

AMAURI MORAES DOS SANTOS

**FARMACÊUTICOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA:
PERFIL PROFISSIONAL - 1999**

Florianópolis - SC, novembro 2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL - UFSC
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO E
PLANEJAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**FARMACÊUTICOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA:
PERFIL PROFISSIONAL - 1999**

AMAURI MORAES DOS SANTOS

***DOUTOR SÉRGIO FERNANDO TORRES DE FREITAS
(ORIENTADOR)***

Florianópolis - SC, novembro 2000



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**" FARMACÊUTICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA: PERFIL
PROFISSIONAL –1999."**

AUTOR: Amauri Moraes dos Santos

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM: ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Vera Lúcia G. Blank

Profª. Dra. Vera Lúcia G. Blank
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Sy Htz

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas
(Presidente)

M. Machado

Profª. Dra. Maria Helena Machado
(Membro)

M. Rocha Farias

Profª. Dra. Mareni Rocha Farias
(Membro)

Vera Lúcia G. Blank

Profª. Dra. Vera Lúcia G. Blank
(Membro)

N. Rech

Prof. Msc. Norberto Rech
(Notório Saber)

A Cati, Nikolas e Juliana.

**A todos aqueles profissionais de saúde
que, cotidianamente, colocam o coletivo
acima das questões individuais e mercantis.**

AGRADECIMENTOS

À UNIVALI, pela colaboração através do Programa de Apoio a Capacitação de Docentes;

À diretoria do Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina, pela colaboração no encaminhamento dos questionários e incentivo a elaboração desse trabalho;

À diretoria do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina, pela disponibilização dos dados cadastrais, imprescindíveis a pesquisa;

A todos os colegas que responderam o questionário, particularmente àqueles que me incentivaram à realização da pesquisa;

Ao orientador, pela paciência, dedicação, ajuda e competência demonstrada ao longo da orientação.

RESUMO

Este trabalho estabelece um perfil para os farmacêuticos do Estado de Santa Catarina, utilizando como universo de estudo os 2.669 profissionais inscritos no CRF-SC em maio de 1999. Para obtenção dos dados foi realizada uma amostragem estratificada proporcional, de acordo com as regiões administrativas do estado, com escolha aleatória simples dentro de cada estrato. Foram encaminhados 672 questionários contendo 47 questões, sendo devolvidos 308, garantindo os parâmetros de 95% para intervalo de confiança e 5% de erro amostrai. A análise foi feita a partir de cinco blocos de questões. O primeiro busca a identificação quanto á gênero, idade, local de residência e origem. O segundo, a formação e qualificação profissional, através da habilitação e pós-graduação desenvolvidas e desejadas. No terceiro bloco, foi analisado o acesso às informações técnico-científicas, por meio da participação em eventos, adesão a sociedades científicas e a utilização de internet. O quarto bloco identificou o modo de inserção no mercado de trabalho através de seus ramos de atividades, jornada de trabalho, renda e vínculo empregatício. No último bloco analisou-se o nível de participação política, e da adesão ao código de ética, as entidades de classe, partidos políticos e conselhos municipais de saúde. Os principais resultados encontrados foram: os farmacêuticos estão distribuídos de forma muito desproporcional no Estado, em relação á população; há um processo de rejuvenescimento e feminilização bem marcados; a formação em análises clínicas é a preferida entre os profissionais, de maneira ainda mais marcante a partir de meados da década de 70; o nível de formação especializada ou pós-graduada foi da ordem 32,3% dos entrevistados; não há desemprego, mas 1/4 dos profissionais buscam complementação de renda fora do âmbito da profissão; aproximadamente 2/3 exercem jornadas de trabalho exaustivas (acima de 8 horas diárias em média); o principal campo de trabalho é a farmácia de dispensação, embora seja exercida como segunda ou terceira opção por grande parcela dos profissionais; a habilitação em tecnologia de alimentos não se consolidou no mercado de trabalho, pois apenas 2,3% a exercem como atividade principal; a habilitação em análises clínicas é a mais desejada pelos formandos, mas não encontra respaldo no mercado de trabalho, onde muitos destes habilitados são pressionados a trabalhar em farmácia; a renda média declarada é baixa, já que 65,1% ganham até R\$ 2.000,00 reais e apenas 6,9% recebem acima de R\$ 5.000,00 mensais; as entidades de classe tem pouca representatividade, com avaliação favorável apenas para o Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina, entre as que foram avaliadas; a participação de profissionais em Conselhos Municipais de Saúde foi bastante significativa, com aproximadamente 25% dos profissionais participando ou já tendo participado destes conselhos.

ABSTRACT

This study outlines a profile for the pharmacists in the State of Santa Catarina, using as a universe of analysis the 2,669 professionals enrolled with the State Pharmacy Council (CRF-SC) by May 1999. With the purpose of gathering data a proportional stratified sampling was accomplished, taking into account the administrative regions throughout the State, with a single random choice within each stratum. Altogether 672 questionnaires including 47 questions each were addressed, from which 308 were answered and returned, guaranteeing a 95 % confidence interval and a 5% sampling error. The analysis was accomplished based on five question blocks. The first one sought the identification with regard to gender, age, place of residence and origin. The second block established the educational background and professional qualification of the individuals, by means of their graduation studies and also their post-graduation studies already achieved or desired. In the third block their access to technical and scientific information was analysed, be it through participation in events, reading of papers or magazines related to the field, membership in scientific societies, or the utilization of the Internet resources. The fourth block ascertained the manner of insertion into the labor market –through their branches of activities, work hours, income and job engagement. In the last block their level of political participation was analysed, as well as their degree of adherence to their professional Ethics Code, representative bodies, Political Parties and to the Municipal Health Councils. The following main results were found: with regard to population the pharmacists are very disproportionately distributed throughout the State; there is a strongly marked process by which the older pharmacists are being superseded by younger ones and the number of women pharmacists is increasing; the qualification in clinical analyses is the preferred one among the professionals, and this is more pronounced from the mid seventies; the level of specialisation or post-graduation was on the order of 32 % of the inquired professionals; there is no unemployment, but one-fourth of the professionals complement their income outside their professional boundaries; approximately two-thirds of the professionals undergo exhaustive work hours (over eight hours a day on average); the main area of activity is the medicine dispensation, although this is done as a second or third option by a great number of the professionals; graduation in Food Technology has not reached consolidation in the labor market, as only 2.3 % of the professionals have in this area their main activity; qualification in clinical analyses is the most desired by the advanced students, but this is not supported by the labor market, where many of the graduates in this area are forced to work in pharmacies; the stated average income is low, as 65.1 % earn up to R\$ 2,000 and only 6.9% earn over R\$ 5,000 per month; the representative bodies have little adherence, being the Union of Pharmacists of Santa Catarina the only one with a favourable assessment among the evaluated entities; the participation of the professionals in the Municipal Health Councils is quite notable, with approximately 25 % of the professionals participating or having participated in these Councils.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 METODOLOGIA	19
3.1 Tipo de estudo	19
3.2 Conceitualização e operacionalização de variáveis	19
3.3 Universo de estudo, unidade de análise e plano amostral	23
3.4 Fontes de dados, instrumento de coleta e pré-testagem do instrumento...	24
3.5 Validade interna e externa	24
3.6 Plano de análise dos dados	25
3.7 Considerações éticas e administrativas	25
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	26
4.1 Trabalho, profissões e recursos humanos em saúde	26
4.1.1 Trabalho em saúde e terceirização	28
4.1.2 Profissões de saúde e transdisciplinaridade	38
4.1.3 Recursos humanos em saúde no Brasil - considerações	48
4.2 Farmacêutico: um recurso humano em saúde	61
4.2.1 Farmacêutico e as políticas de saúde no Brasil	63
4.2.2 Farmacêutico e mercado de trabalho	101
4.2.3 Farmacêutico e o Sistema Único de Saúde	111

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	123
5.1 Características sócio-demográficas	124
5.2 Formação e qualificação profissional	130
5.3 Acesso às informações técnico-científicas	139
5.4 Inserção no mercado de trabalho	144
5.5 Adesão às entidades representativas da sociedade	165
6 CONCLUSÃO	176
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186
9 ANEXOS	193

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Questionário da pesquisa	194
Anexo 2 - Associação dos Municípios de SC – regionais e sedes	201
Anexo 3 - Empresas registradas no CRF/SC segundo a atividade – maio de 1999	203
Anexo 4 - Fatores que influenciam na prestação de assistência sanitária, o uso racional dos medicamentos e o desenvolvimento da assistência farmacêutica	205
Anexo 5 - Papéis tradicionais e não-tradicionais do farmacêutico	207
Anexo 6 - Procedimentos adicionais à atenção farmacêutica	209
Anexo 7 - Perfil do profissional farmacêutico: construindo sua “network”	211
Anexo 8 - Número de farmácias e drogarias em comparação com o número de farmacêuticos e escolas, nos Estados brasileiros e a projeção do número de farmacêuticos para os próximos anos - Brasília Maio/2000	213
Anexo 9 - Natureza da atividade farmacêutica por Estado - Brasil 1999/2000	215

