



Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade

The Pharmacist: a professional seeking its identity

Recebido em 13/11/2011

Aceito em 22/01/2012

Luciana Tarbes Mattana Saturnino^{1*}, Edson Perini², Zélia Profeta Luz¹, Celina Maria Modena¹

¹Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ- MG. Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto. CEP 30190-002. Belo Horizonte, MG.

²Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Farmácia. Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - Campus Pampulha - Cep: 31270-901. Belo Horizonte – MG

RESUMO

A segunda metade do século XX se caracterizou por uma profunda transformação no papel do farmacêutico como profissional da área da saúde. O tradicional papel do boticário do início do século foi sendo substituído paulatinamente com o advento da industrialização do setor farmacêutico. Para não extinguir a profissão, e atender aos interesses que configuravam um novo panorama no setor industrial farmacêutico do país foram criadas áreas alternativas para o profissional que não tinham seu principal foco no medicamento. Neste contexto surgiram as áreas de formação Farmácia-bioquímica e a Farmácia industrial. Com isso, a formação destes profissionais passou por intensa transformação deixando de focar o usuário como beneficiário direto do trabalho farmacêutico. A partir do final dos anos 1980, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua nova concepção de saúde, priorizando a prevenção e a promoção, faz-se necessário uma mudança do perfil do profissional farmacêutico com conseqüente retomada de sua responsabilidade e habilidade como profissional da saúde coletiva. Este trabalho faz uma reflexão sobre essa realidade histórica e traz alguns elementos que podem explicar as razões do farmacêutico não estar inserido nas unidades básicas de saúde e nos programas de atenção aos usuários do sistema público de saúde do Brasil.

Palavras-chave: Farmacêutico, Assistência farmacêutica, História da farmácia, Educação Farmacêutica

ABSTRACT

Over the second half of the 20th century the traditional role played by the pharmacists changed considerably as health professionals. The main work performed by the apothecaries was gradually changed as the pharmaceutical industry mechanization process was taking place. In order to prevent such profession from disappearing, it was necessary to create new areas for the professional who did not have its principal focus in medicine. In this context came the training areas Pharmacy-Biochemistry and Pharmacy industry. Thus, the training of health professionals has undergone intense transformation leaving to focus on the user as a direct beneficiary of the pharmacist work. By the end of the 1980's, with the implementation of the Unified Healthcare System in Brazil, it was necessary to change the pharmacists' profile to make them able to recover their positions as health professionals. This paper presents some aspects of the pharmacist's development over the time, and discusses the possible reasons for such professionals not being engaged in the healthcare workforce in Brazil.

Keywords: Pharmacist, Pharmaceutical Assistance, History of Pharmacy, Pharmacy Education

INTRODUÇÃO

Nas antigas “boticas” coloniais, em geral pequenos estabelecimentos de propriedade familiar, o farmacêutico pesquisava, manipulava e avaliava novos produtos, a grande maioria de origem animal ou vegetal. Uma das suas funções era a de garantir que os medicamentos fossem puros, sem alterações e preparados de acordo com as

técnicas adequadas à sua época. Além disso, era responsável pelo aconselhamento sobre o uso correto dos medicamentos magistrais e pela indicação daqueles de venda livre (Hepler, 1990). Essa característica se manteve hegemônica até o início do século XX, apenas com as pequenas alterações técnicas que o avanço da química

* **Contato:** Luciana Tarbes Mattana Saturnino, ¹Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ MG. Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto. CEP 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil, E-mail: luciana.tarbes@gmail.com

proporcionara no século XIX. Nas décadas de 30 e 40 do século XX essa realidade começou a se transformar radicalmente, e o espaço de trabalho do profissional, o conhecimento a respeito do medicamento e do papel do farmacêutico e, conseqüentemente, o ensino da farmácia sofreram uma intensa transformação.

A industrialização do setor, e sua conseqüente transformação tecnológica na produção dos medicamentos, provocou uma perda gradual das funções referidas ao farmacêutico. O domínio intelectual, econômico e operativo deslocou-se para a indústria, fazendo desaparecer, quase por completo, o elo entre o profissional farmacêutico, o usuário e os demais profissionais da equipe de atenção à saúde, responsáveis pelas ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde. Relegado a um plano secundário em termos de inserção no mercado de trabalho, a perda das funções do farmacêutico, no contexto mais amplo da saúde coletiva, tem como uma de suas fortes características o fato da equipe multidisciplinar de saúde, e conseqüentemente as instituições gestoras do setor saúde, deixarem de perceber no farmacêutico um profissional importante para o planejamento e execução das políticas públicas de saúde (Hepler, 1990).

