

A FARMÁCIA HOSPITALAR SOB UM OLHAR HISTÓRICO

MÁRCIA RODRIGUEZ VÁZQUEZ PAUFERRO¹
LUCIANE LÚCIO PEREIRA²

1. Farmacêutica-Bioquímica, Docente de Bioética no Ensino à Distância nos cursos de Graduação do Centro Universitário São Camilo-CUSC, Rua Raul Pompéia, 144, Pompéia, 05025-010, São Paulo, SP. Consultora Farmacêutica do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo.
2. Enfermeira, Docente do Programa de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo- CUSC.

Autor responsável: M.R.V. Pauffero. E-mail: mvasquez@saocamilo-sp.br

INTRODUÇÃO

As sociedades humanas existem em um determinado espaço com formação social e configuração cultural específicas. Estas vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro (MINAYO, 2006). É no seio delas que emergem as profissões, cada uma delas visando atender a alguma demanda social. Mais do que isso, é o reconhecimento da sociedade que preservará sua identidade e lhes assegurará um âmbito de atividades exclusivas (SÁ, 2005).

Entre os registros das primeiras civilizações, de que se tem notícia, foram encontradas várias descrições de fórmulas destinadas a curar ou remediar doenças, evidenciando a necessidade de um profissional capaz de preparar medicamentos, desde a Antiguidade (DIAS, 2003). Durante muito tempo, a imagem do farmacêutico permaneceu ligada ao medicamento, de onde emanam, até hoje, as funções privativas deste profissional, fruto de conhecimentos que lhe são peculiares (SANTOS, 1999).

O contínuo desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, trouxe inquestionáveis avanços à prática médica. Entretanto, verifica-se que o melhoramento da saúde não depende, apenas, dos recursos tecnológicos da Medicina e, muito menos, dos medicamentos (BARROS, 2004; BERLINGUER, 2004).

Ao rever os modelos de práticas de saúde adotados, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma assistência integral à saúde, que não é mera ausência de enfermidades. Segundo a OMS, a saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual” (OPAS, 2002). A distinção da OMS pode ainda ser acrescida da emitida na VIII Conferência Mundial de Saúde, em 1986, em que a saúde foi definida como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BARCHIFONTAINE, 2005).

Ao longo das últimas décadas, diversos órgãos e entidades representativas da categoria farmacêutica – tais como o Conselho Federal de Farmácia (CFF) e a Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) – e até mesmo o Ministério da Saúde (MS) e organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) – tem se reunido para discutir o papel do profissional farmacêutico no sistema de saúde.

Por meio dessas discussões, tem sido possível constatar que, por um lado, se este profissional foi abarcando uma série de funções, não privativas, que o distanciaram de sua identidade originária, por outro lado, também foi sendo cobrado a incorporar novas funções que atendessem às demandas emanadas da própria sociedade (OMS, 1993; SANTOS, 1999). Questiona-se, hoje, se o foco é o medicamento, o paciente ou a comunidade como um todo (OPAS, 2002).

Para traçar o melhor caminho a ser seguido, diante das profundas mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, Drane e Pessini (2005) propoem que cada profissão inicie uma reflexão resgatando o seu próprio passado. Ou seja:

Em algum ponto, em toda profissão, faz-se necessário um retorno às raízes. De vez em quando, temos de resgatar o que queríamos ser, voltar a nossos ideais iniciais e a nossas esperanças e sonhos. Se não nos recordarmos de onde começamos, ou nos esquecemos de verificar, periodicamente, a maneira como estamos procedendo, é fácil perder-nos no caminho (DRANE e PESSINI, 2005).

Partindo-se desses pressupostos, o presente estudo se propoe a refletir acerca do papel exercido pelos farmacêuticos, ao longo da história, com ênfase em sua atuação nos hospitais, mais especificamente, no Brasil.

Para atingir o objetivo proposto, foram selecionados e analisados documentos que abordassem a atuação do farmacêutico, desde a Antiguidade até os dias atuais, registrando o momento em que este profissional passou a integrar a equipe de profissionais da saúde que atua nos hospitais, e descrevendo como vem atuando nesse meio, desde então.

A fim de possibilitar uma melhor compreensão dos dados obtidos, a apresentação foi subdividida em tópicos, iniciando com o estudo do símbolo da Farmácia, avançando com uma breve descrição das origens da profissão no mundo, seguida de relatos sobre a Farmácia no Brasil, e terminando com a descrição do trabalho dos farmacêuticos nos hospitais. Destacando-se, ainda, a realização de atividades de Atenção Farmacêutica nesse meio.

O Símbolo da Farmácia

O ponto de partida escolhido para este estudo foi o próprio símbolo da Farmácia. Segundo Chauí (2001), a linguagem simbólica trabalha com analogias e metáforas, e é carregada de emoção e afetividade. Neste sentido, o estudo do símbolo e de suas origens poderia levar a apreensão de valores importantes para a profissão.