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Dados sócio-econômicos: usados para identificação dos farmacêuticos	20
Quadro 02 - Formação e qualificação profissional: medidas usadas para identificar os níveis de formação e qualificação profissional	20
Quadro 03 - Acesso à informação técnico-científica: medidas usadas para verificar o grau de acesso e interesse pela informação	21
Quadro 04 - Modo de inserção no mercado de trabalho: medidas usadas para verificar a forma de atuação no mercado de trabalho e suas características	22
Quadro 05 - Adesão às entidades representativas da sociedade: medidas usadas para identificar as formas de participação política	23

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Distribuição (%) por gênero. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	127
Gráfico 02 - Distribuição (%) etária. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999 ..	129
Gráfico 03 - Natureza administrativa da escola de graduação. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	132
Gráfico 04 - Farmacêuticos segundo habilitação. Santa Catarina - 1999	136
Gráfico 05 - Farmacêuticos com pós-graduação. Santa Catarina - 1999	137
Gráfico 06 - Utilização da internet. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	144
Gráfico 07 - Situação profissional declarada. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	147
Gráfico 08 - Jornada de trabalho diária considerando todos os vínculos trabalhistas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	153
Gráfico 09 - Jornada de trabalho diária dos farmacêuticos com atuação em Farmácias. Santa Catarina - 1999	157
Gráfico 10 - Farmácias com programa(s) de saúde conjunto com Secretarias Municipais de Saúde. Santa Catarina - 1999	162
Gráfico 11 - Nível de satisfação com a profissão. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	165
Gráfico 12 - Conhecimento dos dispositivos do Código de Ética da profissão. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	171

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estoque de empregos de profissionais de saúde por setores de atividade selecionados segundo Categoria Profissional. Absoluto e Percentual. Brasil, agosto, 1996	60
Tabela 2 - Evolução do número de empregos nos estabelecimentos de saúde - Brasil	105
Tabela 3 - Estabelecimentos de saúde e produção de serviços - Brasil	106
Tabela 4 - Percentual de contratados por categoria profissional segundo faixa de salário expressas em salários mínimos. Brasil, 1995	110
Tabela 5 - Distribuição da população e dos farmacêuticos por região administrativa de Santa Catarina - 1999	126
Tabela 6 - Farmacêuticos distribuídos por gênero segundo ano de formatura. Santa Catarina - 1999	128
Tabela 7 - Naturalidade. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	130
Tabela 8 - Local da graduação. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	131
Tabela 9 - Ano da graduação. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	133
Tabela 10 - Farmacêuticos segundo habilitação por região administrativa. Santa Catarina - 1999	135
Tabela 11 - Participação em congresso(s) científico(s). Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	140
Tabela 12 - Participação em sociedade(s) científica(s). Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	141
Tabela 13 - Tipo de curso/atividade desejada para aperfeiçoamento profissional. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	143

Tabela 14 - Ramo de atividade segundo a importância. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	148
Tabela 15 - Ramo de atividade segundo habilitação e nível de importância. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	150
Tabela 16 - Profissão farmacêutica como única fonte de renda segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	152
Tabela 17 - Farmacêuticos distribuídos por gênero segundo carga horária. Santa Catarina - 1999	154
Tabela 18 - Natureza administrativa da atividade principal no mercado de trabalho segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	156
Tabela 19 - Farmacêuticos de SC com atuação em farmácias por participação societária e vínculo empregatício segundo regiões administrativas - 1999	159
Tabela 20 - Farmacêuticos de SC com atuação em laboratórios de análises clínicas por participação societária e vínculo empregatício segundo regiões administrativas - 1999	161
Tabela 21 - Nível de renda (R\$) segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	164
Tabela 22 - Adesão à entidades representativas da categoria (exceto CRF) segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	167
Tabela 23 - Adesão às principais entidades representativas da categoria. Farmacêuticos Santa Catarina - 1999	169
Tabela 24 - Nível de satisfação com as principais entidades representativas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	170
Tabela 25 - Conhecimento dos objetivos e funções do Conselho Municipal de Saúde segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	172
Tabela 26 - Participação no Conselho Municipal de Saúde segundo regiões Administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	173
Tabela 27 - Participação político-partidária segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999	174

1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde foi resultado da insatisfação gestada nas décadas anteriores e conseqüente discussão a respeito dos graves problemas sociais, econômicos e culturais, e aqueles inerentes ao setor saúde da sociedade brasileira. O movimento, com base na luta pela democracia e aquisição de direitos fundamentais de cidadania, caracterizou-se por apontar transformações profundas de ordem ideológica, política e operacional. Assumiu o importante compromisso com a reorganização dos serviços de saúde para o atendimento integral às necessidades da população.

Os esforços de diversos segmentos sociais envolvidos, culminaram com o reconhecimento, através do texto constitucional de 1988, que “a saúde é direito de todos” e obrigação do Estado de envidar esforços, através de políticas sociais e econômicas, para sua concretização. Reconheceu também que a mudança deverá ser edificada através de um Sistema Único de Saúde, organizado, a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, sob as diretrizes da descentralização, integralidade e controle social, objetivando a “redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição, 1988).

Apesar dos esforços do “movimento sanitário” e apesar do tempo decorrido desde a sua criação, encontra-se mergulhado numa crise de alta magnitude, fruto de um elenco de determinantes políticos, econômicos, organizacionais, dentre outros. Entretanto a construção do SUS, entendido como busca constante da mudança e embate com os diferentes grupos de interesses contrários, principalmente aqueles que fazem da doença uma mercadoria rentável, requer um processo de

luta e discussão permanente, para a sua consolidação e contínuo aperfeiçoamento, com o imprescindível envolvimento dos diferentes segmentos da sociedade. Requer a utilização de recursos, científicos, tecnológicos, financeiros e humanos.

O projeto histórico da construção do SUS passa pela questão dos recursos humanos em saúde. São estes, no cotidiano, os protagonistas das mudanças impostas pela legislação e exigidas pelas péssimas condições de saúde da população. Além de sua importância inquestionável para o processo de produção de ações e serviços, representam os maiores custos para o setor. Outrossim compõem uma importante fatia de mão-de-obra para nossa economia. Cresceram em quantidade, principalmente após os anos 70 e contribuem, cotidianamente, para a solução efetiva dos problemas de saúde da população, através de um processo de trabalho estandardizado, turnos de trabalho desgastantes, baixos níveis salariais, com efeitos devastadores na sua própria saúde. São, em sua maioria, reconhecidos, unicamente como força de trabalho, entendido como mercadoria, como insumo de produção. Entretanto na sua condição de "sujeitos/agentes sociais" não participaram do processo de mudança, ao tempo, que as condições de formação, qualificação e valorização não acompanharam as exigências das mudanças. As políticas de recursos humanos não os reconhecem, não os motivam, relegando-os a condição de meros recursos/insumos, sempre tratados normativamente, esquecendo até de suas naturezas humanas. Sem esses aliados não haverá processo de mudança que não sucumba, não haverá atenção integral e equânime com qualidade, ética e solidariedade.

Não obstante, os RHS representam fontes de dados valiosas para o conhecimento da estrutura e dinâmica do novo sistema de saúde, com vistas ao planejamento, execução controle e avaliação das políticas de saúde. Compreendê-los, portanto, significa desvelar parte da complexidade do setor e criar perspectivas para a reformulação das estruturas determinantes do processo saúde/doença. Criar perspectivas também para o reconhecimento, valorização e, após inseri-los como agentes políticos e sociais, adequando-os às necessidades da sociedade.

Dentro do enfoque da transdisciplinaridade, figuram os farmacêuticos entre os profissionais de saúde, responsáveis por uma gama de atividades fundamentais

para a consolidação do sistema.

A Lei Orgânica de Saúde (1990) inclui como atribuição do SUS a “execução das ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.”

Em que pese o apenso, na forma de “inclusive”, como demonstração de pouco valor, não há sistema de saúde sem a formulação e implementação de uma política de medicamentos, assegurando o acesso a toda população de forma segura e eficaz, com produtos, irrestritamente de qualidade. Garantir em quantidade adequada às necessidades, respeitando o perfil epidemiológico, e garantir sua utilização de forma racional, requer um programa de assistência farmacêutica comprometida com os princípios elementares do SUS e de cidadania.

Os desafios que se colocam para a assistência sanitária solidária, eficiente e de qualidade, somente se processará mediante o envolvimento inter e intra-setorial, num enfoque multidisciplinar. Ao farmacêutico, em que pese seu afastamento progressivo nas últimas décadas, considerando o espectro de atividades afins a que está habilitado a desenvolver, perpassando quase todos os campos atribuídos legalmente ao SUS, cabe essencialmente, o papel de inserir a assistência farmacêutica. Não só oferecendo seus serviços ao paciente, executando a farmacoterapia, mas de posse de seu objeto, o medicamento, executar ações e serviços de promoção, proteção e também de recuperação.

Entretanto, a Farmácia sempre ocupou uma posição secundária no setor saúde, e seus atores, encontram-se sujeitos as turbulências das mudanças tecnológicas, sociais, políticas e econômicas de caráter neoliberal da sociedade globalizada, determinante da crise do sistema sanitário brasileiro. Necessita, juntamente com os demais RHS, a partir do pressuposto da transdisciplinaridade, redefinir seus papéis e funções para fazer frente aos novos desafios sanitários, às reais necessidades da população.

