



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Instituto de Medicina Social**

**Cláudia Regina Garcia Bastos**

**Tem farmacêutico na farmácia:  
as percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas  
farmácias comunitárias do Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2007

Cláudia Regina Garcia Bastos

**Tem farmacêutico na farmácia:  
as percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas  
farmácias comunitárias do Estado do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Caetano

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

B327 Bastos, Cláudia Regina Garcia.  
Tem farmacêutico na farmácia: as percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias do estado do Rio de Janeiro / Cláudia Regina Garcia Bastos. – 2007.  
193f.

Orientadora: Rosângela Caetano.  
Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

1. Farmacêuticos – Teses. 2. Serviços farmacêuticos – Teses. 3. Farmácia, drogas e etc – Teses. 4. Farmacêutico e paciente – Teses. I. Caetano, Rosângela. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 615.15

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Patrícia Campanha Barcelos

**Perfil de demandas judiciais de medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo: um estudo exploratório**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Aprovada em 31 de março de 2007.

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro (Coorientadora)  
Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Caetano (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Lúcia Edais Pepe  
Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2010

## DEDICATÓRIA

Para Rogério e meus queridos filhos que compreenderam e me incentivaram em mais essa jornada.

Para todos aqueles que acreditam e querem fazer deste um mundo melhor.

## AGRADECIMENTOS

Concluir essa dissertação foi possível após percorrer um longo caminho, no qual pude contar com o apoio e a ajuda de inúmeras pessoas e instituições, que contribuíram, de forma direta ou indireta, as quais aproveito esse momento para agradecer de forma sincera.

À UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, representada pelo IMS - Instituto de Medicina Social, a todo o seu corpo docente, funcionários e colaboradores que foram meus parceiros nesse processo acadêmico.

Ao CRF-RJ - Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro, na figura dos farmacêuticos diretores da gestão dos anos 2004-2005 e 2006-2007, por terem me proporcionado a oportunidade de poder fazer este curso de pós - graduação.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Caetano, que com seu coração e sua mente me fez continuar a acreditar nos sonhos e na possibilidade de transformá-los em realidade. Muito mais que me orientar, ela me mostrou em vários momentos o quanto é possível ser competente e profissional, agindo com respeito, paciência e sabedoria. É de pessoas desse quilate que o mundo precisa...

A todos os professores da pós-graduação do IMS, principalmente aos do Departamento de Planejamento Políticas e Administração em Saúde pela troca de conhecimentos.

Às Professoras Dra. Cláudia Garcia Serpa Osório de Castro, Dra. Jane Dutra Sayd e Dra. Vera Lúcia Edais Pepe, as quais admiro profissionalmente, por terem aceitado participar da minha banca de qualificação e agora na banca de defesa da dissertação, mesmo em meio à infinidade de compromissos que possuem. Agradeço de forma especial às valiosas sugestões oferecidas e que contribuíram na forma final desse estudo.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane Dutra Sayd, que teve a gentileza de realizar a leitura desse trabalho.

A todos os colegas da turma de mestrado do PPAS – Planejamento, Políticas, Administração em Saúde da turma de 2005, pelo companheirismo.

À Márcia Cristina, Simone, Paulo Gerson e toda equipe da Secretaria Acadêmica pelos auxílios valiosos.

Às bibliotecárias do IMS Ana Beatriz G. Levy, Leila Nice e Regina Tinoco Amato e a toda a sua equipe pela acolhida e profissionalismo.

À Márcia Luíza e toda a equipe do Laboratório de Informática do IMS pelo apoio técnico dado.

A todos os Farmacêuticos das farmácias comunitárias visitadas que, ao serem entrevistados, colaboraram com a realização desse trabalho. Não posso citar seus nomes, em função da confidencialidade prometida, porém sem vocês esse trabalho não teria sido possível.

Aos meus amigos e compadres, Maria Amélia e Eduardo, que sempre me auxiliaram dando o incentivo e apoio em todos os momentos.

Aos meus pais, que sempre acreditaram que a educação poderia fazer a diferença.

Ao meu amor Rogério, por me amar e apoiar desde sempre.

À Camila, Bernardo e Clara que foram e sempre serão a fonte de todo meu esforço para fazer desse, um mundo melhor.

A Deus, por ter me conduzido até aqui...

... porque são os passos que fazem o caminho.

*Mário Quintana*



## RESUMO

BASTOS, Cláudia Regina Garcia. *Tem farmacêutico na farmácia: as percepções dos farmacêuticos sobre seu trabalho nas farmácias comunitárias do Estado do Rio de Janeiro*. 2007. 193 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

A farmácia comunitária ocupa um importante espaço no cenário da saúde pública brasileira, como local de dispensação de medicamentos e de contínua promoção do consumo de medicamentos para a população. Nesses estabelecimentos, o usuário busca através do consumo de produtos, prescritos ou não, o restabelecimento da sua saúde. O farmacêutico é o profissional de saúde com formação específica sobre medicamentos e que, pelo imperativo da legislação sanitária, é colocado como responsável técnico, nesse locus. Qual sua motivação para ingressar nessa carreira? Como é a sua *práxis* e qual a realidade percebida por ele nesse cotidiano? Este trabalho teve como objetivo identificar a concepção que os farmacêuticos responsáveis técnicos, atuantes em farmácias comunitárias do estado do Rio de Janeiro, têm sobre a sua prática profissional e como essa visão pode estar relacionada à implementação de práticas focadas no paciente, tais como a Atenção Farmacêutica. Foram realizadas 15 entrevistas semi-estruturadas com farmacêuticos responsáveis técnicos de farmácias do estado do Rio de Janeiro, representando a seguinte tipologia: farmácias de rede estadual, de rede local e familiar. A categorização do discurso dos farmacêuticos mostrou, pelo menos, quatro convergências: a deficiência no processo de formação acadêmica, a prática farmacêutica migrando para o paciente, as contínuas dificuldades da população quanto ao uso de medicamentos e o conhecimento superficial do conceito de Atenção Farmacêutica. Pensa-se que a realidade encontrada possa não ser muito diferente da de grande número de farmácias comunitárias do próprio estado do Rio de Janeiro, sendo necessário fazer reflexões sobre esse tema, para nos conduzir a um momento de discussão sobre quais elementos poderão vir a garantir, que a *práxis* farmacêutica se insira com complementaridade nos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Profissão farmacêutica, prática profissional, Atenção Farmacêutica, farmácia comunitária

## ABSTRACT

The Community Pharmacy has been having an importance space for the Brazilian Public Health Scenario, as the medicine deliver place and the constant pushing of medicine uses. In these places, the customer looks for buying medicines, with or without a prescription for their health recovery. The Pharmacist is a health professional with a specific competence in medicine, as per Sanitary Legislation Law, and it is the only person in charge of and responsible for this matter. What is the motivation to choose this career? How is its procedure and how is its perception about the daily routine. This research has the objective to identify the perception that the Technical Pharmacist Responsible, working in the State of Rio de Janeiro Community Pharmacies, has been having about its professional practices and how is this vision can be related to the practice implementation as Pharmaceutical Attention conception. In this research have been made with 15 Pharmaceuticals of Rio de Janeiro State Pharmacies in semi-structured way. This represents the following trilogy: State Pharmacy Network; Local Network; and Familiar. The speech classification which was made here has shown at lead four convergences points: the lack of academic formation, the pharmaceutical practice going to the patient personal practice; the constant difficulties for the population in getting medicines; and the superficial knowledge about the Attention Pharmaceutical conception. We can point out that reality found isn't different from a large number of the Pharmacies of Rio de Janeiro State. Is necessary to make a reflection about this issue to lead us to a better understanding about which elements should guarantee that this Pharmaceutical practices can be implemented as a complementary health service.

**Key words:** Pharmaceutical Profession, profession practice, Pharmaceutical Career, Attention Pharmaceutical, Community Pharmacy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 –	Linha do tempo dos cinco estágios de maior mudança na prática farmacêutica .....	33
Figura 02 –	Etapas e ciclo da Assistência Farmacêutica .....	54
Figura 03 –	Checklist de dispensação de medicamentos .....	133

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 –	Motivos para o fracasso da terapêutica medicamento .....	15
Quadro 02 –	Valências Formativas e Profissionais do Farmacêutico “Sete Estrelas” .....	48
Quadro 03 –	Fatores que afetam a atenção à saúde, o uso racional dos medicamentos e o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica .....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – A Indústria Farmacêutica Brasileira – 1992/2004 .....	27
Tabela 02 – Perfil dos entrevistados .....	82

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABF –	— Associação Brasileira de Farmacêuticos
AF	— Atenção Farmacêutica
ANVISA	— Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPF	— Boas Práticas de Farmácia
CCIH	— Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CES	— Câmara de Educação Superior
CFF	— Conselho Federal de Farmácia
CFM	— Conselho Federal de Medicina
CNE	— Conselho Nacional de Educação
CNPJ	— Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CONEP	— Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRF-RJ	— Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro
CTPS	— Carteira de Trabalho e Previdência Social
DCB	— Denominação Comum Brasileira
DCI	— Denominação Comum Internacional
DEF	— Dicionário de Especialidade Farmacêutica
DIMED	— Divisão de Medicamentos
EUA	— Estados Unidos da América
F	— Farmacêutico
FM	— Farmácia Familiar
GM	— Grupo Ministerial
IBGE	— Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	— Instituto de Medicina Social
FIP	— Federação Internacional Farmacêutica
MS	— Ministério da Saúde
OMS	— Organização Mundial da Saúde
OPAS	— Organização Pan-Americana da Saúde
PNM	— Política Nacional de Medicament
POP	— Procedimento Operacional Padrão
PRM	— Problema Relacionado com Medicamento
RAM	— Reação Adversa ao Medicamento

RDC	— Resolução da Diretoria Colegiada
RE	— Rede Estadual
RJ	— Rio de Janeiro
RL	— Rede Local
SAMU	— Serviço de Atendimento Móvel de Emergência
SFT	— Seguimento Farmacoterapêutico
SINFAERJ	— Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Rio de Janeiro
SINITOX	— Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SOBRAVIME	— Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
SVS	— Secretaria de Vigilância Sanitária
UERJ	— Universidade Estadual do Rio de Janeiro
WHO	— World Health Organization

## SUMÁRIO

1	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
2	<b>A TRÍADE FARMACÊUTICA: MEDICAMENTOS, O FARMACÊUTICO E O PACIENTE</b> .....	20
2.1	<b>O papel dos medicamentos no cuidado à saúde</b> .....	20
2.2	<b>A evolução da Farmácia e do papel do farmacêutico</b> .....	30
2.3	<b>Alguns aspectos da relação paciente-farmácia-farmacêutico</b> .....	37
3	<b>Mudanças no paradigma da profissão: A Atenção farmacêutica como uma nova práxis A SER CONSTRUÍDA</b> .....	42
3.1	<b>Atenção Farmacêutica: explorando alguns de seus antecedentes</b> .	42
3.2	<b>Papel do farmacêutico e a Atenção Farmacêutica: panorama internacional</b> .....	46
3.3	<b>Atenção Farmacêutica no contexto da política nacional de medicamentos no Brasil</b> .....	50
4	<b>JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b> .....	59
5	<b>OBJETIVOS</b> .....	65
5.1	<b>Objetivo geral</b> .....	65
5.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	65
6	<b>CAMINHOS METODOLÓGICOS</b> .....	66
6.1	<b>Lócus e sujeitos do estudo: as farmácias e seus farmacêuticos</b> ....	67
6.2	<b>Instrumento da pesquisa</b> .....	69
6.3	<b>Início do trabalho de campo e coleta de dados</b> .....	74
6.4	<b>Análise dos dados</b> .....	78
7	<b>OS FARMACÊUTICOS: PERCEPÇÕES SOBRE SUA PRÁXIS</b> .....	81
7.1	<b>Os farmacêuticos ouvidos: perfil sintético dos participantes</b> .....	81
7.2	<b>Categoria I – Processo de formação</b> .....	89
7.2.1	<b><u>Motivação para seguir a carreira farmacêutica</u></b> .....	89



7.2.2	<u>A faculdade</u> .....	90
7.2.3	<u>Final da faculdade: caminhos que se abrem</u> .....	93
7.3	<b>Categoria II – A prática profissional</b> .....	96
7.3.1	<u>Os primeiros empregos ou o caminho até a farmácia comunitária</u> .....	96
7.3.2	<u>A farmácia comunitária como locus de trabalho dos farmacêuticos</u> .....	98
7.3.3	<u>A atuação na farmácia comunitária: como se dá esse trabalho</u> .....	105
7.3.4	<u>Os farmacêuticos na farmácia</u> .....	111
7.3.5	<u>Fatos marcantes na carreira</u> .....	138
7.3.6	<u>A opinião sobre a sua inserção e perspectivas na farmácia</u> .....	139
7.4	<b>Categoria III – As dificuldades da população no uso dos medicamentos</b> .....	142
7.5	<b>Categoria IV – A satisfação dos farmacêuticos na farmácia</b> .....	145
7.5.1	<u>Satisfação intrínseca ao trabalho</u> .....	145
7.5.2	<u>Satisfação em relação às condições de trabalho</u> .....	148
7.5.3	<u>Satisfação em relação à organização do trabalho</u> .....	152
7.5.4	<u>Satisfação em relação aos vínculos sociais do trabalho</u> .....	153
7.6	<b>Categoria V – O significado atribuído ao termo Atenção Farmacêutica</b> .....	159
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS (MUITOS) PASSOS QUE FALTAM NO CAMINHO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA</b> .....	165
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	180
	<b>ANEXO A – Roteiro de entrevistas semi estruturadas com farmacêutico</b> .....	190
	<b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	193

## 1. APRESENTAÇÃO

O modelo de assistência à saúde é demasiadamente medicalizado e mercantilizado, possuindo os medicamentos um lugar importante no processo saúde/doença e sendo difícil pensar a prática médica ou a relação médico-paciente sem a presença desses produtos (SOARES, 1997).

A utilização de medicamentos, decorrente ou não da prescrição, tornou-se uma prática social tão comum na sociedade moderna, que os mesmos passaram a ocupar um lugar de destaque na economia global, tamanho o crescimento da demanda por todos os tipos de fármacos e da correspondente ampliação das indústrias farmacêuticas.

Embora o medicamento seja de fundamental importância para o paciente, tornando-se um componente estratégico na terapêutica e na manutenção de melhores condições de vida do indivíduo, é fundamental que não nos esqueçamos da necessidade de fomentar a sociedade com informações seguras que minimizem o risco à saúde, que pode ser causado se o medicamento não for utilizado de modo adequado, efetivo e seguro.

Isso porque, em paralelo a esse papel central que o medicamento tem ocupado no processo de cuidado, a morbimortalidade relacionada a medicamentos também tem se constituído, progressivamente, em um importante problema de saúde pública. Este problema inclui, entre outros, um grande número de reações adversas a medicamentos e erros, parcela significativa das quais não notificadas oficialmente, sem mencionar o número de internações hospitalares relacionadas ao seu uso inadequado. Nesse sentido, Cipolle (1986) afirma que os medicamentos não

têm doses, são os pacientes que tem doses. Essa afirmação coloca o paciente na perspectiva principal das ações terapêuticas, onde todos os profissionais de saúde devem estar atentos na observação do surgimento de reações adversas ao medicamento (RAM) ou erros associados ao seu uso, que gerem morbidades e mortalidade.

O uso de medicamento ocorre quando o paciente procura alcançar resultados concretos que conduzam à melhoria da sua qualidade de vida. Segundo Hepler (1990), os resultados do uso de medicamentos podem ser sumarizados como: (1) curar enfermidades; (2) reduzir ou eliminar os sintomas das doenças; (3) retardar a evolução de uma enfermidade; e (4) prevenir a enfermidade e os seus sintomas.

Porém, fatos podem surgir que impeçam que o paciente alcance os resultados pretendidos ou esperados. Alguns dos motivos de fracasso da terapêutica medicamentosa estão presentes no quadro abaixo:

#### **Quadro 1: Motivos para o fracasso da terapêutica medicamentosa**

**Prescrição inapropriada** — Regime inapropriado ou regime não necessário

**Distribuição inapropriada** — O medicamento não está disponível por impedimentos devido a barreiras econômicas, biofarmacêuticas e sociológicas.

**Comportamento inapropriado do paciente** — Cumprimento de um regime inadequado, ou não cumprimento de um regime adequado.

**Idiossincrasias** — Resposta idiossincrásica do paciente, erro ou acidente.

**Monitorização inapropriada** — Falha em detectar e resolver uma decisão terapêutica inadequada, falta de monitorização ou seguimento dos efeitos decorrentes do tratamento do paciente.

A morbidade relacionada com o medicamento é um conceito associado à produção de problemas de saúde relacionados com o uso destes insumos para a saúde. Se não há o acompanhamento do uso de medicamentos, efeitos adversos ou reações tóxicas podem ocorrer, comprometendo a saúde e até mesmo levando ao surgimento de outras patologias, consideradas secundárias ao tratamento inicial.

No Brasil, segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas — SINITOX, desde o ano de 1994, o medicamento ocupa o primeiro lugar nas estatísticas como o principal agente que causa intoxicação em seres humanos. Ele é primeiro lugar como causa tanto de intoxicações acidentais como voluntárias nos grandes centros urbanos e segundo lugar no total de óbitos no período (BORBOLETTO & BOCHNER, 1999).

Hepler & Strand afirmam que

[...] a mortalidade e morbidade relacionadas com o uso de medicamentos são preveníveis e os serviços farmacêuticos podem reduzir o número de RAM [reação adversa a medicamentos], o tempo de tratamento e os custos assistenciais. (HEPLER & STRAND, 1990: 533).

Os modelos tradicionais de prática farmacêutica mostram-se pouco efetivos sobre a morbi-mortalidade relacionada a medicamentos (CIPOLLE et al, 2006) e novas propostas de prática profissional têm surgido na profissão farmacêutica. Dentre os novos caminhos, há a prática profissional farmacêutica conhecida como Atenção Farmacêutica, que surge como uma alternativa que visa melhorar a qualidade do processo de utilização de medicamentos pela população com a participação do profissional farmacêutico, e que vem sendo implementada em vários países (MARTIN-CALERO, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, “prover medicamentos e outros produtos e serviços para a saúde e ajudar as pessoas e a sociedade a utilizá-los da melhor maneira possível é a missão da prática farmacêutica” (WHO, 1996: 4). Essa missão precisa do envolvimento de profissionais com formação direcionada para não deixar nenhum dos elos da cadeia dos medicamentos a descoberto, ou seja, desde a produção até o usuário final.

A Atenção Farmacêutica tem como foco de trabalho redirecionar a atuação do farmacêutico para o paciente, com o fornecimento da provisão responsável dos medicamentos de modo a alcançar resultados terapêuticos positivos, que levem a melhora da qualidade de vida do paciente e maximizem o benefício do uso dos medicamentos. Esta aproximação do farmacêutico com o ser humano, através da revisão da fragmentação da sua prática profissional é uma das exigências deste início de século (HEPLER & STRAND, 1990).

Como implantar a Atenção Farmacêutica? Segundo as premissas de Hepler & Strand (1990), a implantação é gradativa e deve existir a interação direta do farmacêutico com o paciente. Deve-se trabalhar para atender às necessidades do mesmo e assegurar que a utilização dos medicamentos seja correta. Nas palavras dos autores, a Atenção Farmacêutica pode ser:

[...] a oportunidade da Farmácia para amadurecer como profissão aceitando a sua responsabilidade social de reduzir preventivamente a morbi-mortalidade relacionada com medicamentos. Não seria suficiente dispensar o medicamento correto, nem prover serviços farmacêuticos sofisticados, nem será suficiente inventar novas funções técnicas. Os farmacêuticos e suas instituições devem se auto-analisar e começar a dirigir seus esforços para o bem estar social. (HEPLER & STRAND, 1990: 533)

Para se realizar Atenção Farmacêutica, é preciso que haja uma mudança no paradigma da prática farmacêutica. Não é só uma nova atividade, mas um novo

modo de exercer a prática profissional, em que se muda o objeto central da atuação do profissional farmacêutico, que deixa de ser o medicamento, em si mesmo, voltando a ser o usuário e a comunidade como um todo. Essa atenção direcionada ao paciente pode acontecer em vários locais de atuação do farmacêutico, um dos quais e muito importante refere-se às chamadas farmácias comunitárias<sup>1</sup>.

A implantação efetiva da Atenção Farmacêutica é um processo que dependerá de múltiplos fatores, que se constroem com a própria dinâmica da sociedade. A solução para a implantação dessa nova prática deve ser construída em um arcabouço de proposições devidamente especificadas sobre o lugar, funções e transformações do espaço social da farmácia nas sociedades industrializadas, e devem-se reconhecer os significados que o farmacêutico traz com relação a perspectivas futuras do seu processo de trabalho.

Uma questão importante no domínio da análise social é estudar os fenômenos de mudança social numa coletividade. Se quisermos perceber as dinâmicas de mudança no caso particular das farmácias e drogarias, devemos desvendar todo o contexto que determina a situação presente.

Desse modo, compreender as percepções que esses profissionais têm de sua práxis e dos processos de trabalho presentes nas farmácias comunitárias pode ajudar a identificar o *modus operandi* dessa prática e aonde há o estrangulamento de interesses que desfocam o objetivo das farmácias como estabelecimentos produtores de saúde para estabelecimentos estritamente comerciais.

---

<sup>1</sup> Farmácias comunitárias referem-se aos estabelecimentos do comércio varejista privado tendo o farmacêutico como responsável técnico, atendendo as exigências da Lei 5991/73 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1973).

O estudo aqui realizado buscou identificar as concepções que os farmacêuticos responsáveis técnicos, atuantes em farmácias comunitárias do estado do Rio de Janeiro, têm sobre a sua prática profissional e como essa visão pode estar relacionada à implementação de práticas de Atenção Farmacêutica no estado.

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte maneira. No capítulo 2 seguinte, discute-se a tríade farmacêutica: medicamentos, Farmácia e o paciente. Inicialmente, faz-se uma explanação sobre o papel dos medicamentos no cuidado à saúde, abordando-se a seguir a evolução da Farmácia e alguns aspectos da relação paciente-farmácia-farmacêutico. O capítulo finaliza com uma breve análise da interface do sujeito paciente e o cuidado farmacêutico. Na seqüência, são destacadas noções sobre o conceito de Atenção Farmacêutica e tratados, especificamente, referenciais internacionais sobre o papel do farmacêutico e algumas considerações sobre o contexto farmacêutico brasileiro. Os capítulos 4, 5 e 6 trazem, respectivamente, a justificativa para o estudos, seus objetivos e os caminhos metodológicos utilizados, apresentando a natureza da pesquisa, a escolha dos informantes, a coleta e a análise dos dados. No capítulo seguinte, nos deteremos nos resultados, que estão apresentados em cinco categorias temáticas, e no capítulo 8 finaliza-se o trabalho com a exposição das considerações finais.

## **2. A TRÍADE FARMACÊUTICA: MEDICAMENTOS, O FARMACÊUTICO E O PACIENTE**

A toda tríade se espera o sentido de completo, inteiro e adequadamente sistematizado (FORATTINI, 1996). Encarar o medicamento, a prática farmacêutica e o paciente como partes de uma tríade, em três domínios diferentes, é um exercício onde é possível observar cada qual em seu momento, podendo assim analisar as circunstâncias que, muitas vezes, vêm contribuir para minimizar, retardar ou curar morbidades nos indivíduos.

Nas últimas décadas, os medicamentos e a profissão farmacêutica são temas freqüentemente presentes nas agendas das lideranças farmacêuticas, nacionais e internacionais. Esse movimento busca a associação dos conhecimentos desses dois eixos com a operacionalização do trabalho do farmacêutico em prol de resultados positivos para o paciente. Apesar desse contexto, o paciente se apresenta como o elo mais frágil nessa corrente, podendo esse fato ser creditado à carga cultural dominante na nossa sociedade quanto à questão do consumo de medicamentos, e aos próprios itinerários de busca da saúde, melhor detalhados na seqüência.

As considerações a seguir expressam reflexões sobre o tema de cada elo indicado no sentido de articular as partes constituintes dessa tríade farmacêutica.

### **O papel dos medicamentos no cuidado à saúde**

A recuperação da saúde parece ser uma atitude inseparável do ser humano. A farmacologia nasceu desse movimento do homem de buscar recursos que revertessem os quadros de dor, febre e outros malefícios a sua saúde. Utilizando elementos, de origem vegetal e animal, a partir da sua observação e experiência



acumulada, o ser humano passou a fazer uso de substâncias com princípios ativos que atuassem favorecendo a modificação do quadro patológico que se instalava.

Hoje, a situação continua se repetindo, com a sociedade buscando formas de garantir o restabelecimento da sua saúde com os recursos tecnológicos contemporâneos. Neste contexto, o papel dos medicamentos é de grande relevância, pois é o principal elemento que a sociedade aponta como o detentor da cura e do resgate da saúde, ora perdida.

Muito já se falou do papel do medicamento na sociedade moderna (LEFREVE, 1991; SEVALHO, 1992; ILLICH, 1975; SOARES, 1997) e um aprofundamento nesse sentido foge ao escopo desta dissertação. Apenas assinalo a importância de trazer à discussão a contextualização do uso de medicamentos, a fim de podermos compreender a necessária implementação da Atenção Farmacêutica nas farmácias<sup>2</sup> comunitárias. Há neles um forte apelo, pois é uma mercadoria que está atrelada a um conhecimento científico, o que lhe assegura uma legitimidade reconhecida pela sociedade.

Os medicamentos são produtos preparados para auxiliar a manutenção da saúde em caso de necessidade. Entretanto, seu uso incorreto pode provocar situações como as descritas por Johnson & Bootman (1997), onde os gastos nos EUA alcançaram a cifra de 73 bilhões de dólares, por volta de 1995, devido a morbidades e mortalidade causadas pelo uso de medicamentos. Este valor subiria ainda mais, excedendo aos 100 bilhões de dólares, caso se levasse em conta o uso de medicamentos não prescritos.

---

<sup>2</sup> O termo “farmácia” escrito em letras minúsculas se refere ao estabelecimento farmacêutico e quando escrito com a primeira letra como maiúscula deve ser compreendido como área de conhecimento ou campo profissional.

A Política Nacional de Medicamentos, segundo disposto na Portaria do Ministério da Saúde nº. 3.916/ GM, de 30 de outubro de 1998, define uso racional de medicamentos como o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 1998a).

O que se observa no Brasil é o medicamento sendo consumido como uma mercadoria qualquer, com um simbolismo forte referente ao ato de estar consumindo a própria saúde “comprimida em comprimidos” (LÈFREVE, 1991).

Os consumidores de medicamentos o fazem com ou sem a prescrição médica, e o médico, que deveria ser o prescritor do medicamento, não se torna o elo entre o doente e a farmácia, na maioria das vezes. O ato médico de prescrever o medicamento após o diagnóstico específico fica, muitas vezes, a cargo de parentes, amigos, vizinhos, balconistas, proprietários de farmácia leigos e, por que não dizer, o farmacêutico também.

Oshiro (2002) afirma que o fato da farmácia ser um estabelecimento comercial torna difícil a prática da promoção do uso racional de medicamentos, uma vez que esta, para conservar-se no mercado, tem a sua lucratividade associada com o volume de vendas, tendo a indústria farmacêutica como forte aliada desta atividade.

O resgate da profissão farmacêutica pode ocorrer neste ponto, onde temos o farmacêutico como profissional de saúde especialista em medicamentos que deve ser o elo entre o consumidor de medicamentos e a farmácia, no momento anterior ao

seu consumo (CLAUMANN, 2003). O farmacêutico é capaz de racionalizar o uso dos medicamentos, desde o fornecimento de informações relativas ao seu uso, até a dosagem, o tempo de utilização, armazenagem correta, interações medicamentosas possíveis e reações adversas aos medicamentos que podem surgir e podem ser evitadas. Essas ações seriam partes do processo de Atenção Farmacêutica que se deseja e que é necessária à população.

Para tal fato ocorrer, necessitaríamos ter as farmácias funcionando como legítimos estabelecimentos de saúde, com sua missão de auxiliar o usuário de medicamentos a obter a melhor terapia medicamentosa possível e, especialmente, a protegê-lo do dano. Mas o que se observa ainda hoje, em nossas farmácias, foi retratado por Lèfreve de modo preciso:

Muitas farmácias “modernas”, em nosso país, estão atualmente montadas de modo semelhante a supermercados: o consumidor compra seu remédio no balcão, vai com a sua mercadoria até um dos caixas, deposita o remédio na esteira e sai, após pagar, pelo corredor do caixa. Outras farmácias estão montadas sob a forma de drugstore, onde além de medicamentos, pode-se comprar brinquedos, batatas, material de limpeza doméstica, etc... (LÈFREVE, 1991:31)

É importante ter a perspectiva que Lèfreve (1991) traz de que o consumo de medicamentos é hoje um problema de saúde pública, não só pelo seu uso indevido, mas também em função da sua expressão social hegemônica como uma mercadoria.

O medicamento não se esquia das suas dimensões terapêutica, simbólica e mercantil, e encontra na farmácia — essa também com diversas faces, entre as quais se destacam os aspectos comerciais, técnicos, sanitário e social — a oportunidade de se expandir, estendendo à indústria farmacêutica o papel de protagonista deste contexto.

A crítica às quatro dimensões das farmácias citadas — comercial, técnica, sanitária e social é importante para a compreensão das relações existentes nesses estabelecimentos. Há uma maior visibilidade da faceta comercial, onde o fluxo de vendas é guiado pela pressão de sobrevivência da empresa no mercado, associado a uma permanente concorrência onde a cultura da farmácia deve ser mantida, leia-se aí a “empurroterapia”<sup>3</sup>, as comissões por vendas de medicamentos, sendo que o comércio de cargas roubadas e falsificadas ainda é parte do noticiário nacional. Por outro lado, a complexidade técnica necessária à existência da farmácia e drogaria no país serve de desculpas para uma grande massa de empresários, burlar os dispositivos legais. Um exemplo característico é o movimento de afastamento do profissional farmacêutico da farmácia, por ele “atrapalhar” a venda de medicamentos bonificados no balcão, comprometendo a saúde financeira de muitos estabelecimentos, tornando fácil desse modo simplificar etapas e protocolos de dispensação de medicamentos que deveriam ser postos em prática por ocasião da venda dos medicamentos. O risco sanitário é uma constante nas farmácias. Não raro, estes estabelecimentos desrespeitam a necessidade de condições mínimas de armazenagem dos medicamentos, estocando seus produtos em temperaturas acima dos 30°C e oferecendo medicamentos com a segurança, eficácia e qualidade comprometidas. O risco envolvendo a aplicação de injetáveis também é constante. A existência de cabines de aplicação de injetáveis em áreas de serviço, cozinhas, áreas de estoque e outros locais inadequados, associados com a ausência de profissional habilitado para realizar as aplicações é uma rotina. Finalmente, torna-se preponderante que a farmácia resgate seu valor social, onde esse lócus de atuação

---

<sup>3</sup> Esse é um termo de larga utilização no meio farmacêutico e designa prática, extremamente comum no Brasil, pela qual os balconistas de farmácias e drogarias “empurram” para seus fregueses, ou seja, induzem a compra, daqueles medicamentos que proporcionam uma margem de lucro-maior (GIOVANNI, 1980:104).

do farmacêutico deixe de atuar unicamente no sentido do empresário<sup>4</sup> e se remeta para a produção de saúde para a sociedade.

Em relação às dimensões do medicamento, temos que sua dimensão terapêutica está relacionada à arte de curar. A grande revolução nesta arte avançou pelos conhecimentos da química e suas correlações com os sistemas celulares e fisiológicos. Passou-se de uma era da ciência contemplativa para a da ciência considerada operativa, interativa e que responderia a questões sobre o funcionamento do organismo.

Nesse sentido, a segunda metade do século XIX testemunhou o início de uma revolução biomédica que iria transformar a terapêutica. O desenvolvimento nas ciências médicas conduziu à identificação de causas específicas para as doenças e a um melhor entendimento da ação desses medicamentos. Foi identificado, por exemplo, que as doenças infecciosas eram causadas por microorganismos específicos (EBNER, 1968) e o foco passou a ser em saber como se processava as variações celulares, desvendando o efeito desses processos.

Canguilhem apresenta de modo singular o caminho que a medicina experimental realizou:

[...] o deslocamento de lugar, do objeto experimental e do agente modificador da saúde, a saber, respectivamente: do hospital para o laboratório, do homem para o animal e da preparação galênica ao composto químico definido. (CANGUILHEM, 1977: 68).

A quimioterapia inventada por Paul Ehrlich surge em decorrência da resposta à questão que o desafiava:

---

<sup>4</sup> Em muito, hoje em dia, as farmácias me fazem lembrar os antigos bancos de sangue, onde através da miséria alheia se alcançava grandes lucros em detrimento da qualidade dos serviços oferecidos. A farmácia está chegando a um limite onde a análise dos seus serviços é crítica até mesmo para os leigos, e a permissividade das autoridades em tolerar a existência deve cessar.

Quais os compostos químicos que, tendo afinidade específica com determinados agentes infecciosos, ou determinadas células, atuariam diretamente sobre a causa do mal e não sobre os sintomas, à imitação das antitoxinas presentes nos soros curativos? (CANGUILHEM, 1977: 63).

Foi dele a idéia de procurar substâncias que tivessem afinidades específicas com determinado parasita e suas toxinas, segundo o modelo dos corantes capazes de afinidade histológica seletiva. O que se presenciava naquele momento era a validação de uma proposta original: os compostos químicos, assim como os corantes, seriam seletivos para determinada célula e atuariam, penetrando-a e destruindo-a.

Sublinho que, a partir da resposta a essa questão, houve um salto qualitativo na produção e uso de medicamentos: a humanidade nunca mais seria a mesma depois do surgimento do medicamento que se estabeleceria no século XX.

A descoberta de meios para combater, de uma forma específica, as bactérias e as infecções decorrentes, assinala uma nova era científica e com grande impacto para toda a sociedade. As pessoas deixam de morrer de algumas doenças consideradas simples e o medicamento é progressivamente consagrado como legítimo instrumento terapêutico.

Ao mesmo tempo, Canguilhem vê a evolução do medicamento, na sociedade, no fim do século XIX, afirmando que:

“Não é possível a quimioterapia sem uma certa sociedade científica, sem uma certa sociedade industrial”. (CANGUILHEM, 1977: 66).

À medida que a industrialização de medicamentos se inicia, no contexto hegemônico capitalista, o medicamento se torna uma mercadoria que, seguindo a

lógica do mercado, deve ser produzida e ter seu consumo progressivamente expandido, quantitativa e qualitativamente, ao máximo (BARROS, 1982).

Essa racionalidade científica

[...] passa a presidir as práticas que têm por finalidade a preservação e/ou restituição da saúde, (mas) fazendo com que seu consumo possa então ser classificado, em uma sociedade, como "exacerbado e indiscriminado. (GIOVANNI, 1980: 121)

O complexo médico-industrial consolida-se na segunda metade do século XX (CORDEIRO, 1980) e faz do medicamento seu ícone, inclusive através da intensa propagação das vantagens e características dessa mercadoria que garante alcançar a saúde, o sono e os equilíbrios gástrico, circulatório e renal, pelo estabelecimento de um movimento singular que é o consumo de medicamentos. O medicamento é, então, considerado a solução para as doenças, ao mesmo tempo em que, para uma parte desse complexo — a indústria farmacêutica — é uma fonte de lucros, como pode ser evidenciado na Tabela 1 abaixo.

**Tabela 1: A Indústria Farmacêutica Brasileira – 1992/2004**

Características	1992	1997	2002	2004
Faturamento (em US\$ bilhões)	3, 4	8, 5	5, 3	6, 8
Unidades Vendidas (em bilhões)	1,6	1,85	1,61	1,65
Importação de Medicamentos (em US\$ bilhões)	0,19	1,03	1,53	1,78
Importação de Fármacos (em US\$ milhões)	300	1.260	863	886

Fonte: FIALHO, 2005: 146.

Cordeiro afirma que:

O medicamento ocupa o lugar de símbolos e representações, que invadem os determinantes sociais das doenças, iludindo os indivíduos com a aparência de eficácia científica e como mercadorias realizam o valor e garantem a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial. (CORDEIRO, 1980: 57).

O medicamento assume o caráter de **mercadoria**, que pode ser imediatamente consumida, tal qual fosse um produto que se compra na farmácia ou até mesmo no supermercado (SCHENKEL, 1998).

Ao mesmo tempo, os medicamentos ultrapassam as dimensões terapêuticas ou farmacodinâmicas e a dimensão de mercadoria e assumem também um papel simbólico.

O sentido das “balas mágicas”<sup>5</sup> de Ehrlich é incorporado na política comercial das indústrias farmacêuticas. O significado simbólico do medicamento é manipulado, atuando no imaginário social que acredita no forte apelo desta mercadoria, por ela representar a saúde e o poder da moderna tecnologia científica (PELLEGRINO, 1976).

A transmissão das práticas milenares de cura, com a influência dos aspectos mágicos e religiosos do ato específico de deglutir drogas e alcançar a saúde, é perpetuada com a representação social do medicamento. Lèvi-Strauss (1989) assinala a eficácia dos símbolos como promotor da cura de pacientes. O medicamento carrega consigo uma forte gama de credibilidade e reconhecimento, tanto pelos profissionais de saúde quanto pela população em geral e, assim com a confiança de todo um segmento, há a crença concretizada da “magia” deste instrumento.

---

<sup>5</sup> EHRLICH chamava de “balas mágicas” aos primeiros compostos sintetizados que foram utilizados na cura de enfermidades infecciosas causadas por protozoários e outros animais unicelulares. *In*: [http://es.wikipedia.org/wiki/Paul\\_Ehrlich](http://es.wikipedia.org/wiki/Paul_Ehrlich), acessado em 22 de junho de 2006.



Baudrillard sustenta ainda que:

[...] é o pensamento mágico que governa o consumo, é uma mentalidade sensível ao miraculoso que rege a vida cotidiana, é a mentalidade primitiva (...) apesar de 'democraticamente consumida' a medicina nada perdeu do seu sagrado e da sua funcionalidade mágica (...) o médico e o medicamento possuem uma virtude cultural mais do que uma função terapêutica e são consumidos como "maná virtual". (BAUDRILLARD, 1991 *apud* SEVALHO, 1992: 104).

A mídia farmacêutica age sensibilizando e pressionando o consumidor de medicamentos, através de mensagens, a consumir, doente ou não, medicamentos que modificarão a sua saúde, melhorando-a.

Soares (1998) descreve um conjunto de ambivalências que integram o medicamento, ao mesmo tempo. Como visto, o medicamento como objeto de análise possui características terapêutica, mercadológica e simbólica, com seus múltiplos sentidos pertencendo ao domínio de toda uma sociedade, podendo traduzir-se na vida ou na morte, na saúde ou na preservação da doença.

Sayd assegura que:

Tudo é ambíguo quando se fala do medicamento. Desde os mitos envolvidos com a figura desse produto, que tanto podem ser de esperança como de temores, assumindo as mais diferentes formas, porém com todas elas convergindo para a idéia de transmutação. (SAYD, 1998: 30.)

O medicamento, no sentido presente no *pharmakon*<sup>6</sup>, tem pelo menos dois sentidos, o de veneno e o de remédio, e na mídia o que é informado é o valor positivo do medicamento, de modo a atender os interesses da indústria farmacêutica. Visto de outra maneira:

---

<sup>6</sup> Na Grécia Antiga a droga, denominada *pharmakon*, tinha duplo significado: remédio e veneno. Este simples conceito reflete certa ambivalência, representando a tentativa dos gregos de traduzir o poderoso efeito dessas substâncias sobre a mente e o corpo do indivíduo.

Os medicamentos são vistos como substâncias seguras ou perigosas, como substâncias liberadoras ou como fator de dependência, como normalizador da vida ou como legitimador da doença, como saúde ou falta de saúde, representam a atenção ou a falta de atenção, os meios de comunicação ou a falta dela, o conhecimento ou não. (SOARES, 1997:8-9)

Os medicamentos têm sua existência associada com a presença das farmácias e a atuação do farmacêutico, sendo necessário apresentar a evolução da farmácia contemporânea e os papéis assumidos pelo farmacêutico na sociedade.

