desenvolvido fora do mercado de trabalho e de nível superior;

e) o componente ideológico da missão profissional, que prioriza (e cultiva) o compromisso com a os mais altos padrões na prestação de serviço em vez do ganho financeiro.

FREIDSON<sup>(10)</sup> ainda argumenta que o conceito sociológico convencional de profissão “liga corpos de conhecimento, discurso, disciplinas e campos aos meios sociais, econômicos e políticos por meio dos quais seus expoentes humanos podem ganhar poder e exercê-lo”; o

que poderia auxiliar na análise do papel desempenhado pelo conhecimento e pelas idéias na “vida social”.

Para este autor “a criação, a exposição e a aplicação de corpos de conhecimento são vistas como empreendimentos de ocupações que lutam por controlar seu trabalho”<sup>(10)</sup>. Sua abordagem interessa na medida em que pretende “sugerir as circunstâncias institucionais em que corpos de conhecimento, disciplinas, campos discursivos e coisas do gênero podem nascer, crescer e ser empregados para interpretar e ordenar os assuntos humanos”.

Estas argumentações podem ser úteis para a reflexão sobre o significado e o direcionamento de um projeto coletivo de desenvolvimento profissional, percebido como processo e construto do profissionalismo. Sua implementação deveria considerar a heterogeneidade e complexidade de contextos externos sociais e econômicos, condicionantes da profissão, com aqueles internos que se reproduzem na interface da sua dimensão técnica e científica.

No caso da Farmácia, um projeto de desenvolvimento dependerá da medida da sensibilidade apresentada pelos farmacêuticos para perceber a dinâmica do processo de profissionalização, como também na capacidade de discernir as particularidades presentes na interface entre o seu conjunto de práticas e o discurso científico que a fundamenta. Uma discussão sobre o contexto de surgimento de novos modelos assistenciais para a Farmácia e o que isto implica para a sua visibilidade social será apresentada a seguir.

### **3. ATENÇÃO FARMACÊUTICA COMO MODELO ASSISTENCIAL DA FARMÁCIA: LIÇÕES PARA COMPREENDER SEU PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO**

#### **3.1 Elementos macroestruturais e a redução da visibilidade social da farmácia**

Enquanto processo histórico e social, o desenvolvimento da farmácia tem se caracterizado pelo tensionamento entre relações de afirmação e expansão, em oposição aos fenômenos e interesses diversos que contribuem para sua desprofissionalização.

Resultado da expansão do capitalismo monopolista, o desenvolvimento das forças produtivas exigiu a reorganização e diversificação das modalidades de trabalho. A concentração da produção em organizações complexas de grande porte, caracterizadas pela hierarquização e aumento da burocratização das funções, conduziram à fragmentação do processo produtivo, tanto de bens como de serviços, reduzindo a autonomia profissional e provocando a perda do controle sobre esse processo. Essa perspectiva de análise sobre a relação entre as profissões e o capital é citada por QUEIROZ<sup>(30)</sup> como uma das vertentes que objetivam explicar o processo de assalariamento da profissão médica<sup>1</sup>. Independente das teorias sociológicas desenvolvidas para explicar o profissionalismo e suas relações com o modelo econômico dominante, observa-se que aquele fenômeno foi extensivo a

todas as atividades profissionais, principalmente para aquelas baseadas em um nível artesanal de organização da produção, mas também, nas profissões caracterizadas pela prestação de serviços.

A estruturação, organização e a atribuição de responsabilidades das práticas profissionais na área da saúde, representadas pela hegemonia histórica da profissão médica pode ser compreendida como um processo complexo, legitimado em parte pelo discurso do *status* científico da *racionalidade biomédica* (base epistemológica do discurso e da prática médica) e condicionada pelo papel que a medicina desempenha, reforçando o que ILLICH<sup>(19)</sup> denominou de medicalização social, que se estende do poder para exercer mais do que uma ação prescritiva e vai além do tratamento e cura dos problemas de saúde das pessoas. Quando comparamos a profissão médica com outras profissões da área da saúde, é possível perceber a influência da *racionalidade biomédica* como referencial comum aos modelos de prática predominantes em todas as profissões; contudo, as interações que ocorrem entre esta base epistêmica, as variações no corpo de conhecimentos e os agentes econômicos e políticos que constituirão a base ideológica, legal, institucional e cultural para o seu exercício profissional, essas interações acabam determinando a posição ocupada pela profissão na complexa rede de hierarquização social do trabalho.