Apesar de pequeno número, encontra-se literatura a respeito dos antigos e atuais problemas da profissão e do medicamento. Entretanto são poucos os estudos que retratam o perfil dos farmacêuticos. Necessita-se dar números e melhor caracterizá-los,

bem como o seu mercado de trabalho, para que possamos adequá-los aos princípios e diretrizes da reforma sanitária, inserindo-os, definitivamente, no novo contexto.

Dessa forma, pontuamos o interesse de investigação, perguntando: quem são, onde estão e o que fazem os farmacêuticos? Delimitamos ao Estado de Santa Catarina.

Traçar o “Perfil dos Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina” visa contribuir para a discussão do ensino e do mercado de trabalho farmacêutico com vistas a uma assistência farmacêutica que atenda os princípios e diretrizes do SUS e fornecer subsídios para as entidades representativas da categoria, instituições acadêmicas (de ensino e de formação), e instituições de serviços de saúde pública para a formulação de uma política de RHS, voltada às necessidades dos profissionais e da população.

Para dar conta dos objetivos, além da metodologia construída, realizamos uma busca bibliográfica para subsidiar nossas análises. Dividimos em dois campos: o primeiro buscou conhecer um pouco do mundo do trabalho, com enfoque no entendimento do processo de trabalho e suas conseqüências ao trabalhador de saúde, e a respeito da “terceirização”, como modalidade de trabalho em ascensão em nossa economia. Conhecer as profissões, como arena do trabalho profissional, sob a luz da sociologia e as características do mercado de trabalho dos RHS.

Num segundo momento procuramos entender a dimensão do profissional farmacêutico e sua inserção no rol dos RHS. Buscamos correlacionar a evolução das políticas de saúde no Brasil, neste século, com as políticas de medicamentos. Após procuramos caracterizar o mercado de trabalho nas várias modalidades de atuação. Por último discutimos o papel do farmacêutico, como agente social de transformação, no Sistema Único de Saúde e seu processo de formação e qualificação.

Considerando os limites do trabalho individual, nossa meta é atingir os objetivos propostos, subsidiar novas possibilidades de análise e levantar questões que possam, posteriormente, ser objeto de outras investigações.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Estabelecer um perfil dos farmacêuticos do Estado de Santa Catarina;
- Contribuir para a formulação de uma política de Recursos Humanos em Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

Para os farmacêuticos do Estado de Santa Catarina:

- Identificar as características sócio-demográficas;
- Demonstrar os níveis de formação e qualificação profissional;
- Verificar o acesso às informações técnico-científicas;
- Identificar a forma de inserção no mercado de trabalho; e
- Verificar a adesão às entidades representativas da categoria e da sociedade.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente trabalho utiliza-se de um estudo descritivo transversal. Constitui-se de um levantamento amostral dos farmacêuticos inscritos no Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina, buscando caracterizá-los através da definição e operacionalização de um elenco de variáveis.

3.2 Conceitualização e operacionalização de variáveis

Através da análise documental e da aplicação de um questionário, buscou-se satisfazer os objetivos agrupando as variáveis em cinco blocos: características sócio-demográficas, formação e qualificação profissional, acesso à informação técnico-científica, forma de inserção no mercado de trabalho, e adesão às entidades representativas da sociedade.

Quadro 01 - Dados sócio-econômicos: usados para identificação dos farmacêuticos.

VARIÁVEL	UNIDADE DE MEDIDA
Sexo	1. Masculino 2. Feminino
Idade	1. 20 a 29 anos 2. 30 a 39 anos 3. 40 a 49 anos 4. 50 a 59 anos 5. 60 e mais
Naturalidade	Estado de origem
Local de residência	Cidade onde mora

Quadro 02 - Formação e qualificação profissional: medidas usadas para identificar os níveis de formação e qualificação profissional.

VARIÁVEL	UNIDADE DE MEDIDA
Graduação	1. Instituição 2. Estado 3. Pública 4. Privada 5. Ano da graduação 6. Habilitação
Pós-graduação	1. Aperfeiçoamento 2. Especialização 3. Mestrado 4. Doutorado

Quadro 03 - Acesso à informação técnico-científica: medidas usadas para verificar o grau de acesso e interesse pela informação.

VARIÁVEL	UNIDADE DE MEDIDA
Participação em congresso	1. Sim ou não 2. Não 3. Assistente 4. Palestrante 5. Apresentação de trabalho científico
Membro de sociedade científica	1. Sim 2. Não 3. Qual?
Necessidade de aprimorar conhecimentos	1. Sim 2. Não 3. Curso rápido 4. Aperfeiçoamento 5. Especialização 6. Mestrado/ Doutorado 7. Estágio
Usuário da internet	1. Sim 2. Não

Quadro 04 - Modo de inserção no mercado de trabalho: medidas usadas para verificar a forma de atuação no mercado de trabalho e suas características.

VARIÁVEL	UNIDADE DE MEDIDA
Situação profissional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ativo 2. Aposentado 3. Afastado 4. Desempregado 5. Abandonou profissão
Ramo de atividade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relação dada
Renda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Até R\$1.000 2. De R\$1.001 a R\$2.000 3. De R\$2.001 a R\$3.000 4. De R\$3.001 a R\$5.000 5. De R\$5.001 a R\$8.000 6. De R\$8.001 a R\$12.000 7. Acima de R\$12.001
Jornada de trabalho	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 4h/dia 2. De 4 a 6h/dia 3. De 6 a 8h/dia 4. De 8 a 12h/dia 5. Mais de 12h/dia
Vínculo jurídico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Público 2. Privado
Jornada de trabalho na Farmácia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 2h/dia 2. De 2 a 4h/dia 3. De 4 a 8h/dia 4. De 8 a 12h/dia 5. Mais de 12h/dia
Vínculo empregatício	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empregado 2. Sócio c/ não farmacêutico 3. Sócio c/ farmacêutico 4. Proprietário individual
Vínculo da empresa c/ programa de saúde estatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
Nível de satisfação profissional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muito satisfeito 2. Satisfeito 3. Pouco satisfeito 4. Insatisfeito

Quadro 05 - Adesão às entidades representativas da sociedade: medidas usadas para identificar as formas de participação política.

VARIÁVEL	UNIDADE DE MEDIDA
Adesão a entidade representativa da categoria profissional	1. Sim 2. Não 3. Nominar
Conhecimento do Código de Ética profissional	1. Sim 2. Não
Participação em Conselho Municipal de Saúde e partido político.	1. Sim 2. Não
Satisfação com entidade representativa da categoria profissional	1. Nota de 0 a 5

3.3 Universo de estudo, unidade de análise e plano amostral

O universo de estudo é constituído pelos 2.669 farmacêuticos, devidamente inscritos no CRF/SC, no mês de maio de 1999. Portanto, nossa unidade de análise será o profissional farmacêutico registrado no CRF/SC e residente no Estado de Santa Catarina.

Tendo como um dos objetivos do trabalho a verificação da distribuição geográfica dos farmacêuticos, optou-se por uma amostra estratificada proporcional por região, as quais formam as Associações dos Municípios. São em número de 21 regiões, congregando os 293 municípios catarinenses. Após escolha aleatória simples dentro de cada região. Os elementos foram escolhidos aleatoriamente dentro de cada estrato.

O cálculo da amostra foi baseado num Erro Amostral de 5% e Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Considerando o número de farmacêuticos existentes, nossa amostra foi, após o ajuste da população, de 336 indivíduos.

Diversas experiências têm demonstrado que o retorno dos questionários, através dos correios, mesmo com postagem e retorno pago, é baixo,

aproximadamente de 40 a 50%. Portanto optou-se pela duplicação da amostra, com o objetivo de garantir o planejamento amostrai.

3.4 Fontes de dados, instrumento de coleta e pré-testagem do instrumento

As fontes de dados foram obtidas do cadastro do CRF/SC (dados secundários) e através da aplicação de um questionário (dados primários). O questionário é composto de perguntas fechadas e abertas e encaminhado, via correio, com carta resposta custeada pelo emissor, acompanhada de uma correspondência expondo os objetivos e importância da pesquisa.

O questionário, principal instrumento de coleta de dados, foi avaliado através da aplicação deste a 17 profissionais da cidade de Itajaí, para verificação da consistência, clareza, objetividade do instrumento, e fidedignidade das respostas.

3.5 Validade interna e externa

A validade interna foi garantida, em primeiro lugar, pela qualidade do questionário, ratificado através da pré-testagem. Quanto aos dados secundários foram coletados de fonte oficial - relatórios do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina. Em segundo lugar pela minimização dos não respondentes, através de uma correspondência que acompanhou os questionários, expondo os objetivos e as metas da pesquisa, com postagem de retorno custeada pelo pesquisador. Por último, foi assegurada a validade interna, através da elaboração de planilhas eletrônicas de coleta de dados apropriadas a coletânea das variáveis trabalhadas, oportunizando o correto processamento e análise dos dados.

A validade externa foi garantida pela representatividade da amostra.

3.6 Plano de análise dos dados

Os dados foram coletados a partir dos registros do CRF/SC e da aplicação de questionário, e classificados, a título de coleta, processamento e análise, em cinco blocos descritos acima.

Os dados oficiais foram reproduzidos fielmente, apontando-se as contradições eventuais quando do cruzamento com os dados primários. Quando houve divergência de informações, buscamos outra fonte para identificar a realidade.