### **A evolução da Farmácia e do papel do farmacêutico**

A Farmácia é uma profissão antiga e tem passado por um processo de transição, em todo o mundo, onde se reconhece a ineficiência de práticas tradicionais, que se referem à atividade do farmacêutico direcionada, exclusivamente, para a preparação e distribuição de medicamentos.

A arte de preparar medicamentos tem atravessado séculos e, segundo Guillén (1984), os medicamentos disponíveis no início do século XIX eram limitados, tais como digitálicos, ópio, atropina, morfina, quinina, éter, clorofórmio, sulfato ferroso, iodo, bicarbonato de sódio e outros medicamentos considerados caseiros. Com exceção do éter, anestésico que tinha sido recentemente descoberto, e da cloroformiza, a maioria deles tinha origem na cultura ocidental, sendo utilizada durante séculos.

O farmacêutico, até então, era um profissional que atuava em boticas, onde atendia os doentes, pesava as matérias primas, preparava os medicamentos e os dispensava, orientando a clientela sobre como utilizar seu medicamento e os cuidados inerentes a sua saúde. Podemos imaginar o trabalho desses farmacêuticos

de outrora, em laboratórios com abóbadas escuras, onde eles se dedicavam ao estudo dos elementos químicos, dando início à Química Moderna.

Dos esforços conjuntos da Química, Farmácia e Medicina surgiram os medicamentos modernos, capazes de controlar doenças, antes incuráveis, e de contribuir para a elevação da expectativa de vida de toda uma sociedade. A elucidação das funções fisiológicas do organismo e das causas bioquímicas de uma doença permitiu que o trabalho de elaboração de um medicamento fosse minuciosamente planejado para atender esse objetivo proposto.

A industrialização teve um forte impacto em vários aspectos da atividade nas farmácias. Pode-se afirmar que, em primeiro lugar, levou à criação de novos medicamentos, que o farmacêutico individualmente não conseguiria produzir. Depois, alguns desses medicamentos que antes o farmacêutico produzia individualmente, puderam ser fabricados de modo mais econômico e com qualidade superior pela indústria farmacêutica. E, por fim, a indústria assume a responsabilidade pela fabricação dos medicamentos, que antes era do farmacêutico (GUILLÉN, 1984).

Com a revolução industrial, o “sábio” desaparece da farmácia e surge o técnico assalariado na fábrica. A atividade científica deixa de ser solitária para se tornar um trabalho coletivo, organizado por segmentos específicos, como a indústria, universidades e o Estado, por exemplo.

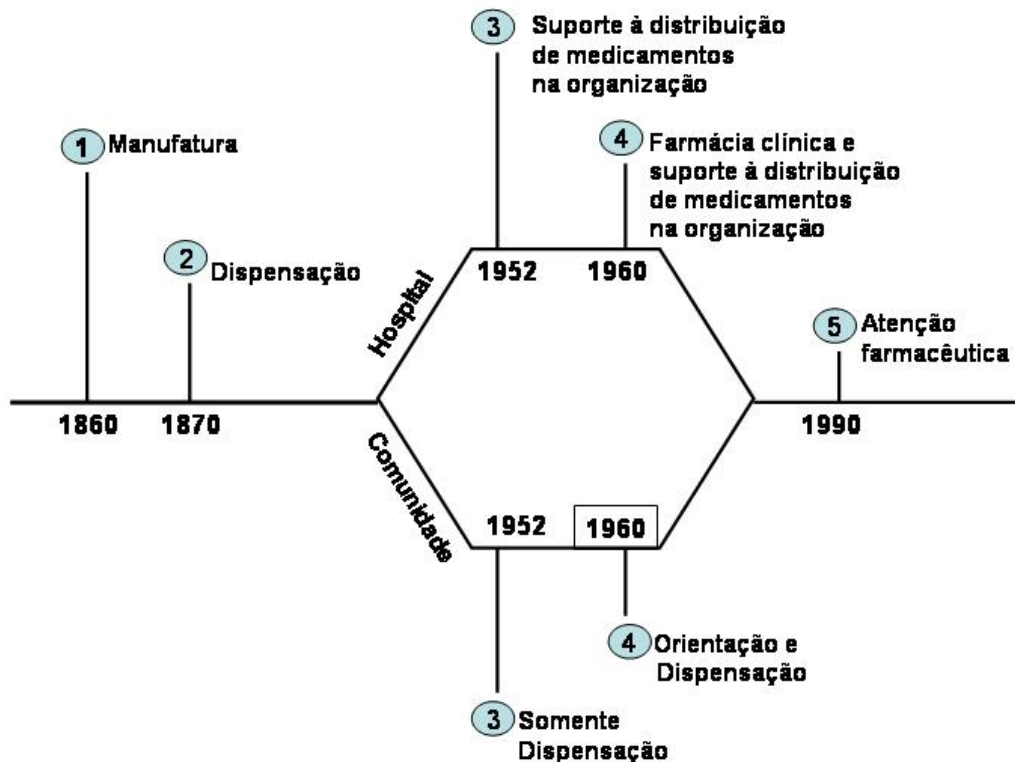
As mudanças na farmácia tradicional que se iniciaram no século XIX foram intensificadas no século seguinte. Em parte, essas mudanças foram incrementadas pelos avanços na ciência e na tecnologia e o farmacêutico foi se adaptando às etapas dessa evolução da prática farmacêutica. A difusão da industrialização de

medicamentos trouxe um deslocamento da atividade do farmacêutico do atendimento ao público à atividade focada no produto medicamento (SANTOS, 1999).

Mesmo considerando, como afirma Morel (1979), que no caso brasileiro houve “atrasos” no processo de industrialização, devido às características do sistema produtivo e da política científica nacional, pode-se afirmar que a transição da prática farmacêutica no país se deu na medida dos limites inerentes à configuração do capitalismo existente. Com esse panorama, o farmacêutico no Brasil também sentiu o afastamento do seu domínio da farmácia de outrora, a botica. A profissão se orientou para a industrialização de medicamentos e é percebido, a partir de 1940, um movimento de crescimento da farmácia hospitalar brasileira, com a fabricação de medicamentos em escala industrial pelos hospitais (OSÓRIO-de-CASTRO, 2004).

Aceitando certa analogia desse processo a nível mundial devido às bases econômicas miméticas, temos que o processo de evolução da prática farmacêutica na sociedade americana, neste caso, pode ser usado como pano de fundo de um processo mundial, conforme Holland (1999) nos mostra em uma breve visão dos estágios na evolução da prática farmacêutica, na farmácia, ao longo dos últimos dois séculos, reproduzida na figura 1 abaixo.

Figura 1: Linha do tempo dos cinco estágios de maior mudança na prática farmacêutica



Fonte: Adaptado de Holland, 1999: 1759.

Inicialmente (**estágio 1**), a atividade farmacêutica concentra-se na manufatura dos medicamentos, com as preocupações inerentes à fabricação e ao domínio de novas tecnologias como o ponto de interesse da profissão. Há o início das patentes de medicamentos (EBNER, 1968) e o paciente vai à farmácia para adquirir seu medicamento e receber também informações e orientações sobre o uso dos mesmos.

Depois (**estágio 2**), o que se observa é o estágio após a emergência da manufatura de medicamentos, com a implementação da indústria farmacêutica. Há um movimento das atividades nas farmácias de se deslocarem para a dispensação e manipulação de medicamentos já preparados pela indústria farmacêutica, de acordo

com uma prescrição médica. Neste estágio, ainda se percebe a atividade do farmacêutico com o propósito de interação com o paciente.

No **terceiro estágio**, se observa uma divergência de atividades do farmacêutico, dependendo da localização da farmácia. Nas farmácias hospitalares, eles atuavam primariamente com o papel de dar suporte técnico ao uso de medicamentos. Na farmácia comunitária, o profissional farmacêutico perdeu seu papel social e termina atuando quase tão somente como um canal de distribuição de medicamentos da indústria farmacêutica. Sua atividade tem sua ênfase no produto medicamento.

Por volta dos anos 60, progressivamente, o farmacêutico reassume seu papel de provedor de informações e orientações sobre medicamentos (**estágio 4**) e inicia a realização de atividades de farmácia clínica, adicionalmente às atividades de suporte na organização da farmácia hospitalar. Apesar de alguns farmacêuticos de farmácias comunitárias começarem a se mover para a orientação do paciente, o destaque no período é para o trabalho realizado na farmácia hospitalar. A adoção do modelo de prática da farmácia clínica é encarada na literatura como um marco para a reorientação do papel do farmacêutico para o paciente (HEPLER, 1987).

O **quinto estágio** corresponde ao período de surgimento da Atenção Farmacêutica, que se colocaria como uma prática profissional com atividades que poderiam ser realizadas tanto na farmácia hospitalar quanto comunitária. O farmacêutico assumiria a responsabilidade sobre os resultados da terapia medicamentosa. O medicamento se desloca do papel de protagonista para o de coadjuvante na prática farmacêutica, visto que o cuidado maior é para garantir o uso correto de medicamentos pelos pacientes.

Ao analisar o processo de evolução da farmácia ao longo dos últimos 150 anos, se percebe a condução do processo de trabalho deslocando-se do contato com o paciente e sendo substituído, progressivamente, pelo processo de trabalho focado no produto medicamento. Agora, no início do século XXI, emerge uma nova proposta de prática profissional farmacêutica que resgata a atividade do farmacêutico com sua função primária de atuar junto ao paciente promovendo o uso racional de medicamentos (CIPOLLE, 1986).

No Brasil, acompanhamos a mudança do paradigma do medicamento através da evolução de trabalhos relacionados com a orientação do uso correto de medicamentos, tendo o incremento da participação do farmacêutico no estabelecimento de vínculo, acolhimento, responsabilidade, na perspectiva de garantir a aderência do paciente ao tratamento e maior qualidade da atenção (MOTA, 2003; MUNIZ, 1999; FRADE, 2000).

A farmácia comunitária ocupa um espaço importante no cenário da saúde pública brasileira, como local de dispensação de medicamentos e contínua promoção do consumo de medicamentos para a população. Entretanto, o sentido atual do funcionamento desses estabelecimentos é (ou vem sendo) o de comercializar medicamentos, com estratégia de ações incrementadas pela indústria farmacêutica<sup>7</sup>, para que gerem maior volume de vendas, sem haver o comprometimento — nem empresarial nem profissional — de fornecer, ao paciente que vem à farmácia, a oportunidade de receber informações que contribuam para a utilização racional de seus medicamentos.

---

<sup>7</sup> Sugere-se desde a investigação e realização de cópias das receitas em farmácias com o objetivo de monitorar as prescrições médicas em cada bairro; o fornecimento de brindes e prêmios aos balconistas, promoções do tipo: “a cada duas caixas de medicamentos compradas, grátis a terceira”; a manutenção das bonificações a balconistas e médicos.

O que se busca, neste início de um novo século, é o ressurgimento da Farmácia Social, com suas atividades principais direcionadas à sociedade. Este momento só chegará acompanhado da participação do farmacêutico como profissional que inicie o exercício de uma prática profissional focada no paciente, interferindo no processo de uso de medicamentos, e se responsabilizando pela garantia do uso adequado dos mesmos. A Farmácia Social é uma área das Ciências Farmacêuticas que estuda o medicamento a partir de uma perspectiva ampla que inclui os aspectos éticos, econômicos, administrativos, sociais e psicológicos e de comunicação para contribuir com o uso seguro e racional dos medicamentos. Investiga os fatores psicossociais da terapia medicamentosa e da Atenção Farmacêutica expondo os fatores psicológicos e sociológicos que afetam a saúde e a atitude do paciente em relação à assistência sanitária e ao medicamento.

Para a transformação do atual modelo da profissão farmacêutica em Farmácia Social, a participação dos farmacêuticos necessita ocorrer de inúmeras maneiras:

- Atuando, com o conhecimento efetivo sobre os medicamentos, como promotores de informações inerentes ao uso adequado destes;
- Integrando a equipe de trabalhadores das farmácias comunitárias, delineando a missão da farmácia e criando estratégias para melhorar a comunicação com o paciente e com os prescritores de medicamentos;
- Estimulando a cultura da responsabilidade frente ao usuário de medicamentos;
- Executando atividades de educação sanitária e de farmacovigilância;
- Desenvolvendo estudos epidemiológicos e de custo-efetividade dos tratamentos farmacológicos;



- Realizando o acompanhamento farmacoterapêutico.

O ponto de ruptura significativa do papel do farmacêutico como cuidador do paciente é identificado por ocasião do surgimento da indústria farmacêutica. O próximo passo é delimitar os campos que fazem com que a Farmácia deixe de realizar a sua missão, conforme definido na Declaração de Tóquio: “*A missão da prática farmacêutica é fornecer medicamentos e outros produtos e serviços de saúde garantindo auxílio às pessoas e a sociedade para que façam o melhor uso deles*” (OMS: 1993:83).

### **Alguns aspectos da relação paciente-farmácia-farmacêutico**

Para grande parcela das pessoas, estar doente não significa somente estar com um desvio do estado normal da saúde. Seria também, e entre outros, não ter condições de estar apto para trabalhar, comprometendo assim a sua própria subsistência e da sua família. O caminho da busca da saúde pela população se traduz entre outros, no de garantir a continuidade da atividade produtiva de cada um, minimizando os efeitos presentes em consequência do desequilíbrio orgânico. Para percorrer essa etapa, Queiroz (1993) assinala que há um itinerário terapêutico feito pelo paciente, no sentido, de alcançar a saúde desejada: migrações da medicina oficial e popular se observam dentro da medicina oficial. A mesma mobilidade entre a sua versão pública e privada é grande, sendo verificado que, em muitos casos, o tratamento médico e terapêutico é realizado de forma incompleta, quando o é, pois o abandono dos tratamentos se dá com muita frequência devido às condições sócio-culturais, muito características, da sociedade brasileira.

Neste contexto, o campo de ação de um paciente é análogo ao de um mercado onde se oferecem diferentes produtos confeccionados sob diferentes

paradigmas e propostas ideológicas de cura e onde, embora a medicina represente um valor inquestionável, o comprometimento com ela é parcial e limitado pela concorrência com outras alternativas (BOURDIEU, 1975).

O balcão da farmácia é um desses locais de oferecimento da saúde, explicitada na forma da intensa propaganda de medicamento, que conduz ao paciente a crença de que a utilização de medicamentos restabelecerá a saúde.

A presença de balconistas, que trabalham recebendo salário atrelado a comissão sobre as vendas de medicamentos, faz da farmácia comunitária uma porta de entrada para o acesso, sem intermediários da saúde, ao universo da cura. Haak (1998) realizou um estudo em que, dentre outras conclusões, assinala a importância do prático de farmácia, balconista, no processo de estímulo a automedicação descontrolada, expondo a população a riscos envolvendo iatrogenias e reações e problemas relacionados ao uso de medicamentos de todos os níveis.

A presença do farmacêutico tem crescido nas farmácias comunitárias, elevando a discussão sobre o seu papel como profissional de saúde. A presença de um profissional de saúde com formação superior, muitas vezes, inibe a atuação antiética de balconistas que, de modo quase inescrupuloso, se aproveitam da falta de conhecimento, cultura e informação da população sobre os medicamentos, ou mesmo sobre a sua doença, e realizam o exercício ilegal da medicina, gerando risco à vida de seus clientes.

A procura do modelo ideal para se estabelecer uma prática profissional, onde o farmacêutico consiga utilizar seus conhecimentos em atividades que reflitam na melhoria do estado de saúde do paciente, é o maior dos desafios deste início de século. Isso porque diversos fatores trabalham no sentido contrário a uma maior

participação e envolvimento do profissional farmacêutico no processo de cuidado aos indivíduos.

Como profissional, o farmacêutico recebe na academia uma série de conhecimentos direcionados ao medicamento, tais como sobre os mecanismos de ação, a posologia, dados farmacodinâmicos e farmacocinéticos, interações medicamentosas, cuidados e contra-indicações, entre outros, que pouco é utilizado no dia-a-dia da farmácia pelo farmacêutico, principalmente pelo modelo de organização que a farmácia possui. Seus comportamentos e decisões são condicionados por suas atitudes, e estas, por sua vez, são condicionadas por crenças, preconceitos, experiências, conhecimentos e sentimentos pessoais.

Como uma outra contraface deste processo, há, muitas vezes, pressões do proprietário de farmácia no sentido de que o farmacêutico contratado não compareça a farmácia (mediante um abono contínuo pelas faltas do mesmo com a pactuação de um desconto do salário no fim do mês), gerando uma ausência desse profissional por vários dias no mês. O ambiente da farmácia é, então, estranho ao farmacêutico gerando seu afastamento da sua missão, que é a de atuar informando a população sobre todos os cuidados necessários para o uso de medicamentos ao longo a vida.

Também tem se observado a consolidação de redes de drogarias — que se firmaram nas últimas décadas, no país como um todo e em também no Estado do Rio de Janeiro —, que, com uma estrutura organizacional maior e mais complexa, freqüentemente se diferencia pela presença do farmacêutico, porém subutilizando sua mão de obra, como apoio administrativo, gerenciando os procedimentos comerciais dessas firmas ou, ainda, usando-o como “balconista de luxo”.

Por fim, há também o desinteresse, muitas vezes, do próprio farmacêutico de estar na farmácia, pois ele tem sua formação direcionada à visão técnica do medicamento, não tendo a clínica, ou mesmo disciplinas relacionadas com as ciências sociais, na sua grade universitária, para que o auxilie a compreender a importância do seu papel profissional na sociedade.

A alienação do farmacêutico para assumir a responsabilidade frente ao uso de medicamentos dos pacientes que entram diariamente nas farmácias é uma das pedras angulares da questão farmacêutica no estado do Rio de Janeiro, nesse momento. E isto ficará assim? Esperaremos a lenta discussão sobre reforma curricular, que já fez surgir o currículo do farmacêutico generalista, esperamos a lenta decisão de cada farmacêutico, a descobrir no seu universo pessoal, o caminho do seu posicionamento como profissional do medicamento? Deixaremos as grandes redes de farmácias e drogarias definirem o melhor e mais cômodo uso dos seus farmacêuticos?

A relação dos profissionais de saúde com o paciente ocorre através de um método de cuidado, onde um processo de prestação de serviços surge com o objetivo de garantir que o problema de saúde do paciente cesse, ou seja, minimizado, conforme o caso. A utilização de métodos racionais que, aplicados à clínica, possibilite a identificação dos problemas relacionados com a saúde do paciente, podem ser transpostos no campo farmacêutico, onde o farmacêutico é responsável pelo cuidado focado nas necessidades do paciente em relação ao medicamento (CIPOLLE, 2006). A elaboração de um raciocínio clínico, associado com a construção de um amplo sistema de relações, que permitam identificar o problema do paciente, não só no aspecto reducionista do medicamento, mas na análise de situações globais, do ponto de vista da natureza e do ser humano,

poderiam desencadear a identificação de múltiplos fatores que estariam interagindo fornecendo o resultado final, que seria a presença de problemas relacionados com o uso de medicamentos.

### **3. MUDANÇAS NO PARADIGMA DA PROFISSÃO: A ATENÇÃO FARMACÊUTICA COMO UMA NOVA PRÁXIS A SER CONSTRUÍDA**

#### **Atenção Farmacêutica: explorando alguns de seus antecedentes**

Atuar em contato direto com o paciente fez parte da práxis farmacêutica até o período da revolução industrial. A partir de então e como já discutido anteriormente, se observou a transição do farmacêutico responsável pela manipulação e preparação de elixires e medicamentos, a partir de matérias primas, para o trabalho na indústria farmacêutica emergente, que redirecionaria a prática farmacêutica para o serviço em função do medicamento.

Deixar seu lócus de trabalho com a população e ter seu trabalho focado na distribuição de medicamentos já industrializados é o ponto de partida para o anonimato farmacêutico na sociedade. Sucederam-se inúmeros elementos que foram distanciando o profissional farmacêutico do paciente até que, nos anos 60, um movimento de insatisfação com o papel do farmacêutico fez surgir a Farmácia Clínica, nos Estados Unidos, onde vários autores iniciaram a construção de objetos de estudo que seriam a base de reflexões mundiais sobre o papel do farmacêutico nos sistemas de saúde.

A Farmácia Clínica surge, a partir da década de 60, como uma bandeira de re-profissionalização da profissão farmacêutica. É neste período que se inicia o desenvolvimento de sistemas de informações de medicamentos para uma efetiva terapêutica dirigida ao paciente (VIDOTTI, 1999) e um grupo de farmacêuticos americanos rediscute o papel do farmacêutico na farmácia hospitalar, fazendo com que uma “revolução” profissional se inicie. Não é mais suficiente o farmacêutico somente gerenciar o estoque de medicamentos; há um clamor para que ele assuma

seu papel na equipe de saúde como o especialista em informações sobre os medicamentos.

Em meados dos anos 70, Mikeal et al publica um artigo que se torna um clássico, onde é incorporado o paciente como objeto de atuação do farmacêutico (MIKEAL *et al* 1975 *apud* CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2006). O autor indica que o paciente é o elemento que necessita e recebe uma “atenção”, ou seja, “um cuidado”, “uma dedicação” que garanta o uso racional e seguro dos medicamentos. Nesse momento, se tem o marco do surgimento do conceito de Atenção Farmacêutica.

Nesse mesmo ano, Brodie *et al* desenvolvem o conceito de Mikeal. Resumindo a evolução da profissão farmacêutica ao longo do século XX, os autores afirmam que o foco do trabalho da farmácia é o clínico e a garantia do uso seguro de medicamentos pelo público deve ser o objetivo principal dessa instituição. (BRODIE *et al*. 1980 *apud* CIPOLLE, STRAND e MORLEY, 2006). Ratifica também que não cabe ao farmacêutico somente atuar na terapêutica farmacológica, mas sim, também de modo integral, garantir a provisão de serviços antes, durante e depois do tratamento medicamentoso, de modo a assegurar o sucesso do mesmo.

Temos, então, Brodie como o primeiro farmacêutico que estabelece as bases teóricas de uma prática profissional que aceita a responsabilidade do farmacêutico sobre os resultados do uso de medicamentos pelos pacientes. O mesmo autor foi também o responsável pela introdução, em 1980, do termo *Pharmaceutical Care* com seu sentido atual, em artigo publicado em conjunto com Parish e Poston. Neste trabalho, é assinalado que o termo *Pharmaceutical Care* inclui a valoração das necessidades relacionadas com a medicação de um indivíduo e a provisão não só

dos medicamentos solicitados como, também, dos serviços necessários para garantir uma terapia mais segura e efetiva possível (BRODIE, PARISH & POSTON, 1980).

A Atenção Farmacêutica surge no final da década de 1980, com o objetivo de focar as ações do farmacêutico na orientação sobre o uso de medicamentos do paciente, garantindo a aplicação dos seus conhecimentos para a maximização dos benefícios da farmacoterapia utilizada. Hepler definiu a Atenção Farmacêutica como sendo:

[...] uma relação feita em acordo, entre o paciente e o farmacêutico, no qual o farmacêutico realiza as funções de controle do uso dos medicamentos (com habilidades e conhecimentos apropriados), consciente de seu compromisso com os interesses do paciente. (HEPLER, 1987: 369).

Em 1990, Charles Hepler e Linda Strand, baseados nas publicações de Mikeal *et al* e Brodie *et al*, citadas acima, propõem um novo exercício profissional ao farmacêutico com o objetivo de minimizar a morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos. Este novo exercício profissional, publicado no American Journal Hospital Pharmacy e intitulado de “*Opportunities and Responsibilities in the Pharmaceutical Care*” (HEPLER & STRAND, 1990), foi denominado de Pharmaceutical Care, termo esse que vem sendo traduzido para o português como “Cuidados Farmacêuticos” e “Atenção Farmacêutica”.

Segundo os autores citados, a definição clássica de Atenção Farmacêutica baseia-se no fornecimento responsável da terapêutica farmacológica com o objetivo de alcançar resultados definitivos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do doente. Essa Atenção iniciou-se no cenário farmacêutico como parte de novas atitudes que o farmacêutico deveria tomar no suporte ao uso adequado do



medicamento pelo paciente. O foco do trabalho do farmacêutico se reorientou na direção da parceria ativa com o paciente no seu tratamento de saúde e na responsabilidade do profissional no tratamento medicamentoso (HEPLER & STRAND, 1990).

Na Atenção Farmacêutica, o farmacêutico atua identificando problemas potenciais na farmacoterapia, solucionando-os com a cooperação do paciente e outros profissionais de saúde, educando e aconselhando o paciente e construindo um programa de monitoramento dos medicamentos pelo seguimento no uso dos mesmos. A meta é alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida do paciente (HEPLER & STRAND, 1990).

Em 1992, a Faculdade de Farmácia da Universidade de Minnesota elaborou um projeto de investigação sobre um modelo de prática de cuidados farmacêuticos, chamado de Projeto Minnesota (TOMECHKO, 1995), onde participaram mais de cinquenta farmacêuticos. O objetivo principal deste Projeto foi demonstrar que a atenção farmacêutica pode ser posta em prática e que através desta nova prática profissional se conseguem alcançar resultados positivos, que influem diretamente na qualidade de vida dos pacientes.

A Atenção Farmacêutica ultrapassou fronteiras e, hoje, vários países do mundo discutem mecanismos para seu pleno exercício (MARTIN CALERO, 2004).

Na Espanha (ESPÃNA, 2001), a Atenção Farmacêutica tem sua definição associada à participação, de modo ativo, do profissional farmacêutico nas atividades de dispensação e de acompanhamento farmacoterapêutico, de modo que se estabeleça uma cooperação mútua entre médicos e outros profissionais de saúde, com o objetivo de atingir resultados que proporcionem uma melhora na qualidade

devida dos pacientes. Este Consenso igualmente prevê a participação do farmacêutico em ações associadas à promoção de saúde e prevenção de doenças.

Surge, a partir desse Consenso, a idéia do Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) que foi definido como uma prática profissional na qual o farmacêutico torna-se responsável pelas necessidades dos doentes relacionadas com os medicamentos. A realização das etapas de detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados com medicamentos (PRM) fariam parte desta prática, onde esse exercício traz como conseqüência um acordo que deve ser realizado de forma continuada, sistematizada e documentada, com a participação do paciente e de outros profissionais de saúde, visando conseguir como produto uma melhoria da qualidade de vida do paciente.

### **Papel do farmacêutico e a Atenção Farmacêutica: Panorama internacional**

A mudança no cenário internacional foi incrementada no último quarto de século, com a Farmácia Clínica aferindo aos farmacêuticos hospitalares a condição de responsáveis pelas informações relativas ao uso de medicamentos.

A partir dos novos enfoques na atenção primária, é realizada uma série de reuniões internacionais organizadas pela OMS com o objetivo de repensar o papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde.

Em 1986, na Assembléia Mundial da Saúde, foi traçada a Estratégia Revisada de Medicamentos que proporia reuniões organizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Nova Delhi em 1988 e Tóquio, em 1993. Em Nova Delhi, o relatório do grupo consultivo sobre o papel do farmacêutico no Sistema de Saúde indica um ponto de reorientação deste profissional, que se desloca da sua

centralidade do medicamento para o usuário de medicamentos, além de revisar o âmbito de atuação do farmacêutico no contexto da saúde (WHO, 1988).

Em 1993, a mesma Organização Mundial de Saúde elabora o Documento de Tóquio, intitulado “*El papel del Farmacéutico em el Sistema de Salud*” onde enumera as responsabilidades do farmacêutico, em relação às necessidades dos doentes e da comunidade, trazendo reflexões sobre a qualidade da Assistência Farmacêutica e os benefícios para os governos e o público (OMS, 1993). As necessidades de atenção à saúde de usuários e da comunidade, baseados no conceito de Atenção Farmacêutica que, na ótica dessa Organização, compreende:

[...] um conceito de prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, os comportamentos, os compromissos, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades dos farmacêuticos na prestação da farmacoterapia com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente. (OMS, 1993: 11)

Em 1992, a Federação Internacional Farmacêutica (FIP) desenvolveu uma série de instruções para os serviços de Assistência Farmacêutica conhecida como Boas Práticas em Farmácias (BPF) em Ambientes Comunitários e Hospitalares (FIP, 1992). Este documento teve sua aprovação em Tóquio, por ocasião do contexto da Declaração de Tóquio sobre o modelo dos serviços de assistência farmacêutica, sendo feito revisões e adotado pela OMS na 34ª Reunião de Especialistas em Especificações Farmacêuticas.

Em 1997, em Vancouver no Canadá, define-se o relatório final da OMS do grupo que se designava “Grupo Consultivo Sobre o Papel dos Farmacêuticos: Preparando o Farmacêutico do Futuro – Desenvolvimento Curricular” (WHO, 1997),

onde eram apontadas as valências formativas e profissionais do farmacêutico do futuro, que seria o chamado farmacêutico “sete estrelas”, correspondendo cada estrela a um desempenho de competência específica, conforme visto no Quadro 2 abaixo:

### **Quadro 2: Valências Formativas e Profissionais do Farmacêutico “Sete Estrelas”**

#### **A Prestação de Cuidados**

O farmacêutico é um prestador de cuidados de saúde. Sejam estes cuidados de natureza clínica, analítica, tecnológica ou regulatória, o seu desempenho deve ser de elevada qualidade, quer dirigido ao indivíduo quer dirigido às populações.

#### **A Decisão**

A utilização apropriada, eficaz, racional de meios (sejam estes, humanos, medicamentosos, químicos, de equipamento, de procedimento ou de prática) deverá constituir uma tarefa básica para o farmacêutico. Torna-se assim essencial desenvolver a capacidade de avaliação, de síntese, e de decisão.

#### **A Comunicação**

O farmacêutico ocupa uma posição privilegiada entre o prescritor e o paciente. Tal deverá envolver o desenvolvimento da capacidade de comunicação escrita, verbal, e não-verbal.

#### **A Liderança**

A integração do farmacêutico nas equipas prestadoras de cuidados de saúde às populações exige que este assuma a liderança nas áreas da sua competência profissional. Tal deverá envolver a capacidade de decisão, comunicação e gestão eficaz dos recursos.

#### **A Gestão**

É da competência do farmacêutico a gestão eficaz de meios (humanos, físicos e fiscais) e da informação disponível. É importante notar que, cada vez mais, a informação associada à tecnologia assume um desafio crescente na responsabilidade de partilha de informação (com o paciente e com o prescritor) nas áreas do medicamento e produtos relacionados.

#### **A Formação Contínua**

Reconhecendo a impossibilidade de aprender "tudo" na escola, o farmacêutico deverá "aprender a aprender" isto é, a desenvolver através de um esforço de formação continuado, a sua diferenciação profissional ao longo da sua carreira de farmacêutico.

#### **A Função de Formador**

Deverá ser da responsabilidade do farmacêutico participar na educação e treino profissional das futuras gerações de farmacêuticos

O objetivo deste documento produzido em Vancouver seria o de sinalizar, para a comunidade farmacêutica, a necessidade de se buscar desenvolver a identidade do farmacêutico, no futuro, configurada em um perfil pró-ativo e participante nos sistemas de saúde, a partir da educação farmacêutica.

No ano seguinte, em Haia, na Holanda, foi discutida a função do farmacêutico no processo de auto-cuidado e na auto-medicação, onde a grande preocupação era o impacto no consumo de medicamentos sem exigência de receita médica (WHO, 1998).

Reconhecendo que o profissional farmacêutico é diretamente responsável pelo desenvolvimento da prática profissional da Atenção Farmacêutica, a OMS alerta que o papel do farmacêutico nos sistemas de atenção à saúde é dependente de um conjunto amplo de fatores demográficos, econômicos, tecnológicos, sociológicos, políticos e profissionais, que se encontram sintetizados no quadro 3 abaixo:

### **Quadro 3: Fatores que afetam a atenção à saúde, o uso racional dos medicamentos e o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica**

#### **DEMOGRAFIA**

Populações em processo de envelhecimento  
 Populações pediátricas vulneráveis  
 Crescimento populacional  
 Mudanças nos padrões das doenças/epidemiologia  
 Distribuição geográfica das populações

#### **FATORES ECONÔMICOS**

Aumentos nos custos de atenção à saúde  
 Economias nacional e global  
 Aumento no hiato entre ricos e pobres

#### **TECNOLOGIA**

Desenvolvimento de novos medicamentos  
 Novas técnicas de acesso à informação e novas informações sobre os medicamentos disponíveis  
 Medicamentos mais complexos e potentes  
 Biotecnologia

#### **FATORES SOCIOLÓGICOS**

Expectativas e participação dos consumidores  
 Abuso e mau uso dos medicamentos  
 Uso de medicamentos tradicionais

#### **FATORES POLÍTICOS**

Prioridades no uso dos recursos nacionais (alocados para a saúde)  
 Filosofia de mercado em mutação  
 Compreensão da farmácia por parte daqueles que elaboram as políticas  
 Regulamentação dos medicamentos  
 Políticas nacionais de medicamentos  
 Lista de Medicamentos Essenciais

#### **FATORES PROFISSIONAIS**

Variações na formação/capacitação dos farmacêuticos  
 Distribuição dos recursos humanos farmacêuticos  
 Evolução da filosofia rumo à atenção do usuário na farmácia Base de remuneração dos farmacêuticos

#### **FATORES RELATIVOS À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Acesso aos serviços de saúde  
 Tendência de tratamento de doenças graves fora dos hospitais

Fonte: OMS (1993:7)

### **Atenção Farmacêutica no contexto da política nacional de medicamentos no Brasil**

Desde o ano de 1993, se percebia com o Decreto nº. 793 (BRASIL, 1993), uma nova condução na questão da Assistência Farmacêutica por parte do governo federal. Este decreto trouxe vários elementos à discussão farmacêutica, entre eles o

surgimento do medicamento genérico e da necessidade de haver a presença do farmacêutico por todo horário de funcionamento da farmácia ou drogaria. Esta ratificação da Lei nº. 5991 de 1973 (BRASIL, 1973) surgiu em um momento onde o Ministério da Saúde editava uma série de portarias relacionadas à vigilância sanitária de medicamentos, tendo essas medidas forte impacto sobre a saúde da população e contribuído para mudanças no cenário farmacêutico.

Em 1998, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº. 344 SVS/MS (BRASIL, 1998b), onde um novo modo de dispensar as substâncias psicotrópicas, entorpecentes, imunossupressores e seus precursores é implementado. O surgimento de várias listas de substâncias sujeita ao controle, modificação nos receituários desses medicamentos, nos modelos de balanços relativos à dispensação desses medicamentos, fez surgir uma onda de dúvidas e reavaliação do processo de trabalho do farmacêutico. O farmacêutico se inteirava dos conteúdos técnicos desse momento e se posicionava de modo pró-ativo no sentido de manter o domínio desse conhecimento, treinando sua equipe de trabalho na farmácia e cobrando maiores responsabilidades de toda organização farmacêutica para o sucesso desses novos controles.

A presença dos farmacêuticos nas farmácias e drogarias era crescente e notória, e acompanhou a melhoria gradual na qualidade desses estabelecimentos, desde a parte documental relativa à regularização do estabelecimento, às condições físicas das farmácias, às etapas de aplicação de medicamentos injetáveis, armazenagem de medicamentos, inclusive os termolábeis, diminuição das práticas feitas por balconistas de verificarem a pressão arterial em aparelhos inadequados e com o intuito de promover a “empurroterapia” de medicamentos, bem como um

controle mais incisivo da venda dos medicamentos sujeitos ao controle da Portaria nº. 344 SVS/MS de 1998 (BRASIL, 1998b).

O farmacêutico começa a desempenhar, muitas vezes na farmácia, o papel de consultor sobre os aspectos assinalados acima e, poucas vezes, ultrapassa o caminho do balcão de medicamentos, para fazer parte do processo de dispensação de medicamentos. É verdade que, muitas vezes, ele é chamado ao balcão para resolver algum problema frente ao cliente da farmácia, mas somente em aspectos de esclarecimentos sobre os chamados “medicamentos controlados”<sup>8</sup>.

A ampliação das atividades dos farmacêuticos se torna evidente quando, no ano 2001, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publica a Resolução nº. 357 (CFF, 2001), que estabelece a abrangência de atuação do farmacêutico que trabalhe em farmácias e drogarias. Ratifica-se neste documento, o papel do farmacêutico de prestar ao público esclarecimentos quanto ao modo de utilização dos medicamentos, sendo ele o responsável pela avaliação farmacêutica do receituário, devendo explicar clara e detalhadamente ao paciente o benefício do tratamento, conferindo-se a sua perfeita compreensão. O documento designa, ao farmacêutico, o dever de fornecer toda a informação necessária para o uso correto, seguro e eficaz dos medicamentos de acordo com as necessidades individuais do usuário.

Atendendo a necessidade de uma política de medicamentos, consoante as perspectivas estabelecidas no país, foi publicada a Portaria GM nº. 3916/98 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998a) que aprovava a Política Nacional de Medicamentos, que tem como propósito: “*Garantir a necessária segurança, eficácia e*

---

<sup>8</sup> O termo “medicamentos controlados” é usado para se referir aos medicamentos sujeitos ao controle da legislação sanitária vigente (BRASIL, 1998b).



*qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.*

A PNM contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação, incluindo a regulamentação, a inspeção, ao controle e garantia da qualidade, à seleção, à aquisição e distribuição, ao uso racional de medicamentos, ao desenvolvimento de recursos humanos e ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Dentre as normas da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001) ressalta-se a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do Uso Racional de Medicamentos e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Segundo a PNM, a reorientação da Assistência Farmacêutica não deve se restringir à aquisição e à distribuição de medicamentos, devendo envolver todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, com uso racional. Essa Política define a Assistência Farmacêutica como:

Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 1998a: 19).

Como vemos, essa definição enfatiza o ciclo de Assistência Farmacêutica, que compreende: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição,

prescrição, dispensação e utilização de medicamentos (Figura 2). Esse modelo de Assistência Farmacêutica é reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

**Figura 2: Etapas e Ciclo da Assistência Farmacêutica**



Fonte: SES-SC<sup>9</sup>

A reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, é fundamentada:

- Na descentralização da gestão;
- Na promoção do uso racional dos medicamentos;
- Na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público.

<sup>9</sup> Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/DIAF/O%20que%20%E9%20Ass%20Farm.ppt>. Acessado em 20 de fevereiro de 2006

Fica sublinhado pela PNM, que o uso racional de medicamentos se apresenta como uma questão que deve ser operacionalizada, e a Atenção Farmacêutica é uma das possibilidades de promoção de processos educativos junto aos usuários de medicamentos que esclareçam sobre os riscos da automedicação e da interrupção da medicação prescrita, entre outras ações que proporcionem o uso seguro de medicamentos.

Acompanhando os avanços na discussão da promoção do uso racional de medicamentos, no Brasil foi elaborada, em 2002, uma Proposta de Consenso Nacional de Atenção Farmacêutica, que define a Atenção Farmacêutica como parte integrante da Assistência Farmacêutica, na perspectiva da integralidade das ações de saúde.

A busca por esse consenso sobre a Atenção Farmacêutica, contudo, iniciou-se antes, ainda no ano de 2000, quando foi organizado um grupo de trabalho que visava propor estratégias para a implantação da Atenção Farmacêutica. Em ordem crescente de fatos, acompanhamos, em 2001, o envolvimento desse grupo para a organização de uma consulta sobre as experiências e reflexões sobre atenção farmacêutica, através da página de Internet da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) <sup>10</sup>.

No período de 11 a 13 de setembro de 2001, em Fortaleza/Ceará ocorreu a I Oficina Nacional de Atenção Farmacêutica e de dois encontros complementares em Brasília (25 e 26 de junho e 30 de julho/2002) como parte do planejamento que se optou para a promoção da Atenção Farmacêutica no Brasil.

---

<sup>10</sup> Site: [www.opas.org.br/medicamentos](http://www.opas.org.br/medicamentos), acessado em 28 de agosto de 2006.