O símbolo utilizado para representar a profissão farmacêutica, até hoje, remonta aos tempos da Grécia Antiga. Segundo a mitologia grega, era utilizado pela deusa Hígia, considerada a deusa da Saúde e filha de Asclépio, o deus da Medicina (DIAS, 2003). O símbolo da profissão é composto de uma taça envolta por uma serpente que, segundo as literaturas antigas, ilustra o poder (serpente) da cura (taça) (FCFRP-USP, 2006).

Os tempos mudaram, a ciência evoluiu e descobriu-se a cura de muitas doenças, mas a humanidade está longe de curar todos os males por meio dos medicamentos. É sabido, hoje, que as doenças resultam de uma complexa interação de fatores, tais como meio ambiente e condições sócio-econômico-culturais, além de uma série de fatores individuais (BARROS, 2004). Desta forma, o farmacêutico não poderia dar conta da complexa missão de “curar” as pessoas.

Complementando esta idéia, os dizeres do professor de Farmacologia nas faculdades de Medicina de San Francisco e Stanford, Milton Morris Silverman (1910-1997), no prefácio do livro “Mágica em Garrafas” (*Magic in a bottle*, 1941), soam bastante oportunos e atuais: ... “é preciso que haja algo mais atrás das drogas, algo além dos resultados e de fórmulas químicas e da atordoante filosofia farmacodinâmica. É preciso que haja homens.” (SILVERMAN, 1943 *apud* BONFIN, 2004).

As Origens da Profissão Farmacêutica

As origens da Farmácia se confundem com a história do próprio medicamento, pois foi ao lado deles que surgiram os precursores desta profissão. O material consultado revelou tratar-se de uma profissão muito antiga, descrita nos registros das primeiras civilizações. Os primeiros registros médico-farmacêuticos provem das civilizações da Mesopotâmia e Egito, sendo uma tábua de argila suméria com 15 receitas medicinais, descoberta em Nippur, o documento mais antigo conhecido.

O Papiro de Ebers é o documento egípcio mais importante para a história da Farmácia. Esse papiro data de 1550 a.C. e faz referência a mais de 7.000 substâncias medicinais, incluídas em mais de 8.000 fórmulas (DIAS, 2003). A primeira farmácia de que se tem registro foi aberta em 754 a.C. em Bagdá, atual Iraque (FCFRP-USP, 2006).

As primeiras explicações racionais para a saúde e a doença nasceram com a filosofia grega, da qual o representante mais importante é Hipócrates de Kos (460-370 a.C.), considerado o “Pai da Medicina”. Segundo a teoria de Hipócrates, a saúde dependia do equilíbrio entre 4 humores: o sangue, o fleugma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra. Os tratamentos recomendados visavam o restabelecimento do equilíbrio entre esses humores e incluíam dietas, exercícios físicos, ventosas e sangrias. Nessa época, o medicamento ainda era considerado um recurso secundário (DIAS, 2003).

O pensamento hipocrático foi acrescido da preciosa contribuição de Galeno (122 -199 D.C.), tido como o “Pai da Farmácia”. Galeno transformou a teoria humoral em uma teoria sistemática, em relação à qual se tornava necessário classificar os medicamentos, que deveriam ter propriedades opostas às causas da doença para poder combatê-la (BARROS, 2002; DIAS, 2003). Foi na forma de galenismo que a Medicina greco-romana foi levada para o Ocidente cristão, dominando a Medicina e a Farmácia de toda a Idade Média até o século XVII. (DIAS, 2003; POTZSCH, 1996).

Na Antiguidade, também merece destaque a figura de Pedáneo Dioscórides, autor greco-romano do século I, considerado o fundador da Farmacognosia. Sua obra *De Matéria Médica* foi a principal fonte de informação sobre drogas medicinais até o século XVIII, incluindo plantas e fármacos de origens animal e mineral, dos quais alguns ainda são considerados farmacologicamente ativos (DIAS, 2003; POTZSCH, 1996).

Na realidade, as atividades desenvolvidas pelos “profissionais da saúde” da Antiguidade e da Idade Média envolviam toda a assistência, desde o diagnóstico e a decisão terapêutica até o cuidado e a preparação e a dispensação dos medicamentos. Na medida em que a profissão médica foi se caracterizando como uma profissão nobre, ensinada nas universidades, isto implicou no abandono de tarefas manuais, abrindo caminho para os boticários. Os boticários podem ser considerados os primeiros farmacêu-

ticos, pois eram os que preparavam os remédios na época. O ofício era ensinado por um mestre, que transmitia sua arte aos aprendizes (POTZSCH, 1996; SANTOS, 1999).

A separação formal entre a profissão médica e a profissão farmacêutica adveio por meio de determinações legais, sendo a primeira delas na França, em Arles, em 1162. Em 1240, Frederico II da Sicília e Nápoles, no chamado Édito de Melfi, reafirmou a obrigatoriedade de um curso superior em Salerno para os médicos, ao mesmo tempo em que proibia qualquer sociedade entre médicos e farmacêuticos. Em Portugal, a obrigatoriedade da separação entre a Medicina e a Farmácia foi determinada em 1462. Uma peculiaridade portuguesa é a existência de mulheres boticárias, fenômeno singular na península Ibérica. A referência mais antiga a uma boticária é de 1326, em Lamego (DIAS, 2003).