Após rigoroso controle de qualidade, a fim de assegurar que toda informação foi adequadamente coletada, procedeu-se à codificação das variáveis e categorias, e só então foram processados por planilha eletrônica.

A análise dos dados foi realizada através do cálculo da frequência absoluta e relativa, em tabelas e gráficos e posterior descrição dos resultados. Efetuou-se cruzamentos das informações obtidas com respeito a duas ou mais variáveis e/ou categorias, objetivando descrever os problemas e explicá-los, através de tabulações cruzadas descritivas.

Muitas respostas têm um número menor de respondentes em relação a amostra, sendo que o total desses está colocado no interior ou abaixo dos gráficos e tabelas. Outrossim muitas variáveis pretendidas não foram aproveitadas em virtude do número muito baixo, falta de clareza e outros motivos que comprometeram a qualidade das respostas.

3.7 Considerações éticas e administrativas

Os aspectos éticos foram respeitados mediante o anonimato dos questionários e a garantia do sigilo. Todos os respondentes foram voluntários e informados dos objetivos da pesquisa (consentimento esclarecido).

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Trabalho, profissões e recursos humanos em saúde

“Há muitas diferenças entre os homens. Uma delas os divide entre aqueles que são levados pela onda, e aqueles que desejam saber como as ondas são produzidas, porque se desfazem e se refazem”.

(Nícolas, 1999)

O esforço explicativo da situação da profissão farmacêutica bem como dos profissionais que a compõe, enquanto categoria, sob a dimensão social, demográfica, política e econômica, somente poderá ser realizada no contexto da estrutura ocupacional do conjunto da sociedade, particularizando no setor saúde. Objetivando contribuir para esta leitura, situaremos uma breve consideração a respeito do *trabalho* e do *trabalho em saúde*. Após sobre as *profissões de saúde* e dos seus atores - os Recursos Humanos em Saúde no Brasil.

Antes, porém, é pertinente apresentar definições e conceitos escolhidos para balizar nossa revisão, dados por diversos autores ao nosso objeto - os protagonistas das ações e serviços de saúde.

Gerra de Macedo (1977) reconhece os RHS como um conjunto de agentes capazes de desenvolverem ações de saúde, sejam as de promoção, proteção e recuperação ou reabilitação. Estes envolvem os profissionais, os técnicos e o pessoal de nível auxiliar e elementar, inclusive os agentes comunitários habilitados ou informais (tradicionais).

O termo *peçoal de saúde* representa “o conjunto de trabalhadores que tendo formação ou capacitação específica, prática ou acadêmica trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde” (Medici, Machado, Nogueira e Girardi, 1992). Para Paim (1994) o termo apresenta certa utilidade uma vez que orienta a formação, o desenvolvimento e a gestão de parte expressiva dos RHS.

O conceito de *categorias profissionais*, por sua vez, permite reter certas particularidades de agentes tecnicamente preparados para exercer determinadas profissões no contexto da divisão técnica e social do trabalho em saúde, apreendendo elementos culturais e subjetivos que compõem as “ideologias ocupacionais” de cada corporação (Paim, op. cit., p.4-5).

Por decorrência apreendemos a definição de *profissionais de saúde* como “todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde (podendo estar desempregados procurando trabalho), detém formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde” (Medici, Machado, Nogueira, Girardi, op. cit.).

Trabalhadores de saúde são “todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor” (Medici, Machado, Nogueira, Girardi, op. cit.).

Força de trabalho em saúde é descrita por Rovere (1992, p.130) como “um subconjunto formado pela intersecção do conjunto de pessoal de saúde sobre a base do conjunto de Recursos Humanos”.

Outrossim, objetivando principalmente, analisar o mercado de trabalho farmacêutico, utilizaremos as diferenciações propostas por Nogueira (1976) com relação a recursos humanos, força de trabalho e emprego:

Recurso humano - apesar de abstrair as relações sociais e estar fundamentada na teoria de sistemas, busca interpretar as formas de gerenciamento desse “fator de produção” específico que é a capacidade de trabalho dos indivíduos.

Força de trabalho - busca descrever e interpretar as relações sociais que lastreiam os trabalhadores que se inserem nesse ramo de atividade específico (os de serviços de saúde) e encontra-se calcado na análise marxista, que parte dos indivíduos e de sua inserção social no processo de trabalho.

Emprego - parte da demanda agregada por determinado conjunto de postos de trabalho, a partir de uma inserção institucional no mercado de trabalho”.

Apesar de se ter três enfoques teórica e conceitualmente distintos, um funcional/sistêmico (o de recursos humanos); outro marxista (força de trabalho) e outro de corte Keynesiano (o emprego), pode-se admitir que os três são complementares, e que esses três enfoques correspondem a formas ou óticas distintas de interpretar a realidade (Nogueira, 1976, apud Caetano, 1993, p.98).

4.1.1 Trabalho em saúde e terceirização

“É um rapaz sem importância coletiva; é apenas um indivíduo” .

(Paul Sartre, 1938)

O trabalho em saúde está inserido no contexto da produção humana, no modo de produzir e reproduzir a vida material e social, a forma de realizar o trabalho, de adquirir conhecimentos, de criar e recriar valores, de estabelecer regras sociais, de produzir um trabalho social. Neste universo encontram-se os RHS que possuem uma produção essencialmente social na qualidade de atores imprescindíveis ao sistema de saúde e são além de promotores, protetores ou restauradores da saúde, vítimas do processo de trabalho humano ou dos demais estados de “saúde” ou de doença determinado biológica e socialmente.

Para Marx (1982), o trabalho é um ato tecnicamente orientado, que faz uso de instrumento e absorve materiais diversos, onde há um processo de transformação cujo resultado é um produto concreto. Gramsci (1989), o conceitua

como a própria forma do ser humano participar ativamente na vida da natureza, a fim de a transformar e socializar.

A história do trabalho começa quando o homem buscou os meios de satisfazer suas necessidades na produção da vida material. Essa busca se reproduz historicamente em toda ação humana para que o homem possa continuar sobrevivendo. Na medida em que a satisfação é atingida, ampliam-se as necessidades a outros homens e criam-se as relações sociais que determinam a condição histórica do trabalho. O trabalho fica então subordinado a determinadas fontes sociais historicamente limitadas e a correspondentes organizações técnicas, o que caracteriza o chamado modo de produção (Oliveira, 1987, p.5-6).

O “processo de trabalho” é uma categoria desenvolvida por Marx (1982), onde o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza, submetendo-as ao seu controle e transformando os recursos naturais em formas úteis à sua vida. Ao modificar a natureza, o trabalhador coloca em ação suas energias físico-musculares e mentais. No processo de intercâmbio com as forças naturais, ele transforma a si mesmo, ao imprimir, no material sobre o qual opera, um projeto que já houvera idealizado anteriormente, atribuindo um significado ao seu próprio trabalho.

Segundo o pensador o trabalho é constituído por três momentos essenciais: “a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumental de trabalho”. Aclarando sua classificação nos diz que “no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma” (Marx, 1982, p.202-205).

Fazendo uma síntese explicativa e utilizando-se de outras categorias de

Marx, Oliveira (1987, p.6-7) diz que “o processo de trabalho é entendido como resultado da combinação do objeto, dos meios, da força e do produto do trabalho. O objeto é a matéria com que se trabalha (...) Os meios de trabalho são os instrumentos que o homem utiliza (...) A força de trabalho é a energia humana empregada no processo de transformação (...) O produto é o valor criado pelo trabalho (...), é o valor de uso”.

Ainda conforme Marx (1982), o valor de uso, instância última do processo de trabalho tem por fim a satisfação de necessidades humanas. Essa produção se dá entre os homens através das “relações de produção” as quais são técnicas e sociais. No processo de produção as relações sociais é que determinam as condições do trabalho. E, no capitalismo, o trabalho constitui uma mercadoria que produz valor, apropriada para reprodução do capital, sob a forma de lucro: a diferença entre o valor real da produção do produto e o seu preço no mercado chama de mais valia.

Na tradução feita por Liedke (1997, p.182),

o processo de produção, assume um significado quantitativo e supõe um modo definido de relações de produção que determinam as condições sociais nas quais se realiza o trabalho. Assim, quando o indivíduo trabalha sob o controle do capitalista, a quem vende sua força de trabalho, o processo de trabalho passa a voltar-se não mais para a produção de utilidades, de valores de uso, mas de valor de troca, como processo capitalista de produção de mercadorias, baseado na valorização do valor (mais-valia).

Apesar da divisão técnica do trabalho remontar à antiguidade e receber características de acordo com a cultura de diferentes sociedades, foi a partir da revolução industrial que tomou os contornos generalizados atuais.

...o artesão, membro da guilda, controlava o produto e o processo de produção. Entretanto, a divisão do trabalho do tipo corporativo sucumbiu à divisão do trabalho do tipo

capitalista, na qual a tarefa do trabalhador tornou-se tão especializada e parcelada, que ele não tinha mais produto para vender, e em conseqüência devia submeter-se ao capitalismo para combinar seu trabalho como o dos outros operários, e fazer do conjunto, um produto mercantil (Santos, 1992, p.53).