Essas duas circunstâncias foram importantes por criarem condições para a elaboração de propostas de consensos em Atenção Farmacêutica e o planejamento de ações para sua promoção no país. Dando continuidade ao processo, foram realizadas, em 2001 e 2002, reuniões de trabalho para o exame profundo de questões relativas à temática da Atenção Farmacêutica e ainda sobre a relação da Atenção Farmacêutica com a farmacovigilância, que geraram toda a base teórica utilizada para a elaboração da proposta de consenso (OPAS/OMS, 2001, 2002a, 2002b).

Por fim, em 2002, é elaborado o documento de proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, fruto de um esforço coletivo no sentido de promover o desenvolvimento da prática de Atenção Farmacêutica no Brasil (OPAS/OMS, 2002c).

Nesta proposta do Consenso, o conceito de Atenção Farmacêutica é entendido como:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitada as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica das ações de saúde. (IVAMA, 2002b: 16-7)

A proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica é um documento de extrema importância por apontar a necessidade de iniciar práticas farmacêuticas direcionadas ao paciente que usa medicamentos e que deve ter a garantia do sucesso do seu tratamento farmacológico. O aguardado debate nos

municípios e estados da federação, de modo a subsidiar a aprovação do Consenso a nível nacional, é a etapa que estamos ainda aguardando participar.

Assistência e Atenção Farmacêutica são conceitos distintos, mas inter-relacionados. A Assistência Farmacêutica se refere ao conjunto de ações multiprofissionais relacionadas com o medicamento e a Atenção Farmacêutica se refere às atividades relacionadas à prática do profissional farmacêutico com o foco das ações relacionadas com o paciente (IVAMA, 2002b). Dito de outra maneira: a Atenção Farmacêutica corresponde à prática profissional na qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades dos pacientes relacionadas com os medicamentos, mediante a detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados com a medicação. Pode-se dizer, portanto, que a Assistência Farmacêutica contém diversos elementos, entre eles a Atenção Farmacêutica, quando se reporta ao farmacêutico como promotor das ações que levem ao uso racional do medicamento.

Mais recentemente, novos elementos na literatura indicam que o termo Atenção Farmacêutica está sendo substituído por “Serviços Cognitivos Farmacêuticos” para, designar os serviços farmacêuticos realizados pelo profissional e considerados fruto da sua cognição (GASTELURRUTIA, 1999).

A implantação de serviços de Atenção Farmacêutica deve iniciar um processo focado no redimensionamento da prática farmacêutica. O processo de evolução e mudança de paradigma do medicamento para o paciente deve fazer parte de um processo substanciado, orientado, discutido e organizado com o maior número de farmacêuticos para trazer no futuro o máximo de benefícios para a sociedade. Vários países já iniciaram, e mesmo avançaram, na implementação dessa prática e o Brasil

discute a questão há alguns anos, com passos tímidos frente à necessária mudança de paradigma vigente, não só nas farmácias comunitárias do Rio de Janeiro, mas do Brasil.

Essa inovação da prática profissional chega em um momento de reflexões da classe farmacêutica que, presente nas farmácias comunitárias, se sensibiliza frente à inércia existente nesse segmento para conduzir as ações da farmácia em ações que produzam saúde. A pressão hegemônica nas farmácias, com a ênfase de comercializar os medicamentos a fim de obter o máximo de lucros possíveis, configura o papel do paciente como mero comprador, sem direito a ter informações que impactem no seu processo de busca da saúde: a vida do paciente parece ter pouco valor. O medicamento, nestes estabelecimentos, é considerado como mais uma mercadoria.

A estratégia de implantação das práticas de Atenção Farmacêutica foi publicada, mas, de fato pouco se fez para ampliar o domínio desse conhecimento pelos farmacêuticos, ou mesmo sensibilizá-los quanto ao tema de forma a se constituir em uma massa crítica frente a essa inovação que se espera para o segmento farmacêutico.

A observação deste período de construção dos processos de trabalho do farmacêutico indica que um novo patamar deve ser alcançado, para que o farmacêutico siga para outra dimensão. Acredito que essa dimensão é a do desenvolvimento de processos que façam com que tanto a farmácia como a drogaria sejam executoras de ações que produzam saúde.

#### 4. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Gostaria de iniciar a justificativa do estudo aqui realizado agregando algumas ponderações e observações advindas da minha prática profissional de mais de quinze anos. Minha formação de farmacêutica e os anos que dedico ao meu trabalho como Farmacêutica Fiscal do CRF-RJ tem me levado a refletir que o potencial da classe farmacêutica não é bem ou totalmente aproveitado. Todo o acúmulo de informações apreendidas em anos de formação universitária de pouco servia e serve para o farmacêutico se expressar no trabalho em farmácias comunitárias. O farmacêutico não reconhecia, nesse ambiente, um local legítimo de atuação profissional e se limitava a comparecer às farmácias para realizar a escrituração dos livros de substâncias controladas pelo Ministério da Saúde<sup>11</sup>.

A perspectiva do isolamento do profissional farmacêutico — desde seus tempos de academia, para a repetição (ou continuidade) dessa situação na vida profissional da maioria dos farmacêuticos que trabalham em farmácias e drogarias — me levou a considerar que todo o conhecimento do farmacêutico não se deslocava para o paciente, mas sim para o produto medicamento.

Analisando a profissão farmacêutica, não só no Brasil como no mundo, se percebe um ponto em comum, que é o desprestígio que a profissão começa a ter com o crescimento do movimento da Revolução Industrial e o surgimento das indústrias farmacêuticas e a conseqüente diminuição das farmácias e boticas. Segundo Santos (1999), no Brasil, houve um deslocamento do farmacêutico das

---

<sup>11</sup> Antes as Portarias DIMED 27/86 e 28/86 e, atualmente, a Portaria nº344/98 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1986a, 1986b, 1998b) se referem ao controle do consumo de substâncias psicotrópicas e entorpecentes.

farmácias e drogarias como produto de uma política econômica deflagrada com o processo de industrialização crescente no país.

Além disso, com o surgimento e proliferação das drogarias, que funcionavam como depósitos de medicamentos industrializados, gradualmente, há o desaparecimento das farmácias como ponto de convergência obrigatório da comunidade para o tratamento assistencial, com o cuidado ao paciente sendo realizado diretamente pelos farmacêuticos, ou para as discussões sobre os rumos da comunidade.

Neste novo cenário, ele não é considerado necessário pelos seus pacientes, devido à visão de que o medicamento já estaria pronto e não necessitaria da intervenção do farmacêutico na farmácia. Diante disso o trabalho em farmácias comerciais privadas era (e ainda é) visto como uma regressão na carreira profissional ou ainda como um insucesso que marcaria esse profissional.

Associado a esse cenário, o prestígio profissional estava voltado aos profissionais que ingressavam em segmentos da indústria farmacêutica: tais como a indústria de medicamentos, de cosméticos e de alimentos, nas análises clínicas e toxicológicas, na produção e aplicação de radioisótopos, na indústria de produtos químicos básicos e de inseticidas, na farmácia hospitalar, bem como aos que se dedicavam à carreira universitária, principalmente em linhas de pesquisas científicas, ou ainda os farmacêuticos militares, pela posição que ocupavam na sociedade.

Mas a grande questão era que o número de indústrias farmacêuticas, faculdades de farmácia e, porque não dizer, de quartéis era finito, como finita era a possibilidade de todos os graduandos de farmácia se inserir nestes ramos citados acima.



A influência histórica, com seus fluxos, gerou a construção de um modelo de comportamento profissional que não representava a defesa da população frente a essa gama de riscos. Foi-se construindo uma identidade que era o reflexo de uma época e que, hoje, se mostra contraditória frente aos objetivos da atenção a saúde. O uso irracional de medicamentos e os casos de falhas no tratamento farmacoterapêutico e/ou novos problemas de saúde relacionados a medicamentos caracterizam esse período (JOHNSON & BOOTMAN 1997).

O impulso dado pela escala industrial de medicamentos produzido por um parque industrial farmacêutico, em franca expansão, no estado e no país, fez com que o número de farmácias e drogarias paulatinamente crescesse. Esse crescimento se fez, porém, sem haver o cumprimento da Lei nº. 5991/73<sup>12</sup>, que exigia que as farmácias e drogarias tivessem, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei, durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento. O cumprimento dessa lei potencializaria a participação do farmacêutico no dia-a-dia das comunidades, fazendo-o um interlocutor ativo nas questões envolvendo o uso de medicamentos.

A despeito disso tudo, ao longo de décadas, observa-se que a questão do uso do medicamento é secundária, sem a discussão de estratégias efetivas para garantir à população a possibilidade de fazer o uso racional do medicamento. Deve ser dito que normas e resoluções emanaram do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e do

---

<sup>12</sup> Lei 5991/73 de 17 de dezembro de 1973 (BRASIL, 1973), que dispõe sobre o controle sanitário de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e que exige no seu artigo 15 que a farmácia e a drogaria tenham, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei. Seu § 1º assinala que a presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento.

CRF-RJ ao longo dos anos<sup>13</sup>, trazendo para os farmacêuticos que ingressavam no ramo da dispensação comercial privada um conjunto de atribuições profissionais, bem como de responsabilidades que eles deveriam possuir nesse cenário, porém sem discutir a tríade relacionada com a teoria e a prática farmacêutica voltados para o paciente. Um grande hiato se formava na prática profissional.

Na contramão deste processo, nos anos de 1980, no estado do Rio de Janeiro, algumas situações incrementaram a diminuição do distanciamento dos farmacêuticos do público em geral: o surgimento de farmácias-escolas nas universidades públicas, que indicavam a aproximação do estudante de farmácia com a prática clínica que deveria ser executada nas suas ações diárias. Outra dessas situações foi a abertura de farmácias de manipulação por estudantes egressos das universidades, que vieram dinamizar o setor, trazendo um brio a mais à classe, por ser o farmacêutico o proprietário de sua farmácia, fazendo-os acreditar que um movimento de identidade da profissão estaria surgindo. O somatório desses fragmentos reconduz o farmacêutico às farmácias comerciais e drogarias e a transição se inicia no estado do Rio de Janeiro.

Atualmente, a dispensação de medicamentos no país é feita pela rede pública de saúde e pela rede privada do comércio farmacêutico. Ressalto que, em 2003, foi criado o projeto de farmácias populares do nível estadual, com o nome de Farmácia Popular Vital Brazil e, em 2004, as do nível federal, chamado Farmácia Popular do Brasil. Essas “farmácias populares” atuam comercializando medicamentos com preços subsidiados pelos governos estadual e federal, respectivamente, sendo que, no ano de 2006, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 491 (BRASIL, 2006) que

---

<sup>13</sup> As resoluções do CFF (CFF, 92a; 92b; 94; 97; 00; 01a; 01b; 02; 04) e as deliberações do CRF-RJ (CRF-RJ, 00; 01) indicadas são algumas das legislações que nortearam as práticas profissionais nos últimos anos.

expande o programa Farmácia Popular do Brasil para farmácias e drogarias privadas.

Hoje se pretende, nas farmácias comunitárias, a implementação de atividades que visem à integração da prática profissional farmacêutica com o paciente. Ter assim o medicamento passando da dimensão técnica para uma dimensão clínica, e a Farmácia seguindo com ele (ESTEFAN, 1986).

O farmacêutico comunitário possui, dessa forma, relevante importância na ponta do sistema de saúde, seja pela garantia do cumprimento das boas práticas de farmácia, na adequada dispensação de medicamentos, na promoção do uso racional de medicamentos, devido ao acompanhamento sistemático da farmacoterapia utilizada pelo paciente, buscando avaliar e garantir a necessidade, a segurança e a efetividade no processo de utilização de medicamentos. E, também, no que tange a orientações sobre o uso de medicamentos ou, ainda, como fomentador de informações para o sistema de farmacovigilância.

Essa “nova roupagem” do exercício profissional é a base do processo de Atenção Farmacêutica. Os farmacêuticos se mostram sensibilizados a experimentar esses novos serviços e integrá-los na dispensação tradicional de medicamentos. Ademais, é necessário produzir informações sobre a atual situação das farmácias comunitárias para se avaliar aonde fazer as mudanças necessárias.

Tanto na rede pública citada quanto na privada, os farmacêuticos estão presentes, desenvolvendo um conjunto de atividades e práticas. Entretanto, poucas informações sobre o contexto e os processos que ocorrem no interior das farmácias comunitárias tem sido objeto de análise. Essa dissertação volta-se, portanto, por buscar entender o cotidiano dessas práticas e desses profissionais, na medida em

que se considera que esses elementos são essenciais para avanços futuros em direção a uma progressiva implantação da Atenção Farmacêutica em nosso meio.

Estefan (1986) já ressaltava a necessidade urgente de compreender e assimilar a essência da identidade da profissão farmacêutica bem como do contexto onde ela se insere, como mecanismo que propiciasse conhecer a realidade e planejar o futuro da profissão.

Captar as percepções e relatos dos farmacêuticos sobre a dinâmica da sua prática profissional pode ser um dos caminhos para identificar as variáveis sentidas e que podem estar impedindo o exercício pleno do farmacêutico como legítimo profissional de saúde nas farmácias comunitárias do estado do Rio de Janeiro.

## **5. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Esta pesquisa teve como objetivo identificar as concepções que os farmacêuticos responsáveis técnicos, atuantes em farmácias comunitárias do estado do Rio de Janeiro, têm sobre a sua prática profissional e como essa visão pode estar relacionada à implementação de práticas de Atenção Farmacêutica no estado.

### **Objetivos Específicos**

De forma mais específica, buscou-se:

- (1) compreender as trajetórias profissionais e os processos de trabalho dos farmacêuticos atuantes em três tipos de farmácias comunitárias: familiares, de rede local e de rede estadual;
- (2) analisar as concepções dos farmacêuticos quanto a sua atual prática profissional em diferentes tipos de farmácias comunitárias do estado do Rio de Janeiro;
- (3) identificar elementos considerados determinantes que venham a facilitar ou obstaculizar processos relacionados à implantação de práticas de Atenção Farmacêutica nas farmácias e drogarias;
- (4) analisar os núcleos problemáticos para a implantação da Atenção Farmacêutica e propor sugestões para a implementação mais efetiva da Atenção Farmacêutica no âmbito estadual

## 6. CAMINHOS METODOLÓGICOS

O desenvolvimento desse estudo se estruturou em torno de dois eixos metodológicos. O primeiro foi uma revisão da literatura onde se buscou identificar os conceitos, valores e relações que, no curso da história contemporânea da Farmácia, marcaram o desenvolvimento das práticas farmacêuticas e da Atenção Farmacêutica.

O segundo caminho metodológico teve por foco a realização de entrevistas semi-estruturadas com farmacêuticos responsáveis técnicos por farmácias comunitárias. A escolha destes profissionais decorreu do entendimento que a percepção que os farmacêuticos possuem da sua atual prática profissional seria de grande relevância para a compreensão das possibilidades de mudança do paradigma da profissão farmacêutica.

A estratégia de ouvir esses protagonistas sobre situações vivenciadas e sentidas por eles nas farmácias comunitárias buscou uma aproximação analítica da prática farmacêutica, sob a ótica dos farmacêuticos, bem como a identificação de pontos considerados críticos, na visão destes profissionais, e que sejam prejudiciais ao exercício pleno da prática farmacêutica.

Desse modo, em termos de tipologia de pesquisa, o estudo foi qualitativo, de estratégia metodológica descritiva e analítica. Considerou-se que a pesquisa qualitativa seria a estratégia que melhor instrumentalizaria a abordagem da questão em foco, pois estuda o cotidiano, descrevendo, compreendendo e interpretando os fenômenos observados (MOURA, 1998), no caso dentro do grupo farmacêutico.

A técnica escolhida de realização de entrevistas possibilita uma conversação face-a-face. Esta, além de permitir a obtenção das informações relevantes sobre atividades profissionais e os demais aspectos sob investigação, permite aclarar dúvidas e ampliar explicações através das respostas subjetivas dos atores diretamente envolvidos com o tema.

Enquanto técnica de obtenção de informações, a entrevista pode ser vista como uma forma de interação social, no qual o entrevistador tem por objetivo a obtenção de informações por parte dos entrevistados, buscando dentro de uma objetividade e clareza possíveis, à apreensão de informação sobre o comportamento e a consciência destes atores. Conforme assinala Mehry:

[...] a perspectiva de revelar o agir tecnológico como um lugar que mostra uma dimensão estratégica da produção de "falhas" no interior dos serviços de saúde é por nós tomada como um desafio fundamental, hoje, para repensar as práticas e os modelos de atenção. (MERHY, 1998:132)

### **Lócus e Sujeitos do Estudo: As farmácias e seus farmacêuticos**

O trabalho foi realizado em farmácias comunitárias do estado do Rio de Janeiro. É pertinente ressaltar que o termo "farmácias comunitárias", nesse estudo, se refere aos estabelecimentos do comércio varejista privado, sem manipulação de medicamentos, onde o atendimento ao paciente ocorre ao nível da atenção primária à saúde, tendo o farmacêutico como responsável técnico, atendendo às exigências da Lei 5991/73 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1973)<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> A referida lei no artigo 4º, item XI define drogaria como sendo um estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais. Logo, o lócus de estudo abrangerá além do estabelecimento farmacêutico farmácia, também a drogaria estabelecida no estado do Rio de Janeiro.

O estado do Rio de Janeiro, em 2006, possuía 4.905 farmácias e drogarias, para uma população estimada de 15.383.407 milhões de habitantes (IBGE, 2006), sendo esse número disperso em uma área de 43.696.054 Km<sup>2</sup><sup>15</sup>. A maior concentração desses estabelecimentos se dá na região designada como Região Metropolitana, composta dos municípios do Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo e dos municípios da Baixada Fluminense, a saber, Duque de Caxias, São João de Meriti, Nova Iguaçu, Nilópolis e Queimados.

A escolha do lócus de estudo — o estado do Rio de Janeiro — se deu pela proximidade espacial, o interesse profissional do pesquisador nessa área geográfica, como também pela visão de que era necessário desenvolver estudos sobre as circunstâncias que envolvem a prática farmacêutica no estado.

A fim de evitar a possibilidade de introdução de vieses decorrentes do fato da pesquisadora ser farmacêutica fiscal do CRF-RJ, as entrevistas foram realizadas apenas em farmácias de áreas do estado cuja fiscalização não seja ou já tenha sido de sua responsabilidade. Buscou-se, evitar com isso que a adesão ao estudo e as respostas tivessem motivação espontânea dos farmacêuticos e não decorressem da identificação do pesquisador com a figura de um agente que estaria ali para fiscalizar seus atos.

Com vistas a abranger um universo mais amplo de profissionais e, conseqüentemente, de ampliar a possibilidade de revelar diferenças de práticas e

---

<sup>15</sup> Estabelece-se, nesse caso, uma relação de uma farmácia para cada 3.136 habitantes, número esse extremamente superior ao que preconiza a OMS, que corresponde a uma farmácia para cada 6 a 8 mil habitantes (ZUBIOLI, 1992).



percepções, buscou-se contemplar farmacêuticos que trabalhassem nos seguintes tipos de farmácias comunitárias<sup>16</sup>:

- **Farmácia comunitária familiar**, que compreende aquelas onde a força de trabalho principal inclui ou se concentra principalmente na participação do proprietário da farmácia ou de membros de sua família;
- **Farmácia comunitária de rede local**, considerada como aquele estabelecimento farmacêutico varejista que usa o nome de marca de uma rede de drogarias, no âmbito municipal ou intermunicipal, mas cuja presença de franquias se estende apenas por uma região específica do estado;
- **Farmácia comunitária de rede estadual**, considerada como aquele estabelecimento farmacêutico varejista que usa o nome de marca de uma rede de drogarias, sendo sua configuração marcada pela extensiva presença de suas filiais no âmbito do estado.

O critério de seleção dos entrevistados foi o de escolha aleatória de farmacêuticos responsáveis técnicos que trabalhassem em um desses três tipos de farmácias comunitárias, por no mínimo vinte horas semanais.

### **Instrumento da Pesquisa**

As entrevistas foram baseadas em um instrumento que se encontra disposto no anexo 1.

Antes da entrada definitiva em campo, foi elaborado um instrumento preliminar, submetido à pré-teste em duas farmácias, uma pertencente a uma rede

---

<sup>16</sup> Estes três tipos de farmácias estarão, de agora em diante, designados pelas siglas: FM, RE e RL, conforme corresponderem, respectivamente a farmácias familiares, de rede estadual e de rede local.

estadual de farmácias e outra de uma rede local do município de Duque de Caxias. Para a escolha desses estabelecimentos, a pesquisadora ponderou a similaridade da área em questão com aquela que seria objeto de estudo e a possibilidade de repetição das características e atividades semelhantes.

O trabalho da pesquisadora, no seu dia-a-dia, é de estar em contato com os mais inúmeros farmacêuticos, conversando sobre aspectos éticos e profissionais. Porém, o momento da primeira pré-entrevista foi cercado de uma expectativa adicional à esperada, que surpreendeu e pode ser justificada pelo marco da entrada no trabalho de campo. Já a segunda entrevista do pré-teste foi cercada de mais tranquilidade na condução das questões. A duração média das entrevistas nesta etapa foi de 60 minutos. Em ambos os casos, as entrevistas ocorreram em locais reservados no interior da farmácia comunitária.

Após a realização do pré-teste, se verificaram pontos que deveriam ser melhorados, de modo a facilitar a compreensão direta das questões. As alterações a partir desse ponto envolveram a retirada de algumas questões e a inserção de outras, que tornassem mais fluido o roteiro de entrevistas e o modo de conduzi-las.

Como exemplo, ressalto a questão inicialmente prevista onde se pedia ao farmacêutico para falar diretamente sobre a sua trajetória profissional e que foi desmembrada em diversas pequenas questões, onde o pesquisador se detém em fazer perguntas sobre sua vida acadêmica, seu primeiro emprego e como chegou a trabalhar nesse estabelecimento. Buscou-se, dessa forma, construir um diálogo mais informal e conduzir o entrevistado a lembrar de detalhes que facilitassem a discussão sobre sua atual fase de trabalho.

Uma outra questão modificada após a aplicação do pré-teste foi a que indagava a opinião do farmacêutico sobre a importância do seu trabalho. A nova redação feita questionava-o sobre como analisava a inserção e presença do farmacêutico nas farmácias comunitárias, levando-o a apresentar seus pontos de vista sobre o papel do farmacêutico e a decorrente importância dele.

Cabe ainda ressaltar que a maioria das perguntas referentes a dados de identificação da entrevista e do farmacêutico foi realizada ao fim da mesma, evitando-se com isso a repetição de elementos que surgissem naturalmente ao longo das falas.

O instrumento utilizado nas entrevistas se compõe de duas partes. A primeira, buscava categorizar o perfil dos entrevistados segundo os seguintes itens:

- a) Variáveis de identificação: sexo, idade, estado civil;
- b) Ano e local de formatura e outras qualificações;
- c) Tempo de atuação na profissão e como responsável técnico em farmácia comunitária;
- d) Outras áreas de atuação pregressa e/ou concorrente;
- e) Tempo de atuação no estabelecimento farmacêutico analisado.

Já a segunda parte do instrumento, organizado em 12 questões, dedicava-se à exploração temática com o objetivo de identificar características da percepção dos farmacêuticos sobre sua prática profissional.

O roteiro de entrevistas foi organizado de modo a fazer fluir as lembranças dos farmacêuticos sobre sua motivação de seguir a carreira, identificando o ideário inicial e as vivências universitárias.

A seguir, buscou-se que eles rememorassem sua trajetória profissional desde o primeiro emprego como farmacêutico, descrevessem suas atividades em um dia típico na farmácia comunitária, e enumerassem aquelas atividades consideradas como mais importantes e/ou mais difíceis de serem realizadas. Foram ainda exploradas suas vivências no balcão da farmácia, as descrições das tarefas de dispensação de medicamentos e seus desdobramentos, com ênfase na questão do medicamento genérico e nas dificuldades da população no uso de medicamentos

Foi solicitado que os farmacêuticos avaliassem seu trabalho, em relação a condições, organização do trabalho e as relações sociais no âmbito da farmácia.

A análise dos processos de trabalho dos farmacêuticos objetivou verificar como é o *modus operandi* dessa prática e aonde há o estrangulamento de interesses que desfocam o objetivo das farmácias como estabelecimentos produtores de saúde para estabelecimentos estritamente comerciais.

Considero este momento de extrema importância, de modo a extrair da visão subjetiva dos atores diretamente relacionados com o processo da prática farmacêutica, as suas opiniões sobre a possibilidade de mudança na práxis farmacêutica fluminense.

Taylor & Bogdan lembram que o marco principal da entrevista é a aprendizagem:

*[...] sobre o que es importante en la mente de los informantes: sus significados, perspectivas y definiciones; el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan el mundo. (...) El entrevistador cualitativo debe hallar modos de conseguir que la gente comience a hablar sobre sus perspectivas y experiencias sin estructurar la conversación ni definir lo que aquélla debe hablar. A diferencia del observador participante, no puede quedarse a tras e esperar que las personas hagan algo antes de formular preguntas. (TAYLOR & BOGDAN, 1992: 115)*

Os mesmos autores chamam a atenção para algumas desvantagens que o pesquisador pode encontrar quando utiliza a entrevista. A primeira refere-se ao fato de que a entrevista está suscetível de produzir as mesmas falsificações, enganos, exageros e distorções que estão presentes nas conversas comuns entre as pessoas. A segunda é que as pessoas dizem e fazem coisas diferentes em distintas situações. E, finalmente, posto que os entrevistadores, enquanto tais, não observam diretamente as pessoas em suas vidas cotidianas, não conhecem o contexto necessário para compreenderem muitas das perspectivas nas quais estão interessados. Suas ações são reações que "se apóiam" de modo relacional nas ações dos diferentes agentes da constelação social que, sem o saber, circunscrevem, traçam espaços de comportamentos e representações possíveis para ele.

Nesse sentido, é preciso que alguns pontos fiquem claros antes e durante o desenvolvimento das entrevistas. Por exemplo, os motivos e intenções do entrevistador; a manutenção do anonimato dos entrevistados, através de pseudônimos; o envio da dissertação quando da aprovação; a logística de trabalho, ou seja, a definição de horários previamente estabelecidos para os encontros e a realização das entrevistas, bem como a forma como os conteúdos tratados serão apropriados para a consecução do trabalho pretendido. Na medida do possível,

estes elementos foram contemplados ou estão previstos de ocorrer, após a defesa deste trabalho.

### **Início do Trabalho de Campo e Coleta de Dados**

Tendo em mãos o roteiro modificado das entrevistas, a pesquisadora iniciou pessoalmente o contato com os farmacêuticos responsáveis técnicos de farmácias comunitárias dos municípios de São Gonçalo, Tanguá, Rio Bonito e Itaboraí. Foi feito o convite para que os mesmos participassem do projeto, sendo apresentados os objetivos do estudo e aspectos de confidencialidade.

A pesquisa de campo foi conduzida de 23 de novembro a 22 de dezembro de 2006, iniciando-se pelas farmácias da periferia do município de São Gonçalo.

O trabalho foi iniciado e nenhum dos farmacêuticos convidados a serem entrevistados reconheceu-me como farmacêutica fiscal do CRF-RJ, o que para mim indicou a escolha adequada da área de pesquisa, visto que meu objetivo era que os profissionais não sentissem nenhum nível de constrangimento ao responder as entrevistas por associar a pesquisadora ao trabalho de fiscalização.

O início do trabalho de campo transcorreu sem maiores problemas, com todos os farmacêuticos convidados a participar aderindo e se dispondo, na mesma hora, a responder o roteiro de entrevistas.

Na primeira semana de dezembro, contudo, ocorreram mudanças nessa situação descrita acima. Dirigi-me ao centro do município de São Gonçalo, onde há um grande número de farmácias de redes local e estadual. Das cinco farmácias comunitárias de rede estadual abordadas, em um único dia, quatro possuíam

farmacêutico presente e uma não tinha o farmacêutico contratado no horário em que fui à farmácia.

Os farmacêuticos presentes nos estabelecimentos nesse dia se mostraram receptivos, interessados e motivados a participar do estudo, mas todos informaram que não poderiam naquele momento fornecer a entrevista. Os motivos alegados pelos mesmos foram:

- Confeção do balanço interno de medicamentos;
- Acúmulo de trabalho decorrente da atualização do livro de registro de medicamentos sob o controle da Portaria nº344/98 SVS/MS;
- Horário de chegada próximo ao término do expediente do farmacêutico;
- Necessidade da presença da farmacêutica (F) atendendo no balcão, que ela justificou como:

*”no início do mês há muito movimento, com necessidade maior de atender clientes no balcão (...) os idosos, com maior frequência nessa época do mês, chamam os farmacêuticos ao balcão. (...) Você pode retornar outro dia, antes das 10hs ou depois das 17hs? (...) Evite os horários de pico”.*

Uma grande concentração de pessoas nas ruas já denunciava um movimento acelerado no comércio local, pois o início de mês sempre é a época de pagamentos de pensões, aposentadorias e salários.

A ida ao campo e a negativa de participação após a abordagem no balcão, bem como as justificativas para tal, se revelaram norteadoras da constante ocupação do tempo dos farmacêuticos com atividades burocráticas relacionadas ao medicamento. Se a pesquisadora fosse um cliente necessitando de esclarecimentos

e orientações, naquele momento, apenas um dos profissionais estaria disponível para o atendimento.

Esta situação me suscitou algumas dúvidas: Será que, quando os clientes da farmácia procuram os farmacêuticos, eles interrompem essas atividades “mais burocráticas” para atendê-los? Ou ainda: Como os profissionais lidam paralelamente com a sobrecarga de atribuições técnicas de ordem burocrática que devem executar e ainda com a pressão positiva das farmácias para disporem dos seus farmacêuticos como balconistas, caixas e gerentes?

A porta estava só se abrindo para o universo de informações que eu colheria.

Os quatro farmacêuticos que não puderam ser entrevistados na primeira semana de dezembro não foram entrevistados depois. Como era necessário avançar na coleta de dados através das entrevistas, outros farmacêuticos foram abordados na semana seguinte e todos tinham tempo disponível e, ao serem convidados, aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Na fase final da pesquisa, houve outro farmacêutico que não tinha tempo disponível, no momento do convite, para participar, mas que se mostrou interessado e pediu-me que ligasse no dia seguinte, para combinar o melhor dia e horário da entrevista.

Como esse farmacêutico era também o proprietário de uma farmácia comunitária familiar, sem filiais, e havia o interesse da pesquisadora em ainda obter informações desse grupo de farmacêuticos, foi feito o contato no dia seguinte e a entrevista imediatamente agendada para a mesma manhã. Ele informou que, como estava envolvido com uma obra na área interna da farmácia, preferia ser



entrevistado em um dia que a sua irmã — que também é sócia e farmacêutica — estivesse no estabelecimento, para não deixar suas atividades a descoberto durante a entrevista. Ao final, porém, acabou fornecendo-a no dia seguinte, mesmo sem sua irmã estar ainda na loja. Cabe ressaltar ainda que todos os farmacêuticos que foram entrevistados no interior das farmácias, de fato comparecem diariamente e realizam seu trabalho como farmacêuticos responsáveis técnicos. Os relatos dos mesmos apresentam detalhes técnicos e informações que só são conseguidos através de uma vivência cotidiana na farmácia.

Todos foram individualmente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e se posicionaram sobre sua participação através de um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2), obedecendo às normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS). A aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS encontra-se no anexo 3.

Entendo que a adesão e a motivação dos farmacêuticos em participar da pesquisa podem estar associadas ao fato da própria pesquisadora os ter procurado com o interesse de obter informações sobre as suas percepções sobre a prática farmacêutica e pelo estudo ter como foco o seu universo de trabalho.

A pesquisa foi conduzida no campo até a saturação da identificação de percepções sobre as práticas profissionais realizadas no universo estudado. A identificação dessas concepções foi realizada buscando compreender o significado desse trabalho para os profissionais e o modo como ele era efetivamente executado no dia-a-dia. Entendo que a forma como se organiza o trabalho cotidiano guarda, em última instância, uma profunda relação com as concepções acerca da prática,

conduzindo ao modelo concretamente operado de prática profissional farmacêutica vigente.

### **Análise dos Dados**

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Os dados coletados foram codificados, à medida que as entrevistas foram realizadas, mantendo dessa forma o sigilo e a ética na pesquisa.

Após essa etapa, foi feita a análise qualitativa do conteúdo das respostas que implicou nas tarefas de categorização, classificação e organização dos resultados obtidos. Para realizar a sistematização dos dados, a partir da análise de conteúdo das respostas obtidas, foram estabelecidas categorias-chave descritas mais adiante.

O exame das entrevistas seguiu a análise de conteúdo proposta por Bardin em seu livro *Análise de Conteúdo* (1977). A análise das comunicações é um recurso para a reflexão nas ciências sociais. A conduta e as ações realizadas apresentam-se em um contexto que é verbalizado e, através das palavras, são expressas as circunstâncias que vivem os atores naquele momento.

Segundo a autora citada, o conceito de análise de conteúdo se apresenta como sendo:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1977:42).

Para que se pudesse analisar o material coletado, o texto foi decomposto e analisado sistematicamente, a fim de relacionar as respostas obtidas aos objetivos

da pesquisa. Neste estudo, a decisão foi trabalhar com a categorização, de acordo com as condições da análise temática de conteúdo.

Com essa técnica, são obtidos dados qualitativos e quantitativos. A inferência é associada à condição qualitativa, pois colabora com a obtenção dos *núcleos de sentido* que se apresentam no texto e a frequência das respostas compõe o aspecto quantitativo da análise (ROCHA & DEUSDARÁ, 2006). A opção desse estudo foi seguir a análise qualitativa da análise de conteúdo.

Segundo Bardin (1977), o trabalho de análise se inicia pela fragmentação da comunicação para a análise do conteúdo expresso em categorias. As categorias funcionariam como gavetas ou rubricas que possibilitam a ordenação dos elementos presentes no texto e que, logo a seguir, será aplicado às partes do texto que a eles se referem (MOURA 2005). A análise é, dessa forma, conduzida através de inferências sobre os conhecimentos do emissor da mensagem, de modo a evidenciar o conteúdo das falas.

Os estados latentes de tensão, motivação, satisfação bem como as estruturas psicológicas, políticas, históricas e sociológicas se expressarão através da análise do texto fornecido como produto da entrevista. Nesse sentido, buscou-se identificar os sentidos ocultos no texto, de modo a compreender a relação entre o ator e o cenário envolvido (no caso, os farmacêuticos e o contexto da farmácia comunitária).

No caso dos farmacêuticos, a motivação para seguir a carreira farmacêutica, a aquisição de experiências profissionais, as atitudes e impressões, e suas decorrentes implicações na prática da farmácia, foram analisadas em tipologias

construídas a partir da natureza dos estabelecimentos, com direções de análise múltiplas em função das questões postas aos profissionais.

De acordo com Pierson (1975), a concepção da prática é evidenciada como sendo as representações que os sujeitos formulam da sua atuação nos grupos sociais a que pertencem. Tomando isso por base, o repertório de respostas foi decodificado e buscou-se analisar a percepção dos farmacêuticos frente a sua prática profissional.

Seguindo a perspectiva de Bardin (1977), a análise temática obedeceu a três momentos: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e, (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após essa seqüência, para a exploração do material com o objetivo de alcançar o cerne de compreensão do texto, diversas releituras foram feitas com vista a assinalar as idéias consideradas mais importantes, de modo que os temas, as idéias-chave e os núcleos de sentido ficassem destacados. A etapa seguinte foi a identificação dos núcleos de sentido e o agrupamento dos temas em categorias.

O resultado desse processo resultou em cinco grandes categorias, que foram posteriormente subdivididas, conforme se poderá ver no capítulo dos resultados:

1. Processo de formação
2. Prática profissional
3. Dificuldades da população no uso de medicamentos
4. Satisfação dos farmacêuticos na farmácia
5. Significado atribuído ao termo Atenção Farmacêutica.

## **7. Os farmacêuticos: percepções sobre sua práxis**

As entrevistas duraram, em média, 63 minutos, apesar da extensão do instrumento de coleta. Todas, exceto uma, ocorreram no próprio estabelecimento, local de trabalho do farmacêutico, sendo algumas realizadas no balcão da farmácia, distante dos demais funcionários, e outras em ambiente reservado no interior da mesma, de modo a garantir o mínimo de interrupções possíveis.

Um único farmacêutico foi entrevistado fora da farmácia em que trabalhava. O encontro ocorreu, a seu pedido, em outro local seu de trabalho. Ficou aparente, ao longo dos contatos para a realização desta entrevista, que o profissional tem uma “irregularidade de presença” no estabelecimento. Sua presença é motivada por solicitação dos outros funcionários do estabelecimento, quando a avaliam como sendo necessária. A maior parte do tempo, ele permanece em outro local de trabalho e isto não apenas é assumido por ele, como é conhecido e chegou a ser citado — de forma crítica — por outros farmacêuticos da região:

### **Os farmacêuticos ouvidos: perfil sintético dos participantes**

Foram entrevistados 15 farmacêuticos responsáveis técnicos, com distribuição equânime pelos três tipos de estabelecimentos examinados: farmácias familiares, farmácias de redes locais e de redes estaduais. Um perfil de entrevistados encontra-se na tabela 2 a seguir:

Tabela 2: Perfil dos entrevistados

Entrevistado	Tipo de Estabelecimento	Sexo	Idade (anos)	Ano de Formatura	Local de Formatura	Outras Qualificações	Tempo de atuação na Profissão (anos)	Tempo de atuação como R.T. em farmácia comunitária (anos)	Atividades pregressas como farmacêutico	Atividades concorrentes como farmacêutico	Tempo de atuação no estabelecimento (anos)
<b>Farmácia comunitária de rede estadual</b>											
<b>F1RE</b>	Drogaria	M	55	1977	UFF	Hab. Bioquímica	29	29	Manipulação de medicamentos Farmácia comunitária Análises Clínicas	Farmacêutico da rede pública estadual	21
<b>F2RE</b>	Drogaria	F	26	2004	UFRJ	Hab. Bioquímica (incompleta)	2	2	Farmácia hospitalar	Drogaria	2
<b>F3RE</b>	Drogaria	F	47	1979	UFF	Hab. Bioquímica, Esp. Patologia Esp. Embriologia Mest. Patologia (em curso)	27	24	Farmácia comunitária Lab. Análises Clínicas Prof. das disciplinas de patologia e embriologia	-	3
<b>F4RE</b>	Drogaria	F	26	2004	UNIGRANRIO	Hab. Bioquímica Esp. Citologia	1,5	1,5	Distribuidora	Drogaria	1,5
<b>F5RE</b>	Drogaria	M	68	1981	UFF	Hab. Bioquímica	25	26	Drogaria	Drogaria	20

Continua

Tabela 2 (continuação): Perfil dos entrevistados

Entrevistado	Tipo de Estabelecimento	Sexo	Idade (anos)	Ano de Formatura	Local de Formatura	Outras Qualificações	Tempo de atuação na Profissão (anos)	Tempo de atuação como R.T. em farmácia comunitária (anos)	Atividades pregressas como farmacêutico	Atividades concorrentes como farmacêutico	Tempo de atuação no estabelecimento (anos)
<b>Farmácia comunitária familiar</b>											
<b>F1FM</b>	Farmácia	M	26	2005	UNESA	Farmacêutico Generalista	0,5	0,5	Farmácia de Manipulação	-	0,5
<b>F2FM</b>	Farmácia	M	22	2004	UNESA	Farmacêutico Generalista	0,8	0,8	-	-	0,8
<b>F3FM</b>	Farmácia	M	76	1951	UFF	-	55	55	Farmácia Comunitária	-	55
<b>F4FM</b>	Drogaria	M	36	2005	UNIGRANRIO	Hab. Bioquímica Esp. Homeopatia	0,5	0,5	Farmácia Homeopática	-	0,5
<b>F5FM</b>	Drogaria	M	47	1995	UNIGRANRIO	Hab. Bioquímica Esp. Análises Clínicas	13	10	Forças Armadas Lab. Controle de Qualidade Farmácia comunitária	Laboratório de Análises Clínicas	10

Continua

Tabela 2 (continuação): Perfil dos entrevistados

Entrevistado	Tipo de Estabelecimento	Sexo	Idade (anos)	Ano de Formatura	Local de Formatura	Outras Qualificações	Tempo de atuação na Profissão (anos)	Tempo de atuação como R.T. em farmácia comunitária (anos)	Atividades progressas como farmacêutico	Atividades concorrentes como farmacêutico	Tempo de atuação no estabelecimento (anos)
Farmácia comunitária de rede local											
F1RL	Drogaria	F	28	2000	UNIGRANRIO	Pós-Grad. Farmácia Hospitalar	6	3	Distribuidora	-	3
F2RL	Drogaria	F	30	1998	UNIFENAS	Hab. Bioquímica	8	8	Laboratório de Análises Clínicas Farmácia comunitária	Laboratório de Análises Clínicas	0,5
F3RL	Drogaria	F	38	1991	UFRJ	Hab. Bioquímica Mest. Microbiologia Dout. Microbiologia (incompleto)	15	15	-	-	15
F4RL	Drogaria	F	27	2003	UNIGRANRIO	Hab. Bioquímica (em curso) Esp. Homeopatia	3	3	-	-	3
F5RL	Farmácia	F	26	2004	UFF	Hab. em Indústria Esp. Homeopatia	2	2	Drogaria	Drogaria	1

Legenda: Hab = Habilitação; Esp = Especialização; Mest = Mestrado; Dout = Doutorado; Pós-Grad = Pós-Graduação; UFF= Universidade Federal Fluminense; UFRJ = Universidade Federal do Rio de Janeiro; UNIGRANRIO = Universidade do Grande Rio; UNESA = Universidade Estácio de Sá; UNIFENAS = Universidade de Alfenas; RT = Responsável Técnico; F = Feminino; M = Masculino; FRE = Farmacêutico de Rede Estadual de farmácias; FFM = Farmacêutico de Farmácia Familiar; FRL = Farmacêutico de Rede Local de farmácias.