No período do Renascimento, destaca-se a figura de Paracelso (1483-1541). Considerado médico e alquimista, foi um dos primeiros a usar minerais com finalidade terapêutica e a reconhecer, por exemplo, as propriedades diuréticas do mercúrio. Segundo Paracelso, a natureza oferecia um remédio para cada doença e cabia ao médico descobri-los (POTZSCH, 1996).

Somente no século XIX, surgiram na Europa as primeiras escolas de Farmácia de grau universitário, e também leis e regulamentações, bem como alguns códigos de ética, que consolidaram o caráter profissional da prática de Farmácia (ZUBIOLI, 2004).

A Profissão Farmacêutica no Brasil

No Brasil, antes do descobrimento, a figura mais próxima do farmacêutico pode ser considerada o pajé. Nas tribos indígenas, a utilização de plantas medicinais era associada a rituais religiosos. Entretanto, com a chegada dos colonizadores, esses primeiros “profissionais da saúde” brasileiros foram dizimados.

Em 1548, Tomé de Souza chegou ao Brasil trazendo consigo o primeiro boticário, Diego de Castro, líder do primeiro corpo sanitário da Colônia. Nessa época, o trabalho dos boticários tinha bases artesanais e se dava como prática liberal, dotada de empirismo próprio, sem comprovação por meio de estudos científicos. Os médicos eram denominados físicos e exerciam a clínica como prática profissional liberal, mediante o pagamento dos respectivos honorários (SANTOS, 1999).

No período Colonial, os boticários desempenharam papel social de destaque, dada a ausência de intervenções do Estado em saúde coletiva. Também merece menção o importante papel dos religiosos nesse período, pois os jesuítas foram os responsáveis pela organização dos primeiros hospitais e pela produção dos remédios na Colônia. O missionário José de Anchieta (1534-1597) pode ser considerado o primeiro boticário de Piratininga, São Paulo,

tendo desenvolvido remédios com plantas nativas, como a iplecuanha (SANTOS, 1999).

Em 1640, foi dada autorização para instalação de boticas como estabelecimentos de comércio, preparo e distribuição de medicamentos, e houve grande expansão pelo país (ZUBIOLI, 2004). Até o século XIX, as boticas foram se fixando em estabelecimentos especializados em manipulação.

Como no Brasil estavam ausentes as instituições corporativas organizadas, ou escolas formais de habilitação, já atuantes na Europa Medieval, o ofício era aprendido na prática, sem prestar qualquer exame de habilitação. Havia permissão para que leigos abrissem boticas, a fiscalização era precária e a qualidade dos produtos oferecidos ao público era duvidosa, caracterizando a botica como um estabelecimento comercial de preparo e distribuição de medicamentos (SANTOS, 1999).

Em 1808, surge a primeira Escola de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia com uma Cadeira de Farmácia, em que os boticários atuavam. Somente em 1832 foi criado o primeiro curso de Farmácia (Rio de Janeiro e Bahia), anexo à faculdade de Medicina, passando-se a exigir o registro de diploma do título de farmacêutico para o exercício da profissão.

A primeira faculdade independente do curso de Medicina foi criada em 1839 – a Escola de Farmácia de Ouro Preto, em Minas Gerais. A Escola de Farmácia de Porto Alegre surgiu em 1896, e a de São Paulo em 1898. No ano de 1934, a Escola de Farmácia de São Paulo passou a integrar a Universidade de São Paulo (USP) (ZUBIOLI, 2004).

Em 1916, no dia 20 de janeiro, ocorre a fundação da Associação Brasileira de Farmacêuticos (ABF), na cidade do Rio de Janeiro. Nessa entidade, atuaram vários nomes respeitados da profissão, e dela se originou grande parte das entidades de representação, tais como associações e sindicatos de farmacêuticos. Devido à grande repercussão desta data, o Dia do Farmacêutico é comemorado no dia 20 de janeiro até os dias de hoje (ZUBIOLI, 2004).

No Diário Oficial da União, de 21/11/1960, foi promulgada a lei nº 3.820, criando o Conselho Federal de Farmácia (CFF) e os Conselhos Regionais de Farmácia (CRF) com o objetivo de zelar pela observância dos princípios da ética e da disciplina dos profissionais farmacêuticos atuantes no País (BRASIL, 1960).

A partir dos anos 1960, com o incremento da indústria farmacêutica e o seu impacto na quimiossíntese farmacêutica, a manipulação de medicamentos, realizada pelos farmacêuticos, foi perdendo importância. Devido à falta de um redirecionamento das atividades, estes profissionais foram abandonando as farmácias e migrando para outras áreas, a indústria farmacêutica, as análises clínicas e toxicológicas, a indústria alimentícia e a pesquisa (ESTEFAN, 1986). A partir do estabelecimento dos currí-

culos mínimos, pela lei nº 5.440, de 28/11/1968 (BRASIL, 1968), caberia aos farmacêuticos da época atender a demanda de ocupação gerada pelo complexo industrial médico-farmacêutico, que estava em franca expansão, devido à política desenvolvimentista adotada no país (SANTOS, 1999).