A medicina goza do prestígio e reconhecimento social na medida do seu compromisso com o Estado para atuar como instituição de controle social; sua autonomia tanto serve para garantir a reserva de mercado, como para organizar a divisão e o processo de trabalho em saúde, contribuindo deste modo para a reprodução e manutenção do sistema produtivo, bem como da ideologia e dos valores sociais do capitalismo. No entanto, quanto mais intensa a fragmentação das atividades das profissões na divisão do trabalho (quanto maior o processo de especialização), mais restrita será sua autoridade técnica. Quanto mais afastada estiver da relação com o público beneficiário dos seus serviços; quanto mais identificada com a iniciativa privada, voltada para a produção de bens e serviços lucrativos, menos *autoridade moral* terá em função do *enfraquecimento do ideal* e da *imagem de altruísmo*, o que leva a profissão a perder apoio da opinião pública. A profissão passa a ser percebida como vinculada a interesses imediatos de mercado e muito dependente das políticas reguladoras do Estado, o qual não legitima a autonomia profissional face ao esvaziamento do “mandato de conhecimento” e da visibilidade social da profissão.

HARDING & TAYLOR<sup>(12)</sup> fazem uma sumarização dos diferentes trabalhos que investigaram o *status* ocupacional da farmácia. Entre as conclusões, esses estudos consideram a farmácia como uma profissão incompleta, que apresenta um processo de desprofissionalização como consequência das mudanças ocorridas nas suas atividades principais ou mesmo na redução da sua autonomia profissional. Eles também apresentam os fatores que constituem problemas para a profissionalização da farmácia: a tendência da população em representar o medicamento como objeto de consumo, a mercantilização do setor como fator conflitante com o ideal de prestação de serviços profissionais; a burocratização, a diminuição dos espaços de exclusividade e a incorporação de novas tecnologias (como a automação), associados à perda de controle sobre a

<sup>1</sup>Queiroz está se referindo a DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Ed. Pioneira, 1975. Uma boa análise sobre a relação entre o capitalismo e o processo de assalariamento dos médicos encontra-se em McKINLAY, J.B. & ARCHES, J., Towards the proletarianization of physicians. *International Journal of Health Services*, 15:161-195, 1985.

cadeia do medicamento contribuem para a redução a visibilidade e a autonomia profissional.

Considerada portanto, a sua relação com o desenvolvimento do capitalismo, o cenário em que se operou a legitimação social da farmácia no último século configurou-se adverso para esta profissão<sup>(31)</sup>. Instituído o processo industrial na produção de medicamentos, com o surgimento e expansão da indústria farmacêutica marcada nas últimas décadas pela oligopolização do setor<sup>(4)</sup>, a atividade farmacêutica, historicamente centrada na elaboração e dispensação do medicamento, foi radicalmente transformada.

A cadeia produtiva foi diversificada nos setores farmacológico e farmacêutico e observa-se a rápida ampliação de indústrias na área de farmacobiocotecnologia. Consequentemente, o aumento nas exigências e na complexidade tecnológica dos processos de desenvolvimento, produção e garantia da qualidade de insumos e medicamentos contribuiu para a tendência de especialização e burocratização das funções, bem como, a inserção de outros profissionais especializados para o desempenho das atividades na área. Deste modo reduz-se para a categoria farmacêutica, o poder de jurisdição e exclusividade sobre áreas que antes eram específicas, pela necessidade de um novo arranjo na divisão social do trabalho<sup>2</sup>.