Sete dos entrevistados eram homens (46,7%). Cabe destacar que, nas farmácias familiares, todos os entrevistados eram do sexo masculino, situação inversa da observada naquelas de rede local.

A faixa etária variou entre 22 e 76 anos, com mais da metade deles tendo até 30 anos de idade. Não se observou, contudo, qualquer padrão de distribuição específico segundo o tipo de estabelecimento.

O tempo de formado dos profissionais variou entre 2 e 56 anos, com mediana de 6 anos, coerente com a faixa etária predominante jovem dos sujeitos.

Todos os entrevistados atuam profissionalmente como farmacêuticos desde a saída da faculdade. Entretanto, deve ser destacado que praticamente a metade deles tinha uma experiência bem recente, já que 46% tinham três anos ou menos de atuação como farmacêutico.

De forma semelhante, a quase totalidade dos profissionais vem atuando como responsáveis técnicos desde a conclusão de suas graduações, com duas exceções, ambos profissionais que demoraram cerca de três anos para assumirem essa função. Ou seja, tão logo se formaram e iniciaram suas vidas profissionais, os entrevistados já assumiram funções de responsabilidade frente às farmácias comunitárias, denotando assim um campo de trabalho aberto para novos profissionais, não sendo exigida muita experiência anterior.

A importância da assunção da responsabilidade técnica pelo farmacêutico está ligada à exigência de normas sanitárias, tais como a lei nº 5991/73 (BRASIL, 1973). Esta lei condiciona a regularização de qualquer estabelecimento que dispense medicamentos à prévia contratação de farmacêutico no cargo de

responsável técnico. Sobre a responsabilidade técnica nas farmácias e drogarias é previsto, pela Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) de nº. 357 de 20 de abril de 2001, que as atribuições do farmacêutico estão dimensionadas de modo a garantir ao usuário de medicamentos o mínimo risco no que tange ao uso de medicamentos. O conhecimento prévio e o cumprimento de normas éticas e sanitárias fazem parte do perfil que o farmacêutico deve ter para exercer a responsabilidade técnica. Todas as ações farmacêuticas realizadas no âmbito da farmácia comunitária são de responsabilidade desse profissional. O mesmo deve ter condições de executar uma análise crítica de todo o contexto biopsicossocial que compõe o universo da farmácia.

O fato de farmacêuticos recém-formados assumirem, assim que concluem a graduação, o cargo de responsável técnico indica a presença de inexperiência, muitas vezes conectada ao acanhamento de questionar normas e procedimentos já usuais no estabelecimento e que não encontram respaldo na legislação vigente.

Meu primeiro emprego foi numa clínica. A clínica era uma bagunça, pelo menos na que eu fui... Não gostei. (...) A farmácia era muito mal administrada. O farmacêutico não era ouvido pelos médicos. Funcionava assim: os médicos mandavam e alguns abaixavam a cabeça. Eu saí daquilo... (*Farmacêutico F2RE*)

Quanto ao tempo de trabalho nos presentes estabelecimentos que atuam, a grande maioria tinha duração deste igual ou muito próxima a seu tempo de formado. Ainda que isso fosse previsto para o caso das farmácias familiares, onde se espera que haja certo “processo de sucessão”, o mesmo também se verificou nas farmácias de redes.

Talvez isso reflita uma dificuldade de substituição de profissionais nas localidades escolhidas para a realização da pesquisa<sup>17</sup>, associada a uma busca de estabilidade por parte dos farmacêuticos. Por outro lado, isso significa também que a maioria, com raras exceções, “convivia”, há bastante tempo, com a prática vigente no seu local de trabalho, prática esta ditada, pelo menos em parte, por sua própria atuação e condução.

Foi observado que a maioria dos entrevistados possuía habilitações adicionais ao curso regular de nível superior, com predominância da habilitação em Bioquímica. Cursos de pós-graduação também foram citados, principalmente pelos farmacêuticos que trabalhavam em farmácias de redes estaduais e locais, com ênfase na especialização em Homeopatia, relatada em ambos os grupos de rede. Ademais, um dos entrevistados estava cursando pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado) e outro tinha o Doutorado incompleto.

O grau de qualificação encontrado em todas as tipologias de estabelecimento estudadas indicou a presença do empenho pessoal e intelectual dos farmacêuticos em obter conhecimentos técnicos que proporcionassem condições de estarem inseridos com diferencial no mercado de trabalho.

Santos (1999) assinala a presente “especialização” do profissional farmacêutico como um indicador do lócus preferencial de atuação do mesmo na sua carreira. Portadores de títulos de habilitação — em Indústria, Bioquímica ou Bromatologia, por exemplo — tem, na natureza da habilitação, a especificação do seu local de trabalho e para onde direcionaram seus estudos na faculdade. Em

---

<sup>17</sup> Mais de um dos farmacêuticos mencionaram, ao longo de suas entrevistas, que existia uma dificuldade das farmácias dos municípios de Itaboraí e Tanguá conseguirem contratar responsáveis técnicos para seus quadros.

termos de estabelecimento farmacêutico, entretanto, este autor distingue que somente o farmacêutico que atua com manipulação de medicamentos homeopáticos possui um complemento nominal a sua formação de origem, sendo reconhecido como farmacêutico homeopata.

Por outro lado, destaca-se, no perfil dos entrevistados, uma concentração de profissionais sem especializações nas farmácias familiares, talvez pela exigência de uma maior dedicação aos negócios das famílias ou por certo grau de estabilidade laboral, que dispensa ou permite retardar a busca por especialização. Outro fator que pode contribuir para isso pode ser a pouca disponibilidade de tempo para estudos pós-formatura, pela necessidade de dedicar-se a atividades predominantemente administrativas.

Sobre suas atividades pregressas, o que pode lhes conferir um grau de experiência profissional acumulada, observou-se que 80% dos entrevistados trabalharam em outros locais, como farmacêuticos, antes de estarem no exercício da responsabilidade técnica atual. As áreas de concentração destas atividades anteriores foram prioritariamente: outras farmácias e drogarias (8); laboratórios de análises clínicas (4); farmácias de manipulação (3); distribuidora de medicamentos (2); e outros (farmácia hospitalar, laboratório de controle de qualidade e magistério superior).

Este leque diversificado permite inferir que a porta de entrada na carreira farmacêutica é de natureza ampla, não sendo a farmácia comunitária a única opção no mercado de trabalho dos recém-formados. Ao mesmo tempo, sinaliza-se o alto número de referências à experiência profissional pregressa na área de farmácias e

drogarias, o que pode indicar um campo de trabalho potencial para o farmacêutico nesse tipo de estabelecimento.

Do total de entrevistados, a maioria relatou não trabalhar em outro local, sendo uma constante a observação de dedicação exclusiva no grupo de farmacêuticos proprietários, independente da tipologia de farmácias.

As categorias apresentadas a seguir emergiram da análise do conteúdo das entrevistas realizadas com os farmacêuticos.

### **Categoria I – Processo de Formação**

Nesta etapa serão apresentados os aspectos relacionados à motivação em seguir a carreira farmacêutica, o desenrolar da vida acadêmica, e a influência desses fatos nas suas biografias.

#### **Motivação para seguir a carreira farmacêutica**

Motivação é um conceito psicológico que se refere ao ato de fornecer algum incentivo no sentido de alcançar um objetivo. No Aurélio (FERREIRA, 1999), pode ser sintetizado como um conjunto de fatores, “os quais agem” entre si e determinam a conduta de um indivíduo.

Os farmacêuticos entrevistados foram questionados sobre as razões que os levaram a decidir pela carreira farmacêutica e as respostas indicaram múltiplos motivos. Predominou, entre estes, a influência de pais, familiares e amigos, mesmo naqueles que não pertenciam ao grupo de farmácias familiares:

[...] Eu sempre gostei muito da área médica. Os meus tios trabalharam em farmácia... Tenho três tios que trabalharam mais de 30 anos em farmácia. Eram muito populares com a família, e eu fui tomando gosto por isso. (*Farmacêutico F2RE*)

Outro motivo importante e relacionado foi o fato de já estar no mercado de trabalho como proprietário de farmácia. Afirmção esta feita também por profissionais que hoje atuam fora de estabelecimentos familiares, tais como farmácias comunitárias de redes locais e estadual:

[...] porque eu sou neto de farmacêutico, meu pai era farmacêutico, e ele já tinha uma farmácia aqui. (*Farmacêutico F3FM*).

Muitos ainda assinalaram que optaram pela carreira farmacêutica movidos pelo desejo de serem profissionais de saúde. Outros motivos alegados para a escolha incluíram a possibilidade de estabilidade financeira e profissional, a chance de compatibilizar uma vida profissional com filhos e cuidados domésticos, a afinidade com certas disciplinas no ensino de segundo grau (química), o fetiche pelo uniforme, a possibilidade de ganho de salários atrativos ou ainda as dificuldades enfrentadas pela família para contratar farmacêutico para o estabelecimento.

Eu gostava muito de química (...). Eu fiz escolha para química e para farmácia, só que química era muito matemática (...) e a farmácia tinha um lado humano, além de ter as disciplinas que eu gostava. Foi uma escolha. (*Farmacêutico F5RL*).

A necessidade (...) meu pai, há muito tempo, tem farmácia e foi ficando caro pagar o farmacêutico (*Farmacêutico F2FM*).

Quando decidiram pela carreira farmacêutica, muitos dos entrevistados não reuniam informações concretas de como seria a prática farmacêutica após a formatura. A faculdade teve, para eles, grande influência, pois os moldou para o mercado de trabalho.

## **A Faculdade**

Como visto no estudo, houve uma ligeira predominância de farmacêuticos entrevistados egressos de universidades privadas em relação às públicas. Esse fato

pode ser devido ao maior número de faculdades de natureza privada no estado do Rio, com a conseqüente maior oferta de vagas, agregando uma presença maior desses profissionais no mercado de trabalho.

Sobre o período de vida acadêmica e o curso propriamente dito, alguns tiveram críticas e avaliavam que a faculdade não os preparou adequadamente para sua prática futura na farmácia comunitária:

[...] Dentro do curso de farmácia, eu não gostei do curso. Faltou mais aprofundamento. Achei pouco tempo, só três anos... O meu [curso] foi três anos de Farmácia e um ano de Análises Clínicas. Achei também o curso fraco (...) saí da faculdade sem saber nada. Foi mesmo com a prática e muita leitura, eu procurando saber através de medicamentos, que deu para aprofundar. (*Farmacêutico F2RL*).

Eu esperava mais, ter uma base melhor, para eu juntar a prática com a teoria (...). Eu acho que, na faculdade, eles dão pouca base para o farmacêutico [atuar] na farmácia comercial. Porque lá, a gente estuda um pouquinho de cada coisa. Mas eu acho que um pouquinho de farmácia comercial tinha que ter. Todo mundo acha... (*Farmacêutico F2FM*).

Um espaço para essa “junção” da teoria e prática, ainda durante o curso universitário, são os estágios realizados ao longo do processo de formação. Sobre a experiência nestes estágios e em projetos de pesquisa, na forma de iniciação científica, os entrevistados alternaram respostas de grande envolvimento com projetos extracurriculares, enquanto outros passaram pela faculdade realizando somente a carga de estágios considerados obrigatórios. Não houve diferença significativa quanto à participação em estágios segundo as tipologias de farmácia analisadas.

Os farmacêuticos F1RE e F3RE participaram do Projeto Rondon<sup>18</sup>, e asseguraram que este foi um marco nas suas vidas, como ponto de inclusão de experiências e vivências na área da saúde, reforçando a necessidade de treinamento das práticas profissionais na academia:

O Projeto Rondon foi o principal para mim, foi o fator preponderante dentro profissão. [Ele] me fez ver que o pouquinho que eu estava aprendendo na faculdade [era útil]. Como eu ajudei com aquilo, me trouxe uma sensação de bem-estar. (...). Ali, você formava sua opinião e tinha segurança. Se você não tiver essa oportunidade, você vai estar sempre se guiando pelo que está escrito no livro e pelo que outros formadores estão passando para você naquele momento. (*Farmacêutico F1RE*).

[...] fiz [estágio] na graduação, foi em Farmácia Clínica. A gente pegava os casos clínicos do hospital e estudava ... la ver se a prescrição estava certa. (...) Iniciação científica, não fiz, mas a gente fez estágios vinculados à coordenação da faculdade. Fora isso, como eu gostava muito de hospital (...) fiz estágio lá, por minha conta. (...) Foi no Hospital Municipal X (...) Excelente a equipe, me motivaram bastante. (...) Para elas [as farmacêuticas *staffs* da referida instituição hospitalar], é muito difícil fazer essa clínica, mas eu, que era estagiária e que já gostava daquilo... Pegava as pranchetinhas do banco de doses (...) Elas me deixavam fazer, elas não tinham tempo de fazer tudo. E eu precisava aprender, porque eu estava no estágio para aprender, e foi ótimo. Todo mundo reclama de hospital, mas eu adorei. (*Farmacêutico F4RE*).

Muitas vezes, a realização de estágios — ou a inclusão de outros não obrigatórios, mas entendidos como importantes — agrega dificuldades significativas. O depoimento abaixo, de um entrevistado atuante em farmácia familiar, ilustra o esforço pessoal que muitos fizeram para superar as dificuldades e se formar:

Fiz todos os estágios (...) que eram obrigados ou não. (...) Eu fiz homeopatia, a grade de horário é de 240 horas de estágio. (...) Eu já fazia estágio em um laboratório alopático, no controle de qualidade, eu tive esse privilégio (...) o estágio da área hospitalar era, na época, obrigado a cumprir e o homeopático, não era, mas eu quis fazer. (...)

---

<sup>18</sup> O Projeto Rondon é um projeto de integração social coordenado pelo Ministério da Defesa e que conta com a colaboração da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação – MEC. O Projeto envolve atividades voluntárias de universitários de áreas diversas e busca aproximar esses estudantes da realidade do País, além de contribuir, também, para o desenvolvimento de comunidades carentes. Acessado em 29 de janeiro de 2007, em: [https://www.defesa.gov.br/projeto\\_rondon/index.php?page=projeto\\_rondon](https://www.defesa.gov.br/projeto_rondon/index.php?page=projeto_rondon).



Fiz por opção de trabalho, não era obrigado, não ganhava nada. Ficava lá o dia inteiro, de 8 às 17, uma vez por semana, levando almoço, gastando passagem, deixando de ganhar dinheiro. E precisando (...). Mas meu primeiro emprego foi como homeopata. (*Farmacêutico F4FM*).

A motivação para se inserirem em estágios aparece como uma busca de suprir os hiatos das práticas acadêmicas e, simultaneamente, a garantia de treino para o momento profissional.

Eu fiz tantos cursos, tantos estágios, que eu nunca fiquei desempregada. Acho que tive muita experiência na faculdade. Claro que eu pequei muito, mas aprendi muito dentro da universidade. (*Farmacêutico F3RE*).

O estágio em farmácias e drogarias, entretanto, foi exceção. Somente três farmacêuticos declararam ter feito tal estágio, dois dos quais são donos e fizeram seus estágios nas próprias farmácias, sem supervisão de farmacêutico responsável ou controle da universidade:

[...] o meu estágio foi aqui mesmo. Fiz o convênio, e aqui eu pude (...) na verdade, eu não saí da minha rotina. (...) Era a mesma coisa. Fiz estágio quatro anos. (*Farmacêutico F1FM*).

Talvez essa pouca procura pelas farmácias comunitárias como lócus de um aprendizado adicional, via estágios, decorresse da não valorização desse espaço de atuação do farmacêutico pelos alunos, seja por influência das faculdades, seja pelo que se configurava (muito mais idealmente que na prática) como futuro mercado de trabalho.

### **Final da Faculdade: caminhos que se abrem**

O farmacêutico está apto a ingressar no mercado de trabalho quando conclui a graduação do curso universitário de Farmácia e está inscrito no Conselho Regional de Farmácia (CRF) da sua jurisdição. A profissão é regulamentada pela Lei nº.

3.820/60 e pelo Decreto nº 85.878/1981, que estabelece as normas para sobre o exercício da profissão farmacêutica no país e dá outras providências (BRASIL, 1960; 1981).

As Resoluções emanadas do CFF definem a abrangência da atividade do farmacêutico no território nacional. O mercado desses profissionais está diretamente relacionado à extensa possibilidade de atuação nos estabelecimentos onde o trabalho relacionado ao medicamento é contemplado.

Os critérios para a assunção de responsabilidade técnica pelos estabelecimentos farmacêuticos são definidos pela Lei nº. 5.991/73 e o Decreto nº 74.170/74, que a regulamenta (BRASIL, 1973; 1974). De modo sintético é dito pelas normas anteriormente citadas que os estabelecimentos farmacêuticos que realizam fabricação, distribuição e dispensação de medicamentos devem estar sob a responsabilidade técnica de um profissional habilitado.

Drogarias, farmácias com e sem manipulação (alopática ou homeopática), farmácias hospitalares, distribuidoras de medicamentos e correlatos, empresas importadoras e exportadoras de medicamentos, laboratórios de produtos oficinais, dedetizadoras, transportadoras de medicamentos, laboratórios de análises clínicas, indústrias de medicamentos e insumos farmacêuticos, são exemplos de lócus de atuação, respeitadas as exigências legais para o exercício profissional.

Os entrevistados deixaram patente a dúvida presente sobre que caminho seguir na época de conclusão do curso de Farmácia. Muitos ansiavam em continuar ou aprofundar sua formação em cursos de pós-graduação, retardando desse modo sua efetiva atuação como profissional farmacêutico. Outros sinalizaram a

necessidade de entrar no mercado de trabalho e se tornar um profissional assalariado.

Na época que entrei na faculdade, eu tinha uma meta, que era fazer análises clínicas (...) mas só que eu fui para a UFRJ e eu comecei a fazer iniciação científica... Eu gosto muito de pesquisa e pensei em fazer mestrado (...). Só que varias coisas me motivaram a sair, como as motivações financeiras, eu precisava trabalhar e aí eu vim para a farmácia. Até porque na clinica que eu trabalhava eu não gostava muito da relação médico-farmacêutico, e resolvi trabalhar em drogaria. E estou gostando. (*Farmacêutico F2RE*).

Estariam as faculdades de Farmácia preparando os futuros profissionais para atuar nesta gama tão variada de atividades que compõem o dia-a-dia dos farmacêuticos? Muitos, ao serem indagados sobre se estavam ou sentiam-se preparados, ao término de seus cursos, para o ingresso no mercado de trabalho, acrescentaram imediatamente que não:

Não, preparada para estar aqui, não. Eu estava preparada para dar continuidade a minha vida acadêmica: seminários, provas, experimentos, isso sim, aquela rotina que eu adorava. Mas aqui fora... A universidade não te prepara para o campo de trabalho. Pelo menos, aqui [na farmácia comunitária] eu vejo que não. (*Farmacêutico F2RE*)

[...] parece que a gente sai da faculdade sem a base. Eu já sabia o que tinha que fazer porque eu já estava dentro da área, já trabalhava e tudo... Mas a sensação é que a faculdade ia te dar mais, entendeu? (*Farmacêutico F1FM*).

Aprendo no ambiente de trabalho (...) claro que farmacologia e mecanismo de ação é muito importante, mas a gente estar aqui [na farmácia] e saber conversar com o paciente, cliente, como chegar a ele, até mesmo uma visão do que é uma farmácia, é importante. Como o farmacêutico tem que se portar? (...) Nós não fomos formados para ter essa visão. Pelo menos, na [Universidade X] não te passa isso. Porque a nossa vida lá é completamente acadêmica. Tipo eu adorava mecanismo de reação, mas você não tem a menor noção do que é mercado de trabalho. (*Farmacêutico F2RE*)

## **Categoria II – A Prática Profissional**

### **Os primeiros empregos ou o caminho até a farmácia comunitária**

Saber sobre a trajetória profissional prévia dos entrevistados teve como objetivo entender o caminho percorrido por eles até os dias de hoje. Assim buscou-se identificar a influência e o acúmulo de habilidades que estivessem contribuindo com a prática profissional na atual farmácia comunitária. A maior parte dos entrevistados indicou que a farmácia comunitária não foi o único local de atuação.

Nas três tipologias analisadas há dois denominadores em comum: a presença de recém-formados que só trabalharam em farmácias comunitárias, ou que estão ainda no primeiro emprego, e a presença de farmacêuticos que possuem um histórico de trabalho bem diversificado.

Os farmacêuticos que trabalham em rede estadual foram, na sua grande maioria, os que tiveram um acúmulo de experiências profissionais em farmácias e drogarias, sugerindo a existência de processos seletivos para contratação de farmacêuticos em farmácias de rede estadual, onde aqueles com maior experiência profissional e/ou melhor currículo são contratados. Alguns aproveitaram a entrevista para compartilhar o fato de que, no passado, não tinham a mesma dedicação de hoje:

[...] de 1982-1990: eu ia à farmácia, mas sem presença atuante, indo só aos sábados. Desde 2003, não, atuo indo diariamente (...).  
(Farmacêutico F3RE)

[...] eu já fui responsável por uma farmácia lá em Parati. Eu ia no fim de semana e fazia o livro e o balanço (de medicamentos).  
(Farmacêutico F1RE)

Em contrapartida, os de farmácias familiares e de rede local são os que possuíram menor tempo de experiência profissional em farmácias comunitárias. Pode-se crer que esse fato seja devido ao pouco tempo de formados que eles têm e ainda por ser, em alguns casos, o seu primeiro emprego.

Nesse grupo, se vê também a mesma mudança de postura profissional:

Drogaria que eu só ia para assinar. (...) Como eu te falei: eu só ia mesmo para responsabilizar a farmácia, olhar o controlado, não ficava direto no balcão dando assistência. Depois que eu vim para esse município é que eu comecei a ficar de frente na drogaria, dando Assistência Farmacêutica. (...) Em 2001, eu vim para esse município, me responsabilizei por uma farmácia, mas era pequena... Depois, eu responsabilizei a drogaria de rede X, que exigia a presença do farmacêutico. Lá eu tive mais experiência, comecei a ter experiência dentro da drogaria X. Depois vim para essa farmácia e fico aqui todos os dias, dou Assistência Farmacêutica. (...) Em Minas tem muita faculdade de farmácia. Aqui no Estado do Rio, nós somos até mais procurados, do que lá. Lá, o farmacêutico ganha menos por causa da quantidade de profissional que sai por ano das faculdades. (...) Aqui o campo está melhor. (*Farmacêutico F2RL*)

Vou falar a realidade. Fui farmacêutico responsável por uma farmácia em Teresópolis durante 40 anos. Eu moro em Rio Bonito. Tem condição de eu ir a Teresópolis todo dia?(...) Essa aí eu saí despedido porque acabou a firma. Fui lá algumas vezes (...) Cheguei a ter quatro responsabilidades<sup>19</sup>. (...) A procura pelo curso de Farmácia é porque o Conselho [Conselho Federal de Farmácia] está obrigando o proprietário de farmácia a ter farmacêutico presente oito horas diárias ou em todo período que estiver aberto. (...) A decisão foi boa. No início, eu achei que foi muito ruim porque eu tinha outras responsabilidades, no caso de farmácias, mas na realidade a decisão foi boa. Quem ganhou foi o farmacêutico. (*Farmacêutico F3FM*)

Apesar da constante presença de farmacêuticos nas farmácias, indicando uma mudança na forma de atuar, ainda é flagrado a inconstância de presença nestes estabelecimentos ou mesmo a presença de um discurso sobre a falta de necessidade do farmacêutico nesse lócus.

---

<sup>19</sup> Até meados de 1980 o farmacêutico podia possuir mais que duas responsabilidades técnicas. Atualmente, o CRF-RJ, mantém-se o limite para até duas responsabilidades técnicas por profissional.

Fui responsável por farmácias em São João de Meriti, em Mesquita... E uma vez fui convidado a ir ao Conselho [Conselho Regional de Farmácia] para explicar sobre uma diferença no estoque de controlados. (...) arrumei uma receita, disse que não tinham achado na hora (...). (*Farmacêutico F5FM*)

Os farmacêuticos que estavam no seu primeiro emprego assimilavam a estrutura vigente, pouco alterando a rotina encontrada:

Porque os clientes quando vem, eles querem que o farmacêutico indique o medicamento, e a gente não pode indicar... E então, a gente fica limitado. (...) É uma situação bem complicada. É bem diferente (...). Em outras palavras, a Atenção Farmacêutica eu não consegui colocar em prática... Eu vi muito trabalho burocrático. Se deixar, o estabelecimento coloca você só para fazer esse tipo de trabalho. Eu venho para o balcão porque às vezes sobra tempo (...). Outra coisa também para falar, eu não fiz estágio em drogaria nem em manipulação, eu fiz estágio só em farmácia hospitalar. (...) Assim, eu fiquei bem perdida quando cheguei à drogaria... Depois de um tempo, eu fui pegando o serviço. O primeiro emprego, meu Deus do céu... (*Farmacêutico F4RL*)

### **A Farmácia comunitária como lócus de trabalho dos farmacêuticos**

A farmácia constitui a mais importante porta de acesso da população em relação ao consumo de medicamentos e devia ser entendida como um posto avançado de atenção primária de saúde. Segundo dados do Ministério da Fazenda (BRASIL, 2004), as farmácias e drogarias seriam responsáveis por 76% do fornecimento direto de medicamentos à população.

No país, muitas vezes, a ida da população à farmácia ocorre antes mesmo da procura ao médico, fazendo desse estabelecimento um itinerário importante, quando se deseja obter a saúde perdida. Entretanto, a dinâmica de funcionamento das farmácias é amparada na busca de soluções para aumentar a sua rentabilidade e garantir a manutenção da empresa no mercado varejista. Essa realidade não é vivenciada pelos farmacêuticos nos seus cursos de graduação e a perspectiva de

atuar nesses estabelecimentos decaí, frente à falta de referencial sobre como atuar nos mesmos.

Naves (2005) assinala que, no Brasil, há uma série de peculiaridades em relação ao comércio varejista de medicamentos. Uma delas refere-se ao fato da maior parte deste segmento ser composta de proprietários leigos, não havendo mecanismos para impedir a abertura de novas farmácias por eles. Nesse contexto, basta que a farmácia atenda as exigências sanitárias locais e federais, quanto à estrutura física e requisitos legais, e que contrate um farmacêutico responsável técnico, para poder abrir e funcionar.

Na farmácia comunitária, de modo geral, trabalham, além do farmacêutico, os balconistas, caixas e gerentes; muitas vezes, os próprios donos das farmácias se encontram atuando nessas funções. Há “lojas” que mantêm entregadores de medicamentos e promotores de vendas designados por representantes de produtos cosméticos. Os funcionários desses estabelecimentos possuem, via de regra, baixa escolaridade, não havendo, na maioria dos casos, exigências de qualificação prévia para fazer parte do quadro de funcionários de uma farmácia.

Temos situações difíceis aqui (...) tivemos o momento de pegarem o segurança e colocarem no balcão, sem noção de nada, para atender os clientes (...) Não é fácil. (*Farmacêutico F5RE*)

Nesse contexto, se observa que o objetivo da farmácia e, por decorrência, também do seu balconista, é exclusivamente vender medicamentos. Este trabalhador deve agir de modo a garantir que seu salário, no final do mês, seja algo maior do que o salário mínimo que usualmente eles têm registrado e garantido pela carteira de trabalho. No cotidiano, a figura do gerente ou do proprietário consolida essa prática do funcionário, pressionando-o para otimizar o valor agregado a seu

serviço, não deixando nem mesmo um banco ou cadeira por trás do balcão, de modo a fazer com que esse funcionário se movimente, realizando vendas o tempo todo. Temos, assim, pessoas atendendo ao público com o interesse de que vendam o máximo possível e que isso custe o mínimo possível ao proprietário.

Essa dinâmica é estimulada pelas indústrias, que concorrem entre si fornecendo bônus, comissões e outras vantagens comerciais sobre o incremento da venda de determinados medicamentos, e fazendo da propaganda, nos meios de comunicação, um instrumento de sedução ao uso de medicamentos por conta própria. Desse processo, participam não só as indústrias de medicamentos similares, mas também de medicamentos genéricos e de referência, conforme visto no depoimento abaixo e em outros mais à frente.

[...] todas as indústrias atualmente dão comissão para as farmácias, mas depende muito do laboratório. Genérico e éticos estão dando comissão também. (...) Dependendo do produto, chega até a 40%, 45% e, também, dependendo da quantidade. Mesmo assim, quando você compra, eles dão no máximo 35%, mas se for comprar para 3 ou 4 lojas, tipo essas redes que existem, o desconto é maior. [Laboratório de] referência dá bonificação. Antes do genérico, não dava, mas hoje dá. (*Farmacêutico F2FM*)

Esse encorajamento de ações ocorre — e é perpetuado — pela própria atitude de muitos consumidores, que não tem a compreensão sobre as circunstâncias que envolvem o processo de saúde-doença e/ou enfrentam dificuldades — por vezes, significativas — de acesso aos serviços de saúde. Sem entender o risco existente no consumo de medicamentos indicados tão somente com base em uma similaridade de sinais e sintomas, aceitam as sugestões dos balconistas, fechando o ciclo da “empurroterapia”.

Em diversas situações, também, esse consumidor cobra, de modo ativo, a indicação sobre qual agente específico deve comprar para restabelecer a sua saúde.



Illich (1975) já argumentava que a sociedade, devido à crença de que é necessário enfrentar a doença com medicamentos, estaria assim causando, à sua saúde, um dano maior.

A automedicação tem também sua consolidação derivada do fato da população não ter acesso a serviços públicos de saúde próximos às suas residências. A farmácia se apresenta, então, como um porto seguro, onde o “cuidado” surge gratuitamente sob a forma de indicação de medicamentos. O resultado do seguimento desta indicação toma a forma de uma loteria: como em um jogo, há a possibilidade de haver o restabelecimento da saúde, o desaparecimento dos sintomas ou, ainda, o surgimento de doenças iatrogênicas que se somariam ao problema inicial de saúde.

Sugerir e estimular a automedicação, a substituição de medicamentos, a “empurroterapia”, o incremento da hipocondria, ainda são um flagrante nesses estabelecimentos, o que denota a ausência de uma postura responsável por parte da empresa, na figura da sua equipe.

Esse é um breve panorama do que se encontra em muitas das farmácias comunitárias do estado do Rio de Janeiro. Farmácias são estabelecimentos comerciais. Nesse sentido, é natural que elas busquem não apenas sua sobrevivência, mas também o lucro.

Elas são, entretanto estabelecimentos de saúde, e como tal, precisam — ou deveriam — zelar pelo cuidado à saúde das pessoas que as procuram. É nesse contexto que se inscreve a responsabilidade técnica do farmacêutico, que tem a obrigação de responder pelo cumprimento das normas e procedimentos designados

pela sociedade, através de leis, e, ao mesmo tempo, de garantir a condução ética dessa parcela do processo de cuidado.

Como consequência, a farmácia comunitária não tende a ser, dentre os vários *locis* de trabalho possíveis, uma das aspirações iniciais preferenciais dos entrevistados. Poucos, no período de estudo, com exceção principalmente daqueles vinculados a farmácias familiares, vislumbravam este espaço como seu futuro local de atuação profissional, à época de suas conclusões de curso. Isso envolve uma contradição, na medida em que esse campo corresponde ao maior número de postos para farmacêutico no mercado de trabalho.

[...] a maioria (...) sai da faculdade pensando em trabalhar na indústria, em análises clínicas, e nunca numa farmácia e drogaria (...). É de um tempo para cá, que vem sendo direcionado, não pelo querer do farmacêutico, mas pela necessidade de trabalho.  
(*Farmacêutico F1RE*)

Você nunca pensa em trabalhar em farmácia comercial. Todo mundo, quando entra na sala de aula, na faculdade, pensa em farmácia comercial como a última coisa, mas, na realidade, é a primeira opção de trabalho que o farmacêutico encontra.  
(*Farmacêutico F2FM*).

Essa não prioridade — ou não desejo — pelo trabalho na farmácia comunitária pode estar relacionado a (ou, pelo menos, ser encorajado por) uma formação universitária tecnicista que, como Santos (1999) apresenta, deixa o farmacêutico na falsa dicotomia entre ser um tecnólogo ou um profissional de saúde. Este autor ressalta ainda que o farmacêutico foi, pouco a pouco, com as alterações curriculares nas universidades brasileiras, se distanciando do eixo principal de sua função social, qual seja, a de profissional de saúde.

Podem, ainda, ser sinalizados como possíveis fatores contribuintes, por um lado, a falta de investimentos em políticas públicas, só incrementadas a partir dos

meados dos anos 90 e continuando nesses primeiros anos do século XXI (BRASIL, 2002), que ajudariam a fortalecer sua identidade como profissional de voltado para a saúde da sociedade. Por outro, existe uma pressão da estrutura comercial também determinando o produto das ações do farmacêutico no cotidiano das farmácias.

Talvez em decorrência dos aspectos acima listados, muitos dos entrevistados afirmaram que se sentiram despreparados, quando do início de suas vidas profissionais nas farmácias comunitárias:

Não, preparada para estar aqui, não. Eu estava preparada para dar continuidade a minha vida acadêmica. (...) A universidade não te prepara para o campo de trabalho. Pelo menos, aqui [na farmácia comunitária], eu vejo que não. *(Farmacêutico F2RE)*

Vai um pouquinho de medo, rola um receio. Será que vou conseguir? Será que vou dar conta do recado? Normal. Mas eu acho que, se tivesse encaminhado para a área hospitalar, eu me daria melhor assim. Porque eu fiz quase dois anos de estágio, eu tenho uma experiência acumulada. Na farmácia comunitária, eu não sabia nada... Eu ficava naquele receio: “nossa, será que o medicamento com o nome comercial... eu não sei, e tem similar, tem genérico”. É, no comecinho, foi meio complicado... eu olhava o DEF, ia ler, ia me informar. *(Farmacêutico F4RE)*.

Alguns, entretanto, tiveram mais facilidade, auxiliados pelos estágios realizados ou por já terem alguma vivência decorrente de suas ligações familiares com esse tipo de estabelecimento:

Eu me senti preparado porque eu fui me dedicar a uma coisa que eu já conhecia, que era a farmácia comercial, a farmácia comunitária. Já tinha uma vivência grande e muitos anos nela... Então, não tive dificuldades... Inclusive na área de legislação, na parte de controle de medicamentos, eu já fazia antes. Para mim, não tive dificuldade. *(Farmacêutico F5RE)*.

Eu me sentia preparado para o mercado, seja qual fosse [em função dos inúmeros estágios feitos]. Mas eu não tinha experiência... Eu estava preparado, porque eu recebi informações... Se eu tiver dúvidas, eu não vou passar dúvidas para o próximo [paciente ou atendimento]... Vou pesquisar, pedir licença... Porque eu não sou o dono da verdade... Não tenho vergonha de reconhecer que eu não

sei tudo... Eu tenho literatura para pesquisar, internet, livros... Eu vou ali e não deixo a pessoa sair [sem respostas]. (*Farmacêutico F4FM*).

Um discurso também recorrente foi sobre o distanciamento entre o que lhes foi ensinado nas universidades e o que é a prática no cotidiano das farmácias. Essa observação ocorreu independente da faculdade cursada e esteve presente tanto entre os farmacêuticos mais antigos, como entre aqueles que se formaram mais recentemente.

Há 21 anos, nem eu nem o dono da rede, sabíamos para o que servia o farmacêutico. (*Farmacêutico F1RE*).

Saí da faculdade sem entender nada de lei, porque Deontologia era ruim (...) e hoje o que mais se cobra do farmacêutico é lei. Tem que saber tudo, tem que saber as portarias (...) Não aprendi como se abre uma farmácia. O que o farmacêutico tem que fazer dentro da farmácia? Manter os livros certos? Qual matéria ensina a fazer isso? A abertura de um livro, como se faz o lançamento de medicamentos controlados? Não tem nenhuma matéria que ensine isso. E é isso que o farmacêutico vai fazer. (*Farmacêutico F3RL*).

Quando você está fazendo a graduação, a idéia é muito diferente do que realmente acontece na prática (...) Quando se começa a trabalhar, a gente vê que não se consegue colocar em prática, na farmácia comunitária, coisas que aprendemos na faculdade. Hoje, eu me sinto tão tolida com os sonhos que eu tinha na época de graduação... (*Farmacêutico F4RE*).

Os três profissionais, cujas falas foram destacadas acima, têm tempos de formado e de atuação profissional bastante diferentes, respectivamente 29 anos, 15 anos, e um recém-saído da faculdade. Dois deles são oriundos de universidades públicas, antigas e de reconhecida competência segundo as avaliações realizadas pelo Ministério da Educação; outro provém de uma universidade privada que tem o curso particular mais antigo do estado. Pelo menos nesse aspecto — a formação acadêmica fornecida pelas faculdades, preparando para a futura prática cotidiana nessa categoria de estabelecimentos — as dificuldades não parecem ter se

modificado: as formações continuam distanciadas, podendo afetar diretamente o exercício e o desempenho profissionais.

O reconhecimento dessa dicotomia — entre a teoria acadêmica que se estuda na faculdade de Farmácia e a realidade do trabalho nas farmácias comunitárias — não parece, também, guardar relação com aspectos diferenciados de prática segundo as categorias de estabelecimento. Pelo contrário: ela é repetidamente citada, independente da tipologia de farmácia analisada, como pode ser visto abaixo nas falas de profissionais atuantes nas três espécies de farmácias:

Eu imaginava diferente, pois na faculdade a gente vê muito isso de Assistência Farmacêutica, Atenção Farmacêutica... E, na prática, a coisa não é bem assim (...) é bem diferente. (*Farmacêutico F4RL*).

Eu imaginava (...) que o meu serviço se restringia só ao armário, era botar o livro certo, pronto, acabou. (...) Aí, depois eu percebi que era muito mais. (*Farmacêutico F1FM*).

Ah, eu achava que era o máximo. Doutor! Então hoje a gente vê que é muito mais sério do que é passado para a gente no curso (...). É trabalho, é responsabilidade, as pessoas têm dificuldades de entendimento, elas não sabem nem como usar o medicamento. (*Farmacêutico F4FM*).