Finalmente, a lei nº 5.991, aprovada pelo Congresso Nacional em 1973, transformou as Farmácias em meros estabelecimentos comerciais. Segundo esta lei, ainda em vigor, “o comércio de medicamentos pode ser exercido por qualquer pessoa, desde que com a assistência de um profissional farmacêutico *responsável técnico*” (BRASIL, 1973). A maioria das Farmácias existentes, naquela época, já não pertencia aos profissionais farmacêuticos, e esta situação persiste até os dias atuais (SANTOS, 1999).

Para atender as necessidades do mercado de trabalho, o farmacêutico foi adquirindo determinadas características tecnicistas que lhe imprimiram uma imagem de tecnólogo (SANTOS, 1999). A formação, predominantemente tecnicista, pode ser considerada um reflexo do modelo científico introduzido por René Descartes, no século XVI, e aprimorado por Abraham Flexner, nos Estados Unidos, em 1912, para o ensino da Medicina, mas que acabou influenciando todas as demais profissões de saúde (SANTANA et al., s.d.).

Os modelos de formação de profissionais da saúde que privilegiam a formação tecnicista, e altamente especializada, aliados à influência negativa da publicidade (dirigida aos leigos e, sobretudo, aos prescritores) e à prevalência dos interesses econômicos sobre os interesses de saúde pública (pressão das indústrias farmacêuticas e dos proprietários de Farmácia) conduziram à banalização do uso de medicamentos e a uma visão exagerada da sua capacidade para resolver os problemas mais importantes de saúde da população, resultando no fenômeno conhecido por “**medicalização da saúde**” (BARROS, 2004; NASCIMENTO, 2003; SANTOS, 1999).

Desta forma, o medicamento, que deveria promover a saúde, vem se transformando em instrumento de iatrogenias, intoxicações e até mortes. A título de exemplo, citam-se registros do Serviço Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), *apud* OPAS (2002), em que se verificam que os medicamentos ocupam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicações em seres humanos, desde 1996.

Os registros de utilização irracional de medicamentos, no país, revelam a necessidade de um farmacêutico capaz de assegurar o uso racional de medicamentos e contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas (OPAS, 2002). Os próprios usuários de medicamentos têm exigido mais informações acerca do seu tratamento, valendo-se de direitos recentemente adquiridos, tais como o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990 – BRASIL, 1990).

Segundo Cordeiro & Reynaud (2005), há uma demanda dos usuários por um profissional que os oriente sobre o uso correto dos medicamentos e, se o farmacêutico não ocupar este espaço outros o farão, inclusive pessoas sem formação para tal e com interesses, predominantemente, comerciais. Para atender a cobrança crescente da sociedade, a Farmácia deverá assumir um caráter, cada vez mais, clínico, tanto em seu alcance quanto em sua função, transformando o papel de dispensador de medicamentos em um papel de consultor de medicamentos, no qual os farmacêuticos deverão ampliar sua interação com o usuário (ESTEFAN, 1986).

O Farmacêutico nos Hospitais

Até o século XVIII, os hospitais da Europa eram, essencialmente, instituições de assistência aos pobres, que funcionavam, também, como forma de separação e exclusão dos portadores de doenças contagiosas. Esses hospitais eram dirigidos por religiosos, e quase não havia recursos terapêuticos. No início do século XIX, os médicos assumem a gerência dos hospitais, como representantes da verdadeira ciência da saúde. Os médicos criaram a rotina de visita médica, na qual deveriam ser acompanhados pela enfermeira, que funcionava como uma assistente do mesmo. Enquanto isso, os boticários permaneceram na Farmácia, com a incumbência de manipular os medicamentos necessários para os pacientes. Durante muitos séculos, os hospitais permaneceram sem uma Assistência Farmacêutica efetiva (SANTOS, 1999; SANTOS, 2006).

Os primeiros registros de uma Farmácia Hospitalar referem-se ao ano de 1752, no Pennsylvania Hospital, na Filadélfia, Estados Unidos. Entretanto, a atividade sofreu um recesso naquele país, rearticulando-se, somente, entre 1920 e 1940. Em 1942, foi formada a American Society of Hospital Pharmacists (ASHP), que serve de referência mundial até hoje. Desde a sua concepção, a ASPH teve o usuário de medicamentos como foco e tem fomentado a atuação do farmacêutico como um profissional clínico integrado à equipe de saúde (SANTOS, 2006).

No Brasil, o primeiro hospital foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos, inaugurada em 1543, mas as primeiras farmácias hospitalares surgiram nos hospitais-escola e nas Santas Casas de Misericórdia somente na década de 1950. A partir de 1975, algumas faculdades brasileiras introduziram a disciplina de Farmácia Hospitalar em seus currículos (CAVALLINI & BISSON, 2002; SANTOS, 2006).