Por outro lado, as exigências de articulação daquela estrutura de produção à uma logística de distribuição, que inclui grandes complexos empresariais, distribuidoras de medicamentos, redes de drogarias e pequenos estabelecimentos farmacêuticos com excessiva característica mercantil, aliado à inevitável diluição de responsabilidades entre os vários indivíduos que atuam no estabelecimento farmacêutico, pulverizou completamente aquela figura do farmacêutico que sintetizava, extraía, preparava, dispensava e por vezes administrava o medicamento. Sua imagem que oscilava entre o prestígio paroquial, a admiração e até mesmo ao folclore junto à comunidade na qual estava inserido, perdeu o sentido de ser, deixou de existir. Para utilizar uma categoria da sociologia funcionalista de PARSONS<sup>(26)</sup>, a crise de identidade da profissão tão discutida nos círculos acadêmicos e profissionais, corresponde à perda gradual ou deslocamento do *papel social* da farmácia.

Aliás, a denominação “farmácia comercial” respaldada no Brasil durante décadas pelas estruturas legais de formação e de controle sanitário, carrega em si a contradição instalada no cerne de uma atividade que hoje, em decorrência dos interesses e pressões constantes de desregulamentação do mercado farmacêutico<sup>3</sup>, prescinde do farmacêutico.

Consideradas as clássicas atividades deste profissional, sob a perspectiva dos elementos propostos por FREI-

<sup>2</sup>Este fenômeno de redução da jurisdição sobre o âmbito profissional pode ser observado em outras áreas do âmbito farmacêutico, como as *análises clínicas e toxicológicas*, que no Brasil historicamente constituía uma área compartilhada por farmacêuticos e médicos, mas que a partir da década de 1980 é flexibilizada com a entrada, ou tentativa de entrada de outras profissões.

<sup>3</sup>Pode-se interpretar a tendência de expansão e desregulamentação sanitária do mercado farmacêutico, associado à permeação social da ideologia da medicalização, como parte da estratégia de ampliação do consumo em razão do excesso de produção nos ciclos econômicos do capitalismo moderno.<sup>2</sup>

DSON<sup>(10,11)</sup> para caracterizar o profissionalismo, a farmácia perde poder e prestígio social, porque aos olhos da sociedade, o caráter discricionário dessas atividades, praticamente, não existe mais. A complexidade das atividades de produção é agora compartilhada com outros profissionais, algumas operações inclusive são realizadas por trabalhadores menos qualificados, graças à automação dos processos. Veja-se, por exemplo, a atividade de dispensação de medicamentos, definida pela legislação sanitária como um ato que não demanda *conhecimentos e habilidades discricionários*, já que constitui tão somente o “ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não”<sup>(6)</sup>. O texto legal expressa uma percepção do senso comum de que qualquer um pode fazer aquilo que o farmacêutico faz na farmácia. Diga-se de passagem que, por aquela definição, nem há a necessidade de um indivíduo para proceder ao fornecimento em um cenário de incorporação de tecnologias, uma vez que já proliferam nas economias centrais, a figura da máquina de dispensar medicamentos!

A instalação do complexo médico-industrial encontrou um campo fértil para a imposição do consumo de tecnologias em saúde com base no discurso da racionalidade biomédica. O modelo que conduziu à especialização crescente dos profissionais da saúde (entre eles o farmacêutico) também contribuiu para uma fragmentação da visão de quem era o beneficiário dos serviços farmacêuticos. Este movimento, de reorganização do trabalho, marcado pela incorporação/incremento tecnológico e hiperespecialização reducionista, determinou ao longo do século XX, um sentido para o desenvolvimento da profissão farmacêutica.

Ao mesmo tempo em que o farmacêutico perdia sua identidade, seu conhecimento monopolizado e seu propósito social, pouca visibilidade aquele profissional detinha na sociedade a tal ponto de ser considerada dispensável sua presença em lugares que antes eram identificados como seu espaço de atuação. A propósito, havia o espaço, o lócus da sua prática profissional (ainda que não o único, mas aquele que era socialmente percebido), a saber, a farmácia e que, em função daquele processo, também se fragmentou em drogaria ou *drugstore*, *farmácia hospitalar*, *farmácia magistral*, entre outras.