Normalmente, nós nos perdemos nisso porque, quando a gente sai da faculdade, há certa ilusão, certo sonho, de que vamos ganhar os melhores salários, teremos os melhores empregos (...) Mas só que vamos trabalhar dentro disso que é a farmácia e, aí, você começa a tropeçar. É quando você vê a realidade. Que realidade é essa? Que fazer dentro dessa realidade? (*Farmacêutico F1RE*)

### **A atuação na farmácia comunitária: como se dá esse trabalho**

Zubioli (2004) já apresentava o panorama de ambigüidade e conflito que o farmacêutico viria a conviver na farmácia comunitária devido ao aspecto comercial nesse ambiente e o contraponto das atividades realizadas pelo farmacêutico, em prol da saúde dos consumidores.

Nesse cenário, o farmacêutico, na condição de empregado do estabelecimento, foi sendo afastado de decisões que interferissem nas vendas de medicamentos. Apesar de ter todo o domínio de informações relativo a estes, esse potencial é pouco explorado pela sociedade, devido às pressões do segmento empresarial quanto ao foco de suas atribuições:

Para mim, é mais fácil mudar, porque eu tenho o poder de chegar e mudar... A farmácia é minha que sou farmacêutico, eu estou me responsabilizando por mim mesmo. Agora, o caso da minha irmã que também é farmacêutica: (...) ela está trabalhando em uma farmácia em Silva Jardim (...) é um risco que ela vai correr lá, sabe por quê? Como é que ela vai chegar lá e querer mudar alguma coisa, mudar a loja... Ela pode querer mudar (...) mas o dono da farmácia vai mandar ela embora. (*Farmacêutico F2FM*)

As atividades farmacêuticas são respaldadas por um conjunto de leis, portarias e resoluções que definem o exercício da prática desse profissional. Em 20 de abril de 2001, o Conselho Federal de Farmácia, através da Resolução nº 357, aprovou o regulamento técnico de Boas Práticas de Farmácia (CFF, 2001). Esta norma dispõe sobre as atribuições dos farmacêuticos que respondem pela direção técnica de farmácia ou drogaria. Dentre estas atribuições, é ressaltado que o farmacêutico assume a responsabilidade pela execução de todos os atos praticados na farmácia, devendo cumprir e fazer respeitar as regras referentes ao exercício da profissão.

Nesta Resolução, quanto à amplitude da responsabilidade técnica deste profissional, algumas de suas atribuições mais destacadas para o desenvolvimento desse trabalho incluem: a orientação ao público sobre a utilização de medicamentos; a garantia de que o estabelecimento tenha boas condições de higiene; a manutenção dos livros de substâncias sujeita a regime de controle especial em

ordem e assinados; a seleção de produtos farmacêuticos na intercambialidade<sup>20</sup>, no caso de prescrição pelo nome genérico do medicamento; o favorecimento e incentivo a programas de educação continuada para todos os envolvidos nas atividades realizadas na farmácia; e o treinamento aos auxiliares.

Sobre a dispensação de medicamentos prescritos, a norma citada indica que o farmacêutico é o responsável pela avaliação do receituário e somente deverá ser aviada/dispensada a receita escrita em português, em letra clara e legível, contendo o nome e o endereço residencial do paciente; com a forma farmacêutica, posologia, apresentação, método de administração e duração do tratamento descrito; com a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório e o número de inscrição no respectivo Conselho Profissional.

A prescrição deve estar assinada claramente e acompanhada do carimbo, permitindo identificar o profissional em caso de necessidade. Não podem ser aviadas receitas ilegíveis e/ou que possam induzir o erro ou troca na dispensação dos medicamentos. O farmacêutico deve, ainda, explicar clara e detalhadamente ao paciente o benefício do tratamento, conferindo sua perfeita compreensão.

A Lei nº 5991 de 1973 do MS (BRASIL, 1973) já exigia esses requisitos, procurando estabelecer critérios que garantissem as condições mínimas de entendimento da receita prescrita e o seu rastreamento.

A Resolução de 2001 já citada, especificamente quanto aos medicamentos genéricos, indica que os farmacêuticos responsáveis técnicos devem, na farmácia ou na drogaria, entre outras ações:

---

<sup>20</sup> Produto farmacêutico intercambiável: Equivalente terapêutico de um medicamento de referência, sendo comprovados, essencialmente, os mesmos resultados de eficácia e segurança.

- I) Esclarecer ao usuário sobre a existência do medicamento genérico, substituindo, se for o caso, o medicamento prescrito exclusivamente pelo medicamento genérico correspondente, salvo restrições expressas de próprio punho consignadas no documento pelo profissional prescritor;
- II) Indicar a substituição realizada no verso da prescrição, citando o nome genérico do medicamento e a indústria produtora, apondo o carimbo que conste seu nome e número de inscrição no CRF, local e data, assinando a declaração.

Essas atividades também estão presentes na prerrogativa da Lei do Ministério da Saúde nº. 9787 de 10 de fevereiro de 1999 (BRASIL, 1999), que trata da questão pertinente aos produtos genéricos e seu tratamento como prioridade na política de medicamentos do Ministério da Saúde. Deve ainda ser mencionada a Resolução RDC nº 16, de 02 de março de 2007 (BRASIL, 2007), que apresenta definições pertinentes. Entre elas, cabe destacar que o mercado farmacêutico nacional conta com as seguintes modalidades para prescrição e venda:

- Medicamento de referência: Medicamento inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro. É chamado de medicamento original ou ético.
- Medicamento similar: É aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência que é registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária. São permitidas diferenças quanto a aspectos relativos às suas características relacionadas a tamanho,



forma do medicamento, prazo de validade, embalagem, rótulo, excipientes e veículos utilizados para sua produção, devendo ser sempre identificado por um nome comercial ou de marca. São conhecidos também como medicamentos bonificados ou “gueuta”.

- Medicamento genérico: É o medicamento intercambiável com o medicamento de referência ou inovador, geralmente produzido após a expiração ou a renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade. São identificados pelo nome do princípio ativo, designado conforme a Denominação Comum Brasileira<sup>21</sup> (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional<sup>22</sup> (DCI).

Essa última categoria de medicamentos é a que mais cresce no mercado brasileiro<sup>23</sup>. Era natural esperar que ele fosse mais barato do que os medicamentos de referência e similares, mas isso nem sempre acontece. Em parte, isso decorre do fato de que são somados, ao preço do medicamento genérico, o custo dos testes de biodisponibilidade<sup>24</sup> e bioequivalência<sup>25</sup> que são exigidos pelas autoridades sanitárias como parte do processo de registro desse medicamento (BRASIL, 2002), acrescido também dos investimentos em publicidade.

---

<sup>21</sup> DCB: Denominação do fármaco ou do princípio ativo farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária.

<sup>22</sup> DCI: Denominação do fármaco ou do princípio ativo farmacologicamente ativo recomendada pela Organização Mundial de Saúde.

<sup>23</sup> Acessado em 11 de março de 2007 em [http://www.cns.org.br/links/menup/noticiadosetor/clipping/2006/05/clipping\\_1905.htm](http://www.cns.org.br/links/menup/noticiadosetor/clipping/2006/05/clipping_1905.htm)

<sup>24</sup> Biodisponibilidade: Indica a velocidade e a absorção de um princípio ativo em uma forma de dosagem, a partir de sua curva concentração/ tempo na circulação sistêmica ou sua excreção na urina.

<sup>25</sup> Bioequivalência: Consiste na demonstração de equivalência farmacêutica entre os produtos apresentados sob a mesma forma farmacêutica, contendo idêntica composição qualitativa e quantitativa de princípio(s) ativo(s), e que tenham comparável biodisponibilidade quando estudados sob um mesmo desenho experimental.

Os medicamentos de referência são objetos de um maciço investimento em propaganda por parte das indústrias, centrado na classe médica e nos demais prescritores. No caso dos medicamentos similares, a principal estratégia da indústria volta-se para as farmácias, que ganham vantagens comerciais compatíveis com o volume de medicamentos vendidos. Já no que se refere aos medicamentos genéricos, o foco do *marketing* das indústrias é o fortalecimento do nome do laboratório produtor do medicamento, ao invés do produto em si. Isto se faz presente tanto na publicidade dirigida aos profissionais prescritores quanto ao público em geral. Além disso, há o incremento de bonificações às farmácias e drogarias como forma de estimular os balconistas a oferecerem preferencialmente os produtos genéricos no momento da venda do medicamento.

Quanto à dispensação dos medicamentos, se observa as seguintes condições estabelecidas pelas legislações ético-sanitária quanto as possibilidades de atuação dos profissionais farmacêuticos (CFF, 2000; BRASIL, 1973; BRASIL, 1999):

1. O medicamento de referência pode ser intercambiável somente com medicamentos genéricos, dada a comprovação pela bioequivalência, não podendo ser substituídos por medicamentos similares sem anuência do prescritor;
2. A substituição do produto de referência pelo genérico, e vice-versa, só pode ser realizada por profissional farmacêutico. A substituição por outro profissional que não o farmacêutico constitui crime do exercício ilegal da Farmácia;
3. O medicamento similar não pode ser substituído por nenhuma categoria. A escolha deste tipo de medicamento exige sua prescrição pelo profissional

responsável e o farmacêutico não pode intercambiá-lo, como faz entre genéricos e referência.

Os farmacêuticos entrevistados elencaram um conjunto amplo de atividades executadas como parte de seu exercício profissional nas farmácias comunitárias: dispensação de medicamentos aos usuários; a intercambialidade de medicamentos prevista pela legislação; confirmação, junto ao prescritor, de dúvidas no receituário; uso de bibliografia farmacêutica para consulta; controle da validade do estoque de medicamentos; controle de estoque dos medicamentos constantes na Portaria nº 344/98 SVS/MS; manutenção da documentação do estabelecimento devidamente organizada bem como dos padrões de higiene, de acordo com as normas sanitárias; treinamento de funcionários; e, gerenciamento da farmácia.

### **Os farmacêuticos na farmácia**

A presença efetiva dos farmacêuticos nas farmácias é uma conquista da profissão no país, indicando não só a valorização desse profissional enquanto mão-de-obra assalariada, mas também uma mudança na natureza de sua participação no trabalho do estabelecimento. Embora, durante bastante tempo, estes profissionais estivessem contratados formalmente na carteira de trabalho (CTPS), sua presença física nem sempre era realidade ou era exigida pelos proprietários dos estabelecimentos. Essa participação “de fato” nos estabelecimentos cria uma condição de legalidade perante a sociedade.

Vários autores (PERETTA & CICCIA, 1998; CARLINI, 1996) reconhecem que o farmacêutico é o profissional habilitado, pela sua formação universitária, a proporcionar as devidas orientações e esclarecimentos sobre o uso de medicamentos.

O diálogo estabelecido com os farmacêuticos indicou, em várias falas, seu interesse e a preocupação com a fragilidade do paciente no seu contato com o medicamento. De forma uníssona, ecoou nos discursos a demonstração de solidariedade para com estes:

Eles [os pacientes] não sabem como tomar o medicamento. Às vezes, não sabem nem ler, eu tenho que desenhar códigos, colocar um símbolo para a pessoa entender e fazê-la gravar a hora de tomar o remédio. E ainda digo: “Qualquer dúvida, volte”. E ela volta. (...) E ela volta de novo. Até uns quatro dias de tratamento, ela fica naquela insegurança, se está certo ou não. (...) Eu foco muito nisso. Eu gasto muito tempo ali, junto deles no balcão. (*Farmacêutico F4FM*)

[...] eu coloco de uma forma que contribua no entendimento, uma parte mais específica para elucidar quanto ao uso de medicamentos (*Farmacêutico F3RE*).

Muitas das vezes, a população não tem condições financeiras de procurar um atendimento médico, e a fila do hospital municipal é grande. Aí, eles já vêm procurar direto o farmacêutico... Se está com febre, o que tomar... E, nessa situação, eu até ajudo mesmo a população. (*Farmacêutico F2RL*)

Muitos fizeram questão de frisar que é gratificante esse contato com a população. Eles solidarizam-se com os pacientes e tentavam minimizar as dificuldades e a falta de informação relacionada aos medicamentos.

Muitas vezes, eu sou solicitado pelo cliente (...) realmente eu acredito que seja no sentido de transmitir a ele a confiança do medicamento. (...) Então, ele pergunta para que serve e para que é indicado aquele medicamento e, quando você responde, ele se sente confiante de usar o medicamento. (*Farmacêutico F5FE*)

Alguns casos contados pelos farmacêuticos sobre as dificuldades da população no cuidado a sua saúde, em especial sob os riscos associados a automedicação e o potencial de atuação do farmacêutico na redução desses riscos, serão explicitados para ilustrar de forma mais abrangente esse panorama:

Já tive um caso, um antibiótico, a Terramicina® [que corresponde a um dos nomes comerciais da tetraciclina] em suspensão, ele vem escrito Terramicina® xarope. Então já aconteceu de um cliente chegar e dizer: “*Eu queria um vidro de Terramicina® xarope*”. “*A senhora vai usar para que a Terramicina®?*” “*Meu filho está com uma tosse muito forte e o médico, uma vez, já passou Terramicina® para ele.*” (...) “*Mas quando o médico prescreveu Terramicina®, ele prescreveu também outros medicamentos juntos, não prescreveu?*.” “*Ah, eram uns três medicamentos*”. (...) “*Ele passou outros medicamentos, porque este aqui é para uma outra finalidade. É antibiótico, não é um xarope para tosse. A senhora está vendo escrito aqui xarope, mas ele não é xarope para tosse.*” Quer dizer, o cliente não sabe disso. (*Farmacêutico F5RE*)

[...] Teve um caso que o cliente veio tomar anticoncepcional porque disseram para ele que a mulher, ao tomar anticoncepcional, fica inchada, Atrai e acumula água, retém líquidos... O cliente estava tomando o anticoncepcional para pegar massa muscular. Para ficar forte. (*Farmacêutico F4FM*)

Outro papel importante desempenhado por esses profissionais, infelizmente ainda esporádico em nosso meio, refere-se ao acompanhamento do uso e ao monitoramento da aderência aos medicamentos pelos pacientes, que pode auxiliar também na identificação de suas potenciais reações adversas. Dois farmacêuticos, de uma mesma rede estadual, relataram a realização de um trabalho de acompanhamento do uso do medicamento com o paciente, após a compra do medicamento, sendo o projeto encabeçado pelo dono da rede:

Agora, a gente está fazendo um trabalho que o dono quer que o farmacêutico faça, que é o de ligar para o cliente que quiser se cadastrar na drogaria. A gente coloca [registra] todos os medicamentos que ele toma, pega o telefone dele e, no outro dia, liga perguntando se ele tem respeitado a posologia do médico, se tem feito [efeito], se tem tomado os medicamentos no horário correto e se o atendimento da drogaria é bom. (...) Aqui, os balconistas não ganham comissão. (*Farmacêutico F2RE*)

E tem a horinha também da gente ficar no balcão. Fazendo só essas fichas de cadastramento de clientes... Farmacoterapêutica... Ligamos também para a casa dos clientes. O dono da rede agora pediu para os farmacêuticos também fazerem esse trabalho. Eu gosto. A gente faz a fichinha, coloca qual o medicamento que ele está comprando... Depois, a gente liga para saber como o paciente está, se está se sentindo melhor, se teve alguma reação. (*Farmacêutico F4RE*)

Essa atividade, por um lado, é muitas vezes objeto de estranheza por parte do público, pouco acostumado com essa forma de atenção. Por outro, ela tem colocado os farmacêuticos frente a situações com que não se deparariam se não estivessem se aproximando mais do cuidado — ou da falta dele — dos indivíduos. O relato abaixo, embora longo, exemplifica ambos:

Uma vez, eu liguei e a filha da cliente me falou: “*a minha mãe [está tendo uma convulsão agora]*”. Ela disse que a SAMU estava acabando de chegar naquela hora, eu fiquei assim [sem saber o que fazer]. Ela passou mal por não usar o medicamento que ela tinha comprado. Ela estava com depressão e tinha comprado o remédio há dois dias atrás. Eu liguei para saber se estava tudo bem e ela estava tendo a convulsão... Eu ainda perguntei: “*mas, ela está tomando o medicamento?*” Ela ficava sozinha. Não tinha ninguém que administrasse a medicação correta. Acho importante o fato de ligar para o cliente [...] O que falta é sobrar mais tempo para a gente poder exercer esse caminho. Trinta por cento dos clientes falam assim: “*minha filha, isso é trote?*” Eu digo: “*Não. Esse é o trabalho do farmacêutico*”. (...) As pessoas já estão tão acostumados a não ter reciprocidade... Eles compram medicamentos e não tem a nossa atenção... De repente, está ali só dando lucro para a empresa. A pessoa nem acredita, acha que é trote. Outros clientes já se tornam amigos do farmacêutico e vem trazer bolo no café da manhã... É muito legal. (*Farmacêutico F3RE*)

Embora a atenção direta aos pacientes não seja a atividade mais constante dos profissionais nas farmácias e drogarias, ela é aquela que estes consideram como atividade de maior importância no cotidiano do trabalho. Solicitados a hierarquizar suas ações em termos de importância, as respostas, na sua maioria, foram relacionadas ao paciente e ao atendimento específico de dúvidas no balcão, no processo de dispensação de medicamentos. Essa afirmativa esteve presente nas falas, independente da tipologia de farmácia analisada e mostra o envolvimento dos farmacêuticos com o processo de cuidado ao paciente.

Pra mim, sempre foi, mesmo antes de ser farmacêutico, o contato com o paciente... Eu sempre gostei disso. Isso aí é uma das razões porque eu permaneço no balcão... Eu gosto deste contato com o cliente, saber como ele está. (*Farmacêutico F5RE*)

De tudo que eu faço, a Atenção Farmacêutica é essencial na farmácia. A ausência do farmacêutico é horrível para a farmácia, para a saúde e para a população (...). As pessoas vão ao médico, às vezes o médico... Vou te falar uma coisa: sem desmerecê-los, eles podiam escrever melhor, eles não sabem nem escrever. O cliente, o paciente, chega e a gente têm dificuldade de ler. (...) mas, depois, eu passo para eles. Eu acho que, para a farmácia, o mais importante da função do farmacêutico é a atenção que ele pode dar (...). As pessoas têm características próprias, e eu devo respeitá-las e orientá-los. (*Farmacêutico F4FM*)

Nessa farmácia, não seria o mais importante, mas a gente costuma dar muito mais atenção é para o controlado... A gente está sempre em cima, vendo se está faltando, se houve alguma troca, ou se venderam sem receita branca ou sem receita azul. E aqui tem um fluxo muito grande de receitas. Na verdade, o que eu tenho que dar importância aqui, a prioridade, seria isso (...). Mas como farmacêutica, o que eu acho mais importante, mesmo não sendo a prioridade da loja, seria o ir ao balcão... É o dia-a-dia no balcão, com o cliente, que a gente nem pode chamar de paciente... Porque, aqui, a gente não pode chamar de paciente... E conversar com ele... Pois é isso: de repente, a gente está vendendo medicamento e ele não vai tomar na hora certa, vai tomar tudo errado. (*Farmacêutico F4RE*)

Os farmacêuticos, ao responderem sobre suas atividades no cotidiano de trabalho na farmácia, demonstraram que as três tipologias caminharam para um dia-a-dia convergente, apesar das diferenças entre esses estabelecimentos comerciais.

Um ponto em comum dessas atividades foi no âmbito da dispensação de medicamentos controlados, ou seja, daqueles sujeitos às normas de controle da Portaria nº 344/98 SVS/MS. Em algumas redes, a chave do armário de controlados fica sob a guarda do farmacêutico, com os balconistas tendo que certificar, com o mesmo, previamente a cada venda do medicamento, se todos os dados da receita estão corretos. Esse controle pode ser considerado como um fator que acaba reduzindo o tempo disponível deste profissional para acompanhar o processo de dispensação de outros medicamentos e/ou o estudo das questões que surgem na farmácia.

No meu dia-a-dia, abro as portas [da farmácia], aí guardo as receitas [de medicamentos controlados] na caixa. Não preencho o livro todo dia (...) faço de dois ou de três em três dias. Uma semana no máximo... E vejo o que está precisando fazer. (...) Chego na farmácia e vou até a noite. (*Farmacêutico F2FM*)

Uma boa parte dos farmacêuticos iniciava seu dia de trabalho verificando o estoque de medicamentos controlados no armário, contando as quantidades vendidas e lançando notas fiscais dos medicamentos controlados, arquivando os receituários de controle especial e as notificações de receita<sup>26</sup> retidas.

Primeiro, faço o levantamento das receitas controladas, procuro organizá-las, passar para o livro. Lanço notas fiscais, verifico o armário sobre a situação dos medicamentos vencidos. (...) Atuo no balcão (...) como se fosse uma atenção farmacêutica, mas é, por enquanto, precária, mas atendo os clientes na dispensação de medicamentos. (*Farmacêutico F5RE*).

São os farmacêuticos de redes — tanto local quanto estadual — aqueles que sentem o maior nível de cobrança quanto a essa prática, sendo esse tipo de farmácia a que tradicionalmente oferece maior número desses medicamentos para a venda ao público:

[...] nós somos três farmacêuticos. O volume de medicamentos controlados [vendidos] aqui é muito grande... Então, a gente sempre se preocupa muito com o controlado, sem deixar de se preocupar com os outros [medicamentos] lá fora. Mas aqui, por ter controlados, a gente tem que ficar em cima deles [dos balconistas], para conferir se está tudo certo. A nossa rotina é, ao chegar aqui, ver como é que está a loja. Perguntar com antecedência se o medicamento já está com a data [de validade] prestes a vencer, para eles poderem olhar e retirar (...) Damos uma olhada nas receitas e no livro, para não deixar acumular. (...) E tem a horinha também da gente ficar no balcão (...) (*Farmacêutico F4RE*).

Outro ponto que foi bastante convergente, nos farmacêuticos que também são proprietários de farmácias — tanto nas farmácias de rede local como nas

---

<sup>26</sup> A Portaria n°344/98 SVS/MS define os modelos de receitas que podem ser utilizados para a prescrição e aquisição de medicamentos das substâncias e medicamentos sujeitos ao controle pela citada portaria, no território nacional.



familiares — foi seu envolvimento com questões administrativas como parte importante das suas rotinas:

Num dia típico, ao chegar, faço o caixa, faço o banco, ajo toda parte administrativa. Sento aqui e faço os pedidos, vejo a parte financeira, vejo com a minha compradora de perfumaria as faltas, faço a parte de compras de medicamentos, medicamentos que estão parados nessa loja, eu vejo os códigos, e esses produtos são transferidos, converso com o balconista no balcão, para saber do movimento de loja, de receituário, das receitas. (...) A parte administrativa consome muito tempo. (...) se o cliente chegar querendo informações, ele não atrapalha não. Porque, normalmente, é muito rápido (...) não é freqüente eles terem dúvidas e, quando perguntam, eles [os balconistas] conseguem resolver no balcão, pelo treinamento que é dado. Quando os balconistas têm dúvidas, é porque não estão entendendo a letra do médico. O próprio cliente quer falar com o farmacêutico... Eles vêm, me chamam, e eu atendo sem problema. *(Farmacêutico F3RL)*

Embora seja citado um leque grande e diversificados de ações administrativas, esse mesmo profissional apontou essas atividades como aquelas que executava com maior facilidade, talvez pelos muitos anos de prática cotidiana com essas tarefas.

Talvez por conta também dessa dedicação, diversos farmacêuticos proprietários consideraram, de forma unânime, as atividades relacionadas com o estabelecimento como aquelas de maior importância. Foram citados, entre estas, o processo de compra de medicamentos; a manutenção do padrão de funcionamento da loja e a preocupação com o treinamento dos balconistas.

Eu acho que o mais importante é a compra, porque a compra na farmácia é muito difícil. (...) Faço as compras e tenho que ter total cuidado porque, às vezes, o vendedor quer te passar um negócio, para você poder empurrar [para os clientes]... E você vê que não é bom. Às vezes, eles rolam muito os prazos de pagamento (...) Eu acho mais importante a compra. Não pode comprar muito de uma coisa só, tem que comprar de outra (...) mas, aquela outra te dá um desconto maior, uma condição melhor de trabalhar... Tem que ponderar muito isso. (...) Eu sei que tenho que ter uma certa coerência... Tem certas coisas que pode compensar na hora e pode até ter um problema maior com o paciente... Porque o vendedor [do

laboratório] chega aqui e ele quer vender. (...) Ele não quer saber se vai fazer mal para o cliente. (*Farmacêutico F1FM*)

Os entrevistados expuseram também a engrenagem de pressão da indústria, raiz da “empurroterapia”:

Aqui, algumas coisas estão mudando, mas nem tudo. Tem o lance do bonificado, a “gueuta”, o genérico e o de referência. (...) O que acontece nas farmácias hoje é que os balconistas estão empurrando o genérico, que é muito mais fácil de empurrar do que o similar. (...) O governo investiu muito, com propaganda em televisão e tudo mais, e a população quer o genérico (...) Os próprios representantes chegam na farmácia falando: “*Esse é bonificado.*” (...) Há também uma indústria de medicamentos de referência, que funciona assim: se eu comprar 100 caixas do medicamento antiinflamatório X®, de referência deles, vou comprar com 72% de desconto. (...) Esse desconto é maior do que o similar dá. Então, eu tenho condição de dar para o meu funcionário a comissão... Além disso, [o laboratório] paga, ao balconista, um real em cada unidade vendida. (...) Até o anticoncepcional que eles produzem, que é um remédio que eu não tenho que fazer muita força para vender, eles dão comissão. Aí, de novo, tenho que comprar muito deste mesmo laboratório (...) todo mundo usa esse remédio todo mês. (...) Não preciso nem empurrar, ele dá a comissão... Nesse caso, é mais para passar para o balconista. A farmácia ganha também, mas é menos do que com o antiinflamatório. Você compra hoje o medicamento similar com 70% de desconto, e eu tenho que comprar muito mais do medicamento X®, teria que ter uns 20 lotes, O laboratório chega para mim, e fala que vai vender a sete reais, mas, se comprar 1000 caixas, ele vende a dois reais e ainda dá um real ao balconista por unidade vendida. É muito complicado (...) Tinha que ter na faculdade um momento que explicassem a realidade do que acontece na farmácia comercial. (*Farmacêutico F2FM*).

Como visto, as diversas estratégias perpassam todos os tipos de medicamentos, dos de referência aos similares e genéricos. Este último, cuja introdução tinha como um de seus objetivos o barateamento do medicamento — por evitar a inclusão, no preço final ao consumidor, dos custos relativos à propaganda e marketing — vem terminando por ser também objeto desse tipo de intervenção:

[...] o primeiro lugar em vendas, hoje, é o genérico. O genérico hoje venceu, devido a dar comissão para os balconistas. Primeiro, é devido à comissão. A comissão que o balconista recebe varia de 5 a 15 % [do preço] no genérico. (...) Segundo, o governo investe muito na propaganda de genérico (...) Terceiro, a gente quer ganhar também. Hoje, eu ainda tenho similar, são os bonificados, para não

chamar de gueuta... Só que eu calculo que, daqui a 10 anos, não existirão mais. Está todo mundo vendendo genérico, porque é mais fácil vender. Hoje, você compra genérico como se estivesse comprando o similar [...] Acho que (...) o público só vai começar, a saber, que o medicamento genérico dá comissão daqui a uns 30 anos (...) genérico você vende mesmo que nem água (*Farmacêutico F2FM*).

O conhecimento e demanda da população pelos genéricos tem levado também a que os balconistas introduzam a venda de similares, pelos quais recebem determinadas formas de bonificação. Essa substituição — a de medicamentos genéricos pelos similares — estaria vedada até mesmo aos farmacêuticos, mas continua ocorrendo, às vezes, inclusive com conhecimento desse profissional:

Aqui, agora, não vende mais “gueuta” (...) a empresa optou por não trabalhar mais. Vende só genérico e os medicamentos de referência (...). Mas o que acontece com a “gueuta”? O cliente chega aqui e pede um medicamento de referência, o balconista vai e vende um similar... Para o paciente, ele está achando que aquilo ali é o genérico. Porque, quando o balconista dispensa, ele não está explicando para o paciente que aquilo ali não é genérico. Ele está trocando porque aquele medicamento dá um dinheiro para o balconista. Só que aqui eles tiraram isso. Mas isso aí atrapalha porque o balconista acaba dispensando o que o médico não pediu na receita... Pode causar um problema, porque esses são medicamentos que não tem garantia [não fizeram os testes de bioequivalência e de biodisponibilidade] A empresa está mudando a política (...). (*Farmacêutico F4RL*)

Alguns entrevistados se mostram perplexos com essas situações e indicam “saídas” para o mercado oferecer medicamentos a um custo baixo à população, tendo em vista a margem de descontos que é praticada pelas indústrias, no sentido de promover o incremento no volume de vendas nas farmácias:

[...] a solução para o preço ser baixo para a população seria ter tudo montado desde a indústria, na fonte. (...) O preço tinha que ter um preço bom. O governo também tinha que ajudar... Hoje, o estado do Rio é o estado que paga mais impostos [...] o imposto é muito caro, então, as farmácias do Rio têm um produto caro. (...) Tinha que haver um acordo de todo mundo... Só que cada um [tem] o olho maior que o outro. (...) Por exemplo: o medicamento X® ... Como é que [a indústria] vai produzir ele e dar o desconto? E o genérico? O cara vai produzir para ser mais barato. Como que ele vai ser

produzido para vender com 55% de desconto? [...] Como? Não tem lógica. Se fez todos os testes e tudo, como é que pode? [...] A tabela de preço máximo é respeitada, ninguém vende a mais... É muito complicado esse negócio. (*Farmacêutico F2FM*)

A existência desses descontos — alguns bastante expressivos — poderia levar a uma redução nos preços, ainda mais se considerado que, no caso dos genéricos, já teriam se extinguidos os acréscimos advindos do repasse dos custos de pesquisa e desenvolvimento e aqueles procedentes dos gastos com publicidade.

Os farmacêuticos também se detiveram em responder sobre que atividade eles consideravam mais difícil, seja na atualidade, seja no início de suas carreiras.

Os farmacêuticos das redes apontaram o estabelecimento das relações sociais no interior das farmácias como uma das maiores dificuldades na sua atuação. Essas relações sociais assumem diversas interfaces, entre quais foram destacadas: o trabalho de convencer a equipe de balconistas e gerentes a colaborar, de modo a haver uma prática mais ética e menos comercial na farmácia; a resistência de alguns balconistas no sentido de implementar procedimentos orientados pelo farmacêutico; o fato dos clientes das farmácias confundirem sistematicamente o farmacêutico com o balconista; e o próprio exercício de estar em contato com o público, no esclarecimento de dúvidas, visto a falta ou precariedade de treinamento específico na faculdade de Farmácia.

Um profissional assinalou que o mais difícil era exatamente aquilo que ele tinha considerado como mais importante: “manter tudo que conquistou”, no sentido de garantir o padrão de funcionamento do estabelecimento, mesmo na sua ausência ou sem que precisasse participar ou “vigiar” todas as etapas:

O mais importante (...) é você manter tudo que você conquistou (...) Agora, eu estou aqui com você, e tudo tem que estar funcionando (...) Você treina o funcionário, e diz: “tira o produto vencido da sua seção”. (...) Se vendeu medicamento controlado: “bota o nome do laboratório”. Foi o medicamento X: “qual é o laboratório? Não esquece de botar a quantidade que foi vendida”. É para manter tudo funcionando, tenho que manter a farmácia funcionando. (*Farmacêutico F2FM*).

Foram citadas também, as dificuldades com a letra do médico, como um fator limitante para a efetiva e segura dispensação de medicamentos; e a legislação que, segundo os farmacêuticos, se modifica rápida e constantemente. Entender as normas sobre a dispensação de medicamentos controlados também foi citado como um fator de dificuldade, percebido principalmente no início da carreira farmacêutica.

A dificuldade que nós encontramos hoje, a maioria dos farmacêuticos e balconistas, é justamente o entendimento da receita médica. Em muitos casos, [isto gera] a dificuldade de aceitar uma receita. [Em] alguns casos, nem se consegue... [Se] pede para o cliente retornar ao médico, reescrever... Para ele mesmo tentar decifrar, porque é difícil. (*Farmacêutico F5RE*)

O farmacêutico do relato acima, entretanto, negou ter encontrado qualquer dificuldade, após o ingresso na profissão farmacêutica, o que ele atribui ao fato de já ser do ramo quando ingressou na faculdade:

Para ser sincero, eu não encontrei nenhuma dificuldade, não. Eu acredito que seja por isso... Eu já tinha uma experiência anterior no balcão, em lidar com o cliente. (*Farmacêutico F5RE*)

Quando perguntados sobre que atividade eles consideram ou consideraram como sendo mais fácil no dia-a-dia profissional, uma grande parcela dos farmacêuticos — das três tipologias de farmácia — respondeu que era o lançamento do medicamento controlado vendido no livro de registro específico. Na verdade, este monitoramento se resume em uma operação aritmética básica de controle de estoque de medicamentos, onde é indicada a entrada e a saída dos medicamentos em um livro específico, através dos seus respectivos documentos, a saber, a nota

fiscal de compra do medicamento e a receita, conforme preconiza a legislação específica.

Embora não encerre em si grandes dificuldades, essa atividade consome significativo tempo de execução, cuja ordem de grandeza é diretamente proporcional ao volume de vendas deste tipo de medicamentos pelo estabelecimento. Por não ser feito de modo eletrônico — embora previsto na legislação, isto ainda não é permitido pela autoridade sanitária local, em função de possíveis riscos de fraude nos *softwares* existentes e do aguarde das vigilâncias locais da implantação de um sistema de controle ao nível nacional pela ANVISA — o farmacêutico necessita fazer uma escrituração detalhada relativa aos dados da receita retida, que inclui as quantidades atendidas e do prescritor. Esse item é também objeto de uma fiscalização rigorosa e sistemática pelos diversos órgãos responsáveis, tais como a Vigilância Sanitária Municipal, Conselho Regional de Farmácia e Delegacia de Crimes contra a Saúde Pública. Outro elemento que contribui para o consumo de tempo nessa atividade específica decorre do fato de que os balconistas, com frequência, não colocarem no verso das receitas retidas o carimbo que contempla a quantidade de caixas de medicamentos dispensados e o nome dos respectivos laboratórios produtores, o que obriga ao profissional estar constantemente fazendo um inventário dos medicamentos sujeitos a esse controle (BRASIL, 1999)<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> A Portaria nº. 6/1999 da SVS/MS (BRASIL, 1999), determina que todas as receitas de medicamentos controlados retidas nos estabelecimentos farmacêuticos devem ter apostas no seu verso, após a venda do medicamento, um carimbo, conforme anexo IX, da referida portaria, que identifica o estabelecimento de venda (com dados de razão social, endereço e CNPJ) e que tem campos de preenchimento obrigatório referentes à: quantidade de caixas dispensadas, nome do balconista responsável pela venda, data do atendimento, número da receita e rubrica do farmacêutico. A ausência dessas informações, principalmente, da quantidade de caixas dispensada, leva o farmacêutico a recontar o número de caixas existentes sob sua guarda, antes de lançar as receitas retidas, de modo a identificar qual o número de caixas vendidas por receita.

Muitos farmacêuticos vão ao balcão espontaneamente, geralmente após a conclusão da escrituração das receitas dos medicamentos controlados vendidos pela farmácia, a fim de supervisionar a atuação dos balconistas.

Houve o caso de uma farmacêutica que afirmou que recebe comissão para vender medicamentos, e esse é também um dos seus motivos para ir ao balcão. Em outros casos, a própria pesquisadora verificou a presença de farmacêuticos no balcão realizando vendas de medicamentos, sem a possibilidade de fornecer informações complementares ao paciente sobre o medicamento adquirido, de modo pró-ativo, tendo em vista o número reduzido de balconistas e o número elevado de clientes na farmácia.

Uma ressalva deve ser feita, pois os farmacêuticos com mais tempo de experiência falaram, durante as entrevistas, que se negam a ficar no balcão somente vendendo medicamentos. Afirmaram que essa medida é de interesse único do comércio, a fim de terem mais mão-de-obra com o objetivo de promover vendas, tirando o farmacêutico do foco do que seria a sua atividade principal. Eles se colocam como profissionais de saúde e não concordam com essa visão empresarial.

[...] a maioria [dos farmacêuticos] ainda não tem noção exata do que é o atendimento farmacêutico. A maioria dos colegas alega que gosta de ficar no balcão vendendo, eu acho que foge ao trabalho... As pessoas não têm noção exata do que seja o atendimento farmacêutico. As redes estão incentivando que o atendimento seja apenas trocar a receita pelo medicamento genérico. Induz o farmacêutico para que ele troque por similar [medicamento] também, para ser solidário com o povo [porque é mais barato]... Assim, eles só comercializam medicamentos. Mas a maioria não sabe o que é um atendimento farmacêutico. O farmacêutico está presente? Sim. Tem que acompanhar a venda? Tem. E não deve ficar atrás do balcão, senão ele vai ter constrangimento. Porque a casa vai encher e o cliente, em primeiro lugar, não quer informação... Ele quer é comprar o seu medicamento. O farmacêutico está lá para ajudar, tirar dúvidas, e não para vender. (*Farmacêutico F1RE*)

O mesmo profissional cita um caso, que bem exemplifica como há uma pressão dos gerentes e proprietários nesse sentido:

Havia um colega [farmacêutico] que trabalhou na rede e ficava numa loja do município do Rio [de Janeiro], com dois balconistas. Saiu um e ele ficou fazendo o papel de balconista com uma balconista grávida. Com pena dela, ele veio trabalhar um sábado e um domingo [fora dos seus horários de trabalho]. Logo, o gerente já queria que ele viesse trabalhar todo domingo (...) que ele entrasse no plantão. Ele não quis e o gerente pressionou até ele ser mandado embora. *(Farmacêutico F1RE)*

Os farmacêuticos são chamados várias vezes, ao dia, para irem ao balcão da farmácia. Os balconistas e os clientes os chamam por inúmeros motivos. Ao longo das entrevistas os farmacêuticos apontaram como os motivos mais freqüentes dos balconistas os chamarem ao balcão: a necessidade de terem que pegar os medicamentos controlados. Esse motivo está relacionado à necessidade do balconista concluir a venda desse produto, visto que a chave do armário de controlados fica, no caso das farmácias de redes, sob a guarda exclusiva dos farmacêuticos. Outro motivo relacionado diz respeito à conferência das receitas de controlados recebidas pelos balconistas, que muitas vezes são checadas, uma por uma, com o farmacêutico, antes da conclusão da venda dos mesmos.

Ainda foi ressaltado que dúvidas quanto à comercialização e uso dos medicamentos controlados pela Portaria nº. 344/98 SVS/MS, são sanadas somente pelo farmacêutico. Em situações como, por exemplo, onde o cliente não entende o porquê da sua receita não ser considerada válida para o atendimento pelo balconista, ou quando o cliente quer levar uma quantidade superior de



medicamentos controlados em relação ao que a lei define (BRASIL,1998)<sup>28</sup>, quem vai explicar os motivos ao cliente é o próprio farmacêutico.

No caso dos clientes, o motivo principal para quererem falar com o farmacêutico relaciona-se a aspectos referentes à receita médica, tais como a dificuldade de compreensão da letra do médico, orientações quanto a posologia, possíveis interações com outros medicamentos, para que serve o medicamento que estão adquirindo. Eles querem saber sobre a doença que tem: o que causou, se tem cura, se o medicamento que estão tomando corresponde ao problema de saúde. Em suma, querem orientações sobre o uso dos medicamentos e que o farmacêutico lhes transmita confiança na aderência ao tratamento farmacológico.