Portanto, a divisão do trabalho, princípio fundamental da manufatura, na visão marxista, objetiva a garantia da acumulação. A eficiência e a solidariedade não embasam sua lógica, mas a expropriação do controle do processo de trabalho, com a separação do homem dos meios de produção e a dependência do trabalhador ao capital. Pautada no aperfeiçoamento e diversificação das ferramentas, esta prática perpetua-se e amplia-se dia a dia com as mais diversas e sofisticadas inovações tecnológicas, hoje se firmando na automação.

Conseqüência e fator de manutenção da divisão parcelar do trabalho a hierarquia, personalizada pela gerência, ganha contornos científicos, após a segunda grande guerra, para dar conta dos problemas de controle do processo de trabalho. Esta prática "taylorista" conduz a radical separação entre o planejamento, supervisão e execução, segmentando em diferentes extratos os trabalhadores, alienando-os e afastando-os paulatinamente da compreensão do processo de trabalho como um todo. Gorz (1989, p.89) salienta que as conseqüências do trabalho parcelar são devastadoras, "expropria o trabalhador", minimizando instintos, capacidades humanas e alienando o trabalhador.

Nogueira (1994, p.89) comenta as restrições à rígida hierarquização taylorista, apontando duas conseqüências:

a perda de responsabilidade intelectual pelos atos leva a introjetar a norma de produtividade, mas sem dar espaço à percepção de circunstâncias particulares e necessidades de ajuste do processo de trabalho que constituem oportunidades de melhoria da Qualidade do produto; e a supervisão acaba por assumir a responsabilidade unilateral pela Qualidade e ela mesma, sem uma resposta adequada por

parte do pessoal de linha, transforma-se numa rotina mais ou menos burocrática; portanto, a supervisão centralizada retira dos trabalhadores (e também da própria gerência da unidade) o sentido da co-responsabilidade pela Qualidade do produto.

O trabalho humano sofreu profundas transformações com relação principalmente ao seu objeto e seus meios, mas a transformação mais significativa ao longo deste século deu-se com a atividade – o crescimento do setor de serviços ou setor secundário da economia, segundo Pires (1998).

Saboia (1992), utilizando-se de dados do Brasil, confirma essa tendência de crescimento do setor terciário. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – PNAD, a população ocupada no setor terciário passou de 46,0%, em 1981, para 54,5%, em 1990. Enquanto o setor agrícola sofreu uma redução de 29,3% para 22,8% no mesmo período e o setor industrial teve uma pequena queda – de 24,7% para 22,7%. Em 1990, o setor terciário da economia já representava mais da metade do PIB (Produto Interno Bruto) e da mão de obra do país.

Apesar da existência desta forma de atividade humana já remontar a antiguidade, para Braverman (1981), o setor de serviços cresce nas sociedades capitalistas neste século porque a penetração do capital nos diversos setores da vida transforma antigas formas de cooperação mútua, social, comunitária e familiar, em atividades comercializáveis no mercado, transformando em mercadoria toda forma de atividade humana, mesmo aquelas que as pessoas faziam para si.

Na visão marxista, com a emergência da sociedade capitalista, muitas atividades que eram exercidas gratuitamente ou remuneradas de forma indireta, como os profissionais liberais, transformam-se em trabalho assalariado.

Para Offe (1991, apud Pires, 1998, p.72) o aumento do setor deve-se a três possibilidades:

a) os serviços aumentam como estratégia empresarial de absorver e manejar os riscos da luta competitiva entre as empresas (serviços de proteção ao trabalhador, serviços de atendimento aos clientes, serviços de venda);

b) como reação estratégica de socialização dos custos crescentes da reprodução dos trabalhadores e suas exigências pelo conflito de classes. As reivindicações trabalhistas crescentes face aos altos custos com reprodução da vida, no contexto urbano, tiveram como conseqüência a estratégia de socialização dos custos com a reprodução, de modo a diminuir estes custos para as empresas, ao mesmo tempo em que diminuem os gastos com salários;

c) para fazer frente às tendências de estagnação econômica do setor industrial e para compensar os estrangulamentos decorrentes da superindustrialização. O setor de serviços aparece como espaço de absorção da força de trabalho continuamente liberada do setor industrial.

Offe (1991, apud Pires, 1998, p.72) classifica ainda o setor, segundo as formas de organização da prestação de serviços em:

a) serviços comerciais – dotados de valor apenas quando surge um cliente, e, em muitos casos, como na educação e na saúde, dependem de sua colaboração ativa;

b) serviços internos à organização – conjunto de atividades produzidas nas organizações produtivas como parte delas;

c) serviços públicos estatais – conjunto de atividades produzidas nas instituições públicas onde não obedecem as lógicas dos preços. Nestes serviços os métodos para decisão e alocação derivados da racionalidade de mercado, foram definitivamente substituídos por processos político-discricionários de decisão.

De acordo com Nogueira (1994), os serviços definem-se por sua **utilidade imediata** e servem, em primeiro lugar, para uma relação de exterioridade com o usuário, para recuperar um bem (p. ex., a oficina mecânica), para preservar um conjunto de bens (p. ex., serviços segurança numa empresa ou de limpeza num hospital), para tornar melhor, no plano da eficácia ou da estética, alguma coisa que já se possui como bem (é fácil identificar uma infinidade de objetos e instrumentos de uso doméstico que eventualmente necessitam ser alvo de um serviço orientado a esse fim). Em segundo, servem ao usufruto mais pessoal, em uma relação direta com a personalidade do usuário, no qual o sentido de utilidade está condicionado

estritamente por valores e comportamentos socialmente reconhecidos: os serviços do cabeleireiro, de um médico, de um hotel, etc. "...costumam ser denominados de serviços de consumo (ou serviços propriamente ditos), contrapostos aos serviços de produção e circulação de mercadorias: o comércio, o transporte, as atividades bancárias e financeiras, etc." (Nogueira, 1994, p.72).

Segundo Pires (1998), os serviços sempre existiram na história da humanidade, notadamente a partir da revolução industrial e do modo de produção capitalista, entretanto foi a partir da metade deste século que o processo de trabalho em serviços assumiu a forma do processo de trabalho nas fábricas utilizando-se dos métodos de "racionalização taylorista/fordista" – divisão e rotinização de tarefas, controle do processo e dos tempos do trabalho objetivando o aumento da produtividade.

Para Nogueira os serviços se organizam e economicamente se conduzem como um ramo da atividade capitalista, cada vez mais relevante em termos de capacidade de absorção de força de trabalho e considera "que a proeminência atual dos serviços é indicativa de uma mudança mais profunda na própria natureza do capitalismo...o conceito de serviço é tão fundamental para demarcar o neocapitalismo, com suas relações de produção e classes sociais, como o foi para Marx o conceito de mercadoria" (Nogueira, 1994, p.72-73).

Para o mesmo autor, as transformações ocorridas no setor de serviços são de dois tipos:

primeiro, tal qual ocorreu historicamente com a produção de mercadorias, eles passam a adotar, em ampla escala, as relações sociais de produção capitalistas com os fenômenos clássicos que lhes acompanham: coletivização do trabalho (cooperação), crescente absorção de máquinas e tecnologia, assalariamento dos trabalhadores; segundo, ... há algumas tendências em curso que fazem desaparecer ou relativizam as divisões tradicionais entre produção de mercadoria/ prestação de serviço e entre serviço de consumo/serviço de produção (Nogueira, 1994, p.73).

Ao tempo que a indústria, em função da racionalização do processo de produção, vem paulatinamente baixando seus custos, e portando oferecendo produtos mais baratos, há uma elevação gradativa dos custos dos serviços, apesar das estratégias alocadas pelo capital a exemplo da mecanização, racionalização organizacional, e modernamente a automação, informatização e a terceirização. Como conseqüência, diminuição de empregos, intensificação do trabalho e redução dos salários.

Entretanto o setor terciário da economia vem apresentando altas taxas de crescimento em termos de participação no PIB, conforme afirmação acima, e na geração de empregos em relação ao setor primário e secundário. Conforme, Medici (1993), a população economicamente ativa do setor terciário aumentou 80% entre 1970 a 1980 no Brasil, sendo que o conjunto da economia, em média, aumentou 52%. Entre os trabalhadores da saúde houve um aumento de 110% neste período, passando de 560 mil trabalhadores para 1.200 mil. Esta tendência é mundial nas últimas décadas.

Sustentado nesses pressupostos, os serviços de saúde, na sociedade moderna envolvem uma gama de atividades obedecendo a lógica dos diferentes sistemas de saúde que se inserem, conseqüentes dos diferentes sistemas políticos a que obedecem; que por sua vez são resultantes do nível cultural, sócio-econômico e político das diferentes sociedades. A organização do trabalho em saúde sustenta-se numa prática de natureza mercantil, sendo, entretanto, o seu processo de trabalho extremamente variado entre os diferentes segmentos de trabalhadores que o compõem, realizando um amplo espectro de funções e atividades nos estabelecimentos, instituições, escolas de saúde e outras fontes em que o trabalho é realizado.