É importante ressaltar que esse processo não se restringiu à Farmácia. Como diz respeito ao movimento dinâmico de reorganização social das forças produtivas, implica na redefinição e legitimação de competências referentes a praticamente todas as profissões da saúde. Entender esse processo histórico e suas implicações no desenvolvimento de uma profissão, o estudo pode auxiliar na compreensão do contexto do surgimento da Atenção Farmacêutica.

### 3.2 Atenção Farmacêutica e a reprofissionalização da Farmácia

Foi sob a influência dos referenciais teóricos apresentados por LARSON<sup>(21)</sup> e STARR<sup>4</sup> que autores como CHARLES HEPLER<sup>(17,18)</sup> e DONALD BRODIE<sup>(7)</sup> realizaram uma significativa reflexão na década de 1980 sobre profissiona-

<sup>4</sup>Starr, P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York, NY: Basic Books, 1982.

lismo, propósito social e profissionalização da farmácia nos EUA<sup>(14,15)</sup>. O interesse de Hepler pelos aspectos éticos e filosóficos da prática farmacêutica culminaria mais tarde em um artigo semanal, escrito em colaboração com Linda Strand, no qual justifica a necessidade social, sintetiza e expõe as bases conceituais do *Pharmaceutical Care*<sup>(13)</sup>, expressão posteriormente traduzida para o português como *Atenção Farmacêutica*.

A respeito do conceito de Atenção Farmacêutica, alguns autores têm discutido se os princípios desta prática profissional representam um processo de “reprofissionalização” ou “reengenharia” da Farmácia<sup>(9,14,15,16,17,20,28)</sup>. A redefinição de funções e responsabilidades da prática farmacêutica, com foco na assistência e cuidado à saúde das pessoas, representaria um deslocamento do objeto e da missão da prática, um processo de reinvenção da profissão<sup>(35)</sup>.

No Brasil, a preocupação com os rumos da profissão farmacêutica insere-se em um contexto que coincide com o debate e as recomendações postuladas por vários organismos internacionais, entre os quais se destacam as diretrizes da OMS e FIP (Federação Internacional de Farmacêuticos), reunidas e divulgadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em um documento constituído de duas partes: a primeira delas um informe de uma Reunião da OMS que aconteceu em Tóquio, no Japão, no início de setembro de 1993, como continuidade ao primeiro encontro de especialistas em dezembro de 1988 em Nova Delhi, “*El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud*” e a segunda, uma declaração da FIP denominada “*Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de Servicios Farmacéuticos*” (que ficou conhecida como a Carta de Tóquio)<sup>(25)</sup>.

Em comum, estes documentos refletem uma visão sobre as responsabilidades do farmacêutico em relação ao paciente e à comunidade. Ao reconhecer no plano internacional o conceito de Atenção Farmacêutica proposto por Hepler & Strand em 1990, foi necessário o movimento consequente de revisão da formação de futuros farmacêuticos e daqueles que, já formados, desempenhariam suas atividades nos sistemas de saúde e que motivou uma reunião de especialistas promovida pela OMS<sup>(36)</sup> em Vancouver para tratar dos requisitos curriculares necessários à formação de um farmacêutico que atendesse às especificações das Boas Práticas de Farmácia.

Não obstante, decorridos pouco mais de 15 anos desde a publicação do artigo de Hepler & Strand, pode-se considerar que a Atenção Farmacêutica ainda se encontra em um movimento de desenvolvimento do seu modelo de prática<sup>(24)</sup>. Assim, o que caracteriza este processo são sua heterogeneidade e suscetibilidade a distanciamientos ou até mesmo a incongruências de concepções sobre o mesmo tema.