[...] o cliente quer informações sobre os medicamentos que foram prescritos pelo médico. (...) Ele pede informação ao farmacêutico... para saber para que serve esse medicamento... Ele já vem do médico, mas ainda te solicita para você orientar a cada indicação do medicamento prescrito, para ele poder entender. Tem outro fato também (...) e acontece muito por causa do [baixo] poder aquisitivo da população. Eles querem saber qual é o medicamento principal na receita. Falo que todos são importantes, uns são adjuvantes, um medicamento auxilia o outro em benefício da saúde dele... Mas como o cliente está sem dinheiro, ele quer tentar levar dali o que ele acha mais importante. Muitas vezes, eu sou solicitado pelo cliente realmente, eu acredito que seja no sentido de transmitir confiança no medicamento. Então, ele pergunta para que serve, para que é indicado aquele medicamento... E quando você responde, ele se sente confiante de usar o medicamento. (*Farmacêutico F5RE*)

Não houve diferenças entre as respostas dos três grupos de farmacêuticos entrevistados nesse quesito. Por fim, também foram citadas como razões para a ida do farmacêutico ao balcão da farmácia: a supervisão aos balconistas, a elucidação

---

<sup>28</sup> A Portaria nº. 344/98 SVS/MS (BRASIL, 1998) define todas as condições para a comercialização de medicamentos que tenham substâncias controladas por essa norma, no território nacional. Em muitos casos, as receitas de medicamentos controlados chegam às farmácias com quantidades de caixas de medicamentos em número superior ao limite estabelecido pela Norma, a qual define que a quantidade máxima de medicamentos autorizados a serem dispensados se referem ao tratamento no período de sessenta dias, conforme análise da posologia descrita na receita.

de dúvidas sobre as receitas e o atendimento de reclamações sobre os produtos comercializados na farmácia e que provocaram dano ao cliente<sup>29</sup>.

Merece ainda ser registrado a unanimidade na insatisfação dos profissionais em relação a dois itens: sobre a falta de tempo para os farmacêuticos estarem se inteirando de todas as atividades realizadas na farmácia e sobre a ilegibilidade da letra do médico, como um fator que é crítico na rotina das farmácias.

[...] uma coisa grotesca é não entender nada que o médico coloca na receita. Creio que o esquema terapêutico de muitos não deve dar certo e é por causa disso (...) porque muitos não entendem [a receita]. Um comprimido quantas vezes por dia mesmo? Os clientes dizem: “*Eu ouvi ele [o médico] falar que é para tomar pela manhã, vou tomar pela manhã.*” (Farmacêutico F2RE).

Há o foco da empresa em aproveitar ao máximo a mão-de-obra farmacêutica, principalmente dos recém-formados que trabalham em redes, os “convidando” a fazer atividades administrativas no interior das farmácias, tais como lançando todas as notas fiscais de compra de medicamentos da farmácia, afastando-os da atividade de supervisão da dispensação de medicamentos e dos possíveis erros que podem ocorrer nesse momento, tais como o descrito a seguir:

[...] porque muitos médicos não frisam por quanto tempo o paciente vai ter que tomar o antibiótico. (...) que coisas que eu vi... De balconistas venderem antibiótico para 30 dias da seguinte maneira: se é três vezes por dia, ele vende o similar da seguinte forma: três vezes ao dia por 30 dias: “*Aí, rapaz, você vai ter que tomar 90 comprimidos.*” (...) Teve dia de ter balconista assim... (Farmacêutico F1RE)

Foi inquirido aos entrevistados a respeito de atividades relacionadas à dispensação de medicamentos e ao atendimento de prescrições de medicamentos genéricos na farmácia. A participação do farmacêutico nessas etapas foi pesquisada a fim de perceber como a mesma se processava e o grau de envolvimento deles nessas práticas.

---

<sup>29</sup> Nesses casos, foram citados exemplos de tinturas para o cabelo que geraram irritação no couro cabeludo dos consumidores.

É notório o impacto que é a etapa da dispensação de medicamentos na farmácia. Os autores Dupim & Righi (1997) afirmam que a dispensação de medicamentos seria o ato de orientação direta do profissional para o usuário sobre o uso correto de medicamentos, nos seus parâmetros farmacocinéticos, farmacodinâmicos e na farmacovigilância. Ressaltam que esse ato teria destaque na cadeia da Assistência Farmacêutica e poderia ser dividido nas seguintes etapas: (1) Abordagem do paciente; (2) Análise da prescrição; (3) Controle de qualidade; e (4) Orientação.

Analisando o processo de dispensação que ocorre nestes estabelecimentos, sob esse ângulo, se verifica a aproximação do farmacêutico com o paciente de modo ainda tímida, e na medida em que este profissional tem como sua atividade principal — ou aquela que ocupa uma fatia considerável do tempo em que está presente no estabelecimento — o controle de medicamentos da Portaria nº. 344/98. Quando encerra essa atividade, ele se vê ora inserido em atividades administrativas solicitadas pela farmácia, ou ainda ele se direciona ao balcão de modo a participar das vendas da farmácia ou para se dedicar a observação da conduta dos balconistas frente a dispensação de medicamentos.

Nos estabelecimentos farmacêuticos, a dispensação de medicamentos ocorre basicamente pela ação dos balconistas. Eles se encarregam de receber o paciente, ler a prescrição, ou ouvir o pedido verbal do medicamento solicitado e concretizam a venda.

[...] a solicitação do medicamento... muita coisa é verbal. Eu já passei para as meninas [as balconistas] que vai chegar a hora que eu vou ver os medicamentos tarja vermelha serem vendidos somente com receita médica, que não tem. (*Farmacêutico F3RE*)

Foi percebido certo sentimento de impotência frente à infra-estrutura existente nas farmácias. Como se coubesse aos farmacêuticos realizar somente as atividades possíveis permitidas pelos estabelecimentos. A maioria dos farmacêuticos disse que ficam por perto, participam da dispensação, ficam próximo, “de olho”, checando as receitas.

[...] a primeira coisa a fazer é pegar as receitas de medicamentos controlados e, depois que acabar, ficar no balcão acompanhando a venda desde o início (...) até o final no caixa (...). O farmacêutico ajuda a prestar informação sobre como tomar o medicamento, (...) Nós não devemos deixar transparecer dúvidas no cliente em relação ao seu serviço. Ele tem que aprender que o farmacêutico está lá para orientar e até para mostrar o fator que causou a doença que tem. (...) Tem que acostumar a clientela a te ver presente para tirar dúvidas e não para fazer descontos maiores ou menores. (...) A dispensação é uma via de risco na farmácia. (*Farmacêutico F1RE*)

[...] eu estou sempre do lado, às vezes eu estou até olhando as receitas que eles estão dispensando para saber se estão tendo algum problema, se estão dispensando corretamente. (...) na maioria das vezes, eu estou próximo. (*Farmacêutico F2RE*)

Mas a participação deles, de modo geral, tem sido passiva frente à dispensação de medicamentos: se posicionam como meros inspetores da prática delegada aos balconistas, diminuindo as interrupções neste processo, como para retificar atos deles à medida que o tempo passa. Muitos aderem, sem questionar, a engrenagem presente:

A dispensação de medicamentos é com os balconistas, os [medicamentos] controlados sou eu. É assim: chega a receita, tem o genérico e o similar que é mais barato... Geralmente o cliente leva o mais barato... e entrega o medicamento. (...) Na maioria das vezes, eu faço serviço burocrático, lançando nota fiscal... tem muita coisa assim. É raro eu participar da dispensação... Só quando é controlado mesmo... Antigamente, era a subgerente que lançava as notas fiscais da loja; depois que ela saiu, eu fiquei lançando. Se eu não tiro dúvidas, o balconista tira. (...) No início, quando eu via erros (dos balconistas), eu falava muito, depois eu fui parando... Eu estou em farmácia só há dois anos, já os balconistas tem mais tempo... [dando a entender que há resistência dos balconistas acatarem suas orientações] (*Farmacêutico F4RL*)

O cliente leva o medicamento mais barato. Me desculpe, mas eu não interfiro... Às vezes, o cliente quer o mais barato e está sem receita... , eu não me meto, porque ele já usou o remédio antes, não posso fazer nada porque a empresa tem que ganhar o dela. O medicamento aqui quando sai de boca sai direto, e aqui sai medicamento à beça de boca. [...] pedem com o dedo e eu não posso fazer nada, pois o cara já sabe, entendeu? (*Farmacêutico F2RE*)

Ao se indagar sobre como era realizada a dispensação de medicamentos nas farmácias aonde trabalhavam, as respostas indicaram um fluxo padrão de atendimento independente da rede de farmácias analisada. Em grande parte dos casos, era considerado suficiente o cliente chegar à farmácia e pedir o medicamento ao balconista, que o mesmo é dispensado. Nesse contexto, o balconista tem uma presença marcante no balcão, onde a indicação de especialidades farmacêuticas se apresenta como um ato natural na cultura da farmácia.

Barros (1997) já discutia o contexto nacional onde, nas farmácias, os balconistas vem desempenhando o papel de prescritores de medicamentos, favorecendo assim o crescente uso irracional de medicamentos. Essa prática ocorre de modo permanente nestes estabelecimentos, estimulando a população a utilizar diretamente os medicamentos invés de irem a serviços de saúde a procura de atendimento médico.

As exceções restringiam-se aos medicamentos controlados. Ademais, alguns farmacêuticos, de rede estadual, informaram ter criado um protocolo informal, para a venda de medicamentos como a pílula do dia seguinte e para antibióticos sem receita. A procura da pílula do dia seguinte é crescente nas periferias e, inclusive, por jovens meninas de até 12 anos de idade. Um dos entrevistados só dispensa esse medicamento com a receita ou o adulto tem que falar o nome do medicamento. Um outro exemplo: quando o cliente insiste em comprar o antibiótico sem receita, o

farmacêutico pergunta qual é a dosagem e se o cliente não sabe definir a mesma, é recomendado que ele procure o seu médico. Os profissionais reconhecem que essas medidas são mínimas dentro do contexto da realidade brasileira de venda de medicamentos, onde basta que o cliente peça o seu medicamento que o mesmo é entregue pessoalmente, por telefone ou por internet sem problemas.

[...] o cliente chega e o OTC<sup>30</sup> ele pode pegar, leva ao balcão, faz o orçamento e se encaminha para o caixa. No caso dos controlados, o balconista vê a receita e consulta o estoque. Se tiver o medicamento, coloca os dados do cliente na receita [conforme preconiza a Port. n.º. 344], e deixa a receita retida dentro do armário de controlados. (*Farmacêutico F3RL*)

Na verdade, o indivíduo pede e sai o medicamento que ele quer: 50% são pedidos de medicamentos com receita médica e 50% é sem receita médica mesmo... É só pedir... (*Farmacêutico F5FM*).

Em alguns momentos, como no caso acima, não se observa no ato da venda, na farmácia, a diferença entre os medicamentos que são com ou sem a tarja vermelha: “venda sob prescrição médica”. A cultura da farmácia é a de fornecer esses medicamentos tarjados, mesmo sem a de apresentação de receita, indicando o interesse unicamente no lucro decorrente daquela venda.

Dupuy & Karsenty (1980) ressaltam que frente aos riscos do medicamento moderno, se faz necessário que seu fornecimento seja acrescido de conselhos sobre a prudência do uso dos mesmos. Reconhecendo, ainda a importância do farmacêutico nesse processo para definir a posologia, a indicar as incompatibilidades eventuais com outras substâncias, e a corrigir possíveis erros de memória de quem prescreveu.

---

<sup>30</sup> O medicamento OTC vem do idioma inglês que significa “over the counter”, ou seja, sobre o balcão. São os medicamentos que podem ser comercializados sem a necessidade de apresentação de receita médica.

[...] uma particularidade torna a relação farmacêutico-doente mais que uma simples relação vendedor-cliente: é a função de conselheiro em matéria de saúde que o farmacêutico deve desempenhar. (DUPUY & KARSENTY, 1980:47)

Dupim & Righi enumeram que o farmacêutico, na abordagem ao paciente na farmácia, deve saber dados referentes ao mesmo, de modo a ajudá-lo no uso correto dos seus medicamentos, tais como:

Onde residem, onde trabalha, quais os sintomas que levaram à consulta, quais os medicamentos que vem usando nos últimos dois meses, os hábitos alimentares, de que forma se orienta para o cumprimento de horários (rádio, TV, relógio...), frequência com que consulta o médico e se é capaz de ler a receita e/ou, nome descrito na caixa do medicamento. (DUPIM & RIGHI, 1997: 152)

Tal como os autores citados acima, Pepe & Castro (2000) também reforçam que o ato de dispensar medicamentos não deve se reduzir unicamente a uma troca de receita por medicamentos, devendo haver, neste momento, o fornecimento de informações referente ao uso de medicamentos ao paciente.

No processo de dispensação, outro item a ser observado é a análise das prescrições que chegam à farmácia. Esta etapa foi considerada de suma importância por muitos farmacêuticos, na medida em que a incompreensão das informações contidas na receita impossibilita a dispensação do medicamento e o acesso da informação referente ao tratamento terapêutico por parte do paciente.

Ao longo das entrevistas, os farmacêuticos enumeraram uma série de fatores farmacodinâmicos, farmacocinéticos e legais que poderiam até impedir o atendimento e venda do medicamento prescrito pelo médico. O que chama a atenção é o modo como é executada essa prática profissional.

Há prioridades no âmbito das atividades a serem desempenhadas pelo farmacêutico nas farmácias, e a dispensação de medicamentos é considerada por

muitos dos farmacêuticos como atividade secundária. Esse fato decorre da verificação que o foco de seu trabalho é o controle da venda dos medicamentos controlados. A impressão da pesquisadora é que o atual processo de dispensação preocupa-se mais com os aspectos legais das receitas atendidas do que com a orientação sobre o uso do medicamento a cada portador de receita que entra na farmácia. Há uma atenção focada na receita e não no paciente:

Geralmente é assim (...) só vejo se a receita está correta e como é que está prescrito o medicamento. (*Farmacêutico F5RL*)

[...] é raro participar da dispensação... Só [participo] quando é controlado mesmo... (*Farmacêutico F4RL*)

Conforme visto no *checklist* proposto abaixo (figura 3), a orientação deve e pode fazer parte do processo de dispensação de medicamentos, se inserindo como um momento de orientação, onde o farmacêutico, frente-a-frente com o cliente, investigará quais informações sobre o uso de medicamentos já são de seu domínio. Este cliente pode ser o próprio usuário do medicamento ou o cuidador da pessoa que fará uso dos medicamentos adquiridos.

Cabe ao farmacêutico apropriar-se desse momento de dispensação de medicamentos, a fim de poder efetivamente verificar se os horários para uso, o modo de usar, a posologia, a via de administração, as reações adversas, as condições de armazenagem, são de seu conhecimento. Ademais, verificar também se é a primeira vez que usa o medicamento, se consegue responder as questões sobre a utilização do medicamento e criando o estímulo de buscar orientação do farmacêutico ou do seu médico, caso não consiga responder as questões apresentadas abaixo:



**Figura 3: Checklist de Dispensação de Medicamentos**

1.  O nome do seu medicamento (nome comercial e nome genérico)
2.  Quais efeitos são esperados do seu medicamento?
3.  Qual a quantidade de medicamento que você irá tomar?
4.  Qual a dose e a que horas você deve tomar cada dose do medicamento?
5.  Você pode tomar seu medicamento com alimento ou com outro medicamento?
6.  Por quanto tempo você necessita tomar seu medicamento?
7.  O que fazer se você esquecer de tomar o medicamento ?
8.  O que você deve evitar enquanto estiver usando o seu medicamento?  
(Por exemplo: álcool, certos alimentos, leite ou outros medicamentos)
9.  Existe alguma restrição em relação a alguma atividade que realiza diariamente? (Por exemplo: dirigir automóveis ou operar máquinas pesadas)
10.  Quais possíveis reações adversas podem acontecer e o que fazer se elas ocorrerem?
11.  Quanto tempo esperar para comunicar ao seu médico que o medicamento não está melhorando os seus sintomas?
12.  Como armazenar corretamente seu medicamento em casa?
13.  Qual é a data de validade do seu medicamento?

Fonte: <https://www.drugdigest.org/DD/SeniorCorner/PrintableMedsCheckList/0,10371,,00.html>.  
Acessado em 14 de abril de 2005.

Os farmacêuticos entrevistados participam orientando e acompanhando as ações feitas pelos balconistas e, quando é percebida a necessidade de guiar o uso dos medicamentos, essa ação é assumida por eles.

Uma rede estadual iniciou, ao longo do último ano, um trabalho de seguimento farmacoterapêutico, que se concentra no momento da pós-venda do medicamento. Os balconistas ou os próprios farmacêuticos, ao longo do expediente, vão convidando clientes que queiram fazer parte do seu cadastro. São anotados seus dados cadastrais e os medicamentos que foram comprados na drogaria. Após um período de até uma semana, o farmacêutico mantém contato telefônico com o

cliente, se (re)apresenta e pergunta como está sendo o uso dos seus medicamentos. No final, é até perguntado se foi bem atendido na rede.

Essa prática não é focada em nenhum grupo específico de medicamentos, ou de patologias, ou de pacientes. Aglutina, assim, uma quantidade ímpar de informações, dúvidas e orientações específicas que devem estar disponíveis para o farmacêutico passar ao paciente que está sendo contactado. A falta de um treinamento efetivo entre os participantes do projeto, de especificidade de abordagem, de padronização de ações e a ação sem resultados, comprometem o desenvolvimento dessa iniciativa e levam a uma situação aonde não se chega a nenhuma conclusão a partir dos dados da observação de cada caso abordado.

Devemos reconhecer que o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente é uma etapa fundamental para a promoção do uso racional de medicamentos.

Quando perguntados se os balconistas tinham treinamento para realizar a atividade de dispensação, muitos farmacêuticos afirmaram que deram treinamento por conta própria, não tendo sido mostrado para essa pesquisadora, nenhum registro dos últimos treinamentos dos mesmos. Treinamento não é uma rotina.

Eu tiro dúvidas [dos pacientes]... Senão, o balconista tira... Se os balconistas têm treinamento? Eu fiz um POP<sup>31</sup> e pedi para eles (os balconistas) darem um visto... Passei para eles. (*Farmacêutico F4RL*)

Os balconistas são treinados... Há um caderno para o treinamento (...), pego os POP's e há treinamento na matriz também. (*Farmacêutico F2RE*)

---

<sup>31</sup> POP é a descrição escrita pormenorizada de técnicas e operações a serem utilizadas na farmácia e drogaria, visando proteger, garantir a preservar a qualidade dos produtos, a uniformidade dos serviços e a segurança dos profissionais (CFF, 2001).

Os farmacêuticos de rede estadual trouxeram a informação que o treinamento aos balconistas é dado pela matriz, havendo desse modo pouca participação dos farmacêuticos com as etapas e o foco do treinamento fornecido.

Deve ser mencionado que as farmácias e drogarias do estado do Rio de Janeiro ainda estão na fase de elaboração dos seus manuais de Boas Práticas de Farmácia, conforme recomenda a Resolução nº. 328/99 da ANVISA (BRASIL, 1999), de modo que ainda não é claro como se procede ao treinamento e supervisão dos balconistas nesses estabelecimentos. Esta Resolução apresenta no seu anexo — que é um roteiro de pré-inspeção de farmácias e drogarias — itens a serem verificados, sendo recomendável que os mesmos sejam cumpridos pela farmácia. Dentre eles, está o treinamento dos funcionários com seus respectivos registros.

Foi enfocado também como se dá a divisão de trabalho dentro das farmácias comunitárias e as tarefas executadas pelos balconistas. O controle da tarefa de dispensação, que muitas das vezes está no domínio de ações do balconista, ocorre simultaneamente com outras atividades ao longo da sua jornada de trabalho.

Os balconistas possuem áreas de trabalho separadas, previamente definidas, e são funcionários tipo “faz tudo”, realizando atividades como a dispensação de medicamentos, a limpeza das seções da farmácia, etiquetagem dos medicamentos, arrumação das prateleiras, observam os prazos de validade, anotam as faltas de medicamentos e ajudam a gerência a fazer as compras. Alguns varrem as lojas e ainda entregam medicamentos, quando os entregadores estão na rua.

Foi especificamente indagado dos balconistas, buscando-se entender, com mais detalhes, a perspectiva das ações e a dinâmica de trabalho que ocorre dentro do estabelecimento farmacêutico.

Enquanto a equipe de funcionários da farmácia se ocupa do produto medicamento, que — como mercadoria que é — deve estar disposta, organizada, controlada, a fim de atender as exigências de qualidade do mercado, o farmacêutico se coloca na farmácia, de branco, com a postura de um profissional de saúde, que a todo o momento pode flagrar uma situação antiética e que pode comprometer a saúde do cliente. Essa dicotomia de interesses pode gerar pontos de conflito ou de cooperação. A articulação do farmacêutico dependerá da sua própria consciência como profissional de saúde, aliado à formação acadêmica que recebeu e ao tempo de experiência profissional que possui, e ao interesse de fazer desse momento profissional um espaço de conquistas, onde cada ato, reflita um arcabouço de conhecimentos em prol do paciente.

O trabalho do farmacêutico encontra-se delimitado nesse espectro como resultado das forças que agem sobre ele no dia-a-dia: o patrão, os balconistas, com a cultura da farmácia de vender medicamentos como se vendessem parafusos: objetivando o lucro e nada mais. A pressão por parte da população que vai à farmácia e quer levar seu medicamento, como se fosse natural se automedicar, ou ter os balconistas como prescritores na farmácia. Por fim, poder-se-iam acrescentar as próprias posturas governamentais, onde a Vigilância Sanitária não cria oposição a venda de medicamentos sem a apresentação da receita, como se esse sistema tivesse vida própria e outros focos fossem mais importantes. A influência social constante conduz o farmacêutico à percepção de um estado de persuasão interpessoal, onde ele fica convicto que seu raio de ação é somente o permitido para sua atuação na farmácia. A tensão decorrente desse contexto se assemelha ao estado de impossibilidade de mudar as coisas à sua volta, tendo a possibilidade de surgir situações de submissão como uma das respostas ao problema.

A introdução de um questionamento específico sobre os medicamentos genéricos buscou investigar uma prática que o farmacêutico deve proceder conforme a legislação sanitária e profissional vigente, que é a intercambialidade de medicamentos. Nesse sentido, foi perguntado aos farmacêuticos se a população tem pedido mais medicamentos genéricos, ao longo do tempo. Todos concordaram com a expansão das vendas de medicamentos genéricos nas farmácias, mas muitos ressaltaram que os medicamentos similares são mais baratos, e é esse fator que direciona a venda no balcão; também que os médicos particulares ainda tem muita resistência em prescrevê-los, em oposição aos da rede pública de saúde.

Em uma fala anteriormente citada, surgiu a implicação do medicamento genérico com a rede de descontos e bonificações oferecidas ao proprietário da farmácia e aos balconistas, como incentivo para ofertar o genérico de um laboratório específico no seu dia-a-dia. Surge assim um dado novo, que é a informação de que “empurrar” o medicamento genérico se tornou mais fácil do que aos outros.

Os farmacêuticos foram especificamente indagados se vão ao balcão para atender situações referentes ao medicamento genérico. A maioria respondeu que sim, em particular para fazer a intercambialidade e para tirar dúvidas dos clientes.

Tenho ido várias vezes (...) Porque a troca [do medicamento referência pelo genérico] é feita pelo farmacêutico mesmo... Só o farmacêutico pode fazê-la. (*Farmacêutico F1RL*)

Dois farmacêuticos, um de rede local e outro de farmácia familiar, disseram que não se dirigem ao balcão para ações relacionadas com o medicamento genérico. Essa segunda resposta é previsível visto que o balcão é reconhecidamente o lócus de trabalho do balconista, que como “bom” profissional

resolve tudo lá, até o que seria da competência do farmacêutico, que está ocupado lançando notas fiscais de todos os medicamentos da loja.

Por fim, quanto às questões trazidas pelos clientes em relação ao medicamento genérico, os entrevistados informaram que a maioria das dúvidas refere-se, principalmente, à qualidade e efetividade deste tipo de medicamento, ao porquê do similar ser mais barato, se o medicamento genérico funciona e se é a mesma coisa que o medicamento de referência.

### **Fatos marcantes na carreira**

Todos nós trazemos uma história de vida com marcas, como resultado de nossa vivência e da interação com o mundo que vivemos. As experiências que acumulamos, muitas vezes, nos dão a direção do caminho que escolhemos seguir e, sobre essa perspectiva, foi perguntado aos entrevistados sobre algum fato que tivesse marcado as suas carreiras.

Essa pergunta, devido a sua amplitude, não trouxe respostas imediatas de todos os entrevistados. Muitos não encontraram um fato em específico para declarar. Foram mencionadas situações envolvendo trocas e influências recíprocas.

Sobre o que marcou a minha carreira, tirando o Projeto Rondon, foi importante, alguns tipos de dúvidas que os pacientes trazem aqui, que eu fico achando se vou ter condição de responder tudo que vão perguntar (...) É o tal desafio. Isso e a auditoria que teve aqui na empresa. (...). Perguntavam tudo, sobre medicamento, por exemplo, porque que o medicamento estava ali e não aqui, o que diz a lei sobre esse fato, me mostra a lei, que impedimento pode ter nesse parágrafo (...) E não eram perguntas de clientes, você tem que falar e eles vão anotando. Foi um fator determinante na minha carreira essas situações. (*Farmacêutico F1RE*)

Os casos pinçados no cotidiano também influenciaram alguns farmacêuticos na orientação de se empenharem ainda mais como profissionais de saúde nas

farmácias comunitárias. Reconheceram o poder da informação na transformação dos estilos de vida e no autocuidado, principalmente de pacientes idosos, e o reconhecimento das pessoas e gratidão pelo auxílio prestado aos mesmos.

A minha trajetória teve muitas coisas marcantes, mas de tudo... eu vou ser franco para você... depois de formado, o que mais marcou a minha vida foi uma cliente que chegou aqui para perguntar se para radiografia ela precisava ficar em jejum. (...) E ali eu me deparei e vi que o povo está muito mais desinformado do que eu imaginava.  
(Farmacêutico F4FM)

Dentro da profissão, tive vários momentos que marcaram, mas para mim o que marca muito é quando entra uma pessoa que está com um problema de saúde, às vezes sério, que você pensa até que não vai chegar a um bom termo e você o ajuda, orientando sobre como usar seus medicamentos e, depois, aquela pessoa retorna totalmente curada... Para mim, isso já aconteceu várias vezes, são muitos anos de balcão. Porque (...) eu sempre me envolvo muito com o paciente. É um vínculo que a gente cria. É uma preocupação nossa de querer até aliviar aquele sofrimento da pessoa em termos de saúde.  
(Farmacêutico F1RE)

Esses “desafios” fizeram esses farmacêuticos mais sensíveis às questões da profissão, fortalecendo-os na busca de superação de seus potenciais, dando um destaque à prática profissional.

### **A opinião sobre a sua inserção e perspectivas na farmácia**

Embora a presença regular nas farmácias já seja uma realidade para muitos farmacêuticos, buscou-se entender como este fato é percebido por eles e o impacto nas suas vidas. Do mesmo modo, foi indagado a projeção que esses profissionais fazem para a carreira e a prática farmacêuticas para os próximos anos.

Todos se manifestaram de forma positiva, vendo a presença do farmacêutico na farmácia como um ganho tão importante para a classe bem como para toda a sociedade. Esse processo, segundo eles, teve boa repercussão tanto pelas

farmácias como pela população, que no início estranhavam a presença deste profissional e falavam com surpresa: “*Tem farmacêutico na farmácia?*”

Essa integração tem sido construída no cotidiano, sendo percebido por alguns entrevistados que alguns farmacêuticos estão perdendo o foco principal das suas ações — o cuidado ao paciente — e aceitando trabalhar como gerentes, o que para eles corresponde a uma forma negativa de participação, pois há a intenção principal de realizar atividades relacionadas com a supervisão administrativa.

Farmacêutico gerente não tem nada a ver. Como ser atencioso e promover qualidade de vida se uma pessoa só pensa no lado administrativo da loja? (*Farmacêutico F2RE*)

Eu vejo com bons olhos o farmacêutico estar na farmácia e na drogaria, mas não sei se vai funcionar mesmo. Eu não sei se vai ser bom ou ruim, porque pode comprar o farmacêutico... E, nessa situação, não é difícil comprar um farmacêutico, por um bom salário (...) Está começando a prostituição por aí, pela questão do farmacêutico gerente. (...) Eu acho que se for um bom gerente, o farmacêutico vai observar tudo que está acontecendo na farmácia, e como ele estará fazendo as compras, como ele estará à frente das vendas, ele vai ver os lucros e vai querer ganhar mais... Não vai querer ganhar só esses R\$ 2200,00... Então, está arriscado a gerar a prostituição. (*Farmacêutico F2FM*)

A perspectiva de que o farmacêutico se direcione unicamente para o lado comercial da farmácia é uma preocupação dos entrevistados.

Eu vejo farmacêuticos, no futuro, como balconistas melhorados. Tem que ter um trabalho muito grande do governo, de todo mundo, para não virar um balconista de luxo ou um farmacêutico ruim. Daqui a cinco anos mais ou menos, vai ter uma porção de farmacêutico na farmácia comissionado, pode ter certeza. Teve uma rede em Niterói que me chamou para trabalhar e falou: “*Ele te dá R\$ 2.200,00, o piso salarial, e te dá a comissão de balcão... O balcão é todo seu. Você trabalha 8 horas por dia, sendo que a responsabilidade técnica ia ser de 12 horas*”. Eu não tiraria menos que R\$ 4.000,00, brincando, (...) A respeito da minha perspectiva, eu só tenho medo disso, que os farmacêuticos, como eu costumo dizer, se prostituam... Aí, vai ser muito difícil, porque a fiscalização não vai conseguir combater a farmácia. (...) mas hoje, por exemplo, não tem como a fiscalização chegar e combater de uma vez só... Tem que vir mudando aos poucos, porque é uma máfia muito grande... Tudo tem que ter uma base, o conselho mesmo tem que fiscalizar. (*Farmacêutico F2FM*)



Um processo de mudança organizado surge como uma necessidade de ajustamento das atividades realizadas pelos farmacêuticos. Estar na farmácia é um passo do caminho, mas como configurar essa prática é o passo seguinte. A atuação do farmacêutico não pode perder o eixo de orientador sobre o uso e consumo de medicamentos, sendo reconhecido por muitos a necessidade de inserir no dia-a-dia as práticas focadas no paciente, como a Atenção Farmacêutica.

Agora que os donos de farmácia pararam para raciocinar e acham que o salário (es)tá meio alto para aquilo que eles acham que o farmacêutico tem que fazer.. Por esta razão, nós temos que estar juntos na farmácia, trabalhando e mostrando a Atenção Farmacêutica para o paciente vir perguntar por você. (*Farmacêutico F1RE*)

É necessário, ademais, ter uma estratégia para planejar a presença do farmacêutico, para que suas ações sejam coerentes com a sua condição de profissional da saúde. O distanciamento de décadas do farmacêutico fez surgir um borramento do que seria a sua função. Os balconistas foram gradativamente ocupando o papel dos farmacêuticos e agora as farmácias querem os farmacêuticos para atuar como balconistas.

A projeção do futuro é visto pelos farmacêuticos com entusiasmo. As falas refletem perspectivas bem sucedidas, com a expectativa do farmacêutico em ser reconhecido pela sociedade, exercendo com mais plenitude suas funções na farmácia.

Espero que seja promissor, devido a atuação do farmacêutico focado na atenção farmacêutica. Agora, é complicado, não há atenção farmacêutica (...) Eu não estudei isso, mas como as pessoas já estão falando e já tem livros, eu creio que para o futuro já vá chegar nas instituições de ensino. Eu creio que, no futuro, o farmacêutico será muito mais atuante (...) e mais aceito e reconhecido pela sociedade. Será um esforço nosso que estamos engatinhando, porque não tem nada pronto, programado para a gente. De modo que estamos cada um trilhando um caminho, mas como essa discussão já está aberta e caminhando em livros e discussões em faculdade, eu creio que será

promissor. O farmacêutico será reconhecido pela sociedade, como um profissional de saúde muito mais atuante do que ele é agora. *(Farmacêutico F2RE)*

É esperado também que haja, em determinado momento, a ocorrência de ações políticas, sanitárias de organismos governamentais que dêem o suporte necessário às alterações dos processos de trabalho dos farmacêuticos.

### **Categoria III – As dificuldades da população no uso dos medicamentos**

Ao enumerarem as dificuldades da população no uso de seus medicamentos, os entrevistados acrescentaram mais um item aos já descritos anteriormente, tais como a letra ilegível do médico e a não compreensão do uso do medicamento: o custo dos medicamentos.

Esse elemento é de grande relevância para o consumidor no momento da compra do medicamento. Para Luiza & Bermudez (2004), a questão do poder de compra do usuário se insere como um dos fatores decisivos para o acesso aos medicamentos, devendo existir a compatibilidade entre o preço do medicamento e a capacidade aquisitiva dos usuários para que se realize este acesso.

No decorrer das entrevistas, vários farmacêuticos relataram que o cliente quer entender/conhecer, no corpo da receita, qual produto é o mais importante, para poder eleger a compra deste, desprezando assim a aquisição dos demais medicamentos prescritos, por não ter condição econômica de comprá-los.

[...] eles questionam muito a medicação prescrita. Muitos deles cortam pela metade a receita, inclusive perguntam: *"qual que é para dor? Me vê o da dor... Esse médico está achando o que? que eu sou milionário?"* *(Farmacêutico F3RE)*

Essas dificuldades da população quanto ao uso de medicamentos se estabelecem, na medida em que, o atual sistema de funcionamento das farmácias comunitárias não elege o paciente como o foco dos seus serviços.

É tradicional, nas redes estaduais, um perfil onde a comercialização dos medicamentos de referência e genéricos compõe o eixo principal das vendas, com os medicamentos similares se apresentando timidamente em algumas dessas redes. Quanto à faixa salarial de seus funcionários, ela é referenciada por um piso salarial, que contrasta com o elevado faturamento dessas empresas. Em muitas dessas redes estaduais não é repassada comissão para os balconistas, tendo os mesmos somente o salário fixo na CTPS.

[...] hoje, a maioria dos funcionários da drogaria vieram de supermercado. Antes não, eles vinham de fora. Agora eles aproveitam daqui mesmo. (...) Isso acontece por causa da questão salarial: o balconista de fora não quer vir para aqui. Convidamos, mas ele não vem. O salário aqui é muito menor. Aqui não ganha comissão, não ganha incentivo. (...) Eu sou contra comissão que eles dão em algumas drogarias, porque estimula a “empurroterapia”, a venda de medicamentos indiscriminada... Eu acho errado. Ganhar uma comissão vai estimular a venda de “gueuta”. (*Farmacêutico F5RE*)

Em outro ponto, o que se observa no estado do Rio de Janeiro é a aglutinação de pequenas farmácias, sob a “bandeira” de uma franquia de farmácia, já reconhecida na região. Com a instalação dessas redes de farmácias locais, é proporcionado aos empresários franqueados um custo menor na compra de medicamentos e produtos de higiene e perfumaria. Este fato se dá devido ao volume total de compra feito diretamente às indústrias, em função do número expressivo de farmácias franqueadas que realizam o pedido, gerando uma “elasticidade” maior no prazo de pagamento. Essa alternativa é crescente, no estado desde a década de 90, podendo ser considerada responsável pela expansão dessas redes de farmácias

locais. Elas apresentam um bom desempenho no setor, garantindo-lhes uma fatia do mercado de venda de medicamentos. Há, nas redes locais, todos os tipos de medicamentos autorizados para venda no país, sendo percebido o destaque no incremento da venda do medicamento similar e genérico, muitas vezes devido ao apelo das comissões sobre as vendas.

Em um terceiro grupo, se inserem as farmácias e drogas de base familiar, que não aderiram a franquias conhecidas de drogas e se mantêm no mercado através da conjugação da aproximação com o cliente, concedendo, muitas vezes, vendas no fiado, indicação mais intensa no momento da venda do medicamento, o oferecimento de medicamentos com menor preço, muitas das vezes associado ao medicamento similar, o bonificado.

A troca do medicamento prescrito pelo similar é mais intensa nas farmácias de rede local e nas familiares. E é nesses tipos de estabelecimentos que o salário dos balconistas recebe o maior incremento proporcional a vendas realizadas pelos mesmos: quanto maior o número de vendas de produtos bonificados, mais elevado tende a ser o patamar do salário no final do mês.

[...] tem balconista que o salário passa de R\$ 2.000,00. Em Rio Bonito e em Itaboraí, dependendo do movimento da loja, dá para tirar um salário bom, se o cara for bom... Aqui também dá, mas depende de mês para mês. Agora um balconista ruim, novo, dificilmente na parte da comissão ele tira menos que R\$ 1.200,00 por mês, e esse piso não é alto para o proprietário pagar. (*Farmacêutico F2FM*)

Os medicamentos se apresentam divididos entre os que possuem a tarja vermelha com os dizeres “venda sob prescrição médica” e os medicamentos sem tarja vermelha, que são vendidos, sem a obrigatoriedade da apresentação da receita médica. Uma prática que é comum em toda a extensão do comércio farmacêutico é a postura das empresas de, permanentemente, fazerem a venda de medicamento sem a exigência da prescrição médica.

## **Categoria IV – A satisfação dos farmacêuticos na farmácia**

### **Satisfação intrínseca ao trabalho**

A pesquisadora quis saber como se sentiam os farmacêuticos no seu dia-a-dia. Esta questão teve o objetivo de entender qual relação é estabelecida entre o farmacêutico e o seu lócus de trabalho e como essa situação pode ou não influenciar a sua prática profissional. Ao ouvi-los falar de como se sentem, foi-se abrindo caminhos para melhor escutar e entender suas impressões sobre a prática que desempenham.

Ao longo de todas as entrevistas os farmacêuticos, enfocaram dimensões econômicas, sociais, políticas e culturais ao caracterizar os eventos em que participavam. Com isso, se buscou saber como todas essas influências eram percebidas pelos sujeitos entrevistados e como esses problemas eram sentidos. Ao refletirem criticamente sobre a realidade vivenciada, eles apresentaram uma percepção comum.

A maior parte dos farmacêuticos demonstrou ter uma percepção íntima de sensação de vitória, por tudo que já foi conquistado. Muitos se acham bem sucedidos, fazem o que gostam, se sentem satisfeitos com a sensação de dever cumprido.

Eu sinto que eu estou fazendo a minha parte, como profissional na drogaria. Eu procuro fazer da melhor maneira possível. Eu me sinto recompensada, quando eu ajudo alguém. As pessoas falam: “*muito obrigada, farmacêutica*”. É muito bom ouvir: “*muito obrigado pela atenção, o médico não soube dar essa atenção.*” Isso para mim é o mais recompensante: dar a informação para a pessoa e perceber que ela compreendeu e está satisfeita... Isso é o mais importante.  
(Farmacêutico F2RE)

Depoimentos divergentes também foram dados. Houve os que relataram sobre os sentimentos de desânimo, monotonia e frustração que rondam as práticas dos farmacêuticos no cotidiano:

Eu penso que eu estudei tanta coisa sobre medicamentos e não é aplicado. O que eu estudei sobre Deontologia, eu uso, mas sobre medicamentos... (*Farmacêutico F4RL*)

Tem dia que eu me sinto uma secretária... Não fiz a faculdade de Farmácia para isso. Não dá tempo de eu fazer o que eu gostaria de fazer, porque tem muita receita para lançar, tem muito balanço para fazer. (...) Eu acho que a gente tinha que ser um pouco mais valorizada. (*Farmacêutico F4RE*)

Um dado que chamou a atenção que foi o fato de todos os farmacêuticos de farmácias de característica familiar terem sido os únicos que declararam, de forma unânime, que se sentem realizados, privilegiados e felizes com o trabalho que realizam, pelo retorno que têm com a população, por terem hoje uma consciência maior da Farmácia.