Os serviços de saúde, organizados de forma capitalista, passam por mudanças radicais e integram-se à economia de diferentes formas, conforme Nogueira (1994, p.75):

- a base técnica do serviço, embora dependente ainda, em maior ou menor extensão, do consumo de trabalho vivo, amplia-se com o uso de mercadorias na forma de instrumentos ou insumos efêmeros: os serviços de saúde tornam-se um

dos braços mercantis do setor industrial produtor de medicamentos e equipamentos;

- há uma especialização dentro da divisão social do trabalho em serviço, ou seja, o serviço se integra com outros serviços – o hospital contrata empresas de limpeza, de alimentação, de segurança, auditoria, etc.;

- o serviço de consumo se estende a órbita da produção de mercadorias – uma empresa de medicina de grupo, que antes atendia segurados individuais, estabelece um convênio com indústrias para segurar seus trabalhadores em regime de pré-pagamento;

- as formas de organização autônoma são gradualmente deslocadas ou se subordinam como linha auxiliar das formas coletivas – o médico, como produtor isolado, pode ser credenciado pelo sistema previdenciário ou o seguro privado para aumentar a cobertura potencial da medicina institucionalizada;

- as formas populares ou não organizadas incorporam-se como discreto apêndice do sistema legitimado – a “medicina natural” já pode ser encontrada em muitos centros de saúde oficiais (nem que seja para efeito de demonstração propagandística).

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz é a própria realização da atividade (Pires 1998, p.159).

Pires, continuando suas reflexões, nos diz que:

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os

instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (Pires, 1998, p.161).

Esta interpretação da autora às categorias de Marx aplicadas ao trabalho em saúde só podem ser tomadas de forma genérica, face aos múltiplos processos a que está sujeito o trabalho em saúde. A prestação de serviços de saúde ganha características peculiares em relação ao processo de produção material e a produção de serviços vinculados a este, e mesmo a produção não-material dos serviços.

Não tendo a pretensão de aprofundar esta análise determinista complexa, apontamos apenas algumas peculiaridades que consideramos pertinentes com respeito ao objeto, o processo de transformação pelo trabalho e o produto final. O objeto toma característica distinta quando se interpõe a necessidade do(s) indivíduo(s). Conforme Gonçalves,

o que entra no processo de trabalho é o portador da necessidade só parcialmente transformado em objeto, e não um objeto unilateralmente apropriado pelo trabalho. Ao terminar o processo, o que dele sai não é apenas um produto que deve poder corresponder as necessidades, mas igualmente o portador das necessidades então atendidas, durante o processo (Gonçalves, 1979, p.23).

Precede a este “produto”, que nem sempre satisfaz o usuário, uma infinidade de atos parciais, fragmentados, muitas vezes agressivos, também consumidos um a um.

Cada ato técnico tem seu fim parcial e pode ter sua particular transformação útil,... mas a utilidade final (como expectativa do usuário) está separada deles pelo tempo e por um muro de subjetividade...isso é diferente do que ocorre como o produto industrial: na

indústria, apesar do trabalho realizar-se também por uma multiplicidade de ações isoladas, o que se consome e se tem expectativas de utilidade é apenas o produto final (Nogueira, 1994, p.77).

O trabalho em saúde é marcado, atualmente, por uma diversidade exagerada de processos de trabalho, intensa fragmentariedade na execução dos serviços, alta heterogeneidade de categorias profissionais, multiplicidade de especialidades, diversificação incessante de tecnologias, entre outras características. Tudo isso ocorre em meio a uma divisão técnica e social do trabalho extremamente estartarizada, em meio a uma sociedade, incluindo os trabalhadores de saúde, pouco participativa na formulação de diretrizes e avaliação dos serviços. A manutenção desse modelo organizacional parece acarretar os resultados observados – baixa qualidade e resolutividade dos serviços, alienação, submissão a rotinas e desagregação dos trabalhadores em relação ao seu ambiente de trabalho e aos usuários, entre outras conseqüências.

4.1.2 Profissões de saúde e transdisciplinaridade

*“As profissões dominam nosso mundo,
elas curam nossos corpos, medem
nossos lucros, salvam nossas almas”*

(Abbot, 1988)

Nas sociedades primitivas o cuidado à saúde assim como outras atividades relevantes das vidas humanas em sociedade, eram realizadas por pessoas especiais no grupo, cujo conhecimento recebiam na forma de aprendiz, tornando-se iniciado, reproduzindo a seguir da mesma forma. A remuneração recebida era simbólica e praticamente inexistente divisão do trabalho. O mesmo indivíduo fazia o diagnóstico, preparava e aplicava o remédio, e ainda acompanhava o doente.

Com o passar dos tempos as atividades humanas vão se diversificando sendo realizadas por múltiplos agentes. Na idade média ocorre uma mudança

significativa, uma vez que o trabalho intelectual consolida-se como hegemônico, subordinando o trabalho manual, notadamente com o advento das universidades no século X.

O trabalho do tipo artesanal, onde os diferentes agentes tinham controle do processo de trabalho, produção e reprodução dos conhecimentos e do produto final, começa a mutar. “A divisão social do trabalho em áreas do conhecimento, em campos de atividades, adquire outro caráter. Pode-se dizer que a especialização das atividades se sobrepõe a perda parcial do processo de trabalho” (Pires, 1998, p.84).

Apesar de nenhuma interferência do Estado, os físicos (médicos clínicos), agora já corporatizados, iniciam o processo de subordinação dos demais: religiosos, parteiras e homens de ofício (cirurgiões, barbeiros, boticários, etc.). Estes, com menor prestígio social, por sua vez iniciam um processo de consolidação de seus “saberes” na tentativa de tornar sua área de conhecimento reconhecida socialmente, profissionalizar-se.

Esse processo consolida-se com a emergência do modo de produção capitalista, cujo ambiente cria propícias condições para a consolidação, desenvolvimento e multiplicação das profissões, pois exige cada vez mais, a especialização das atividades humanas.

Segundo Machado, “a emergência dos mercados profissionais na fase competitiva do capitalismo foi resultado de uma grande transformação do sistema de mercado com o oferecimento de produtos especializados. Uma crescente necessidade de “profissionalismo” tomou conta da sociedade industrializada (1995b).

“Define-se profissão sendo uma atividade em que os indivíduos praticam uma ocupação em tempo integral e existe estrutura organizada marcadamente corporativa, que apresenta acentuado componente vocacional, estabelece um código de ética, desenvolve saber específico, apresenta forte orientação para o serviço e mantém alto grau de autonomia” (Machado, 1996).

Diferenciando profissão de atividade profissional, a mesma autora formula:

profissão é uma ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (tanto individual como coletivo). E atividade profissional é um conjunto de conhecimentos novos mais fortemente relacionado à uma esfera ocupacional. Portanto, a autoridade profissional é centrada no profissional que detém o conhecimento especializado para o problema específico do cliente (Machado, 1995b).

Machado, utilizando-se das contribuições dos teóricos da sociologia das profissões (Wilensky, Abbot, Moore e outros), afirma que é consenso entre eles que a definição de profissão leva em conta dois atributos fundamentais: a existência de um corpo esotérico de conhecimentos, entendido como conhecimento específico próprio (segredos e técnicas) não acessíveis aos leigos, mas reconhecidos pela população. E a orientação para um ideal de serviços, entendido como a vontade de oferecer serviços altamente técnicos e especializados ao público, revestidos de códigos morais e éticos, característicos do mercado de trabalho.

Wilbert Moore (1970, apud Santos, 1993, p.8), possuidor um modelo teórico-metodológico no campo da sociologia das profissões, sistematizou o conceito de profissão a partir de uma escala de atributos:

- É uma ocupação de tempo integral, ou seja, todo profissional vive de seu trabalho;
- Caracteriza-se pela presença de profissionais que se destacam pela vocação, ou seja, aceitam as normas e modelos apropriados e se identificam com seus pares;
- Busca uma organização, isto é, os profissionais se reúnem a partir da mútua identificação de interesses ocupacionais distintos, visando, sobretudo, controle sobre o acesso, seleção, proteção e regulamentação dos participantes que, em geral adotam um código de ética que formaliza as normas de conduta dos profissionais;

- Produz um corpo de conhecimento formal, é aprendida através de uma iniciação teórica e, nas sociedades modernas, esta é feita, via de regra pelas universidades;

- Possui orientação para o serviço, isto é, destina-se a servir aos interesses dos clientes e da comunidade; e

- Adquire autonomia, que se comparada às existentes na Idade Média, está sendo exacerbada nas profissões modernas, em função da grande especialização.

Buscando entender a trajetória que as ocupações seguem rumo a profissionalização Wilensky (1970), concluiu que o processo de profissionalização se dá através de cinco etapas, assim descritas por Pierantoni e Machado (1993):

- Primeiro, **o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral**, tanto pela “necessidade social”, da atividade, como pelo trabalho específico que obriga o profissional a se dedicar exclusivamente aquela atividade.

- Segundo, **criam-se escolas de treinamento, ou seja, a transmissão do corpo esotérico de conhecimento é realizada por pares experientes**. No entanto, este conhecimento não é mais transmitido, como ocorria na era medieval, de forma hereditária ou artesanal às famílias (mestre-aprendiz), mas de maneira sistematizada, estandardizada e universal aos aspirantes. O ensino, a aprendizagem e sua transmissão modernizam-se. Adaptam-se aos tempos de produção serializada, uniforme, estandardizada, voltada para um mercado competitivo e dinâmico (capitalismo).

- Terceiro, **forma-se associação profissional**. Neste momento definem-se perfis profissionais que darão ao grupo uma identidade peculiar aquela atividade. Este é um elemento forte de reforço ao corporativismo, a idéia de “espírito de corpo” tão decantada entre os diversos grupos profissionais. **O corporativismo é instalado.**

- Quarto, **a profissão é regulamentada**. Essa fase é essencial para uma futura profissão. Através desta regulamentação a corporação define e delimita seu território profissional, assegurando assim o monopólio de competência não

só do saber (base cognitiva) como e, principalmente, a prática do ofício (mercado de trabalho).