Uma revisão que realizamos dos artigos indexados no PubMed sobre Atenção Farmacêutica, desde que a expressão *Pharmaceutical Care* surgiu em 1975<sup>5</sup>, tem indicado alguns aspectos importantes para discussão:

a) há um expressivo incremento de publicações nos

últimos anos voltados ao tema - a maior parte das quais destinadas a demonstrar sua aplicabilidade e utilidade, ou dito de outra forma, o seu impacto positivo e, portanto, à sua relevância social;

b) os trabalhos refletem uma variedade de concepções, metodologias e enfoques de investigação (das pesquisas qualitativas aos estudos experimentais), apesar da recorrência ao conceito de Atenção Farmacêutica desenvolvido por Hepler & Strand: percebem-se variações de concepção devidas ao significado que a tradução de *Pharmaceutical Care* pode adquirir em diferentes culturas, ao contexto da profissão farmacêutica e ao modelo de assistência em saúde de cada país.

Esta dinâmica observada parece compatível, desde o ponto de vista da teoria do conhecimento, como da sociologia das profissões, com um momento de reorganização de um campo ou corpo de conhecimentos e técnicas, de transformação de modelos e de práticas, o que poderia significar um movimento de reorganização profissional.

Outro aspecto depreendido da literatura sugere a necessidade da qualificação (e *requalificação*) do farmacêutico voltada a um enfoque clínico, comunicativo, crítico e informativo para o desempenho da Atenção Farmacêutica.

A este respeito, LYRA Jr<sup>(22)</sup> afirma que: “*Muito embora no Brasil, esta nova prática venha assumindo crescente importância nas discussões dos rumos e perspectivas da profissão, a pesquisa em Atenção Farmacêutica ainda é incipiente. Outrossim, a já citada “reprofissionalização” passa pela formação de massa crítica capaz de multiplicar os conhecimentos clínico-humanísticos necessários à prática deste novo paradigma e a consolidação do farmacêutico, enquanto profissional inserido no SUS e responsável pelo cuidado da saúde dos indivíduos.*”

Neste sentido há dois problemas que merecem ser discutidos:

(a) no Brasil, esses aspectos não têm sido contemplados durante a formação do futuro farmacêutico nas escolas e cursos de graduação em farmácia; o ensino tem se caracterizado basicamente pela repetição e teorização de conteúdos quase sempre fragmentados e descontextualizados da realidade, com pouco espaço para o treinamento do aluno nas atividades referentes ao seu campo de atuação profissional (estágio);

(b) considerando que esses elementos estejam presentes na formação, convém questionar a qual “clínica” nos referimos? Qual tipo e propósito da “comunicação” e da “informação”? Qual a concepção de paciente beneficiário da Atenção Farmacêutica?

Em suma, além da necessidade de enfrentar a questão dos conhecimentos e práticas, há uma questão de fundo epistemológico e ético sobre como esse conhecimento e essa prática, no limite da sua especificidade, pode efetivamente contribuir para a autonomia do ser humano.

Uma leitura atenta da contextualização apresentada por CIPOLLE e cols<sup>(8)</sup> para introduzir as características de um exercício profissional e, com isso, argumentar que a Atenção Farmacêutica consiste em uma “nova prática profissional”, permite identificar alguns dos elementos e da dinâmica discutidos até aqui quanto às características da profissionalização.

Assim aqueles autores argumentam que, com o pas-

<sup>5</sup>Dados ainda não publicados.

sar do tempo, as profissões da saúde... “*evoluíram com uma conceitualização razoavelmente bem conhecida do que significa a prática das suas responsabilidades. Assim, por exemplo, quase todos os médicos conhecem tacitamente sua função e suas responsabilidades e as regras que definem a prática médica*”<sup>(8)</sup>.

Por outro lado, os farmacêuticos não atingiram este conhecimento tácito. Isto pode ajudar a explicar por que o Estado e a sociedade têm dificuldade em reconhecer o farmacêutico como um profissional de saúde e por que este, geralmente, não faz parte de equipes de saúde que tem sua prática centrada no paciente.