Eu gosto de trabalhar aqui. (...) Eu passei a gostar mais ainda quando eu comecei a entender o que representava o farmacêutico dentro da farmácia. Porque antes eu tinha uma visão deturpada da profissão. Gosto de estar aqui, gosto de ficar em contato com o público, gosto de orientar os balconistas... Na verdade, eu gosto de fazer tudo aqui. (*Farmacêutico F1FM*)

Como já mencionado, este grupo caracteriza-se por profissionais que trabalham em uma única farmácia, não tendo outros vínculos de trabalho. Nesse ponto, fica expresso que a realização profissional foi mais intensa — e, porque não dizer, mais habitual — em farmácias onde o farmacêutico se sente parte da equipe e com poder de decisão na dinâmica das suas ações. Já nas demais, o contraponto configura-se de forma bem clara:

Eu trabalho nessa rede local, a proprietária é farmacêutica e me dá motivação para estudar. Ela me libera para fazer cursos e compenso as horas depois. Posso me atualizar e atender melhor os clientes. Na outra rede, que é estadual, que trabalho à tarde, não permitem esse banco de horas. para os farmacêuticos , só para os outros funcionários da drogaria. Desse jeito impedem a possibilidade de atualização profissional. Lá eu não tenho acesso a internet, para pesquisar em sites de informação sobre medicamentos, só tenho o DEF e o livro ABCFarma. Eu tenho livros lá porque eu levo.  
(*Farmacêutico F5RL*)

A importância dada à realização profissional apareceu associada com variáveis tais como sucesso, vitória, solidariedade, sensação de ser útil e auto-estima. Já a insatisfação no trabalho apareceu relacionada à frustração, acomodação, falta de autoridade e de reconhecimento profissional, ausência de possibilidade de continuar os estudos, número insuficiente de funcionários na farmácia e conflito entre a autoridade administrativa e profissional. Outras questões relacionadas ao serviço em drogaria, tais como os dissídios salariais insatisfatórios, o choque com a incompatibilidade entre a teoria e a prática farmacêutica, o desvio dos planos da época da faculdade, também foram situações que apontaram a insatisfação intrínseca ao trabalho e que podem ter participação ou impacto no desenvolvimento de atividades na farmácia.

Os farmacêuticos mais jovens de redes têm uma decepção clara do trabalho que vem realizando e justificam que não pensaram que iam trabalhar em farmácia após a formatura; possuem outros vínculos empregatícios, gerando uma carga de estresse adicional, necessitando de maior esforço e adaptação entre esses ambientes diferentes, buscando melhores condições financeiras e profissionais. A falta de espaço para o profissional desempenhar sua atividade de orientação com privacidade e o fato da farmácia possuir uma organização estrutural complexa e desconhecida até o início do trabalho profissional, com relação aos funcionários,

divisão de trabalho, metas, hierarquia e normas que as regulam, são também parte do contexto onde está inserido o farmacêutico.

Éboli (2002) lembra que, para que a satisfação profissional seja completa, ela deve ser dialética e, nesse sentido, ressalta a importância da satisfação do farmacêutico no seu dia-a-dia como fundamental para o bom desenvolvimento técnico e profissional.

De modo geral, o que se observou é que quanto mais estreita é a relação do farmacêutico com a farmácia, maior é a sua satisfação e melhor é seu crescimento e progresso na farmácia.

Os farmacêuticos que exercem a sua profissão há mais de 20 anos formaram o subgrupo de profissionais que, em sua maioria, estabelecem uma relação de maior realização profissional. Este fato está associado ao reconhecimento por parte dos clientes da farmácia e dos demais colegas de trabalho da sua capacidade intelectual, de forma que o cotidiano deles transparece a segurança da sua posição na farmácia, tanto como profissional quanto como funcionário.

### **Satisfação em relação às condições de trabalho**

Como as condições de trabalho guardam ou podem guardar uma relação estreita tanto com a prática executada nas farmácias como com a satisfação dos profissionais, foi indagado destes como avaliavam o seu trabalho em relação a equipamentos, posto de trabalho, espaço, iluminação e ruídos.

A análise das respostas ratificou as dificuldades que o farmacêutico tem de se inserir no contexto da farmácia comunitária. Foi exceção encontrar farmacêuticos que tivessem um espaço destinado unicamente a eles na farmácia. As farmácias e



drogarias, ao fazerem suas adaptações estruturais, modernizando as suas lojas, estão extinguindo a sala que seria do farmacêutico. Esse espaço era tradicionalmente usado pelo farmacêutico para realizar a escrituração das receitas e notas fiscais relativas às transações comerciais dos medicamentos controlados. Com a sua extinção, o profissional teve que utilizar outros espaços na farmácia, muitas vezes extremamente inadequados, como por exemplo, áreas onde se faz também a separação de todas as mercadorias comercializadas na farmácia, sendo possível a utilização da mesa, pelo farmacêutico, somente mediante o término do trabalho dos outros funcionários. Poucas redes mantêm um espaço reservado na sala da gerência, onde não há privacidade, nem a possibilidade de deixar livros e demais material de estudo para as situações do dia-a-dia da farmácia, sem falar da impossibilidade de levar o paciente para uma sala mais reservada a fim de proporcionar um mínimo de atenção no cuidado a ser prestado pelo farmacêutico.

Muitos reclamaram de não possuírem um microcomputador, de modo a operacionalizarem os lançamentos dos dados dos medicamentos controlados, pelo menos na elaboração dos balanços trimestrais e anuais exigidos pela Portaria nº. 344/98 SVS/MS. O sistema informatizado das lojas é usado exclusivamente no controle administrativo das vendas dos produtos comercializados na farmácia.

As condições de trabalho podem ser particularmente insatisfatórias. Um farmacêutico que denunciou que, quando iniciou sua atividade na farmácia, não possuía sequer uma cadeira para sentar enquanto escriturava seus livros, situação só sanada quando um funcionário da limpeza trouxe uma cadeira, sem apoio nas costas, de outra filial que encerrou suas atividades:

[...] eu acho que tinha que ter um espaço para o farmacêutico, para poder estar chamando o paciente (...) Mas um espaço mesmo, que ninguém pudesse te interromper e o paciente pudesse contar realmente o que está se passando... Porque, num cantinho do balcão que a gente possa usar para falar com o cliente, às vezes ele se sente envergonhado de contar, às vezes, é um homem querendo falar de um problema de disfunção erétil ou alguma coisa parecida (...) mesmo aqui dentro: é a minha sala com o armário de controlados, não posso trazer para cá(...). As redes, a meu ver, teriam que investir mais no farmacêutico. Tinha que ter um sistema de computador para agilizar a confecção do balanço trimestral. (...) ia ser rapidinho, invés de ficar escrevendo (...) (*Farmacêutico F4RE*)

A pesquisadora percebeu que, quando haviam ambientes internos compartilhados pelos farmacêuticos, os mesmos, na sua maioria, eram iluminados de forma insatisfatória. E ficou registrado nas gravações o elevado índice de ruídos nas farmácias, principalmente na área do salão de vendas. Uma mistura de rádio com música ambiente, em alto volume; promotores de venda de medicamentos com microfones, tornando a poluição sonora um elemento preocupante nas farmácias de redes locais. Um farmacêutico também reclamou desse item, acrescentando o problema do somatório de barulhos externos que afetam internamente o trabalho na farmácia, sendo que, no momento da entrevista, escutávamos de dentro da farmácia uma música que vem da loja ao lado e buzinas de carros:

[...] a farmácia deveria ser um local isolado, com acesso ao público, mas que não tivesse ruído, barulho, corrente de vento... Esse barulho atrapalha a concentração, o seu raciocínio na hora de passar a informação, e a recepção da informação, ela vem distorcida. A cliente pode se distrair por aquela buzina que tocou na hora de explicar a posologia. Aqui tem muito barulho como aquele apito aquele som, na caixa de som da loja do lado. Eles botam o som alto para fazer um teste e tiram a nossa concentração. (*Farmacêutico F4FM*)

Outro elemento que chamou a atenção foi a “poluição visual” existente em diversas das farmácias comunitárias, onde se encontram um grande número de propagandas para medicamentos sem tarja vermelha, na forma de bandeirolas ou em *displays* com os medicamentos em prateleiras e gôndolas. Nestas, o cliente tem

livre acesso e pode escolher o medicamento, fracionado ou não, que melhor lhe agrada, através de parâmetros dos mais variáveis, como a forma do produto, o custo e a apresentação, por exemplo.

O calor no interior das farmácias é apontado como um problema grave de saúde pública. Os medicamentos que são dispensados nas farmácias e drogarias devem estar armazenados, de modo a garantir a qualidade e estabilidade dos mesmos, frente a variações de temperatura e umidade. A maioria dos medicamentos expostos à venda, nesses estabelecimentos, possui a orientação do fabricante para ficarem armazenados na faixa de temperatura ambiente de 15 a 25° C. Esses valores quase nunca foram verificados nesses estabelecimentos, gerando um risco no consumo dos mesmos pela população.

Três farmacêuticos, dois de rede estadual e um de farmácia familiar, expuseram como seria o ambiente de trabalho, se dependesse das suas iniciativas. O farmacêutico de rede local se referiu a espaços pensados para o paciente que vem a farmácia.

Tinha que ter cadeiras na farmácia, tinha que ter uma sala (...) uma mesinha, uma cadeirinha, se estiver passando mal, senta ali... Ter um [vasilhame com] água, compra o remédio, se precisar já tem a água ali. Tem que tomar ali, não precisa pedir: "*Me arruma um copo d'água*". Toma o remedinho dele na hora. É um lugar de saúde... Teria até uma revista ali do lado dele, falando sobre medicamentos, instruindo ele e, se ele tiver dúvida, a gente prepara, até organiza uma revista informativa, umas folhas impressas... (*Farmacêutico F4FM*)

Outro farmacêutico espera que as farmácias, no futuro, sejam focadas no paciente e com a multiplicação de orientações, de modo a assegurar o melhor uso dos medicamentos:

Eu mudaria o *layout* da loja todinho, para chamar a atenção para aquilo que eu acho que é essencial: o medicamento. Deveria haver mais responsabilidade, dando mais ênfase a ele [o medicamento]. Devia abrir caminhos para esclarecimento das doenças tipo diabetes, câncer (...) E [existir] profissionais que pudessem esclarecer isso, orientar. (...) Para você dar credibilidade, teria nichos específicos. E você [deveria] ter conhecimento sob o aspecto e induzir a autoconfiança (...) Na busca até da qualidade de vida. Tentando tomar conta da atenção, porque quando você dá atenção... você tem retorno. Eu não posso imaginar muito não... É uma troca, sabe. O meu sonho é ver a venda com prescrição médica, e ver a vigilância sanitária ser mais rígida com as tinturas para cabelo... Esses cosméticos que existem por aí têm uma química fortíssima, não é inócuo. [...]. Trabalhar a farmácia como um estabelecimento de saúde e não como comércio.”(Farmacêutico F3RE)

O terceiro farmacêutico afirmou que as suas sugestões para adequação da drogaria a serviço do paciente tinham sido aceitas pela rede e que, no próximo mês, já iriam melhorar as condições de atendimento do cliente. Percebe-se claramente o envolvimento do farmacêutico nesse sentido.

Mesmo agora, eu sugeri para fidelizar o cliente. Sugeri colocar dois bancos, aquelas cadeiras ligadas de ferro, aqui dentro, porque chega um cliente, um paciente idoso, e ele vai ficar sentado ali, enquanto o outro está sendo atendido no balcão. Vai vir no mês de janeiro. Um telefone a nossa disposição, para ter esse contato com o cliente. Nós temos um que é interno. Pedindo eles mandam direto. Uma mesinha com chá e café, para as pessoas que estão aguardando. E houve a promessa que vai ser atendido... E essas coisas não são tão caras. Na rotina da empresa, no tocante a drogaria, somos nós que estamos, e a empresa aceita nossas sugestões, ou se discute até chegar a um bom termo, mas nada que impeça o trabalho ou que contrarie também o nosso serviço. (Farmacêutico F5RE)

### **Satisfação em relação à organização do trabalho**

Quanto às condições referentes às regras, condutas, procedimentos internos, desempenho nas farmácias comunitárias, os farmacêuticos sinalizaram aspectos positivos, na maioria dos casos.

Um único farmacêutico ressaltou a dificuldade que tem de se desfazer dos medicamentos vencidos na farmácia. Pela legislação vigente, o descarte de medicamentos vencidos é da responsabilidade da própria farmácia (BRASIL, 2004),

sendo que o seu estabelecimento se recusa a pagar pelo descarte. O profissional necessitou fazer contatos telefônicos diários com as distribuidoras de medicamentos que venderam os medicamentos, hoje vencidos, pressionando-os a recolherem os mesmos. Segundo o mesmo, esse procedimento é realizado pela distribuidora com grandes redes de drogarias. É uma situação de extremo desgaste, sendo que o farmacêutico conseguiu que a distribuidora se responsabilizasse em levar seus medicamentos vencidos, mediante protocolo.

A organização das farmácias é fundamentada na rotina de trabalho do comércio. Há metas a alcançar nas vendas de medicamentos, os procedimentos e rotinas existentes são da rotina administrativa comercial. A Resolução RDC nº328 /99 da ANVISA exigiu a elaboração das rotinas operacionais por escrito de todos os estabelecimentos farmacêuticos que atuam no varejo de medicamentos (BRASIL, 1999). Essa medida fará emergir a dinâmica de funcionamento das farmácias e drogarias. Os farmacêuticos do estado do Rio de Janeiro estão, desde o ano de 2006, sendo sensibilizados pelo CRF-RJ a elaborarem o manual de boas práticas de farmácia, com o conjunto de informações referentes às atividades técnicas desses estabelecimentos.

### **Satisfação em relação aos vínculos sociais do trabalho**

A investigação desse ponto trouxe à tona a questão do conflito entre os farmacêuticos e suas chefias; a discussão do caso dos farmacêuticos gerentes; o distanciamento sentido pelos farmacêuticos das grandes redes e como essa lacuna cria diferenças entre o trabalho realizado nas farmácias.

Muito já foi dito das relações sociais vivenciadas pelos farmacêuticos. As dificuldades sentidas pelos farmacêuticos iniciam-se com os gerentes, gerando

situações de confronto. A existência da intransigência de balconistas em aceitarem as orientações técnicas dos farmacêuticos ou por se sentirem fortalecidos pela farmácia para continuar as práticas de empurroterapia, consolidando as práticas habituais do mercado. O farmacêutico se sente assim, em vários momentos, desvalorizado e desanimado para o dia-a-dia de trabalho.

Nos últimos anos, a presença dos farmacêuticos se acentuou nas farmácias, proporcionando às mesmas o convívio deste profissional no seu cotidiano. Sua participação, em muitos momentos, se deu com a preocupação no controle dos medicamentos da Portaria nº344/98 SVS/MS, no processo de dispensação de medicamentos e no assessoramento em relação a questões de regularização da firma nos órgãos sanitários e até mesmo no CRF-RJ.

Nesse ínterim, acompanhou-se o desempenho do farmacêutico em outras áreas da farmácia, como meio de cooperar com as atividades comerciais e preencher o tempo existente no horário de trabalho. Muitas das vezes, era possível encontrar um farmacêutico arrumando prateleiras, fazendo vendas no balcão, e logo surgiu a oferta das empresas de inserir melhor a presença dos mesmos nesses estabelecimentos comerciais. Pouco a pouco, foi surgindo o cargo de farmacêutico gerente como uma oportunidade de ascensão, onde o farmacêutico, em alguns casos, recebe um valor adicional ao salário de pouco mais de R\$ 300,00<sup>32</sup> para gerenciar as atividades comerciais no horário da sua responsabilidade técnica. Torna-se assim comum a realização, por parte desses profissionais, de funções como abrir e fechar o caixa, atender carros-fortes, fazer escalas de funcionários, atender emergências da loja nos domingos e feriados, e deixar de realizar práticas

---

<sup>32</sup> No período de dezembro de 2006, o valor do salário mínimo nacional era de R\$ 350,00.

farmacêuticas focadas no paciente. Dividir o tempo no balcão com a execução rotineira de práticas comerciais passou a fazer parte das ações do farmacêutico, nesse início de milênio.

Isso tem criado um conflito nos ambientes das farmácias, pois os gerentes de lojas vêem o farmacêutico como possível usurpador do seu lugar. Há redes estaduais de drogarias que tem realizado a contratação de farmacêutico para o cargo de farmacêutico gerente, sem gerar nenhum acréscimo salarial para isso.

Quanto a chefias, é difícil porque o salário do cargo de farmacêutico como gerente, líder, causa uma competição aqui. A outra farmacêutica que é gerente, nas reuniões [em] que participa, (...) ela responde pela farmácia lá dentro e há uma competição. Ela é nova aqui (...) ela é olhada com desconfiança, como ameaça, porque faz algumas colocações junto aos gerentes lá dentro e que eles [os outros gerentes] não entendem. Eles questionam porque estão trabalhando no supermercado como gerentes e têm que ficar até tarde da noite resolvendo problemas de mercado, e ela não... (...) reclamam porque o salário dela é R\$ 2.200,00 e o deles é R\$ 800,00. Eles dizem que, se ela está tomando conta de pessoal, tem venda disso e daquilo, tem que ser igual a eles e não melhor. Comigo, me tratam respeitosamente e, com ela, é sentido um grau de estranhamento, há uma dificuldade. (*Farmacêutico F1RE*)

Os conflitos nos espaços da farmácia comunitária se acentuam na medida em que o farmacêutico se afasta do cuidado com o paciente e se envolve em campos administrativos e na dificuldade do gerente, ou da empresa, entender a real função do farmacêutico na farmácia.

É complicado... Os a gerentes acham que o farmacêutico trabalha aqui sem fazer nada. Mas, na verdade, eles não enxergam o valor principal, o valor fundamental, qual é o papel do farmacêutico... Eles acham que é só para ficar ali escriturando os livros, com receitas e isso desanima um pouco (...). (*Farmacêutico F4RE*)

A falta de reconhecimento profissional e hierárquico é lembrada por muitos farmacêuticos.

Se eu quiser fazer alguma coisa, tenho antes que falar com a gerência... Se eu falar primeiro com os balconistas, eles não estão nem aí. (*Farmacêutico F1RL*)

Ao ouvir sobre a sua interação com a farmácia comunitária, foi clara a percepção que os farmacêuticos demonstraram em relação ao medicamento. Em muitos momentos, suas falas foram dirigidas no sentido de haver uma racionalidade, no sentido da cura do indivíduo e não que persista seu uso como mera mercadoria, que é como a farmácia age, como se fosse um simples “entrepasto de vendas”, como bem afirma Giovanni (1980). Os fragmentos abaixo, embora longos, exemplificam situações que guardam relação ou reforçam esses aspectos fortemente ou meramente comerciais presentes nas atividades das farmácias:

Por enquanto, acontece uma coisa peculiar: o nosso gerente é o gerente dos laticínios... O chefe dos laticínios é o chefe da drogaria. Ele não entende nada da drogaria, tanto que ele nem vem aqui. (*Farmacêutico F5RE*)

[...] às vezes, a gente começa a fazer alguns cursos e depois vê sobre as informações direcionadas. No ano passado, fiz um curso do laboratório X sobre atendimento farmacêutico. Eles [o laboratório] disseram que era para farmacêutico, mas tinha engenheiro, tinha consultor... Na metade do curso, eu senti que o curso era direcionado para balconista, era direcionado para vendas. Como exemplo: “Quando o cliente pedir um medicamento, era para fazer do seguinte modo: você tem dois a cinco medicamentos iguais, com o mesmo sal [princípio ativo]... Você volta com um sexto medicamento e deixa os outros no balcão... e aquele que você quer vender, deixa esse medicamento na mão do cliente... Vai explicando, não fala de preço...” É persuasão pura, igual às vendas na televisão... Te envolve de tal maneira... Porque deixa na tua mão? Quando você pega o medicamento na mão, já há um sentimento de posse, o cliente já olha ele [o medicamento] já pega, há um reconhecimento. Foi o tipo de curso de treinamento de vendas... O curso foi um treinamento sobre isso... Depois, reúne em grupos e discute. O laboratório X paga congresso de medicina, curso para médicos, dão as passagens, direciona o médico para prescrever o medicamento deles, dá literatura... A nossa dificuldade e obstáculo para exercer o atendimento farmacêutico é o apelo comercial. É muito forte o lado comercial. Porque a casa é deles. (*Farmacêutico F1RE*)



Nós fomos até um debate de estudo, na matriz da rede, onde misturou todo mundo: farmacêuticos, gerentes e balconistas. E eu perdia muitos pontos, porque eu era o lado ético. A minha resposta era ética, então era considerada como dando a resposta errada. (...). Os ministrantes do curso diziam para mim: você é muito rígida. Eu respondia: Não, eu vou pelo lado certo. O lado ético. (...) Eles diziam que se o cliente pedisse ajuda para pegar um medicamento OTC, que eles pegassem três, em vez de um. E eu falei: *“não, deve pegar só um porque é medicamento e não produtos inofensivos. Se pedir sabonetes pode até dar mais quantidades, medicamentos não”*. (...) Eu sempre debatia dessa forma (...) eu mais de uma vez disse: *“vou bloquear, não vou vender dessa maneira”*. (Farmacêutico F3RE)

Surgem várias vezes, nos discursos, o peso da pressão imposta pelas farmácias, onde é dada, pelos empresários, uma maior importância a questões comerciais, com a transgressão de normas éticas mais elementares, para alcançar o objetivo principal que rege a empresa e que é, muitas vezes, antagônico com as intenções e desejos dos farmacêuticos para o seu cotidiano.

Nós trabalhamos para uma empresa que visa o lucro. Então, muitas vezes, você não tem essa condição de trabalho porque o patrão quer o lucro. A situação é vender medicamentos, (...) e o farmacêutico, em algumas situações, ele é até um empecilho para o proprietário. (Farmacêutico F5RE)

Giovanni (1980) destaca que as farmácias e drogarias ajustaram o seu aparelho comercial à organização da produção industrial, com a farmácia perdendo gradualmente sua função de manipuladora de medicamentos para a função de revendedora do medicamento industrializado.

Nas três tipologias analisadas, se verificou a diferenciação entre as redes estadual, local e as farmácias familiares quanto ao tipo de medicamentos comercializados e as comissões dadas aos seus balconistas ou, ainda, aos seus farmacêuticos.

O diferencial se dá quanto ao medicamento similar. Enquanto as farmácias de rede estadual, em sua maioria, migram para uma situação de exclusão desses

medicamentos do seu conjunto básico de medicamentos, as de rede local se vêem divididas, com algumas redes se diferenciando no mercado varejista, não comercializando esse produto genérico, e como algumas redes estaduais se fixando nos medicamentos OTC, e de referência. Já as farmácias familiares possuem, como forte apelo de vendas, a indicação do medicamento similar como carro-chefe das vendas, junto com os genéricos e tendo a oferta de medicamentos OTC e de referência. Esses últimos têm sua fatia de venda incrementada nesse tipo de estabelecimento através de bonificações e descontos comparativos aos genéricos e aos similares, conforme citado no texto.

Os balconistas das redes estaduais foram os que, segundo os farmacêuticos recebiam os menores valores de comissão, tangenciando a faixa máxima de 5% em alguns casos. Esses números totais são crescentes quando se passa das farmácias de rede local para as farmácias familiares.

Nos três tipos de farmácias, não foi observado estoque de medicamentos armazenados na área interna da farmácia, denotando que as compras de medicamentos se realizam a fim de garantir o abastecimento de todas as prateleiras do estabelecimento. Fica para a matriz desses estabelecimentos, quando no caso de rede estadual, a responsabilidade pela guarda de algum estoque adicional de medicamentos.

A tensão existente nas relações entre farmacêutico e farmácia emerge também quando as falas migram para a questão salarial.

[...] Há, no Congresso Nacional, um projeto de fixação de carga horária do farmacêutico em 30 horas, que não temos. Isso vai trazer problemas para alguns, pois no nosso dissídio fala do salário, mas não diz quantas horas. Já temos proprietário querendo que, pelo salário de 4 horas, se fique 8 horas... Já está acontecendo isso. (*Farmacêutico F5RE*)

O gerente sempre olha, na hora de pagar, com aquele “bico torto”, tipo “eu pago mais do que você merece” (...) a sua função, ninguém consegue saber. Quando chega cliente que ninguém sabe atender, é o farmacêutico que tem que atender. Mas na hora de pagar, torce o bico. A gente não tem um estoque muito pequeno: sai um medicamento, entra outro. (*Farmacêutico F4FM*)

Ao longo dos discursos, surge um sujeito dependente da ação externa para o enfrentamento de situações que são vivenciadas no cotidiano. O Conselho Federal de Farmácia, o Conselho Regional de Farmácia do estado do RJ, a Vigilância Sanitária, o Sindicato e as Universidades são chamados à discussão da emergência de posições e atos que os livrem ou amenizem as pressões sentidas no interior das farmácias.

### **Categoria V – O significado atribuído ao termo Atenção Farmacêutica**

Foi indagado dos entrevistados se tinham estudado sobre Atenção Farmacêutica na faculdade ou em outros momentos. O objetivo em argüir sobre esse ponto derivava do interesse em medir, em que proporções, havia domínio sobre esse tema e como essa apreensão de conceitos poderia se refletir na construção, na sua prática diária, de um trabalho com foco no paciente.

A maioria respondeu que não teve contato com esse assunto na época acadêmica, sendo que os farmacêuticos mais jovens e formados pelas faculdades particulares de Farmácia eram aqueles que possuíam maior nível de convívio prévio com essa matéria, o qual foi classificado como superficial.

Eu só ouvi falar no meu último período. (*Farmacêutica F3RL*)

Eu até li sobre o assunto na faculdade, mas não tinha uma matéria específica, de Atenção Farmacêutica (...). *(Farmacêutico F1FM)*

Houve, ainda, um grupo de entrevistados que afirmou que o contato com esse tema só ocorreu por meio de divulgação em revistas da área farmacêutica, congressos, por meio de outros farmacêuticos, e nos seus próprios locais de trabalho, através de palestras sobre o assunto realizadas ou organizadas pelo próprio estabelecimento em que trabalhavam.

Estudei sobre Atenção Farmacêutica aqui na empresa e também na época da faculdade, na disciplina de legislação, Deontologia Farmacêutica, tinha um professor nosso que falava muito isso, acho que ele era dono de farmácia em Minas Gerais. *(Farmacêutico F3RE)*

A maior parte dos farmacêuticos, em decorrência desse pequeno contato prévio com a temática, apresentou dificuldades de conceituar o significado do termo Atenção Farmacêutica.

Atenção Farmacêutica é igual à Assistência Farmacêutica. *(Farmacêutico F2RL)*

Um farmacêutico de rede local, F3RL comentou que, em outra filial da rede, existia um projeto já em funcionamento, denominado Diabetic Center®, onde há um farmacêutico habilitado para conversar com os clientes sobre os medicamentos hipoglicemiantes, realizando cadastro com posologia e nome do medicamento, fazendo acompanhamento do uso e tendo ainda palestras e um trabalho voltado para o paciente diabético.

Farmacêuticos de duas redes estaduais falaram sobre a iniciativa de realizar Atenção Farmacêutica nas suas farmácias. O farmacêutico F5RE informou que, a partir de janeiro/2007, ele e a outra farmacêutica estariam iniciando um trabalho de Atenção Farmacêutica. Segundo o mesmo, será um projeto piloto na sua farmácia,

com a autorização da gerência da loja. O trabalho a que os dois profissionais se propõem será o de criar um registro dos clientes de medicamentos de uso contínuo, onde irão anotar o nome dos medicamentos em uso e as reações adversas ocorridas durante o tratamento. Qualquer problema que acontecer, irão levar ao conhecimento dos pacientes e orientá-los, citando como exemplo o caso de pacientes que usam, várias vezes ao dia, medicamentos de uso contínuo. Nessas situações, ocorre com frequência do médico prescrever três medicamentos e o paciente, por dificuldades financeiras, só adquirir um deles, ou do médico prescrever três comprimidos ao dia e o cliente querer tomar só um, para “economizar” o medicamento.

[...] através da Atenção Farmacêutica, nós vamos orientá-lo que não é correto para a saúde dele, [que] está retardando o tratamento e, quando for o caso, vamos entrar em contato com o médico. Essa é a idéia. Nós já temos uma ficha própria para isso e, [com] essa ficha, nós vamos conversar com os clientes e anotar. [...] Eu acredito que, em algum lugar no Sul do País, se faça esse trabalho. (*Farmacêutico F5RE*)

O profissional pretende, através da dispensação ativa, que é um componente da Atenção Farmacêutica, realizar um trabalho com foco no paciente. A iniciativa partiu dele e a farmacêutica recém-formada, que trabalha como gerente, também se interessou em participar desse projeto.

Outro farmacêutico de rede estadual, F2RE, informou que sua rede já faz um trabalho que considera como de Atenção Farmacêutica; porém, como já citado anteriormente, essa abordagem realizada é posterior à venda e envolve elementos com foco comercial, devido ao interesse da empresa de fazer acompanhamento da satisfação do atendimento, saber se o medicamento comprado já terminou, com os farmacêuticos pouco concluindo se o uso de medicamentos ou os problemas apresentados pelo cliente são relacionados à sua utilização.

Apesar dos farmacêuticos não serem conhecedores do conceito teórico da Atenção Farmacêutica, eles expressam conhecer o valor dessa prática e a concepção de que é necessário haver uma atitude pró-ativa, compromisso com o paciente e uma mudança de comportamento, itens embutidos no conceito brasileiro de Atenção Farmacêutica.

Para mim, Atenção Farmacêutica é como eu ajo. É transformar todo aprendizado que eu tive na faculdade em relação à farmacologia, em algo que possa favorecer a população em geral, que possa transformá-la com o meu conhecimento, que possa trazer conhecimento para as pessoas [...] É agir em prol da qualidade de vida das pessoas. (*Farmacêutico F2RE*)

[...] significa estar interagindo com o paciente, ouvindo, entendendo o que ele quer dizer... E eu, da forma mais didática, vou orientá-lo para que ele possa realmente aderir ao tratamento e, assim, o medicamento possa realmente fazer efeito. Porque, às vezes, o paciente não sabe ler e o médico nem sabe que ele é analfabeto... Então, chega no balcão da farmácia e a gente vê que o paciente é humilde e até pergunta de uma forma ou de outra, a gente desenha, faz o desenho de como ele tem que tomar ... Isso sim, para mim, traduz Atenção Farmacêutica. (*Farmacêutico F4RE*)

Adicionalmente, motivados pela pergunta, mas, também, de forma espontânea em vários outros momentos da entrevista, alguns farmacêuticos demonstraram interesse de avançar além do balcão e poderem, como rotina, irem às residências dos pacientes que estivessem orientando, para identificar possíveis erros no armazenamento, contribuindo de modo mais pleno nos cuidados com uso de medicamentos.

Foi percebido pela pesquisadora que, sem dúvida, já são realizadas pelos farmacêuticos várias atividades com pontos de convergência para a prática da Atenção Farmacêutica, tais como a orientação farmacêutica e o esboço da dispensação ativa.

A orientação tem que ser feita com amor e dedicação. Tem que ter também um pouco de paciência com as pessoas, pois elas não são tão espertas quanto você pensa que elas sejam. Porque às vezes elas têm dificuldade em algum determinado assunto, e em outros ela vai compreender. Já aconteceu de uma cliente ter que pingar dois colírios diferentes, em horários diferentes que disse: “Ah, eu vou pingar dois colírios, não sei que horas porque os dois, um é de seis em seis horas e o outro é de oito em oito horas. Como vou pingar tanto remédio?” Ai a gente dá uns macetes para o doente poder usar os medicamentos. É difícil, é muito difícil. (*Farmacêutico F4FM*)

No momento da dispensação o certo é perguntar se o cliente já tomou esse medicamento, se é a primeira vez, se é ele que vai tomar ou não. É bom ter esse cuidado, principalmente com os medicamentos controlados. Quando é o caso do Rivotril®, por exemplo, eu pergunto: “A senhora já tomou esse medicamento?” A gente sempre pergunta. Mas quando não tem o costume, eu pergunto se o medico deixou outra receita com ele e se não deixou, a gente anota na caixinha: é um comprimido a noite. (*Farmacêutico F2RL*)

Há um movimento de cuidado com o paciente sendo estabelecido nas oportunidades que surgem no dia-a-dia de trabalho. Alguns entrevistados, percebendo a demanda da população quanto a orientações sobre o uso de medicamentos, têm substituído a prática “tradicional” pela inovação de atividades focadas no paciente. Esse processo de compromisso com o paciente, mesmo de modo precário, mostra o surgimento de uma mudança de atitude, com a inserção do farmacêutico na interface do balcão produzindo ações que venham a contribuir com o melhor uso dos medicamentos pela população e conseqüente melhoria na qualidade de vida.

O que se vê é uma crescente ressocialização do farmacêutico sendo iniciada tendo como pano de fundo a farmácia comunitária. Assim como Holland (2000) já afirmava, esta ressocialização é a chave para uma mudança da prática farmacêutica. Muitas informações específicas sobre os medicamentos, o paciente já faz questão que seja dada pelo farmacêutico, mesmo quando estes reconhecem que, devido ao treinamento e supervisão realizada, os balconistas até poderiam

responder algumas das dúvidas existentes. Essa aproximação deve ser estimulada para influenciar a nova postura do farmacêutico, de empenho e responsabilidade frente ao paciente.

Ao estimular a implantação da Atenção Farmacêutica, se estaria contribuindo na mudança de uma prática que valorizaria, em primeiro plano, o indivíduo, com suas peculiaridades. Ou, como presente na proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (IVAMA, 2002b), colocando os esforços profissionais na direção de garantir o uso adequado de medicamentos, com orientações farmacêuticas particularizada segundo a patologia de cada paciente; inserção de protocolos de dispensação ativa no momento de dispensação de medicamentos e de produtos correlatos; a educação em saúde, o atendimento farmacêutico e o seguimento farmacoterapêutico, além do registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

E, através destes últimos, estar-se-ia introduzindo a farmácia comunitária como colaborador no sistema de informações, na medida em que as informações, que seriam sistematizadas das intervenções realizadas pelos farmacêuticos, comporiam um grande banco de dados sobre o uso dos medicamentos. Nesse sentido, essas ações contribuiriam, também, para a promoção do uso racional de medicamentos e para um maior controle dos sistemas de vigilância sanitária destes produtos.



## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS (MUITOS) PASSOS QUE FALTAM NO CAMINHO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

O farmacêutico tem na farmácia um dos seus desafios como profissional de saúde. A lógica existente nesses estabelecimentos é a de simultaneamente ser um local de geração de lucros e um local provedor de cuidados aos pacientes (CLARK, 2006), onde as etapas relativas à distribuição e comercialização de medicamentos são da responsabilidade deste profissional, que ao longo do último século foi se afastando do balcão da farmácia.

E nesse contexto quem ganha com o afastamento do farmacêutico da farmácia? As indústrias farmacêuticas têm um profissional a menos para discutir sobre o uso de medicamentos, nas farmácias comunitárias. As farmácias, com seu enfoque comercial, não privilegiam a presença física do farmacêutico, muitas vezes por ignorar o papel do farmacêutico como profissional de saúde, gerando um ciclo vicioso de ausência do farmacêutico, não reconhecimento da sua importância, crescente cultura do subemprego e do subsalário, onde qualquer valor é alto para o pagamento de um profissional que não trabalha.

Quem perde com o afastamento do farmacêutico da farmácia? A população é a grande prejudicada com a ausência do farmacêutico que é o profissional capaz de fazer a junção do seu conhecimento com a expectativa do paciente de entender como usar o medicamento para obter o máximo benefício da farmacoterapia. Também o próprio farmacêutico é prejudicado, visto que não possui reconhecimento profissional nem pela população, nem pela sua equipe de trabalho, e nem pelos outros profissionais de saúde.

Desprezar as micro-relações existentes entre a farmácia, o farmacêutico e o doente, em contrapartida, a uma exacerbação da técnica de produção e pesquisa, para lançar novos fármacos no mercado, denota uma ausência de equilíbrio que é sentida pela sociedade.

A população percebe a inefetividade do uso de medicamentos e, muitas vezes, deduz que este fato poderia ser devido a falta de habilidade do profissional prescritor ou da baixa qualidade do medicamento e, com o tempo (e as reconhecidas dificuldades de acesso aos serviços de saúde), vai se tornando o seu próprio “médico”, indo à farmácia comunitária comprar o medicamento que lhe parece ser o mais indicado, sem fundamento científico, só pela experiência anterior de uso ou, quando não, pela indicação de balconistas que recebem comissão pelo volume de vendas que realizarem nas farmácias. Este itinerário terapêutico leva a população às farmácias, onde há, de modo geral, um número reduzido de funcionários, geralmente com baixa escolaridade (ÁVILA & BASTOS, 1999), e sobrecarga de trabalho, levando à exaustão física, psicológica e a inúmeros conflitos interprofissionais, tornando possível o surgimento de erros na dispensação de medicamentos.

O farmacêutico pode e deve atuar, nesse cenário, como um mediador entre os profissionais de saúde prescritores e os pacientes de modo a atenuar as dúvidas e omissões da prescrição medicamentosa. Percebem-se divergências entre o mundo real e o mundo das idéias. O medicamento que deveria curar e restaurar a saúde é um elemento que gera iatrogenias e pode diminuir a sobrevida da população. O medicamento inovador muitas vezes pode estar associado com uma falta de segurança, que só se registra quando o mesmo entra no mercado consumidor. Ainda assim, observamos uma paralisia do comportamento do farmacêutico frente a essa realidade.

O farmacêutico, ao se distanciar da farmácia, deixou um dos elos da cadeia de medicamentos a descoberto, ficando assim mais suscetível à existência de contínuos problemas na saúde pública, no que tange a questão do uso de medicamentos pela população.

No estado do Rio de Janeiro, nos últimos, dez anos, se observa uma crescente presença dos farmacêuticos nas farmácias e drogarias, ressaltando-se a todo instante, a necessidade do cuidado no uso de medicamentos e contribuindo para o rigor na venda de medicamentos sujeitos a controle especial. Mas como tem sido esse “regresso”? O que é percebido pelos farmacêuticos inseridos nas farmácias comunitárias? É possível executar, nesses estabelecimentos, ações que resultem em saúde? Vieira (2007) e Santos (2005) ressaltam as múltiplas possibilidades de contribuição do farmacêutico nas farmácias.

No percurso desse estudo, a estratégia escolhida para alcançar os objetivos propostos foi a de, utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas, apreender as motivações dos profissionais em cursar a faculdade de Farmácia, conhecer um pouco sobre suas vidas acadêmicas e a posterior entrada no mercado de trabalho, bem como averiguar as dificuldades sentidas de se inserirem nas farmácias como profissionais de saúde.

A dissertação resgata o funcionamento das farmácias comunitárias sob a ótica dos farmacêuticos, com a dinâmica que existe no balcão, as dificuldades da população em relação ao uso de medicamentos e como se dá o trabalho dos balconistas.

Ainda em relação ao seu trabalho, foram registradas as avaliações dos farmacêuticos em relação às condições, organização e relações sociais na farmácia,

sua análise sobre a presença do farmacêutico nas farmácias, suas perspectivas em relação à profissão neste estabelecimento e quais seus conhecimentos sobre o termo Atenção Farmacêutica e qual o significado que é dado por eles.

O que se indica nesse estudo como Considerações Finais é um esforço no sentido de identificar as impressões que os farmacêuticos responsáveis técnicos, atuantes em farmácias comunitárias do estado do Rio de Janeiro, têm sobre a sua prática profissional e como essa visão pode estar relacionada à implementação de práticas focadas no paciente, tais como a Atenção Farmacêutica.

Pode-se dizer que esse objetivo foi alcançado na medida em que, a partir das falas sobre as trajetórias profissionais e os processos de trabalho dos farmacêuticos atuantes em três tipos de farmácias comunitárias — familiares, de rede local e de rede estadual — foi possível identificar elementos relacionados com o estímulo ou, contrariamente, a obstaculização dos processos relacionados à implantação de práticas de Atenção Farmacêutica nas farmácias e drogarias. O que foi observado, nas muitas falas escutadas, é que o itinerário trilhado na prática profissional fica a cargo de cada um, solitariamente, sendo o esforço para prover mudanças no presente paradigma da prática farmacêutica e os méritos desse empenho considerados isolados, com os caminhos para se chegar à transformação tal, se mostrando sinuosos e acidentados.

Muitos não se sentiam preparados quando ingressaram na vida profissional, sendo recorrente nos discursos a distância entre o que é ensinado nas faculdades e o que se apresenta na realidade cotidiana do trabalho das farmácias. Se isso não chega exatamente a surpreender — quantos cursos superiores realmente preparam para a futura atividade profissional? —, por outro lado, reforça a impressão de que a

falta de conteúdos programáticos e de vivências acadêmicas relacionadas ao cuidado ao paciente nos estabelecimentos lócus desse estudo, qual seja, as farmácias comunitárias, constitui-se (ou pode se constituir) em uma dificuldade adicional seja para uma prática com foco nos indivíduos, seja para o galgar de obstáculos à plena e efetiva incorporação da Atenção Farmacêutica em nosso meio.