- Quinto, adota-se um **código de ética**. Estabelecem-se normas e regras profissionais, enquadrando e definindo comportamentos que vão diferenciar aquela corporação de outra. Estabelecem-se normas muito mais morais que técnico-científicas, já que o que conta na verdade é a **ética como balizadora de conduta profissional no mundo do trabalho**.

Com estes passos dados, esse grupamento profissional passa se considerar uma "corporação", assemelhando-se muito à uma **confraria**, que conhece seus pares por códigos e regras específicas e por vezes secretas. A partir do cumprimento deste ritual aliado a um sólido apelo social sustentado pela credibilidade de que seus serviços são "profissionais" e necessários ao desenvolvimento social (exemplo da medicina, advocacia, magistério, sacerdócio, entre outros) e, referendado legalmente pelo Estado, estas pessoas passam a exercer uma "profissão" (Pierantoni e Machado, 1993, p.26).

Portanto, a partir do consenso de que a existência de um corpo esotérico de conhecimento (base cognitiva) e a orientação para um ideal de serviço (mercado de trabalho), conferindo-lhe exclusividade no ofício, são atributos inquestionáveis para caracterizar as profissões. A advocacia, engenharia, o clérigo, magistério, por exemplo, são nesta perspectiva, considerados profissões clássicas. Já os farmacêuticos, os enfermeiros, nutricionistas, entre outras, são classificados como semi-profissões. Os psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, são considerados, nesta lógica, ocupações em busca de consolidação como profissão. A justificativa para tal diferenciação é a ausência (no segundo caso) de um corpo de conhecimento específico, que lhe daria autonomia de decisão e ação, e a inexistência de um mercado de trabalho inviolável, que lhes assegure exclusividade e clientela cativa.

Portanto, segundo o paradigma da sociologia das profissões a posição da Farmácia é devido a descaracterização de sua base cognitiva (já que a teve no passado), proporcionando dificuldades na consolidação do seu monopólio de competência e a desconfiguração do seu mercado de trabalho. A subordinação aos médicos e o parcial reconhecimento social completam os determinantes dessa leitura.

Para Coe (1979), as profissões tem em comum as seguintes características: 1) um extenso corpo de conhecimento teórico; 2) uma orientação para a prestação aos demais de serviços altamente especializados; 3) uma organização colegial e não burocrática que governa os profissionais através de códigos e normas e; 4) a licença e o mandato para levar a termo as atividades profissionais (apud Santos, 1993, p.12).

Analisando as categorias do autor, Santos acrescenta outros atributos associados à profissão, derivados dessas características básicas, como: "status", prestígio, poder e, conseqüentemente, recompensas econômicas e reconhecimento – pelo público e pelos pares – da atividade profissional, pela demonstração do domínio de conhecimentos e técnicas necessárias" (Santos, 1993, p.13),

Estudando as relações entre profissões, mercado de trabalho e Estado, Larson (1977, apud Machado, 1995) acrescenta os aspectos ambientais às dimensões estruturais colocadas, base do monopólio de competência das profissões: conhecimento e organização. Interpõe o mercado, determinado pelas condições socioeconômicas e pela ideologia dominante como fundamental para consolidação de uma profissão. A estrutura social determina a necessidade e o público. Também, coloca que há uma necessidade de mudanças sucessivas na base cognitiva, ou seja, a incorporação de tecnologia (inovações) como componente crucial para a manutenção do monopólio de competência, prevenindo a rotina excessiva e tornando o conhecimento inacessível aos leigos, entretanto suficientemente dosadas para poder ser incorporadas pelos pares e reconhecida pela população como marcos de progresso.

A profissão médica, neste sentido, é a profissão que mais adquiriu essa

capacidade de articular competentemente sua base cognitiva como os avanços tecnológicos mantendo sólida credibilidade de mercado (Machado, 1995, p.24).

Críticas a abordagem taxonômica dos clássicos da sociologia das profissões, são feitas por Goode (1969) e Klegon (1978). Segundo a leitura destes autores feita por Machado (1995), abordam o excesso de importância, ao prestígio e influência, autonomia, códigos e o alto grau de formação como critérios fundamentais. Interpõe "competição" entre os indivíduos como variável de estratificação e a conseqüente consolidação da clássica classificação: profissão, semi-profissão e ocupações, ou seja somente aquelas que alcançam o topo do poder no processo competitivo são consideradas consolidadas. Questionam a base sólida de conhecimento como critério de diferenciação, inferiorizando as ocupações que exigem perícia, destreza manual e habilidade mental, daquelas baseadas no conhecimento teórico.

Freidson (1978) considera o controle sobre o trabalho prerrogativa fundamental para a consolidação das profissões, entretanto salienta que esse controle não necessariamente fica comprometido numa relação de subordinação de funções, pois não acarreta necessariamente subordinação técnica e cognitiva.

Segundo Machado (1996), a autonomia do fazer é requerida como elemento fundamental à prática profissional, buscando-se, através de mecanismos legais, a proteção do Estado para que as prerrogativas jurisdicionais sejam estabelecidas. "Fundamentada na noção de que esses profissionais – médicos, odontólogos, entre outros – devem e estão preparados para atuar autonomamente, a auto-regulação atua como elemento-chave na lógica da prestação de serviços. Portanto, autonomia é essa capacidade de controlar por si mesmo os aspectos técnicos de seu próprio trabalho" (Machado, 1996).

Nas sociedades capitalistas modernas a satisfação maior dos trabalhadores, notadamente os de saúde, é ser profissional liberal, trabalhar livremente conforme suas regras e critérios, proporcionando-lhes autonomia e prestígio. Entretanto nas sociedades capitalistas pós-moderna o processo de assalariamento e controle do trabalho técnico é crescente, através do alastramento e centralização das grandes organizações que, através de instrumentos gerenciais

racionalizadores determinam o processo e o produto do trabalho. Esta assertiva é representada atualmente pelo crescimento da ideologia no “managed care”.

As profissões, na incessante busca da proteção para o exercício autônomo da profissão, e sob a égide da cooperação mútua, vem formando o que chama-se de corporações. Colaborar com os colegas de profissão é tão ou mais importante que a relação amistosa com o cliente nas sociedades atuais. Sustenta-se nos códigos de ética, fundamentais para estabelecer as relações entre profissional e cliente, e entre os pares para defesa de seus interesses. O termo corporativismo passa a assumir uma conotação pejorativa quando a corporação excede o senso de proteção interna com conseqüências negativas aos clientes ou outros coletivos.

Segundo Machado (1995a), com a aglutinação exagerada dos grupamentos profissionais cresce o “fenômeno de tribalização das corporações, tornando-se mais que sociedades secretas, verdadeiras tribos (sociedades e/ou grupos profissionais altamente especializados). As conseqüências dessa tribalização são por demais desastrosas, não gerando em benefícios coletivos e sim na satisfação de interesses exclusivamente corporativos”.

Machado (1995, b), comentando sobre as particularidades do mercado de trabalho em saúde em relação aos demais setores de prestação de serviços, destaca que o trabalho especializado exige autonomia e pressupõe trabalho não serializado, não rotineiro e com forte característica de individualismo.

Esta decantada autonomia propicia relações disciplinares intra e interprofissional estanques e completamente dissociadas do objeto de trabalho – o paciente, sujeito social dotado de necessidades com interfaces múltiplas e complexas, bem como as necessidades coletivas, ainda mais complexas.

A reforma sanitária brasileira, em andamento, mas que já conformou, constitucionalmente, o novo Sistema Único de Saúde, norteados por seus objetivos, princípios e diretrizes, exige uma reflexão para a mudança, com vistas a formas alternativas de relações entre as profissões e profissionais de saúde, cuja metodologia poderá ser buscada no debate da disciplinaridade.

O aparelho formador, engessado pelo poder político-econômico, continua reproduzindo profissionais e moldurando profissões tradicionais, voltadas para a prática mercantil individualista curativa, com forte ênfase na competição de mercado, em busca de poder, prestígio e lucros, alienados e distantes das necessidades sócio-sanitárias, encastelados nas corporações profissionais e acima de tudo, cada vez mais estratificados e murados pelas fronteiras das suas ciências - especialidades.

Qualquer pessoa, instituição ou disciplina, em qualquer situação, apreendeu e anuncia a "crise de paradigmas", a perplexidade diante da constatação da fragilidade, a incapacidade ou inexatidão das fronteiras – arbitrárias, quando existentes – e dos esquemas disciplinares de produção de saberes de dar conta das demandas reclamadas pelo próprio conhecimento.... Superar limites científicos, tecnológicos, estéticos, sociais e ambientais produzidos pelo modelo disciplinar seria uma forma de superar os diferentes campos do conhecimento, exigindo nova atitude ou postura intelectual, profissional, ética e social (Moraes, 1997).

O modelo esquemático de Jantsch-Vasconcelos-Bibeau para a definição da disciplinaridade e correlatos (multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade, metadisciplinaridade, transdisciplinaridade), comentado de forma grandiosa por Naomar de Almeida Filho (1997) aponta a transdisciplinaridade como modelo teórico-prático para superação da hegemonia de disciplinas na solução de problemas, sejam individuais ou coletivas.