A farmácia, como profissão, acabou criando sua própria série de regras próprias. Os membros desta profissão se isolaram, consciente ou inconscientemente, do resto do sistema de saúde sob o argumento de serem diferentes. Este isolamento permitiu aos farmacêuticos criar seu próprio vocabulário, estabelecer suas próprias normas de qualidade no exercício profissional e determinar sua própria série de regras<sup>(8)</sup>. Lamentavelmente provocou resultados negativos. Em primeiro lugar, a conduta da farmácia é tão específica e os farmacêuticos se comunicam com tão pouca frequência com quem está fora da área, que o resto do sistema de assistência sanitária tem tido dificuldades para compreender essa profissão, como funciona exatamente, o que deseja e onde se encaixa. Em segundo lugar, ao manter-se tão isolada, a profissão fica impedida de compartilhar e aprender o conjunto de regras e práticas que se aplicam às demais profissões de saúde. No momento em que o Sistema de Saúde passa por importantes transformações, a Farmácia encontra-se sem um vocabulário compreendido por todos, sem uma prática disciplinada e respeitada e sem uma função claramente diferenciada e reconhecida socialmente.

Um aspecto interessante a destacar, diz respeito ao equívoco do discurso que se construiu como uma ideologia da utilidade e da missão da prática profissional do farmacêutico como fornecedor de informações sobre o uso de medicamentos. O equívoco aqui repousa na fragilidade do discurso e sua inconsistência em assegurar uma função relevante para a profissão, na medida em que o farmacêutico compartilha essa função com outras profissões, como a medicina, por exemplo<sup>(21)</sup>, ou mesmo se considerarmos a profusão de informação sobre medicamentos, ressaltando o fato de que há grande variação na sua qualidade e idoneidade, a constatação de que a informação está disponível nas bulas de medicamentos, em publicações populares sobre saúde, em sítios na internet, enfim, na sociedade que consome tecnologia e demanda cada vez mais por informação, tendendo-se a banalizar e superficializar seu conteúdo, o efeito colateral para a farmácia, sob a ótica da teoria social da desprofissionalização<sup>6</sup>, é que, ao estruturar um discurso de prática profissional com o foco somente na informação, parece pouco relevante para a sociedade.

Nesse sentido cabe a crítica que Hepler faz no foco dos serviços clínicos com ênfase quase que exclusiva na informação adotado pela Farmácia a partir dos anos 60: “*No contexto dos critérios de Larson para a caracterização dos serviços profissionais, tal definição de*

*serviços clínico-farmacêuticos não faz saber à sociedade o valor máximo desses serviços. As profissões existem para atender as necessidades da sociedade, não para realizar funções isoladas. Exercer somente funções informativas parece menos importante [ou valioso] à sociedade - parece ter menos impacto nas condições de saúde - do que a aceitação da responsabilidade pelo uso apropriado dos medicamentos, incluindo sua provisão aos pacientes.*”<sup>(18)</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, o desenvolvimento das forças produtivas do capitalismo colabora, paradoxalmente, para a baixa resolutividade das intervenções em saúde, com uma tendência excessiva à superespecialização e fragmentação das atividades. No nível organizacional, a manutenção de uma estrutura hierarquizada e altamente burocrática, assim como, a incorporação das tecnologias e da racionalidade das práticas médicas na dimensão de bens de consumo tende seguir a lógica do sistema capitalista: redução dos custos de produção e aumento da taxa de lucro, acompanhado da tendência de desprofissionalização e assalariamento das profissões da saúde.

Este movimento leva à reorganização das atividades profissionais no nível ideológico, mas também no operacional, com o surgimento e delimitação de novos modelos de práticas, novos conhecimentos, implicando em renegociações para delimitação jurisdicional das fronteiras de responsabilidades profissionais entre as corporações e uma nova pactuação com a sociedade e o Estado.