Cabe destacar, ainda, a promulgação da resolução nº 208, em 1990, pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF *apud* SANTOS, 2006), que reconheceu, definiu, estabeleceu atribuições e formalizou, pela primeira vez, a Farmácia Hospitalar brasileira. Posteriormente, esta resolução foi revisada e reformulada, dando origem à Resolução nº 300, do Conselho Federal de Farmácia (CFF), e, mais re-

centemente, à Resolução nº 492 (CFF, 2008), que está em vigor até os dias atuais. Esta última amplia a participação do farmacêutico na assistência à saúde pública e privada, descrevendo seu papel não só na assistência hospitalar, propriamente dita, mas também em todos os serviços de assistência à saúde, inclusive os serviços de atendimento pré-hospitalar.

Segundo a Resolução CFF nº 492:

(...) entende-se como serviço de atendimento pré-hospitalar “o conjunto de ações de resgate que objetiva o atendimento às urgências e emergências por meio de serviços móveis,” e por farmácia hospitalar e outros serviços de Saúde “a unidade clínica, administrativa e econômica, dirigida por farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção do hospital ou serviço de saúde e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.” (Artigo 1º, Resolução nº 492/2008 – CFF, 2008).

Na história da Farmácia Hospitalar no Brasil, também merece menção a criação da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar – SBRAFH –, em 21 de maio de 1995. A SBRAFH abriu um importante espaço para discussão da atuação e formação do farmacêutico nessa área (SBRAFH, 2006).

Do ponto de vista legal, pode-se dizer que a presença do farmacêutico nos hospitais ainda é motivo de controvérsia no país. Se, por um lado, é exigido pelo Ministério da Saúde um farmacêutico para compor a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (BRASIL, 1998) e compor a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (BRASIL, 1998a), por outro lado ainda não há consenso quanto à obrigatoriedade de um Farmacêutico Responsável Técnico pela Farmácia Hospitalar. Isto porque a lei federal que trata do controle sanitário de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos, e da responsabilidade técnica do farmacêutico nos estabelecimentos onde ocorre a dispensação de medicamento – lei nº 5.991 (BRASIL, 1973) – é omissa a respeito da presença do farmacêutico nas Farmácias Hospitalares, e deixa margem a interpretações.

Na grande maioria dos hospitais brasileiros, até a década de 1960, as atividades se restringiam à manipulação de produtos e à sua distribuição para as unidades de internação. Até a década de 1980, muitos deles nem sequer possuíam farmacêuticos. No entanto, com a crescente introdução de medicamentos novos no mercado brasileiro, o farmacêutico é chamado a compor as Comissões de Farmácia e Terapêutica, a fim de selecionar e sistematizar informações que corroborem o uso racional de medicamentos, proporcionando uma relação de custo-efetividade favorável para aquele que se constitui como um dos insumos hospitalares mais caros.

Na década de 1980, o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar,

criou o curso de especialização em Farmácia Hospitalar. Assim, surgiram condições para o desenvolvimento de sistemas de distribuição de medicamentos de forma mais segura (minimizando erros) e mais econômica (minimizando desperdícios e desvios).

Aquilo que já vinha ocorrendo nos Estados Unidos, desde a década de 1960, só começou a tomar corpo no Brasil a partir da década de 1990. O farmacêutico começou a ter acesso à prescrição médica e passou a distribuir os medicamentos pelo sistema de dose unitária, abrindo caminho para atividades mais focadas no usuário de medicamentos, tais como a Farmácia Clínica e, mais recentemente, a Atenção Farmacêutica (CAVALLINI & BISSON, 2002; SANTOS, 2006).

Apesar das dificuldades na área hospitalar, é preciso reconhecer também que a categoria farmacêutica já pode comemorar algumas conquistas recentes, como a portaria nº 1.017/2002 em que se vislumbra importante avanço na legislação sanitária, estabelecendo que:

(...) as Farmácias Hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos Hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde deverão funcionar, obrigatoriamente, sob a Responsabilidade Técnica de Profissional Farmacêutico (BRASIL, 2002a).

A evolução das atividades da Farmácia Hospitalar brasileira, em número e complexidade, é incontestável. Entretanto, cabe destacar que não tem ocorrido de maneira uniforme entre as instituições, existindo, ainda hoje, Farmácias Hospitalares com diferentes níveis de complexidade de Assistência Farmacêutica. Entre as dificuldades para o pleno exercício da Assistência Farmacêutica hospitalar com qualidade, Santos (2006) distingue: isolamento dos estudantes de farmácia dos serviços de assistência sanitária; abordagem superficial de questões relevantes para o exercício da Farmácia Hospitalar na graduação; pouco contato dos profissionais com os acadêmicos; pouca integração entre a pesquisa, a docência e a assistência.

Em concordância com Santos (2006), admite-se que a Farmácia Hospitalar brasileira está passando por um período de transição, caracterizado pela busca de uma nova identidade, na qual será preciso conciliar o papel “tradicional” de dispensador de medicamentos com os “novos” papéis relacionados à assistência ao usuário propriamente dito, tais como a Farmácia Clínica e a Atenção Farmacêutica, de modo mais específico.