Dessa maneira, o farmacêutico desviou o seu foco do medicamento e redirecionou sua atuação para outras atividades que sua formação lhe capacitava abrindo espaço para um longo período de questionamentos sobre o seu papel como um profissional da saúde. Este artigo aborda alguns aspectos da história do profissional farmacêutico e apresenta pontos para uma reflexão sobre essa crise de identidade do farmacêutico e as razões de sua pequena participação no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo nas Unidades Básicas de Saúde.

Para tal, realizou-se uma pesquisa exploratória por meio de um levantamento bibliográfico segundo metodologia proposta por Gil (2002). No primeiro momento foi realizada uma busca das fontes secundárias com as seguintes palavras-chaves: farmacêutico, farmacéutico, pharmacist; assistência farmacêutica, pharmaceutical assistance; ensino de farmácia, pharmacy education; farmácia, pharmacy; atenção farmacêutica, atención farmacéutica e pharmaceutical care. Utilizou-se as bases de dados do SciELO e BIREME com o objetivo de, por meio dos resumos, selecionar os artigos relativos ao tema da pesquisa. Além disso, também foram utilizados como fontes terciárias alguns livros que abordavam a história da farmácia. Foi considerado todo o material que tratasse da história da farmácia a partir da década de 1930.

A trajetória da Profissão Farmacêutica no Brasil

O estudo das políticas públicas de saúde no Brasil, assim como a história do profissional farmacêutico, pode ser analisado em três estágios que, cronologicamente, poderiam estar assim subdivididos: de 1900 a 1930; de 1931 a 1964; e pós-1964 (Santos,1993).

Farmacêutico até 1930: um profissional da saúde

No primeiro período, caracterizado por uma economia predominantemente agrária, não havia um compromisso político do Estado para com a saúde individual. Nessa fase, o farmacêutico, antes denominado boticário, exercia

o papel de pesquisar, manipular e avaliar novos produtos. Sua principal atividade era garantir que os medicamentos dispensados fossem puros, sem alterações e preparados de acordo com técnicas adequadas. Além disso, tinha a responsabilidade de aconselhar e orientar os pacientes, estabelecendo um contato direto com o indivíduo e, por conseqüente, uma relação de poder que o farmacêutico usufruiu neste período (Hepler, 1990; Santos,1999).

Formalmente, o ensino farmacêutico iniciou-se no país em 1832 vinculado às escolas de medicina do Rio de Janeiro e, posteriormente, da Bahia. Sua base teórico-conceitual originava-se do conhecimento médico, tinha duração de três anos e mais um ano, concomitante ou não, de prática em botica (Santos,1993). 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.

Por volta de 1931, e como conseqüência 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). Esse segundo período das políticas de saúde, ligado ao início da industrialização, trouxe a necessidade de mudança das atividades profissionais, agora mais voltada para a área da técnica industrial.

O farmacêutico de 1931 ao início dos anos 1960: a perda de uma identidade

O desenvolvimento tecnológico proveniente dos maciços investimentos realizados na industrialização do setor farmacêutico, principalmente pós 1945, introduziu novos fármacos, produzidos em escalas industriais, que trouxeram à população possibilidade de cura para enfermidades até então fatais, sobretudo no campo de doenças infecciosas. Essa realidade reforçou o medicamento como um objeto híbrido, uma mistura de bem de consumo e instrumento terapêutico, repleto de força simbólica (Sevalho,2003). Nessa mesma perspectiva, Lefèvre (1991) afirma que analisar o medicamento significa também considerar um objeto que ao mesmo tempo cura, controla e previne por ser agente terapêutico, que aliena e domina por ser mercadoria, e que representa e simboliza, por significar aquilo que contém a cura, o alívio e a proteção.

A hegemonia do medicamento mercadoria em detrimento do medicamento instrumento terapêutico contribuiu para que o elemento central da prática farmacêutica mudasse o seu foco, anteriormente, do sujeito paciente, para o objeto medicamento (Melo, 2006). Sua nova característica científica, mais rígida em suas novas metodologias de produção e testes de eficácia, fez de sua prescrição um critério fundamental para a legitimidade de uma boa prática médica.