Neste aspecto, há um espaço, a nosso ver promissor, não só de reconstrução do estatuto profissional da farmácia, de avanço de modelos assistenciais em saúde mais eficazes, mas, principalmente de transformação da sociedade. Alguns autores inclusive, acreditam que o processo de reestruturação econômica e as pressões políticas no sistema sanitário podem oferecer a oportunidade para o progresso da profissão, uma vez que o movimento orientado de reprofissionalização poderia contribuir para a redução dos custos sociais e econômicos resultantes dos problemas de saúde na sociedade<sup>(29)</sup>.

Isto implica tarefas importantes para os farmacêuticos, como o fortalecimento das organizações profissionais e acadêmicas, responsáveis pelo estabelecimento dos padrões de prática, pela formação, regulação e controle do exercício profissional; bem como, pela interlocução permanente com os grupos sociais que exercem papel político na sociedade (associações de pacientes, de usuários dos serviços de saúde, entidades que representam outras profissões, etc.). No plano político esta organização é fundamental para o sucesso nas negociações com o Estado, no sentido da participação da categoria farmacêutica na formulação e execução de políticas e ações que ajudarão na construção do sistema de saúde.

Nessa perspectiva, a análise histórica crítica do desenvolvimento da Farmácia poderá esclarecer alguns dos elementos que contribuíram para a sua desprofissionalização. A problematização dessas questões, aliadas à reconstrução do objeto da prática profissional, permitirão uma redefinição da missão da prática farmacêutica. No plano internacional, desde a *Carta de Tóquio*<sup>(25)</sup>, essa missão foi esclarecida de forma satisfatória. Agora cabe in-

<sup>6</sup>Para mais detalhes ver: HAUG, M.R. A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization. *The Milbank Quarterly*, 66(suppl.2):48-56, 1988.

