

SA) e que têm desencadeado diretrizes e estratégias de trabalho que se inserem, em maior ou menor medida, em um conjunto de esforços com vistas a subsidiar a implementação de uma Política Nacional de Medicamentos (marco legal até já existe para isto, com a Portaria nº 3.916, 1998). Cabe salientar que, com o destaque dado à criação de nova agência reguladora como um avanço, não pretendemos obscurecer a necessidade, apontada pela autora, de uma reavaliação e eventual reorientação da atividade da mesma.

É no contexto dos ganhos alcançados nos últimos anos que gostaríamos, também, de situar o que foi feito quanto aos genéricos, revisão da RENAME, estruturação de um sistema de farmacovigilância, passos efetivos em relação à proposta de elaboração de um Formulário Terapêutico Nacional, revisão das bulas, não esquecendo, contudo, o fato de ser ainda demasiadamente limitada a atuação com respeito ao controle da publicidade, assim como inexistência de esforços para disponibilizar informações farmacoterapêuticas e programas de educação continuada independentes para os profissionais que lidam com medicamentos.

Algumas preocupações, contudo – e já de longa data – têm estado presentes em todos aqueles que têm militado em favor da utilização racional dos medicamentos e sobre algumas questões-chave, gostaríamos de ter a opinião da autora, quando da réplica aos comentários dos debatedores:

- No que tange à ampliação do acesso, que estratégias seriam factíveis, dado o limitado alcance (equivocos?) da proposta da Farmácia Popular ou do programa de genéricos?

- Para propiciar fonte de atualização e reciclagem dos prescritores, parece indispensável contar com publicação independente do viés mercadológico dos produtores. Que caminhos poderiam ser seguidos para que tenhamos alternativas de informação que não comercial (um boletim terapêutico de amplo impacto?) ?

- Enquanto a propaganda não for proibida, em especial aquela destinada ao grande público, a RDC nº 102/2000 (sob revisão, no momento) poderá exercer, de fato, o controle desejado ?

- Que fazer para que, na prática objetiva, os farmacêuticos possam vir a desempenhar o papel tão importante que lhes cabe desempenhar e que, por sinal, já ocorre em outros países, como foi apontado no texto ?

Referências

1. Barros JAC, organizador. *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília: Editora da Anvisa; 2008. [No prelo]
2. Barros JAC. *Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?* São Paulo: Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 1995.
3. Barros JAC. *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* Brasília: Unesco/Anvisa; 2004.
4. Moynihan R, Cassels A. *Selling sickness: How drug companies are turning us all into patients*. New York: Allen & Unwin; 2005.
5. Moynihan R, Wasmes A. Vendedores de doença: Estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros. In: Pelizzoli M, organizador. *Bioética como novo paradigma: Por um novo modelo bioético e biotecnológico*. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 151-156.
6. Narciso no país das maravilhas. *Folha de São Paulo* 2007; Nov 22. p. E12.

Farmacêutico: ser profissional de saúde e cidadão exige responsabilização

Accountability makes pharmacists responsible health professionals and citizens

*Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro*³

Cada vez mais farmacêuticos estão se formando no Brasil. Há poucos anos, éramos cerca de 64.000¹. Não existem dados censitários quanto ao número de profissionais buscando registro profissional a cada ano, mas o CFF indica que, em outubro de 2006, existiam 104.098 farmacêuticos registrados nos Conselhos Regionais².

Em janeiro de 2001, 140 cursos de farmácia funcionavam no país¹, enquanto que em janeiro de 2008, apesar dos apenas 46 listados na página *web* do CFF³, contato com a instituição informou que existiriam 260 cursos universitários no país (comunicação pessoal). Estima-se que o número usual de alunos por turma seja de 120, indicando que esses cursos entregam ao mercado de trabalho muitos profissionais a cada ano.

³Núcleo de Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. claudia.osorio@ensp.fiocruz.br

Em 2001, o Professor Eloir Schenkel, da Universidade Federal de Santa Catarina, que vem, há anos, dedicando-se ao ensino farmacêutico no país, tanto na graduação quanto na pós, fala que nosso país detinha o recorde em número de cursos de farmácia no mundo¹.

Há alguns anos, existe a preocupação com a baixa qualidade dos cursos de graduação em farmácia, agravada pela entrada de novos cursos, possivelmente com quadros mal preparados e programas que não se embasam em pesquisa ou extensão. É verdade que a reforma do ensino farmacêutico, iniciada há pouco mais de dez anos no Brasil, vem tentando modificar as normativas curriculares, para formar egressos tecnicamente mais preparados.