Neste contexto passa-se a admitir a farmácia como uma sociedade mercantil composta por terceiros, desde que o farmacêutico detivesse pelo menos 30% do capital (Santos,1993). Porém, aos poucos o profissional foi deixando de ser o proprietário da farmácia, passando a

sócio e, posteriormente, a empregado (Zubioli, 1992; Perini, 1997). A indústria passou a ser responsável pela pesquisa e produção do medicamento e a essa nova realidade mercadológica torna-o um objeto de consumo, não obstante sua nova realidade em termos de maior complexidade técnica, seu maior potencial terapêutico e tóxico e sua dificuldade para a prescrição. Com isso, o médico assume cada vez mais o papel de indicá-lo, e as bulas passam a informar o paciente, transformando a atividade farmacêutica em uma mera entrega de mercadorias.

Na medida em que a farmácia-oficina foi se transformando gradualmente em estabelecimentos exclusivamente comerciais, incluíram-se em seus artigos de vendas diversas mercadorias na tentativa de compensar as pressões de mercado e para aferir maiores lucros que muitas vezes os medicamentos não proporcionavam (Valladão, 1986; Santos, 1993). Este cenário levou à concepção de que a presença do profissional farmacêutico na farmácia era dispensável. Para Perini (1997), um processo conseqüente da evolução tecnológica foi a transformação das ações do farmacêutico em atos vazios de um sentido transcendente às relações comerciais. Para ele, sua “casa de saúde” transformou-se em “entreposto comercial”, um empório que não se distingue por vender um produto socialmente diferenciado.

Nesse sentido, observou-se o afastamento do farmacêutico de sua função na saúde individual e coletiva (Zubioli, 1992; Vieira, 2007). Isso provocou uma perda gradual da sua identidade profissional e a falta de reconhecimento da sociedade e dos demais profissionais sobre quais são ou seriam as contribuições, responsabilidades e finalidade deste profissional para o sistema de saúde, acompanhado de uma ausência de articulação entre a profissão, a universidade e o poder público na área da saúde para se contrapor à hegemonia conquistada pelos interesses de mercado da indústria farmacêutica e das farmácias (Oshiro, 2002; Borges, 2005). Nesse período a lógica do ensino superior no Brasil foi direcionada para atender às exigências do mercado de trabalho, e o ensino de Farmácia não fugiu à regra (Santos, 1993; Lorandi, 2000). O campo de atividade profissional que oferecia maior interesse e que necessitava de profissionais de nível técnico elevado era a indústria e o laboratório de análises clínicas. As novas exigências alienaram o farmacêutico do domínio do seu objeto de trabalho, o medicamento, que lhe conferia sua identidade profissional (Santos, 1993; Mendes, 2005). O Conselho Federal de Educação, em 1963, estabeleceu o primeiro currículo mínimo do curso de Farmácia dando oficialidade à mudança que se processava na sociedade caracterizando, assim, o terceiro período, pós 64, da profissão farmacêutica.

O farmacêutico pós-64: uma profissional em busca de nova identidade

Nos Estados Unidos, a perda do papel do farmacêutico nas farmácias ocorrida após a industrialização do setor foi enfrentada com relativo sucesso no âmbito hospitalar por meio de uma nova disciplina que pretendia resgatar a participação do profissional na equipe da saúde, a Farmá-

cia Clínica (Hepler, 1990). Esse movimento aconteceu em meio a uma grave crise de identidade profissional, no período de 1960 a 1987, e marcou o início de uma nova era para a educação e para a prática farmacêutica (Zubioli, 2001).

A Farmácia Clínica entendida como ciência da saúde cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionados aos cuidados dos pacientes, que o uso dos medicamentos seja seguro e apropriado tornou-se a esperança de resgate do valor social que a farmácia possuía antes da era industrial (Hepler, 1990). O movimento não foi apenas uma reação à industrialização, mas, principalmente, uma resposta à necessidade social no sentido de garantir a segurança do uso de medicamentos em um novo contexto de sua existência científica.