Observou-se ainda que as redes de farmácias comunitárias estaduais dispõem de uma hierarquia administrativa no modo de gerir a sua administração, fazendo os farmacêuticos se sentirem um funcionário a mais, na farmácia. A falta de reconhecimento profissional pelos seus pares, a rotina padronizada pela farmácia, reforçam a necessária mudança da direção do exercício da prática farmacêutica nas farmácias.

Em oposição ao exposto acima, verificou-se uma maior flexibilidade nas ações dos farmacêuticos que trabalham em redes locais e, mais ainda, nas farmácias familiares. As diferenças entre os tipos de farmácias tendem a ficar mais evidentes à medida que eles falam das condições de trabalho, da organização da farmácia e das relações interpessoais, acentuando-se o desconforto de muitos profissionais que trabalham em redes estaduais, mais do que em redes locais, por terem que se submeter às ingerências comerciais, sendo deslocados para atividades “desviadas” da sua função, como, por exemplo, o lançamento das demais notas fiscais da farmácia, a abertura e fechamento do caixa da farmácia, e a limpeza da sua área de trabalho.

Sobre a análise das categorias há a revelação da necessidade de que ações urgentes que auxiliem a reestruturar a prática farmacêutica, desde a universidade

propiciando uma formação adequada a esse farmacêutico que deve ter um perfil adequado já.

A análise das práticas desses profissionais indicou pouca autonomia nas suas atividades, com forte pressão dos modelos de gestão das farmácias, associado a pouca capacidade de se inserir, devido a pouco treinamento e contato com os ambientes das farmácias comunitárias no período acadêmico.

A dificuldade da população no uso de medicamentos se apresenta como a chancela do subdesenvolvimento que ainda vivemos no país. A deficiência no acesso a condições básicas de saúde e educação aumenta a cronicidade dos casos de risco devido ao uso incorreto de medicamentos. A população, em sua grande maioria, não tem a mínima noção do risco que envolve o uso dos medicamentos.

O baixo nível de satisfação percebido entre os farmacêuticos foi atribuído a diversos fatores, tais como, a ausência de um espaço mínimo privativo, adequado e reservado para o farmacêutico desenvolver atividades de estudo e acompanhamento dos pacientes; normas operacionais das empresas, principalmente das redes estaduais, que fazem com que o farmacêutico se reconheça apenas como mais uma peça da engrenagem, sem se sentir valorizado pelo seu saber; os conflitos entre farmacêuticos e balconistas e gerentes, também ajudando a explicar a restrição que os farmacêuticos sentem nesses estabelecimentos e como esse fato repercute em desânimo e pouca iniciativa de muitos em fazerem um trabalho diferenciado.

Ainda sobre os resultados das entrevistas, se viu com preocupação a lacuna de conhecimento que os farmacêuticos manifestaram sobre a inovação da prática farmacêutica, chamada Atenção Farmacêutica. É irreal pensar que o farmacêutico

vá fazer Atenção Farmacêutica, se eles, na maioria dos entrevistados, têm dificuldades de expressar o significado deste conceito. As habilidades necessárias para ultrapassar esse modelo de mudança e gerar um exercício profissional com segurança e conhecimento depender do investimento que se quer fazer na classe farmacêutica, a investindo de estratégias detalhadas para execução de cada etapa do processo de cuidado com o paciente.

Apesar de todas essas circunstâncias, há certo otimismo sobre o futuro, desde que, segundo eles, algumas condições sejam observadas: tais como a não participação do farmacêutico como gerente, as farmácias serem de propriedade de farmacêuticos, a punição a empresas que não cumprirem a legislação sanitária e um maior apoio das entidades profissionais.

Fica clara também a necessidade de ações urgentes que auxiliem a reestruturar a prática farmacêutica, desde a universidade, propiciando uma formação apropriada a esse farmacêutico que deve ter um perfil adequado já.

Em todos os tipos de farmácias analisadas, as atividades farmacêuticas principais se concentravam em operações técnicas repetitivas e burocráticas, se verificando uma monitoração mais rígida no comércio de medicamentos controlados e uma tentativa ou busca de organização da farmácia sob os aspectos legal, de higiene e de cumprimentos das Boas Práticas de Farmácia, conforme exige a Resolução nº 328/99 da ANVISA (BRASIL, 1999). Percebe-se, também, que a presença dos farmacêuticos nas farmácias em muitos casos funciona como um inibidor de práticas abusivas do comércio até mesmo nas indicações de medicamentos pelos balconistas.

Esse panorama é delimitado pela própria prática tecnicista que é ainda característica desse profissional, como bem aborda Roger:

[...] a prática farmacêutica tecnicista se caracteriza por um trabalho não humanizado, alienado de sentido e pobre de sujeitos. Nesta prática, o culto ao medicamento estrutura-se como processo central, e o medicamento reafirma-se como objeto simbólico essencial. (ROGER, 2003:69)

O distanciamento do paciente é o produto desta formação acadêmica tecnicista ao longo de tantas décadas, onde os “avanços” curriculares ratificavam ainda mais a fragmentação do curso de farmácia, tornando o farmacêutico um especialista em questões técnicas quase que tão somente e cada vez mais distanciado das questões profissionais, no que diz respeito ao seu trabalho na farmácia e sua relação com o usuário de medicamentos.

E como fazer o farmacêutico ultrapassar esses limites, se colocando como um profissional de saúde, desenvolvendo serviços farmacêuticos de qualidade que venham a permitir que ocupe um papel estratégico na saúde coletiva. Um dos caminhos pensados é através da reorganização da sua prática profissional e a Atenção Farmacêutica vem se apresentando como a possibilidade de repensar a atuação dos farmacêuticos.

Todo esse desafio emoldurado no âmbito da farmácia comunitária exige um profissional detentor de conhecimentos no campo da ciência dos medicamentos e que, integre, à sua prática, ferramentas da epidemiologia, do planejamento, da comunicação, da educação e de outras disciplinas das ciências sociais e humanas.

Creio que deve ser mencionado que foram encontrados diversos profissionais aptos para ou dedicados a atividades para além do ato de, simplesmente, fornecer medicamentos. Muitos forneciam informações aos pacientes sobre os medicamentos



e o seu uso, por vezes advertindo aos médicos, quando necessário, quanto a cuidados na seleção, dosagens, interações e reações adversas relacionadas com os medicamentos. Vários monitoravam a saúde e o progresso do paciente na resposta à farmacoterapia, garantindo assim a segurança e a efetividade do medicamento e aproveitando as oportunidades existentes na farmácia, para aconselhar os pacientes e responder questões sobre as prescrições de medicamentos, incluindo questões referentes ao medicamento OTC.

Esse panorama, contudo, é invisível para a maior parte da população, pois são atividades realizadas de modo quase amador, resultado de iniciativas pessoais, em momentos particulares, na farmácia, onde realizam o acompanhamento ou o aconselhamento, sem nenhuma metodologia de trabalho específica, que se coloque como referencial ao desdobramento dos seus trabalhos, e sem a realização de registros sistemáticos, de modo a compor a documentação do trabalho produzido.

A discussão apresentada no capítulo 3 sobre o panorama histórico-social da Atenção Farmacêutica e sua relação com o farmacêutico foi utilizada como uma introdução ao entendimento dos benefícios de se promover a multiplicação dessas diretrizes no Brasil. O modelo de prática vigente se encontra ultrapassado, parecendo claro que se devem estimular esforços coletivos no sentido de se promover a inovação que é a Atenção Farmacêutica.

Algumas iniciativas mostram que a Atenção Farmacêutica tem conquistado grande espaço entre os pesquisadores e organizações profissionais nacionais e os avanços nessa discussão sinalizam que há possibilidade de discutir a implementação dessa prática profissional (OSHIRO & CASTRO, 2006)

Deve ser ressaltado também que, segundo a OPAS (2001), o processo de elaboração do consenso foi promovido tendo em vista as circunstâncias que tangenciavam a prática farmacêutica no país: (a) crise de identidade do profissional farmacêutico; (b) deficiências na formação dos profissionais farmacêuticos, excessivamente tecnicista e com incipiente formação na área clínica; (c) dissociação entre os interesses econômicos e os interesses da saúde coletiva, com predomínio daqueles em detrimento destes; (d) prática profissional desconectada das políticas de saúde e de medicamentos; (e) iniquidade no acesso aos medicamentos; (f) inefetividade na implementação da Política Nacional de Medicamentos; e (g) falta de integração entre as entidades farmacêuticas.

Todos esses quesitos citados acima são identificados, de fato, ainda no contexto da prática profissional e sem a perspectiva de se modificar o quadro atual em médio prazo.

O que se espera é que, com a expansão da prática da Atenção Farmacêutica, se consolide uma mudança da hegemonia dominante da prática tecnicista e que a quebra desse paradigma conduza a uma:

[...] a práxis farmacêutica humanística (que) se caracteriza por trabalhar com o humano e a partir do humano, por relativizar os saberes e as certezas, por valorizar a individualização da necessidade e do desejo, por assumir autenticidade dos sujeitos, a busca dos consensos e, por fim, por atribuir aos medicamentos e aos demais insumos terapêuticos o papel coadjuvante que cabe a eles, diante da integralidade das ações de saúde como estratégia da política da vida. (ROGER, 2003:68)

Apesar de todas essas oposições, foi verificado um senso de competência e clareza, em todos os farmacêuticos entrevistados, sobre as situações que tangenciam a prática farmacêutica, reforçando a idéia de que eles são capazes de elaborar projetos profissionais.

É preciso salientar que a mudança do paradigma ainda é um projeto, um percurso. É uma trajetória que vamos buscar. Não se trata de uma estrada já aberta, mas sim da construção de um caminho pelo próprio caminhante, que interage com ele momento a momento. Como nos sempre citados versos do poeta António Machado<sup>33</sup>: “*Caminante, no hay camino / se hace camino al andar*” [“Caminhante, não há caminho / o caminho se faz ao caminhar”].

Diz-se então que o caminho se faz ao caminhar, desvelando-se à medida que o percorremos. Podemos sugerir um caminho: onde o interesse maior para esse projeto profissional esteja voltado para o seu trajeto, isto é, para o processo de implementação dessa prática. Ao apreciar o que ocorre no caminho, trazemos a reflexão que a nossa atenção deve ser voltada não apenas para a meta, mas também para o trajeto que será percorrido para atingi-la. E este processo dialógico, interacional, que indicará as pedras a se desviar ou a se retirar do caminho, de modo a proporcionar o sucesso da caminhada.

As mudanças são necessárias para transpor os paradigmas existentes. Durkheim (1982) relembra que os fatos sociais, antes de serem o resultado intrínseco da nossa vontade, são o produto de uma amálgama de determinações existentes no mundo exterior, operando como moldes que se reproduzirão, conforme a configuração social existente. Quando a inovação vence resistências e passa a fazer parte do cotidiano, é porque esse fato passou a ser um fato social (LAGO, 1996).

E como iniciar a mudança da prática profissional voltada para o paciente?

---

<sup>33</sup> MACHADO, A. Proverbios y Cantares. Disponível na Internet: <http://www.abelmartin.com> Acessado em 19 de março de 2004.

A aproximação com os farmacêuticos no decorrer da pesquisa trouxe à tona a questão de como é necessário ampliar o perfil do farmacêutico moderno, colocando-o como o profissional integrado às questões referentes ao uso de medicamentos, desde seus impactos sociais e sanitários. Enfim, legitimando-o como o profissional do medicamento a serviço da população.

Os modelos observados da prática farmacêutica sejam nas farmácias de redes de âmbito estadual, sejam nas de rede local ou em farmácias familiares, indicaram um farmacêutico à espera de uma mudança. Como se ela estivesse para surgir a qualquer momento e modificar o padrão atual de comportamento das empresas, dos próprios farmacêuticos ou da própria sociedade.

Ter o farmacêutico presente nas farmácias é uma grande conquista, mas ter a clareza dos seus limites e das dificuldades que são enfrentadas no exercício da sua prática é um dos imperativos desse momento de revitalização da profissão farmacêutica.

Ao longo do processo de coleta de dados com os farmacêuticos entrevistados, encontrei-os, na maioria dos casos, sem espaço físico e, principalmente, sem autonomia para desenvolverem projetos focados na questão do uso do medicamento pelas pessoas. Ausências essas que devem ser sanadas, no primeiro caso, pelos legisladores, na medida em que se circunscreva como necessário, nas dependências das farmácias comunitárias, uma área mínima suficiente para garantir a interlocução reservada do farmacêutico com o usuário de medicamentos, na medida em que se deseje reforçar aspectos sobre os cuidados inerentes com a conservação e utilização de medicamentos, quesitos esses que são importantes componentes da dispensação de medicamentos.

E, no segundo caso, se apresenta como de extrema importância, o amplo debate sobre a profissão nos segmentos específicos e, no caso da farmácia comunitária, no que tange a como se dá a presença do farmacêutico. O que se espera dele? Como eliminar os hiatos, fruto de décadas de formação tecnicista? Como auxiliar os farmacêuticos atuais a se fortalecerem com as dificuldades presentes no dia a dia? Como ser profissional de saúde e não estar como profissional de saúde?

Avançar nessas questões é o início de todo um movimento que deve ser despertado para transformar a farmácia, de um mero local de compra e venda de medicamentos, em um estabelecimento de saúde.

Nossos líderes devem urgentemente implantar no âmbito estadual e, quiçá, nacional, uma estratégia de renovação profissional onde seja despertada, em cada farmacêutico, a consciência de que executar sua prática profissional de modo completo é um desafio que pode ser alcançado no cotidiano. Reforçar a educação continuada aos que já estão no mercado de trabalho, atualizando seus conhecimentos adquiridos na Faculdade com a integração de módulos de comunicação interpessoal, liderança, psicologia e relações humanas.

Senge (1990) nos incita, através da análise de cinco disciplinas básicas do aprendizado, a obter o desenvolvimento não só pessoal, mas também o da organização. São elas: domínio pessoal, modelos mentais, objetivo comum, aprendizagem em grupo e raciocínio sistêmico.

Com o domínio pessoal de cada farmacêutico, que se expressaria pelo desenvolvimento das suas habilidades e competências necessárias para a atuação profissional com as pessoas, promovendo nos farmacêuticos o estímulo para buscar

a superação e a inovação. Os modelos mentais, que corresponderiam às visões de mundo, aos paradigmas que os farmacêuticos possuem, seriam influenciados com reflexões de como é realizada a prática farmacêutica e como seria possível modificar seus respectivos comportamentos, simultaneamente aproximando-os do usuário de medicamentos. O objetivo comum indicaria a visão do futuro de uma organização como um projeto em comum compartilhado, onde a missão da Farmácia seria ressaltada e apresentada como algo a se conquistar. O estímulo ao aprendizado em grupo, onde a valoração do diálogo se sobreporia a idéias preconcebidas, produzindo um processo sinérgico. O grupo e suas interações constituiriam unidades básicas do aprendizado, produzindo assim resultados positivos para a organização e seus integrantes. E o raciocínio sistêmico se destacaria como o somatório das quatro disciplinas apontadas acima, indicando que a força do processo se encontraria na integração da comunidade farmacêutica por meio de discussões polarizadas por seus expoentes do meio acadêmico, sindical, profissional, político e social.

Mudar a práxis farmacêutica, se deslocando para o paciente, é um ato que está longe de acontecer isoladamente, como uma vontade dependente unicamente de resoluções emanadas de alguma autoridade. Esse processo deve, sim, ser um processo endógeno, mas associado também à adequação das condições externas, nas farmácias, nas Universidades, Sindicatos, Associações Profissionais, na sociedade, enfim, de modo que garantam a minimização das condições de resistência que possa haver para essa mudança.

Essa conclusão é de fato positiva na medida em que renova a necessidade de se focar na prática farmacêutica comunitária como a dimensão da necessária implementação, desenvolvimento e remodelamento desse novo perfil profissional.

Os resultados deste estudo indicam que a implantação da Atenção Farmacêutica pode e deve ser considerada como uma possibilidade a ser alcançada em médio prazo. Nesse sentido, não se pode prescindir que o campo da farmácia comunitária continue sendo um espaço unicamente comercial, com o sub-aproveitamento do farmacêutico. Uma nova perspectiva deve ser lançada para que possamos avançar nessa área, conquistando o adequado espaço como lócus de saúde e trazendo benefícios para a sociedade.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, ARF; BASTOS, CRG. et al. Aspectos do Comércio Farmacêutico Privado em Regiões do Município do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DO RIO DE JANEIRO, 1º, 1999, Rio de Janeiro. **Resumo dos trabalhos**. Rio de Janeiro: CRF-RJ, 1999.

BARROS, JAC. A atuação dos balconistas de farmácia: ajudando a promover o uso racional de medicamentos? *Jornal Brasileiro de Medicina* 1997,73(2): 120-127.

BARROS, JAC. *A medicalização da clientela previdenciária*. (Dissertação de Mestrado em Medicina Preventiva). São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1982.

BARDIN, N. L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p.

BAUDRILLARD, R. A sociedade de consumo, Rio de Janeiro *apud*: SEVALHO, G. *Permanências culturais e uso do medicamento alopático moderno*. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo, Perspectiva, 1975.

BORTOLETTO, ME; BOCHNER, R. Drug impact on human poisoning in Brazil. *Cad Saúde Pública* 1999, 15: 859-69.

BRASIL. *Lei nº. 3820*. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. Brasília; 1960.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei nº. 5991*. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 17 de janeiro de 1973

BRASIL, Ministério da Saúde. *Decreto 74.170*. Regulamenta a Lei 5.991 de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 10 de junho de 1974.

BRASIL. *Lei nº. 85.878*. Estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 07 de abril de 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão de Medicamentos – DIMED. *Portaria nº 27*, de 24 de Outubro de 1986. Baixa instruções sobre a produção, comercialização, importação, exportação, prescrição e uso de drogas e especialidades capazes de produzir modificações nas funções nervosas superiores ou por exigirem orientação médica continuada devido à possibilidade de induzirem efeitos colaterais indesejáveis. Brasília; 1986a.



BRASIL Ministério da Saúde. Divisão de Medicamentos – DIMED. *Portaria n° 28*, de 13 de Novembro de 1986. Baixa instruções com vistas a normatizar os procedimentos referentes ao controle das atividades correlacionadas as substâncias entorpecentes ou que determinem dependência. Brasília; 1986b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. *Portaria n° 3.916/MS/GM*, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos; determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readaptação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. Brasília, 1998a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. *Portaria 344* de 12 de maio de 1998. Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos sujeitos à Controle Especial, artigo 91. out. 1998b. p.17.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto n° 793*. Altera os Decretos n° 74.170 de junho de 1974 e 79.094 de janeiro de 1977, que regulamentam a Lei n° 5991 de janeiro de 1973 e 6360 de setembro de 1976, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 5 de abril de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução n° 328*, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias, estabelece as Boas Práticas de Dispensação para Farmácia e Drograria e o Roteiro de Inspeção para dispensação em farmácias e drogarias. Diário Oficial da União, 26 jul. 1999

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 6/1999* da SVS/MS de 29 de janeiro de 1999. Aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS n° 344 de 12 de maio de 1998 que instituiu o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União de 01 de fevereiro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei MS n°9787* de 10 de fevereiro de 1999. Trata da questão pertinente aos produtos genéricos e seu tratamento como prioridade na política de medicamentos do Ministério da Saúde. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *RDC n° 306* de 07 de dezembro de 2004. icada no Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde Diário Oficial da União de 10 de dezembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *RDC n° 16* de 02 de março de 2007. Aprova o Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos. Brasília,2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002*. / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 491/MS/GM*, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Brasília, 2006

BRASIL, Ministério da Fazenda. Secretaria de Acompanhamento Econômico. *Preços de Medicamentos no Brasil e a Atuação da SEAE em 1999*. Disponível em <<http://www.fazenda.gov.br/seae/documentos/Precomedi.html> > Acessado em 27/02/2004.

BRODIE DC; PARISH PA, POSTON JW. Societal needs for drugs and drug related services. *Am J Pharm Ed* 1980, 44: 276-8.

BRODIE et al. 1980. Societal needs for drugs and drug related services. *apud* CIPOLLE, JR: STRAND, LM; MORLEY, PC. *O exercício do cuidado farmacêutico*. Brasília - Conselho Federal de Farmácia, 2006.

CANGUILHEM, G. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa, Edições 70, 1977.

CARLINI, E. Lugar de farmacêutico é na farmácia. *Pharmacia Brasileira*, Brasília, ed. esp. p. 7, 1996.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº. 236 de 25 de setembro de 1992*. Dispõe sobre as atribuições afins do profissional farmacêutico, farmacêutico-industrial e farmacêutico-bioquímicas, e privativas destes últimos [on line]. Brasília: CFF; 1992a. Disponível em <[http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res\\_236\\_92.html](http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_236_92.html)> Acessado em 7 de setembro de 2006.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº. 239 de 25 de setembro de 1992*. Dispõe sobre a aplicação de injeções, em farmácias e drogarias. [on line]. Brasília: CFF; 1992b. Disponível em [http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res\\_239\\_92.html](http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_239_92.html) Acessado em 7 de setembro de 2006.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº. 261 de 16 de setembro de 1994*. Dispõe sobre responsabilidade técnica [on line]. Brasília: CFF; 1994. Disponível em [http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res\\_261\\_94.html](http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_261_94.html). Acessado em 7 de setembro de 2006.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº. 308 de 2 de maio de 1997*. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias [on line]. Brasília: CFF; 1997. Disponível em [http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res\\_308\\_97.html](http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_308_97.html). Acessado em 7 de setembro de 2006.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº. 349 de 20 de janeiro de 2000*. Estabelece a competência do farmacêutico em proceder a intercambialidade ou substituição genérica de medicamentos. [on line]. Brasília: CFF; 2000. Disponível em

[http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res\\_349\\_00.html](http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_349_00.html). Acessado em 7 de setembro de 2006.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº. 357 de 20 de abril de 2001*. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. [on line]. Brasília: CFF; 2001a. Disponível em [http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res\\_357\\_01html](http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_357_01html) Acessado em 7 de setembro de 2006.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº. 364 de 2 de outubro de 2001*. Veda a assunção de responsabilidade técnica pelo farmacêutico nas farmácias e drogarias objeto de cooperativa médica ou que detenha atividade médica em seu controle acionário. [on line]. Brasília: CFF; 2001b. Disponível em [http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res\\_364\\_01html](http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_364_01html) Acessado em 7 de setembro de 2006.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº. 378 de 25 de abril de 2002*. Proíbe a responsabilidade técnica de profissional farmacêutico a estabelecimento em desacordo com a Lei Federal nº. 5.991/73. [on line]. Brasília: CFF; 2002. Disponível em [http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res\\_378\\_02html](http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_378_02html) Acessado em 7 de setembro de 2006.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução Nº. 417 de 29 de setembro de 2004*. Aprova o Código de Processo Ético da Profissão Farmacêutica. [on line]. Brasília: CFF; 2004. Disponível em [http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res\\_417\\_04html](http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_417_04html) Acessado em 7 de setembro de 2006.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução nº. 357 de 20 de abril de 2001*. Aprova o regulamento técnico das boas práticas em farmácia [on line]. Brasília: CFF; 1997. Disponível em [http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res\\_357\\_2001.htm](http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_357_2001.htm) Acessado em 26 de agosto de 2003.

CIPOLLE, R. Drug's don't have doses- people have doses. *Drug Intell Clin Pharm* 1986; 20: 881-882.

CIPOLLE, R; STRAND, L; MORLEY, C. *O exercício do cuidado farmacêutico*. Conselho Federal de Farmácia, 2006.

CLARK, BE, MOUNT, JK. Pharmacy Service Orientation: A measure of organizational culture in pharmacy practice sites. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2006, 2: 110-128

CLAUMANN, RCN. *O farmacêutico e a Atenção Farmacêutica no novo contexto da saúde*. (Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção). Florianópolis: Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. UFSC, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução CNS 196/96 e outras*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Série Cadernos Técnicos)

CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal/CEBES, 1980

CRF-RJ CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *DELIBERAÇÃO Nº. 154* de 2 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre assistência técnica farmacêutica em farmácias e drogarias [on line]. Rio de Janeiro: CRF-RJ, 2000. Disponível em: <http://www.crf-rj.org.br> Acessado em 7 de setembro de 2006.

CRF-RJ CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *DELIBERAÇÃO Nº. 193* de 20 de março de 2001. Dispõe sobre a assunção de responsabilidade técnica. [on line]. Rio de Janeiro: CRF-RJ, 2001. Disponível em: <http://www.crf-rj.org.br> Acessado em 7 de setembro de 2006.

DUPIN, JAA & RIGHI, RE. Assistência Farmacêutica nos Sistemas Locais de Saúde, pp138-154. In: BONFIM, JRA & MERCUCI, VL. *A Construção da Política de Medicamentos*. São Paulo, Hucitec- Abrasco, 1997.

DUPUY, JG & KARSENTY, S. *A Invasão Farmacêutica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DURKHEIM, E. *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo: Ed. Nacional, 1982, 10ª Ed (.tradução de Maria Isaura Pereira Queiroz

EBNER, F; LERCH, L. *Da Antiga Farmácia do Anjo à Grande Empresa Químico-Farmacêutica*. Merck: Darmstadt, 1968.

ÉBOLI, GB. A função social do farmacêutico. *Pharmácia Brasileira*. Brasília 2002, 3(32): 35.

ESTEFAN, IJS. O ensino de Farmácia. *Cad Saúde Pública* 1986, 2(4): 511-532.

ESPÑA. Ministério de Sanidad y Consumo. *Consenso sobre Atencion Farmacêutica*. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo, 2001, 26p.

FERREIRA, ABH. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, 3ª ed.

FIALHO, BC. *Dependência tecnológica e biodiversidade: um estudo histórico sobre a indústria farmacêutica no Brasil e nos Estados Unidos*. (Tese de Doutorado em Engenharia de Produção). Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ, 2005.

FIP. *Guidelines for Drug Procurement*. The Hague: International Pharmaceutical Federation, 1992.

FORATTINI, OP. A tríade da publicação científica. *Rev. Saúde Pública* 1996, 30(1): 3-12.

FRADE, J. Gente que vira a mesa. *Pharmácia Brasileira*. Brasília 2000, 3(21): 17-19.

GASTELURRUTIA, MA; SOTO, E. Pharmaceutical Care: ¿atención farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos? *Pharm Care Esp* 1999; 1: 323-8.

GIOVANNI, G. *A Questão dos Remédios no Brasil: produção e consumo*. São Paulo: Polis. 1980

GUILLÉN, GD et al. *História del medicamento*. Barcelona: Ediciones Doyma, 1984.

HAAK, H. Pharmaceuticals in two brazilian villages: lay practices and perceptions. *Social Sciences and Medicine* 1988, 27: 1415-1427.

HEPLER, CD .The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. *Am J Pharm Educ* 1987, 51: 369-85.

HEPLER, CD; STRAND, LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990, 47: 533-543. Disponível em <http://www.pharmaceuticalcare.es/esp/1999/n1/pdf/p007.pdf>. Acessado em: 11 abr. 2002.

HOLLAND, RW; NIMMO, CM. Transitions in pharmacy practice, part1: Beyond pharmaceutical care. *Am. J. Health Syst. Pharm* 1999; 56: 2458-62.

HOLLAND, RW; NIMMO, CM. Transitions in pharmacy practice, part 5: Walking the tightrope of change. *Am J Health-Syst Pharm*. 2000; 57: 64-72.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Banco de dados dos estados*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj>. Acessado em 12 de setembro de 2006.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IVAMA, AM; NOBLAT, L; CASTRO MS; OLIVEIRA, NVB; JARAMILLO, NM; RECH, N. *Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos - relatório 2001 - 2002*. Brasília, (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2002a.

IVAMA, AM; NOBLAT, L; CASTRO MS; OLIVEIRA, NVBV; JARAMILLO, NM; RECH, N. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica - proposta*. Brasília, (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2002b, 24p.

JOHNSON, JA; BOOTMAN, JL. Drug related morbidity and mortality. A cost –of – illness model. *Arch. Intern Med* 1995, 155: 1949-1956.

LAGO, BM. *Curso de sociologia e política*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

LEFRÈVE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural Dois*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.

LUIZA, VL & BERMUDEZ, JAZ. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas, pp.45-67. In: BERMUDEZ, JAZ (Org.) *Acesso a medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado*. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.

MARTIN-CALERO, MJ; MACHUCA, M; MURILLO, MD; CANSINO, J; GASTELURRUTIA, MA; FAUS, MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries *Current Pharmaceutical Design* 2004, 10(31): 3969-3985.

MARTINEZ, ROMERO, F. Atención Farmacéutica en España: un gran compromiso. Buenos Aires: *Farmacia Profesional* 1996: 6-12.

MERHY, EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço. In: Merhy, EE; Onocko, R (orgs.). *Agir em Saúde: um Desafio para o Público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec/Lugar, 1998, p. 113-150.

MIKEAL et al 1975. Quality of pharmaceutical care in hospitals. In: CIPOLLE, J; STRAND, LM; MORLEY, PC. *O exercício do cuidado farmacêutico*. Brasília - Conselho Federal de Farmácia, 2006: 12.

MOREL, RLM. *Ciência e Estado: a política científica no Brasil*. T.A. Queiroz, 1979.

MOTA, D.M. Avaliação Farmacoeconômica: Instrumentos de Medida dos Benefícios na Atenção Farmacêutica. *Acta Farm. Bonaerense* 2003, 22(1): 73-80.

MOURA, MLS. *Manual de elaboração de projetos de pesquisa*. EDUERJ, 1998.

MUNIZ, JN; VILLA, TCS; PEDERSOLLI, CE. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. *Bol. Pneumol. Sanit.* 1999, 7(1): 33-42.

NAVES, JOS; MERCHAN-HAMANN, E SILVER, LD. Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005, 10(4): 1005-1015.

OFICINA NACIONAL DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2001, Fortaleza. *Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório*. Fortaleza, 2001. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/atenfar.pdf>> Acesso em: 7 nov. 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Buenas prácticas de farmacia: normas de calidad de servicios farmacéuticos la declaración de Tokio Federación internacional*

*Farmacéutica*. Informe de la reunión de la Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/opshss-hse-95-01.pdf>, acessado em 15 de janeiro de 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Atenção farmacêutica no Brasil - trilhando caminhos. Relatório da oficina de trabalho*. Brasília; 2001

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OPAS/OMS). *Termo de referência para a oficina de trabalho: atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos*. Brasília; 2001. Disponível em: [www.opas.org.br/medicamentos](http://www.opas.org.br/medicamentos) Acessado em 7 nov. 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Termo de referência para a reunião do grupo de trabalho: termos complementares e processo de trabalho em atenção farmacêutica*. Brasília, 2002a. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/rn1906.pdf>. Acessado em 7 nov. 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Termo de referência para a reunião do grupo de trabalho: interface entre atenção farmacêutica e farmacovigilância*. Brasília, 2002b. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/rn2507.pdf>. Acessado em 7 nov. 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OPAS/OMS). *Relatório 2001-2002: atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos*. Brasília, 2002c. Disponível em: [www.opas.org.br/medicamentos](http://www.opas.org.br/medicamentos). Acessado em 7 nov. 2002.

OSHIRO, ML; CASTRO, LLC. Avaliação dos efeitos de uma intervenção educativa para promoção do uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em trabalhadores de farmácias. *Cad. Saúde Pública* 2002,18(1): 287-297.

OSHIRO,ML & CASTRO, LLC. Evolução da pesquisa em atenção farmacêutica no Brasil: um estudo descritivo do período 1999-2003. *Revista Espaço para a saúde* 2006, 7(2): 24-31.

OSÓRIO-de-CASTRO, CGS (org.). *Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2004.

PELLEGRINO, ED. Prescribing and drug ingestion symbols and substances. *Drug International Clin. Pediatr* 1976, 10: 624-630.

PEPE, VLE & CASTRO, CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cadernos de Saúde Pública* 2000, 16(3): 815-822.

PEREIRA, ML. *reDESCOBRINDO A ATENÇÃO FARMACÊUTICA: uma visão qualitativa da implantação de um serviço de Atenção Farmacêutica em farmácia*

*comunitária*. (Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

PERETTA, MD.; CICCIA, GN. *Reingeniería de la práctica farmacéutica: guía para implementar atención farmacéutica en la farmacia*. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana. 1998,226p.

PIERSON, D. *Teoria e pesquisa em sociologia*. São Paulo: Edições Melhoramentos. 1975,16ª ed.

QUEIROZ, MS. Estratégias de Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras. *Cad. Saúde Pública* 1993, 9(3): 272-282.

ROCHA, D. & DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: o lingüístico e seu entorno. *D.E.L.T.A.* 2006,22(1): 29-52.

SAYD, JD. *Mediar, Mediar, Remediar: Aspectos da Terapêutica na Medicina Ocidental*. Rio de Janeiro: EDUERJ/Instituto de Medicina Social, 1998.

SANTOS MRC. *Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino*. Ribeirão Preto: Holus; 1999.

SANTOS, AM. Desafios e oportunidades do farmacêutico na promoção da saúde. *Pharmácia Brasileira* 2005, 17(5/6): 73-78.

SCHENKEL, EP (Org). *Cuidados Com os Medicamentos*. Porto Alegre e Florianópolis: Editora Universidade/UFRGS e Editora da UFSC, 3ª ed., vol 1, 1998.

SENGE, P.M. *A quinta disciplina*. São Paulo: Best Seller, 1990 (Trad. Regina Amarante).

SEVALHO, G. *Permanências culturais e uso do medicamento alopático moderno*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1992.

SILVA, RR. *Acreditação de Farmácias: a construção de um modelo*. (Tese de doutorado em Prática de Saúde Pública) São Paulo: Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, 2003.

SOARES, JCRS. Abordagens sócio-antropológicas na compreensão do uso dos medicamentos. *Cadernos de Saúde Coletiva* NESC-UFRJ 1997, 5(1): 5-12.

SOARES, JCRS. Reflexões sobre a eficácia dos medicamentos na biomedicina. *Cadernos de Saúde Coletiva*, NESC/ UFRJ1998, 6(1): 37-53.

TOMECHKO, MA; STRAND, LM; MORLEY, PC; CIPOLLE, RJ. Q and A from the Pharmaceutical Care Project. *Am. Pharm.* 1995; NS35 (4): 30-39.

VIDOTTI, CCF. *Centros de Informação de Medicamentos no Brasil: passado, presente e perspectivas do sistema brasileiro de infomação sobre medicamentos*. (Dissertação de Mestrado). Campinas: Unicamp, 1999.



VIEIRA, FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2007,12(1): 213-220.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Good Pharmacy Practice: in community and hospital settings*. Geneve, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The role of the pharmacist in the health cure system: Report of a WHO consultative group*. New Delhi, India 13-16 December 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Report of the WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist: Preparing the Future Pharmacist - Curricula Development*. Vancouver, Canada, 27-29 August, 1997.

World Health Organization. *Report of a WHO consultative group on the role of the pharmacist in Self-Care and Self-Medication*. Geneva, World Health Organization, 1998.

TAYLOR, SJ; BOGDAN, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós, 1992, pp. 100-132.

ZUBIOLI, A. ***Profissão: farmacêutico. E agora?*** Curitiba: Lovise, 1992

ZUBIOLI, A. *Ética Farmacêutica*. São Paulo: Sobravime, 2004.

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1: ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADAS COM FARMACÊUTICOS

#### 1 — INFORMAÇÕES PRELIMINARES AO ENTREVISTADO

- Agradecimentos
- Apresentação
- Objetivos da Entrevista
- Autorização de gravação
- Interrupção possível
- Tratamento e divulgação dos dados
- Sigilo das informações: pessoas, cargos, funções.
- Esclarecimento de dúvidas e questões

#### 2 — DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA E DO ENTREVISTADO

- Código interno da entrevista:
- Dia:
- Duração:
- Tipo de estabelecimento:
- Município:
- Nome (iniciais):
- Sexo: F ( ) M ( )
- Idade:
- Ano de formatura:
- Local de Formatura:
- Outras qualificações: Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )  
Outros ( ) Qual?
- Tempo de atuação na profissão:

- Tempo de atuação como responsável técnico em farmácia comunitária:
- Outras áreas de atuação pregressa e/ou concorrente S ( ) N ( ) Qual?
- Tempo de atuação nesse estabelecimento farmacêutico:

### **3 — EXPLORAÇÃO DA TEMÁTICA**

Características da percepção sobre a prática profissional

**3.1.** Você lembra o que o (a) motivou a escolher a profissão farmacêutica? Como você imaginava que seria o seu trabalho? O que você pensava na época?

**3.2.** Como foi a faculdade? Gostou? O que você mais gostou? Fez pesquisas, iniciação científica e estágios? Em que área? Quando você se formou, sentiu-se preparado? Em que foi seu primeiro emprego? E depois? E o atual emprego, como chegou até aqui? E o que você faz agora?

**3.3.** Quais atividades você realiza em um dia típico aqui na farmácia/drogaria? Alguma dessas atividades você considera mais importante? O que acha mais difícil de fazer? E o mais fácil? É sempre assim? Por quê?

**3.4.** Você é chamado a ir ao balcão? Quem te chama mais ao balcão? Quando você vai ao balcão? Quais as razões mais comuns para você ir ao balcão? O que a população pede que só você resolve? As pessoas pedem informações sobre a doença deles além das relacionadas com o uso dos medicamentos? E sobre algo mais? Conte os casos.

**3.5.** Como se faz a dispensação de medicamentos na sua farmácia/drogaria? Como você participa desse processo? Quem orienta? Quais são as tarefas dos balconistas? A população tem pedido mais medicamentos genéricos? Comente. Você vai ao balcão para atender situações relacionadas ao medicamento genérico? Quais?

**3.6.** Qual a dificuldade da população no uso de medicamentos? Enumere as dúvidas mais comuns da população.

**3.7.** Como você se sente no seu dia-a-dia de trabalho?

**3.8.** Você pode falar de alguma situação que marcou a sua carreira?

**3.9.** De forma geral, como você avalia o seu trabalho, em relação a:



- Condições de Trabalho: equipamentos, posto de trabalho, espaço, iluminação, ruídos?
- Organização do Trabalho: regras, rotinas, procedimentos, desempenho?
- Relações Sociais de Trabalho: interações com chefias, colegas e usuários?

**3.10.** Em sua opinião, quais seriam as perspectivas futuras da profissão farmacêutica na farmácia e drogaria? Por quê?

**3.11.** Sabe dizer se estudou sobre Atenção Farmacêutica na faculdade ou em outros momentos? Para você, qual o significado do termo Atenção Farmacêutica?

**3.12.** Como você vê a inserção do farmacêutico na farmácia/drogaria? E a questão da presença?

**ANEXO 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

	<p>Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro</p>	
---	--	---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**Entrevistados**

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser **entrevistado(a)** na pesquisa de campo referente a dissertação intitulada **“A práxis farmacêutica segundo o olhar dos farmacêuticos responsáveis técnicos por farmácias comunitárias no estado do Rio de Janeiro”** desenvolvida no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) pela pesquisadora Cláudia Regina Garcia Bastos. Fui informado ainda de que a pesquisa é orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosângela Caetano, a qual poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário por meio do telefone (21) 25877303 ramal 210.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo que, em linhas gerais é o de procurar identificar a concepção que os farmacêuticos responsáveis técnicos, atuantes em farmácias comunitárias do estado no Rio de Janeiro, têm sobre a sua prática profissional e como essa visão pode estar relacionada à implementação de práticas de atenção farmacêutica no estado.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim coletadas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima por meio de entrevista semi-estruturada. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e o seu orientador.

Estou ciente de que em caso de dúvida, ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar o pesquisador responsável ou seu orientador, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social situado à Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, Blocos D e E, CEP 20559-900, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), telefones (21) 25877303/7540/7422/7572 e fax (21) 2264-1142.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_