Outra questão é a percepção de que haveria desproporção entre cursos de graduação e cursos de pós-graduação. Esta situação contribuiria para a baixa qualificação da força de trabalho, mal formada, no mercado. Como resposta, novos cursos, *lato* e *stricto sensu*, ainda que em menor número que o desejado, se comparado ao que ocorre em áreas como Medicina e Odontologia, vêm surgindo nas áreas diretamente e indiretamente relacionadas à Farmácia. Existem 44 cursos de pós-graduação sediados em faculdades de Farmácia, segundo o CFF⁴.

A garantia de qualidade desses cursos estaria centrada em uma via para mestrado e doutorado e noutra para especialização e aperfeiçoamento. A CAPES regula a pós-graduação *stricto sensu* mediante critérios que, a cada triênio, fornecem notas classificatórias aos cursos, inviabilizando o funcionamento daqueles que apresentam falta consistente de qualidade; assim, no *stricto sensu* o crescimento é mais lento. O *lato sensu* tem oferta mais variada, em universidades, centros de ensino, associações profissionais, sindicatos e conta com a regulação dos Conselhos. O CFF aprova, no momento, uma série de cursos para pós-graduação nas modalidades aperfeiçoamento e especialização no país, centrados em 32 diferentes temas⁵.

Os postos de trabalho específicos para farmacêutico ou em que os farmacêuticos podem atuar também crescem no país. Em dezembro de 2005, existiam, segundo a Comissão de Fiscalização do CFF, 74.189 farmácias operando. Segundo a o CFF⁶, o farmacêutico precisa estar presente durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento, indicando a necessidade de pelo menos dois ou três farmacêuticos naqueles que atendem em regime de plantão de 24 horas. Uma expressiva proporção dos mais de 6.000 hospitais

brasileiros também deveria, segundo a legislação⁷, possuir farmacêuticos em seus quadros. Existem oportunidades na gestão da assistência farmacêutica nos quase 6.000 municípios brasileiros e nas instâncias estaduais e federais de gestão. O mercado oferece ainda postos nas indústrias farmacêutica, cosmética, alimentícia, na química fina, em laboratórios de análises clínicas e controle de alimentos, na Vigilância Sanitária, na pesquisa, na docência.

As hostes crescem. Os cursos se multiplicam, o mercado de trabalho se expande. Mas a relação profissional que vem se estabelecendo entre farmacêuticos e população é mercadológica ou sanitária? Profissionais, educação e trabalho estarão convergindo em assistência farmacêutica com qualidade?

Ao que tudo indica, é provável que não. E a relação que mais se evidencia pode estar ancorada na capacitação, ou nas suas deficiências, mas também na atitude, na ética, na postura profissional. Um exame em três diferentes cenários pode oferecer luz sobre o assunto.

No estudo nacional que investigou estrutura e processo nas farmácias hospitalares no país⁸, mostrou-se que muito embora 49,8% dos farmacêuticos em farmácia hospitalar possuíssem pós-graduação (entre *lato* e *stricto sensu*), resultado bastante expressivo no contexto nacional, esta qualificação não redundava em qualidade de serviços clínicos para a população. Em apenas um hospital havia atividades rotineiras de farmacovigilância, em nenhum os pacientes eram atendidos em consulta farmacêutica, em menos de 20% era oferecida qualquer atividade de formação profissional à equipe pelos farmacêuticos, sendo que pouquíssimos publicavam trabalhos científicos ou realizavam pesquisa. Poucos profissionais com pós-graduação trabalhavam em regime de 40 horas semanais.

Messeder e colaboradores⁹ mostraram que a indigência não se limitou às atividades clínicas nos 250 hospitais visitados. Setenta por cento dos hospitais de baixa complexidade e 50% dos de alta complexidade obtiveram baixa pontuação nos resultados de hierarquização, indicando que não executavam as atividades mínimas requeridas na farmácia hospitalar, como seleção de medicamentos, logística, gerenciamento e informação. Nenhuma das farmácias hospitalares dos hospitais avaliados, de baixa, média ou baixa complexidade, recebeu pontuação alta – correspondente à faixa de 70-100% do ideal. O número de farmacêuticos presentes não se relacionou diretamente ao número ou qualidade das atividades executadas.