Transformado em um enorme problema mundial de saúde pública, o uso dos medicamentos gerou a necessidade do profissional farmacêutico retomar a sua responsabilidade como agente da saúde, extrapolando o espaço do hospital. Sobre essa necessidade uma nova filosofia de prática e uma estrutura organizada para orientar a nova atividade do profissional foram se desenvolvendo e formaram uma corrente de pensamento e prática farmacêutica que passou a ser conhecida como Atenção Farmacêutica. Este termo teve a sua primeira definição dada por Mikeal et al. (1975) como a atenção que um paciente necessita e recebe, assegurando a ele o uso seguro e racional de medicamentos. Posteriormente, um outro conceito mais bem estruturado foi difundido mundialmente por Hepler e Strand (1990), que apontaram a prática da atenção farmacêutica como a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorassem a qualidade de vida do paciente.

Paralelamente aos acontecimentos norte-americanos, contra a extinção do profissional farmacêutico, em 1969 a reforma universitária brasileira, na tentativa de unir disciplinas afins de uma determinada área, formalizou a criação de departamentos como unidades acadêmicas. Nessa época foram criadas novas modalidades nas quais os farmacêuticos seriam formados: Farmacêutico; Farmacêutico Industrial; Farmacêutico Bioquímico, com duas opções de atuação: I- Tecnologia de alimentos e II- Análises clínicas e toxicológicas (Santos, 1993). Nessa reforma foram ignoradas as ações em saúde, a orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, às interações medicamentosas e alimentares, os possíveis efeitos colaterais, reações adversas aos medicamentos, e não se falava em assistência farmacêutica (Estefan, 1986). Os departamentos nas escolas de farmácia giravam todos em torno dessa formação adjetivada e desde então o ensino vem se caracterizando como excessivamente tecnicista, entendido neste trabalho como a formação voltada para um domínio especializado de atividade e de conhecimento relacionados com a demanda da indústria farmacêutica e dos laboratórios de análises clínicas, e desviado das demandas e atividades sociais (Valladão, 1986; Lorandi, 2000). Neste sentido, a formação do farmacêutico, sem adjetivos, passou a ser não mais que uma etapa necessária para as demais habilitações que o profissional adquiria.

Neste mesmo período, o sistema de saúde brasileiro enfrentava intensas críticas sobre a sua capacidade de resposta aos principais problemas de saúde da população. Organizado de maneira centralizada desde a esfera federal, com grande desigualdade no acesso aos serviços, e uma nítida separação entre as ações curativas, as preventivas e de promoção da saúde, o sistema concentrava os recursos disponíveis nas atividades destinadas à assistência medicalizada e hospitalocêntrica. Isso fortaleceu um movimento social de Reforma Sanitária que pleiteou por mudanças urgentes e substantivas no Sistema (Acurcio,2003). Os princípios preconizados pela Reforma Sanitária foram incorporados na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde – que originou e regulamentou o Sistema Único de Saúde – SUS. Estabeleceu-se a regionalização e hierarquização dos serviços e o direito à saúde deveria então ser garantido mediante políticas sociais e econômicas de redução do risco de doença, sendo o acesso ao sistema de saúde integral, universal e igualitário (Brasil,1990).

O SUS reorientou o modelo assistencial para uma nova compreensão do processo saúde-doença. A saúde passou a ser vista não mais pela sua definição negativa, de ausência de doença, mas de uma forma positiva, como qualidade de vida (Marin, 2003). A promoção da saúde e a prevenção de enfermidades tornaram-se pilares do novo modelo e trouxeram consigo a importância da participação ativa da população, o reconhecimento de que os usuários são sujeitos possuidores de conhecimentos e de autonomia, enfatizando a importância do trabalho em equipe para todos os profissionais da saúde. Além disso, o SUS passou a assegurar à sociedade o direito a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Brasil,1990).

A inclusão da assistência farmacêutica como uma responsabilidade do SUS pode ser chamada de ressurgimento da assistência farmacêutica no Brasil, não obstante a sua concepção tivesse características bastante inovadoras ao ponto de podermos classificá-la como um fato inédito em nossa história. Este fato influenciou acontecimentos importantes no país, como a edição da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Brasil, 1998), da Lei dos Genéricos (Brasil, 1999), da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (2004), entre outros avanços políticos para área. Uma antiga assistência farmacêutica, centralizada, era realizada pela Central de Medicamentos (CEME) que foi criada em 1971, e extinta em 1997 devido à ineficiência e incompatibilidade da mesma com o novo modelo assistencial institucionalizado (Acurcio, 2003; Marin, 2003).