A aplicabilidade de serviços realizados pelas farmácias hospitalares americanas e européias tem sofrido algumas adaptações para incorporação à nossa realidade. O país ainda não dispõe, em larga escala, dos mesmos recursos tecnológicos facilitadores da dispensação de medicamentos, dos programas informatizados de atualização de informações sobre medicamentos, e dos programas de

educação continuada à distância para os profissionais. Além disso, nossa carência de estudos próprios ainda é muito grande, haja vista a inexistência de um periódico científico nacional especializado na área de Farmácia Hospitalar, conforme apontado em recente estudo realizado por Magarinos-Torres et al (2007).

Atenção Farmacêutica: uma oportunidade para o Farmacêutico Hospitalar

Segundo Hepler e Strand (1990), o exercício da **Atenção Farmacêutica** tem se apresentado como uma oportunidade do farmacêutico recuperar sua importância no contexto da assistência à saúde e reaproximar-se do usuário de medicamentos. Dentre as diversas definições disponíveis de atenção farmacêutica, reproduzimos aquela consensualmente obtida em um esforço conjunto da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2002) e diversas associações do segmento farmacêutico brasileiro:

Atenção Farmacêutica (...) 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, respeitadas as especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002).

A atenção farmacêutica pode ser desenvolvida em pacientes internados, ambulatoriais, domiciliares e até mesmo na farmácia comunitária. O fortalecimento da relação farmacêutico-usuário, pelo exercício da Atenção Farmacêutica, pode trazer um novo sentido à profissão, resgatando velhos papéis, que se perderam, e conquistando novos, na promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, quando o usuário se torna o foco principal do trabalho do farmacêutico, a recuperação é mais rápida, reduzindo o tempo de internação e os custos hospitalares (BISSON, 2003; OMS, 1993).

Segundo Bonal (2001), o farmacêutico é o último profissional que intervém antes que o usuário tome seu medicamento, o que o coloca em uma posição de autoridade, que deve ser aproveitada em benefício das pessoas assistidas pelo sistema de saúde. No contexto da assistência à saúde, a Farmácia Hospitalar apresenta-se como um espaço peculiar, no final de uma cadeia de diversos profissionais de saúde que atuam com um objetivo em comum,

qual seja de resgatar a saúde das pessoas. Sendo, muitas vezes, o último contato do usuário com um profissional que pode identificar e corrigir possíveis riscos causados pela utilização dos medicamentos, o farmacêutico agrega valor ao trabalho dos demais membros da equipe de saúde (OMS, 2003).

Do ponto de vista legal, o Brasil nunca dispôs de tanto amparo para apoiar as atividades de Atenção Farmacêutica. A recente aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004), em que a Atenção Farmacêutica é incluída entre os serviços a serem oferecidos em todos os níveis de atenção à saúde, no âmbito do SUS, é nítido exemplo de que o exercício da Atenção Farmacêutica vem sendo reconhecido como um dever do profissional e um direito dos cidadãos.

Por outro lado, para além do avanço nas leis, cabe considerar, também, como postulado por Cordeiro & Reynaud (2005), que a edição de normas técnicas e legais sem o devido envolvimento da classe farmacêutica com estas não é capaz de mudar os costumes e a forma como a prática profissional é visualizada. As atuais circunstâncias apontam que a Atenção Farmacêutica ainda pode ser considerada uma atividade rara nos hospitais brasileiros. Segundo Bisson (2003), o farmacêutico hospitalar está mais voltado às atividades administrativas e gerenciais e precisa aprender a delegar funções e gerenciar seu tempo em favor de uma atuação mais voltada para o usuário.

Na literatura, podem ser encontrados trabalhos consistentes sobre Atenção Farmacêutica em farmácias comunitárias e em postos de saúde, como aqueles realizados por Lyra Junior (2005) e Frade (2006). Relatos de Atenção Farmacêutica em Farmácia Hospitalar, entretanto, ainda são escassos – até mesmo em eventos científicos. A maioria dos trabalhos publicados em Farmácia Hospitalar tem abordado aspectos gerenciais e administrativos ou sistemas de dispensação para pacientes internados (MAGARINOS-TORRES et al., 2007). Na prática, observa-se que nem todas as farmácias hospitalares possuem uma estrutura que permita o contato direto do farmacêutico com os usuários. Em muitos casos, inexistente uma área de atendimento ambulatorial, revelando que a Atenção Farmacêutica nos hospitais não é considerada essencial (PAUFERRO, 2008).