De 1999 a 2001, o Ministério da Saúde empreendeu esforço na capacitação de gerentes municipais de assistência farmacêutica. Foram realizadas oficinas em quase todos os estados brasileiros, na tentativa de conscientizar profissionais, muitos deles farmacêuticos, quanto à importância da gestão no contexto da descentralização e formá-los para elaboração dos planos municipais de assistência farmacêutica. Recentemente, nos últimos meses de 2006, o esforço foi repetido, mediante 61 oficinas no país. Ainda que a renovação dos quadros municipais a cada período eleitoral influencie a necessidade de capacitação permanente daqueles que lidam com a assistência farmacêutica, é fato que a cultura da gestão planejada não foi assimilada e não é praticada rotineiramente, por gestores da assistência farmacêutica. Apesar de muitos profissionais envolvidos na gestão da assistência farmacêutica não serem farmacêuticos, estes são a maioria.

Não é de se estranhar que os farmacêuticos, de modo geral, não estejam capacitados para o planejamento e para a gestão – os currículos de Farmácia não valorizam a disciplina, tampouco é possível ao estudante exercer esse tipo de atividade na maior parte dos estágios. Grande parte dos cursos de pós-graduação *lato sensu* foca atividades clínicas, inclusive a atenção farmacêutica; poucos destacam a gestão e a administração farmacêutica. No entanto, todo profissional sabe que sem demonstrar competência técnica na gestão será difícil, se não impossível, exercer, com credibilidade, atividade clínica em estabelecimentos ou sistemas. Por outro lado, sabe-se que gerir sem conhecimento clínico redundará em completa inversão quanto à compreensão de seu papel sanitário, o que, por sua vez, leva a opções gerenciais equivocadas^{10,11}. Se este ciclo vicioso é evidente nas farmácias hospitalares do país e na gestão da assistência farmacêutica nos estados e municípios, em nenhum outro cenário é mais dramático que na farmácia comunitária.

Os farmacêuticos estão presentes e exercendo seu papel nas farmácias comunitárias do país? Para responder a esta pergunta, sugere-se um exercício simples: visitar estabelecimentos e, como usuário, solicitar a presença do farmacêutico para fornecimento de informação. Ver-se-ão frustrados aqueles que imaginam que o farmacêutico estará sempre presente – salvo, possivelmente, em casos recentes de grandes redes que vêm investindo no cumprimento da lei. Onde está o farmacêutico? “Deu uma saidinha”, vem a resposta. Pode ser que esteja registrado como responsável técnico, mas o usuário ficará à mercê do balconista.

Bastos¹² avalia a falta de motivação dos farmacêuticos nas farmácias comunitárias. O estudo mostra uma grande diversidade no comprometimento entre os profissionais farmacêuticos, uns muito comprometidos, outros menos – este seria modulado pela capacitação, pelas perspectivas profissionais e pela remuneração, pelo sentimento de impotência frente às imposições do mercado e pela percepção quanto à prioridade da venda sobre a saúde do usuário no cenário da farmácia comunitária. Estas questões redundariam em certa falta de compreensão sobre seu papel sanitário, suas responsabilidades perante o cidadão e perante o sistema de saúde. Um cenário desolador? Depende do resultado da avaliação de nossa maturidade como categoria e de nossa consciência profissional.

Ser farmacêutico não significa ser vítima impotente diante das pressões do mercado e do capital, dos desafios impostos pela pressão da inovação, das distorções sanitárias provocadas pela falta de acesso aos medicamentos essenciais, pelas dificuldades impostas pela formação inadequada, pelas exigências da regulação, pela realidade, muitas vezes frustrante, do sistema de saúde. Todas as profissões enfrentam desafios. Se aquelas da área da saúde, e da Farmácia em particular, são mais contundentes, esta é uma reflexão que deve ser feita pelo profissional no momento em que jura defender a saúde dos indivíduos. Este compromisso só se firma na presença e atuação na farmácia comunitária, no trabalho diário e dedicado na farmácia hospitalar, na gestão esforçada e competente nos municípios, unidades e sistemas de saúde, na dedicação à capacitação permanente, na docência responsável, na produção voltada aos interesses da população, na pesquisa engajada e promotora de mudanças nas políticas públicas, na responsabilização.

Farmacêuticos são e devem se comportar como agentes, e não como pacientes. Precisam assumir uma postura profissional condigna frente aos desmandos do uso irracional de medicamentos, em todas as frentes (inclusive na mídia). Como ser profissional de saúde e cidadão sem responsabilizar-se pelo seu quinhão?