Em 1998 a PNM foi instituída com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, e reorientar a prática da assistência de forma mais eficiente. A assistência farmacêutica teve sua definição voltada para o medicamento e para as atividades relacionadas ao seu uso e foi destinada a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade (Brasil, 1998). Desde então, todos os serviços farmacêuticos estão inseridos em um ciclo de ações organicamente relacionados, que passou a ser conhecido como o ciclo da assistência farmacêutica e que envolve: seleção, programação produção, aquisição, armazenamento, dis-

tribuição, prescrição, dispensação de medicamentos e, por último, a orientação e acompanhamento do paciente (Dupim,1999).

Apesar de todos esses avanços políticos, o sinergismo de fatores como a prática farmacêutica não humanizada, o poder das propagandas das indústrias farmacêuticas, a deficiência na fiscalização do comércio farmacêutico, e a prática hospitalocêntrica ainda fazem do medicamento, sobretudo no Brasil, um problema de saúde pública (Acurcio,2003). A elevada incidência dos problemas relacionados ao medicamento compreende, entre outros, a falta de informação e de segurança, a automedicação, a baixa adesão aos tratamentos, as reações adversas e as interações medicamentosas. Dados publicados em 1987 pela Food and Drug Administration (FDA), nos Estados Unidos, em 1987, a morbimortalidade por medicamentos teve uma estimativa de 12.000 mortes e 15.000 hospitalizações devido às reações adversas medicamentosas. Assim, calcula-se um custo aproximado de sete milhões de dólares anuais com a morbidade relacionada com os medicamentos (Hepler, 1990).

No Brasil não existem estudos extensos sobre morbimortalidade relacionada a medicamentos, apenas levantamentos sobre intoxicações medicamentosas registradas pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). Bortoletto e Bochner (1999), baseados nos dados publicados pelo SINITOX no período de 1993 a 1996, informam o registro de 217.512 casos de intoxicação humana com medicamento, com um total de 1.483 óbitos. Os dados publicados pelo SINITOX em 2001 mostraram que ocorreram 20.534 casos com 57 óbitos e, em 2005, 21.926 intoxicações com 86 óbitos. Estes números podem representar apenas uma fração do valor real devido à escassa quantidade de centros do SINITOX nas regiões do país. Entretanto, os medicamentos ocuparam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicações em seres humanos no país de 1994 a 2005 quando passou para o segundo lugar ficando atrás somente dos animais peçonhentos (SINITOX, 2005). A maior parte do problema relacionado ao medicamento não é inerente ao fármaco em si ou a sua qualidade técnica, mas à forma com que eles são prescritos, dispensados e utilizados pelos pacientes. Grande parte deste tipo de morbidade é previsível, e comprovou-se que a prevenção pode diminuir os custos e, ao mesmo tempo, aumentar a qualidade da assistência (Hepler, 1990).

O movimento da Farmácia Clínica iniciado nos Estados Unidos chegou ao Brasil em um de seus estados da região nordeste, com a implantação do primeiro serviço, porém de forma muito tímida. Porém, o repensar do papel do farmacêutico no sistema brasileiro de atenção à saúde e a introdução da prática da atenção farmacêutica aconteceram efetivamente após as reuniões promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Nova Delhi (WHO, 1988), Tóquio (WHO, 1993), Vancouver (WHO, 1997) e em Haia (WHO, 1998), além do Fórum Farmacêutico das Américas (OPS, 1999). Nestes encontros foi relatada a necessidade de o profissional ser co-responsável pela terapia do paciente, sendo promotor do uso racional dos medicamentos (Ivama et al., 2002).

Nesse ambiente de mudanças da prática profissional e do novo modelo do sistema de saúde, notou-se certa falta de sintonia entre o conceito de assistência farmacêutica proposto pela PNM e a nova demanda social do farmacêutico. De acordo com Ivama et al. (2002), a assistência farmacêutica deve nortear outras políticas setoriais e privilegiar a promoção da saúde e a atenção integral. Para a autora, a prática da atenção farmacêutica deve ser desenvolvida nessa perspectiva, e isso não está expresso de forma adequada na elaboração da política. Essa inquietação levou à elaboração, em 2002, de um Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica e, posteriormente, em 2004, a publicação da PNAF, com uma nova concepção da assistência farmacêutica que tenta transferir seu foco do medicamento para o usuário, tornando-se mais adequada aos princípios do SUS (Brasil, 2004). Nesta nova concepção a assistência farmacêutica é entendida como: um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este ciclo de atividades envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Essa tendência ainda guarda muitas barreiras a serem vencidas, pois a PNAF não define competências e limites da atuação do farmacêutico na atenção primária e não existe um referencial histórico da atividade do profissional neste tipo de serviço.