daçar: até que ponto a filosofia da Atenção Farmacêutica e seu modelo de prática serão aceitos pelos farmacêuticos, como principal referência para o desenvolvimento profissional da Farmácia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, S. *Making Medicines: A Brief History of Pharmacy and Pharmaceuticals*. London: Pharmaceutical Press, 2005. 318p.
2. ANDREAZZI, M.F.S. & KORNIS, G.E.M. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(5): 1409-1420, 2008.
3. BARBOSA, M.L. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, 14(39), 1999. disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69091999000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 18/11/2007.
4. BERMUDEZ, J. Generic drugs: an alternative for the brazilian market. *Cad. Saúde Pública*, 10(3): 368-378, 1994. disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000300016](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000300016). Acesso 13/10/2008.
5. BISSEL, P. & TRAUlsen, J.M. *Sociology and Pharmacy Practice*. London: Pharmaceutical Press, 2005. 256p.
6. BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos.
7. BRODIE, D.C.; PARISH, P.A. & POSTON, J.W. Society needs for drugs and drug related services. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 44: 276-278, 1980.
8. CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M. & MORLEY, P.C. *El ejercicio de La Atención Farmacéutica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 2000. 352 p.
9. DOLINSKY, D.E. & LONIE, J.M. *Sociological implication of Pharmaceutical Care*, 119-135. In: KNOWLTON, C.H. & PENNA, R.P. (Org.). *Pharmaceutical Care*, 2<sup>nd</sup> Ed., Bethesda, MD: ASHP, 2003.
10. FREIDSON, E. Para uma Análise Comparada das Profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 31, 1996.
11. FREIDSON, E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago, ILL: The University of Chicago Press, 1988. 440 p.
12. HARDING, G. & TAYLOR, K. *Pharmacy as a Profession*, chap. 12, p. 187. In: TAYLOR, K. & HARDING, G. (Ed.). *Pharmacy Practice*. London: CRC Press, 2001. 592 p.
13. HEPLER, C.D. & STRAND, L.M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *American Journal of Hospital Pharmacists*, 47: 533-543, 1990.
14. HEPLER, C.D.; STRAND, L.M.; TROMP, D. & SAKOLCHAI, S. Critically examining pharmaceutical care. *J. Am. Pharm. Assoc.*, 42(5) (Suppl 1): s18-9, 2002.
15. HEPLER, C.D. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy. *Pharmacotherapy*, 24(11): 1491-1498, 2004.
16. \_\_\_\_\_. Unresolved issues in the future of pharmacy. *Am. J. Hosp. Pharm.*, 45(5): 1071-1081, 1988.
17. \_\_\_\_\_. The Third Wave in Pharmaceutical Education: the clinical movement. *Am. J. Pharm.* ed. 51: 369-385, 1987.
18. \_\_\_\_\_. Pharmacy as a clinical profession. *American Journal of Hospital Pharmacists*, 42: 1298-1306, 1985.
19. ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 2<sup>a</sup>. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
20. KELLY, W. N. *Pharmacy: What It Is and How It Works*, 2<sup>nd</sup> ed., CRC Press, 2006. 484p.
21. LARSON, M. *The Rise of Professionalism*. Berkeley: University of California Press, 1977.
22. LYRA JÚNIOR, D.P. *Impacto de um programa de Atenção Farmacêutica, no cuidado de um grupo de idosos atendidos na Unidade Básica Distrital de Saúde Dr. Ítalo Baruffi, Ribeirão Preto (SP)*. Ribeirão Preto, 2005. 156p. Tese de Doutorado, apresentado à Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Fármacos e Medicamentos
23. MARTÍN MORENO, J. & MIGUEL, A. *Sociología de las profesiones*. Madrid: CIS, 1982, pp. 27-28.
24. NIMMO, C.M. & HOLLAND, R.W. Transitions in Pharmacy Practice, part 1: Beyond Pharmaceutical Care. *Am. J. Health-Sys. Pharm.*, 56: 1758-1764, 1999.
25. OPS. Organización Panamericana de Salud. El papel del farmacéutico en la atención a la salud: *Informe de La Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993*. Buenas prácticas de farmacia: normas de calidad de servicios farmacéuticos. *La Declaración de Tokio, Federación Internacional Farmacéutica*, Washington, 1995. OPS/HSS/HSE/95.01
26. PARSONS, T. *The Social System*. Routledge (TAYLOR & FRANCIS Group), 1991. 575 p.
27. PEREIRA-NETO, A.F. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(4): 600-615, 1995.
28. PERETTA, M. & CICCIA, G. *Reingeniería de la Práctica Farmacéutica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1998. 226p.
29. PIERPAOLI, P.G. An iconoclastic perspective on progress in pharmacy practice. *Am. J. Health Syst. Pharm.*, 52(16):1763-70, 1995.
30. QUEIROZ, M.S. Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. *Revista de Saúde Pública*, 25(4): 318-325, 1991.
31. SANTOS, M.R.C. *Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino*. São Paulo: Holos, 1999.
32. SILVA, W.B.; NEVES, E.R.Z. & GALATO, D. Atenção Farmacêutica: a filosofia de prática profissional e a reprofissionalização da Farmácia. *Revista AFARGS*, Porto Alegre, RS, p.23-25, 2003.
33. SONNEDECKER, G. (Ed.) *Kremers and Urdang's History of Pharmacy*. 4<sup>th</sup> ed. (reprint) Madison, Wisconsin: American Institute of the History of Pharmacy, 1986. 571p.
34. SOUZA DIAS, J. *A Farmácia e a história. Texto de suporte à disciplina História e Sociologia da Farmácia*, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.
35. disponível em: <http://www.ff.ul.pt/paginas/jpsdias/histfarm/index.html>. Acesso 9/9/2005.
36. STRAND, L.M. Re-visioning the professions. *J. Am. Pharm. Assoc.*, 37(4): 474-478, 1997.
37. WHO. World Health Organization. The role of the pharmacist in the health care system: preparing the future pharmacist. Vancouver: WHO, 1997. 51p.

Endereço eletrônico  
Wellington Barros da Silva  
E-mail: [wbarrosdasilva@gmail.com](mailto:wbarrosdasilva@gmail.com)