O lema da I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, “Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização da assistência farmacêutica, com controle social” apontou como um dos três grandes eixos temáticos a ‘Qualidade na assistência farmacêutica, formação e capacitação de recursos humanos’. Aguarda-se a consolidação de um esforço consertado, já iniciado¹¹, das instâncias de regulação profissional, das instâncias

governamentais, do setor privado, dos setores educacionais na concretização destas metas. Mas a mudança tem que começar de dentro para fora.

À Farmácia, no país, o que sobra em números, de egressos, de cursos, de postos de trabalho, falta na responsabilização e na proatividade de muitos farmacêuticos para agir no interesse do paciente e do uso racional de medicamentos. Atuar com o protagonismo que a profissão, com todas as suas dificuldades, nos confere, é o que nos fará, realmente, crescer. Podemos mais.

Referências

1. Sinfar. [acessado 2008 Jan 29]. Disponível em: <http://www.sinfar.org.br/sinfar/imprensa/midia5.asp>
2. Conselho Federal de Farmácia. [acessado 2008 Jan 29]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=14>
3. Conselho Federal de Farmácia. [acessado 2008 Jan 29]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=109>
4. Conselho Federal de Farmácia. [acessado 2008 Jan 29]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=127>
5. Conselho Federal de Farmácia. [acessado 2008 Jan 29]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=75>
6. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n° 261 de 16 de Setembro de 1994. Dispõe sobre responsabilidade técnica. *Diário Oficial da União* 1994; 16 set.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 1.017 de 23 de dezembro de 2002. Estabelece que as Farmácias Hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos Hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde deverão funcionar, obrigatoriamente, sob a Responsabilidade Técnica de Profissional Farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia. *Diário Oficial da União* 2002; 23 set.
8. Osorio-de-Castro CGS, Castilho SR. *Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil*, vol.1. Rio de Janeiro: ENSP; 2004.
9. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Camacho LAB. Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar: uma proposta de hierarquização de serviços. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:835-844.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n° 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União* 2004; 20 mai.
11. Fitzgerald J, Soler O. A cooperação técnica OPAS/Brasil em assistência farmacêutica: 2004-2007. *Boletim Sobravime* 2007; 52/53:3-8.
12. Bastos CRG. *Tem farmacêutico na farmácia: as percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias do Estado do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ; 2007.

O autor responde

The author replies

Agradeço os comentários do José Augusto, Gun e Cláudia, companheiros antigos da jornada de valorização do uso dos medicamentos no controle de doenças e no combate ao uso comercial dos mesmos.

Estimulada pelos comentários, penso que, dada a enorme importância, dois temas devem ser retomados nas considerações finais: a formação de recursos humanos e a propaganda de medicamentos. Antes, porém, gostaria de assinalar aspectos do contexto.

O medicamento se transformou num dos bens mais valorizados pelo conjunto da nossa sociedade. Nos grandes centros urbanos, ou nos rincões mais isolados, os cidadãos desejam, necessitam e merecem ter cobertura farmacêutica. Há, também, certa consciência de que a eficácia dos medicamentos é inseparável dos seus malefícios, muitas vezes relacionados à própria ação benéfica.

Marca forte do nosso país é a desigualdade de acesso aos meios de cura. Parcela da população não tem acesso sequer aos produtos relacionados na Renome (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). Mas onde há acesso, é comum, também, haver excesso: “medicamentalização”, doenças criadas, uso indiscriminado de produtos. A reversão desse quadro requer pensar um sistema de saúde que seja, de fato, *único*, para todo o território nacional. Um sistema no qual todos os cidadãos tenham igualdade de oportunidades no acesso a medicamentos para prevenir e curar doenças, e para atenuar sintomas, com garantia de segurança.

Ponto-chave na construção desse sistema é a garantia de segurança. É inaceitável expandir a cobertura para populações desassistidas com as distorções hoje existentes no registro, na comercialização e no uso de produtos, e suas consequências em termos de eventos adversos. Há várias estratégias disponíveis para o combate aos danos produzidos pelos medicamentos, sejam eles o resultado, ou não, de erros; seja na atenção ambulatorial ou na hospitalar. É a prescrição eletrônica e os sistemas de alerta, úteis para evitar problemas causados por interações medicamentosas, dosagens inadequadas, alergias não identificadas, letra ilegível e outros¹; é o estímulo à formação em epidemiologia; e são as conhecidas redes de notificação espontânea. Assim, é possível melhorar o sistema de registro de produtos, sen-