Ao se tratar da atenção primária não apenas o setor público deve ser abordado. A farmácia comunitária tem sido ao longo dos anos o mais acessível dos serviços de saúde, e detém o maior volume de circulação de medicamentos no país. Na condição de estabelecimento de saúde, ela apresenta, segundo a OMS, inúmeras vantagens como um local de atendimento primário: oferece condições adequadas para realização de campanhas educativas, é um local apropriado para obter informações, oferece fácil acesso a um profissional de saúde, permite redução de gastos com tratamentos devido às intervenções primárias e encaminhamento à assistência médica, facilita a adesão à terapêutica farmacológica, tudo isso podendo ocorrer paralelo à prestação de serviço na venda de medicamentos (OMS, 1993). Assim, a enorme rede de farmácias comunitárias deveria exercer um papel complementar ao SUS (Ivama et al., 2002; Oshiro, 2002). Para isso, necessita a presença ativa de um profissional farmacêutico habilitado e uma concepção institucional diferente de um estabelecimento comercial comum, atualmente hegemônica. Como um profissional de fácil acesso, o farmacêutico pode ter uma atuação privilegiada na atenção básica, diferente do que é hoje. Via de regra é o último profissional de saúde a ter contato com o paciente para ajudar na resolutividade das ações de saúde, principalmente ligadas ao uso do medicamento (Ivama et al., 2002; CFF, 2007). Esse movimento, atualmente em processo, marca a oportunidade do farmacêutico ocupar

um lugar na equipe multiprofissional da atenção à saúde, bem como a possibilidade das farmácias se tornarem postos avançados de atendimento primários de saúde. Em jogo está a necessidade de uma cooperação que busque integrar a categoria, a instituição social privada das farmácias comunitárias e o SUS, dentro dos marcos conceituais deste último (Ivama et al., 2002; Oshiro, 2002). Além disso, é fundamental que as instituições de ensino formem egressos para a atual demanda social. Porém, a realidade mostra um ensino farmacêutico não adaptado ainda a essa nova realidade, criando um descompasso entre a demanda dos serviços de atenção à saúde e os farmacêuticos disponíveis no mercado (Zubioli, 2001).

O currículo vigente até 2001, e ainda em uso por algumas universidades nos dias atuais, é o currículo mínimo de 1969 do CFF que trata a formação acadêmica de forma estritamente tecnicista e voltada para áreas anteriormente citadas. Em 2002 foram aprovadas novas diretrizes para o curso de farmácia no país. O objetivo dessas novas diretrizes é formar um farmacêutico generalista, capacitado com conhecimentos em todas as suas áreas de formação (medicamentos, análises clínicas e alimentos) e com condições de se aperfeiçoar nas diferentes vertentes de seu amplo campo de atuação. O SUS passou a ser enfatizado como foco privilegiado da formação, contemplando as necessidades sociais da saúde, a atenção integral e o trabalho em equipe. As diretrizes dispõem ainda que o egresso deva ter formação humanística, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual (Brasil, 2002).

Dentre as dificuldades previstas para a implantação das diretrizes curriculares, tanto na academia como nas instituições prestadoras de serviços de saúde, estão aquelas relacionadas à formação tanto dos professores quanto dos profissionais e na prática medicalizadora hoje hegemônica. Segundo Lorandi (2000), nós estamos diante de um possível e perigoso círculo vicioso onde professores e preceptores tecnicistas formam alunos tecnicistas dificultando e/ou impedindo a atuação do farmacêutico com ênfase no SUS, aprofundando o já evidente o conflito entre universidade e serviços de saúde.