Além de rara, a pesquisa realizada por Pauferro (2008) com farmacêuticos hospitalares, no município de São Paulo, revelou que os mesmos esbarram em dificuldades para exercerem a Atenção Farmacêutica. Destacam-se a falta de apoio das instituições onde atuam e as deficiências na própria formação, que deveria incluir mais aspectos humanísticos e clínicos. Por outro lado, esse trabalho revelou, também, que um dos principais facilitadores do trabalho dos farmacêuticos, junto aos usuários de medicamentos, é a motivação pessoal, que os faz persistir em busca de alternativas para superar os obstáculos encontrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atividade do farmacêutico surgiu para servir às pessoas, provendo-lhes medicamentos para tratar da saúde, e sua atuação esteve muito ligada aos usuários de medicamentos nos primórdios da profissão, aconselhando e orientando as pessoas nos balcões das velhas boticas. Entretanto, ao longo de sua história, constata-se um afastamento gradativo do público-alvo, com uma consequente perda de identidade como profissional da saúde.

Nas Farmácias Comunitárias, verificou-se que, com o surgimento e expansão da indústria farmacêutica, os farmacêuticos perderam sua principal atividade, que era de manipular os medicamentos. A falta de um redirecionamento adequado fez com que o profissional se desinteressasse e abraçasse outras áreas não privativas, onde tem trazido incontestáveis contribuições à sociedade. O problema não é tanto a contribuição do farmacêutico em outras áreas, mas sim o caminho que deixou aberto nas Farmácias Comunitárias. Ao distanciar-se delas, permitiu que outras pessoas, sem formação para tal e com interesses muitas vezes conflituosos com aqueles de um estabelecimento de saúde, ocupassem o seu lugar.

Se o farmacêutico não tem conseguido exercer plenamente seu papel como profissional da saúde nas Farmácias Comunitárias, verifica-se que a situação nos hospitais também não tem sido muito diferente. Autores como Bisson (2003) e Santos (2006) tem destacado o predomínio de funções gerenciais em detrimento de uma atuação mais próxima do usuário, nas Farmácias Hospitalares brasileiras, o que também tem raízes históricas. No início do século XIX, quando os médicos se organizaram em torno dos hospitais, os enfermeiros foram chamados a assisti-los, participando diretamente da assistência ao usuário dos serviços de saúde.

O mesmo, porém, não ocorreu com os boticários, que permaneceram "isolados" dessa emergente equipe de saúde, dentro da farmácia, onde manipulavam os medicamentos. Ora, quando os medicamentos industrializados invadiram o mercado, o farmacêutico se viu também sem função definida no ambiente hospitalar. A inserção do farmacêutico no hospital contemporâneo se deu, inicialmente, por conta da necessidade de padronização de medicamentos e de controlar as infecções hospitalares. Deste modo, ele foi envolvido, basicamente, no gerenciamento de estoques de medicamentos e outros produtos para a saúde, tais como materiais médico-hospitalares e saneantes.

Diante dos fatos históricos aqui levantados, constata-se que a profissão farmacêutica no Brasil tem encontrado vários obstáculos ao desenvolvimento de atividades assistenciais nos hospitais, mas, ainda assim, pode-se vislumbrar o momento atual como oportuno. Tendo-se em conta que as leis representam a consolidação de valores morais em uma sociedade, as recentes mudanças na legislação refletem um reconhecimento crescente do papel do farmacêutico enquanto profissional de saúde em nosso

meio. A expectativa de mudança é boa, mas não dispensa cautela, recordando o que já fora apontado por Cordeiro & Reynaud (2005), ou seja, o envolvimento da classe profissional para que as mudanças na atuação e na forma como a profissão é vista pela sociedade ocorram é indispensável.

Em suma, as oportunidades de atuação junto aos usuários de medicamentos deverão ser conquistadas e ampliadas pelo esforço individual de cada farmacêutico. A escassez de relatos de Atenção Farmacêutica na área hospitalar e as dificuldades para sua realização levam a concluir que, neste campo, o caminho ainda não está trilhado. As oportunidades surgirão, no dia-a-dia de trabalho, e caberá a cada farmacêutico hospitalar colaborar, individualmente, para modificar sua imagem perante as equipes de saúde, transformando-se em um membro indispensável para o sucesso da terapia farmacológica, e também, de modo mais abrangente, para a melhora da qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde. Enfim, pode-se dizer que quanto mais puderem atuar e quanto melhor puderem documentar seus resultados mais os farmacêuticos hospitalares estarão ajudando a construir a própria história e a definir seu próprio rumo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARCHFONTEINE, C.P. *Saúde pública é bioética?* São Paulo: Paulus, 2005.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde e doença: a que responde o modelo biomédico? *Rev. Saúde e Sociedade*. 2002;11(1):74-84.
- BARROS, J.A.C. *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* Brasília: UNESCO/ANVISA; 2004.
- BERLINGUER, G. *Bioética cotidiana*. Brasília: Universidade de Brasília, 2004.
- BISSON, M.P. *Farmácia clínica & atenção farmacêutica*. São Paulo: Medfarma; 2003.
- BONAL, J. Los limites del rol del farmacéutico: hasta dónde debemos ir? *Pharm. Care Esp.*, v.2, p.230-232, 2001.
- BONFIM, J.R.A. A ética farmacêutica de que precisamos no Brasil e afora. [apresentação] In: ZUBIOLI, A. *Ética farmacêutica*. São Paulo: SOBRAVIME, 2004.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências, 1960. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 21 nov 1960. Disponível em <http://www.cff.org.br/Legislação/Leis/lei_3820_60.html>. Acesso em: 20 out 2006.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências, 1973. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 19 dez 1973. Disponível em: <http://www.cff.org.br/Legislação/Leis/lei_5991_73.html>. Acesso em: 20 out 2006.

- BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm>. Acesso em: 20 out 2007
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 272, de 08 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral [ementa não oficial], 1998. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 23 abr 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.616, de 13 de maio de 1998. Controle de Infecção Hospitalar [ementa não oficial], 1998. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 13 mai 1998a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.017, de 20 de dezembro de 2002. Estabelece que as Farmácias Hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos Hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde deverão funcionar, obrigatoriamente, sob a Responsabilidade Técnica de Profissional Farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia. [ementa não oficial], 2002a. Disponível em: <http://www.cff.org.br/Legislação/Portarias/port_1017_2002.htm>. Acesso em: 13 jan 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 06 de maio de 2004. Estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [Ementa não oficial], 2004. Disponível em: <http://www.cff.org.br/Legislação/Resoluções/Resoluções/Resoluções/Res_338_2004.htm>. Acesso em: 15 fev 2008.
- CAVALLINI, M.E.; BISSON, M. P. *Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde*. São Paulo: Manole; 2002.
- CHAUÍ, M. Um convite à filosofia. 12.ed. São Paulo: Ática; 2001.
- CFF, Conselho Federal de Farmácia. Resolução 492, de 26 de novembro de 2008. Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde de natureza pública ou privada. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/res492_08.pdf. Acesso em 24 nov 2008.
- CORDEIRO, B.C; REYNAUD, F. Atenção Farmacêutica: evolução ou revolução? IN: CORDEIRO, B.C.; LEITE, S.N. (Orgs.) *O farmacêutico na atenção à saúde*. Itajaí: Universidade Vale do Itajaí; 2005.
- DIAS, J.P.S. *A farmácia e a história: uma introdução à história da farmácia, da farmacologia e da terapêutica*. In: DISCIPLINA de História e Sociologia da Farmácia – Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; 2003.
- DRANE, J.; PESSINI, L. *Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano*. São Paulo: CUSC/Loyola; 2005.
- ESTEFAN, I.J.S. O ensino de farmácia. *Cad. Saúde Pública*, 1986. 2(4); 511-32.
- FCFRP-USP – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto. O símbolo da farmácia. *Farma News*. [on-line] Ribeirão Preto: Centro Acadêmico Lourenço Roselino – FCFRP-USP, [s.d.]. Disponível em: <http://www.fcfrp.usp.br/Calr/farma_news/historia_farma.html>. Acesso em: 26 jul 2006.
- FRADE, J.C.Q.P. *Desenvolvimento e avaliação de um programa educativo relativo à asma dedicado a farmacêuticos de uma rede de farmácias de Minas Gerais*. 2006. Dissertação [Mestrado] – Centro de Pesquisas René Rachou, FIOCRUZ, Belo Horizonte.
- HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Oportunidades y responsabilidades en la atención farmacéutica. *Pharm. Care Esp.*, 1999. 1:35-47 [traducido de Am J Hosp. Pharm, 1990. 47:533-543]
- LYRA JUNIOR, D.P. *Impacto de um programa de atenção farmacêutica, no cuidado de um grupo de idosos atendidos na Unidade Básica Distrital de Saúde Dr. Ítalo Baruffi*. 2005. Tese [Doutorado] – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto.
- MAGARINOS-TORRES, R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S; PEPE, V.L.E. Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão de literatura. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2007. 12(4):973-984.
- MINAYO, M.C. de SOUZA. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. Ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- NASCIMENTO, M. CABRAL do. *Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?* Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2003.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud*. In: INFORME de la Reunión de la OMS: 31 de agosto a 3 de setembro. Tóquio: OMS, 1993.
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta*. Brasília: OPAS; 2002.
- PAUFERRO, M.R.V. *Reflexão bioética sobre a relação entre farmacêutico e usuário de medicamentos no ambiente hospitalar*. 2008. 166p. Dissertação [Mestrado] – Centro Universitário São Camilo – CUSC, São Paulo.
- POTZSCH, R. (Org.). *A farmácia: uma janela para a história*. São Paulo: Roche; 1996.
- SÁ, A.L. *Ética profissional*. 6.Ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- SANTANA, J.P.; CAMPOS, F.R.; SENA, R.R. *Formação profissional em saúde: desafios para a universidade*. [S.l.]: CADRHU, [s.d.]. [Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde]
- SANTOS, M.R.C. *Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino*. Ribeirão Preto: Holos; 1999.
- SANTOS, G.A.A. dos. *Gestão de farmácia hospitalar*. São Paulo: Senac São Paulo; 2006.
- SBRAFH, Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. *SBRAFH: dez anos de história*. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/historico.html>>. Acesso em: 20 dez 2006.
- ZUBIOLI, A. *Ética farmacêutica*. São Paulo: SOBRAVIME; 2004.