À guisa de uma conclusão

Em meio a inúmeras necessidades e demandas, os serviços farmacêuticos não são considerados prioritários na disputa por recursos nos orçamentos da saúde pública. A sua importância ainda não está clara para a maioria dos gestores públicos e tampouco para os líderes do setor privado das farmácias comunitárias. Isso pode ser lido indiretamente no reduzido número de vagas dentro do SUS, e na realidade sobejamente conhecida pela população brasileira da ausência do profissional dentro das farmácias. Todo esse movimento atual é ainda pequeno diante das dimensões da categoria profissional e dos problemas vividos pelo ensino nas universidades, haja vista o pequeno número ainda de profissionais envolvidos e a insipiente organização de grupos de professores atuantes nessa área nas academias. Isso realça a importância da sensibilização e adesão de um número cada vez maior de

profissionais para o resgate deste papel social do farmacêutico.

Observa-se hoje uma fase de ruptura do paradigma tecnicista e de reconstrução de uma identidade social, ainda insipiente e conflituosa em sua construção. Não obstante a definição de um consenso, este ainda parece incapaz de realmente reunir os diversos atores em um forte movimento de mudança, implicando uma articulação com a reorganização do serviço e uma nova postura perante a sociedade e os demais profissionais da saúde.

REFERÊNCIA

Acurcio FA. Política de medicamentos e assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: _____. Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p.31-60.

Borges FP, Nascimento-Júnior JM. 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, 2005. 189p.

Bortoletto ME, Bochner R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. Rev. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4,1999.

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990; Seção 1, p 18055-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 novembro de 1998. Seção 1, p. 18.

Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 02 de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de março de 2002. Seção 1, p. 12

Brasil. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

Conselho Federal de Farmácia. Exercício profissional diante dos desafios da farmácia comunitária. 4ªed. Brasília: CFF, 2007. 20p.

Cordeiro BC, Leite SN. (Org.). O Farmacêutico na atenção à Saúde. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, 2005. 189p.

Dupim J.A. Assistência Farmacêutica um modelo de organização. Belo Horizonte: SEGRAC. 1999. 79p.

Estefan IJS. O ensino de Farmácia. Rev. Caderno de Saúde Pública, Dez 1986, vol.2, nº.4, p.511-532.

Gil A. C. Como classificar as pesquisas? In: _____. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002, cap.4, p.41-57

Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp. Pharm. v.47,1990. p.533-543.

Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Jaramillo NM, Rech N. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília; OPAS; 2002. 24 p.

Lefèvre F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez; 1991.

Lorandi PA. A formação do farmacêutico para a Saúde Pública. Revista Leopoldianum. Universidade Católica de Santos, ano 26, n 73, 2000. p 33-49.

Marin N. O Sistema Único de Saúde. In: Luiza VL et al. (org). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Brasília: OPAS/OMS, 2003. cap.1, p.13-34.

Mendes DSA. A atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. 2005. Belo Horizonte. 80p. Monografia (Especialização), Universidade Federal de Minas Gerais.

Melo RE, Storpirts S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. Rev. Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Vol.42, n 4, 2006. p 475-485.

Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL. Quality of pharmaceutical care in hospitals. Am. J. Hosp. Pharm. 1975; 32 (6), p. 567-574.

Oshiro ML, Castro LLC. Avaliação dos efeitos de uma intervenção educativa para a promoção do uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em trabalhadores de farmácias. Rev. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (1), 2002. p. 287-297

Organização Mundial da Saúde – Reunión de la OMS sobre la función del farmacêutico: servicios farmacêuticos de calidad: ventajas para los gobiernos y el público. Tokio, 1993. 14p.

Perini E. A Questão do Farmacêutico: Remédio ou discurso? In: Bonfim JRA & Mercucci VL (org.). A Construção da Política de Medicamentos. São Paulo. Hucitec: Sobravime, 1997. 383p.

Santos MR. Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil. 1993. Rio de Janeiro. 175p. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública.

Santos MRC. Profissão farmacêutica no Brasil: História, Ideologia e Ensino. Ribeirão Preto: Holos. 1999. 170p.

Sevalho G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão do uso racional. In: Acurcio FA (Org.). Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p.7.

SINITOX - Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Casos Registrados de Intoxicação Humana e Envenenamento. Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ- Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox> . Acesso: 13 de novembro de 2007.

Valladão MLF. et al. Os (des)caminhos do ensino de farmácia no Brasil. Rev. Farm. Bioq. da UFMG. Belo Horizonte, 1986. p 63-74.

Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (1), 2007. p. 213-220.

Zubioli A. Profissão farmacêutica, e agora? Curitiba: Ed. Lovise. 1992

Zubioli A (org.). *A Farmácia Clínica na farmácia comunitária*. Brasília: Ethosfarma; 2001. 194p