Em que pese as dificuldades nas relações interdisciplinares "qualquer que seja a perspectiva que se possua sobre Saúde Coletiva, ela será, por necessidade do método e do objeto, transdisciplinar" (Moraes, 1997).

Conforme Almeida Filho, transdisciplinaridade, de acordo com o esquema Jantsch-Vasconcelos-Gibeau,

trata-se do efeito de uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada. Baseada em um sistema de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma finalidade comum, com tendência à horizontalização das relações de poder. Implica criação de um campo novo que idealmente desenvolverá uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o compõem (Almeida Filho, 1997).

O referido autor redefiniu o modelo da Transdisciplinaridade dos autores acima citados acrescentando a "possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos (pela via da tradução), mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos" (Almeida Filho, 1997). Afirma também que a Saúde Coletiva é o campo científico mais justificadamente transdisciplinar.

O autor referindo-se aos profissionais e pesquisadores em saúde, traça o perfil destes novos agentes – "operadores transdisciplinares da ciência". E conclui dizendo que estes "serão (ou são, porque de fato já estão por aí) mutantes metodológicos, sujeitos prontos para o trânsito interdisciplinar, transversais, capazes de trans-passar fronteiras, à vontade nos diferentes campos de transformação, agentes transformadores e transformantes" (Almeida Filho, 1997).

Neste sentido fica evidente que a produção de conhecimentos, sua reprodução e aplicabilidade social passa necessariamente pelo trânsito e diálogo interativo da prática das profissões, envolvendo o mais amplo espectro de profissionais, sejam eles "completos, semi ou em processo de consolidação", outros agentes sociais, instituições e governo, numa construção coletiva para dar conta dos problemas, na sua maioria absoluta, coletivos.

4.1.3 Recursos humanos em saúde no Brasil - considerações

“Faltam, aos trabalhadores da saúde, instrumentos técnico-científicos e políticos que lhes permitem uma leitura adequada da realidade social, sob a ótica dos interesses populares”.

(II Conferência Nacional de RHS, 1993)

A VIII Conferência Nacional de Saúde representou um marco histórico para o movimento da Reforma Sanitária Brasileira aprofundando a discussão dos problemas do setor e, sobremaneira de seus determinantes e condicionantes sociais, econômicos e culturais. Destacou a crescente desvalorização da área social, refletindo, entre outras conseqüências, no desmantelamento da organização e da oferta dos serviços de saúde pública e, nas conseqüentes perdas da população brasileira.

Sob sua influência doutrinária derivaram-se reflexões de diversos outros temas relevantes, entre eles a questão dos Recursos Humanos em Saúde, notadamente através da I e II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde.

É ponto pacífico, não havendo nenhum tipo de questionamento, a importância do recurso humano na organização empresarial ou em qualquer outro tipo de organização do trabalho. Em sua essência, as organizações têm sua origem nas pessoas, o trabalho é processado por pessoas e o produto de seu trabalho destina-se às pessoas. As máquinas por mais sofisticadas que sejam são ferramentas do homem no trabalho (Lucena, 1991, p.28).

É inegável a importância dos recursos humanos em qualquer organização, entretanto,

a disponibilidade de recursos humanos adequadamente preparados é fator indissociável da qualidade e do volume da produção em qualquer ramo de atividade, regra que se aplica integralmente aos serviços de saúde, e é válida tanto para o caso da formação profissional propriamente dita, quanto para os processos de atualização e aperfeiçoamento dos trabalhadores nos serviços (educação continuada), ou ainda de treinamento para o desempenho de funções ou ocupações específicas ou essenciais no interior das organizações (Santana, 1993).

Um dos maiores desafios atuais está na consolidação dos princípios doutrinários e diretrizes legais da reforma sanitária (regionalização, hierarquização, descentralização, integralidade, participação da comunidade, etc.) frente a sociedade e, sobretudo, junto aos profissionais de saúde, pois são estes os protagonistas do novo sistema de saúde. Este desafio torna-se profundamente complexo quando observamos que há um contingente de trabalhadores que possuem as mais diversas culturas, formação diferenciada, diferentes origens institucionais, entre outras. Carregam consigo os estigmas de uma dinâmica político-ideológica das mais distintas, inerentes aos sistemas a que serviram ou servem, ou seja, os diversos sistemas de saúde que convivem, “harmoniosamente”, no Brasil.

A busca de modelos assistenciais alternativos, norteados pelos princípios e diretrizes constitucionais diz respeito a toda a sociedade, a todos os cidadãos. Não obstante, cabe aos profissionais de saúde (gerentes e trabalhadores) a condução deste árduo e importante processo, notadamente a busca do resgate da dignidade profissional e social, “o resgate do caráter público do Estado” (Buss, 1991).

Partindo destas preocupações, Nunes (1991) apresenta alguns questionamentos: “Quais são os recursos humanos desse novo ciclo, como ingressarão, como serão formados, atualizados e desenvolvidos, como se passará a sua gestão nessa nova etapa, que lhes permitam exercer esse papel?”

Não possuindo a pretensão de responder a todos estes questionamentos, mas com a certeza da importância de aprofundar a reflexão deste relevante tema,

propõe-se algumas considerações a respeito da importância, das características, dos problemas e desafios dos RHS no Brasil.

Segundo Nogueira (1987a), o trabalho em saúde possui algumas características peculiares, as quais apresenta-se resumidamente:

a) a despeito do acentuado dinamismo tecnológico, o setor é essencialmente de trabalho intensivo;

b) muitas das inovações tecnológicas implicam não em mudanças no método de prestação de um dado serviço, mas na introdução de um novo serviço que se soma aos anteriores e exige pessoal adicional para sua prestação;

c) o incremento da produtividade do trabalho depende, sobretudo, de uma combinação adequada entre os vários tipos profissionais;

d) ao pessoal de nível superior e, principalmente, aos médicos são atribuídas as funções mais complexas, envolvendo a gerência administrativa e o comando técnico do trabalho dos auxiliares, além de sua normatização;

e) as funções mais fáceis, ou simples, ficam com o pessoal auxiliar, que as executam em cumprimento a normas de trabalho mais ou menos rígidas;

f) em algumas áreas, as forças produtivas da ciência e da tecnologia atuam no sentido de elevar a produtividade do processo de trabalho, mas limitados a uns poucos procedimentos terapêuticos e diagnósticos.

Freitas (1996), salienta que devemos “lembrar as características de institucionalização das profissões, para que tomemos consciência da articulação que as profissões de saúde têm construído, e do caráter pretendido de exclusão dos níveis médio e elementar e de outros segmentos, dos focos de decisão e poder sobre a prática médica”. Soma-se a exclusão ou manipulação da sociedade organizada, mesmo com instrumentos legais exigindo sua participação.

Inúmeros são os autores que através de documentos valiosos abordam a problemática dos Recursos Humanos em Saúde. Neste momento delineamos os problemas, através da avaliação econômica e política, realizada por Nogueira (1987a), apontando problemas de ordem quantitativa e qualitativa. Apresentamos

a classificação seguida de um comentário sintético, com base nas idéias e dados apresentados pelo autor. São eles:

1. Concentração geográfica e institucional - esta concentração conspira contra os princípios de universalidade e descentralização do Sistema Único de Saúde;

2. Composição Interna da Força de Trabalho - aqui o autor aborda o problema da polarização da força de trabalho e questiona: quando apenas duas categorias (médicos e atendentes) somam mais de 60% da força de trabalho em saúde, o que significa falar de trabalho em equipe? Atualmente este quadro vem se alterando, entretanto ainda é nítida a dicotomia entre médicos e pessoal auxiliar, tanto no nível público quanto privado.

3. Escolaridade de Pessoal Auxiliar - a baixa escolaridade deste segmento está indicada pelo censo de 1980, onde 47% das categorias auxiliares no Brasil não dispunha sequer do primeiro grau, sendo que aqueles que dispunham de primeiro e segundo grau completos alcançavam, respectivamente, 22.2% e 20.6%.

4. Extensão da jornada de trabalho e múltiplas ocupações do pessoal de nível superior - 33% de todos os profissionais universitários e 46% dos médicos trabalhavam mais de 50 horas semanais de acordo com dados censitários de 1980. Esta situação é acompanhada pela tendência a aumentar a proporção de empregos em tempo parcial, em detrimento do tempo integral e, portanto da acumulação de múltiplos empregos.

5. Situação da mulher no mercado de trabalho - a força de trabalho feminina, em 1980, era nada menos que 70% no Brasil. Entretanto sua presença é majoritária apenas nas categorias de mais baixa qualificação. Esta situação vem se invertendo na última década conforme dados publicados por Medici (1993).

6. Segmentação do mercado de trabalho - o mercado de trabalho em saúde possui alto grau de segmentação. Há patentes desigualdades nas condições de inserção nesse mercado, capitaneadas pela marcante diferença salarial entre e inter as diversas categorias profissionais.

A consolidação de um sistema de saúde democrático, equânime, resolutivo e eficaz; um sistema de saúde que contemple as reais necessidades da população e dos RHS requer o equacionamento dos problemas apontados. O desafio do novo milênio reside na busca de modelos assistências consoantes com os princípios e diretrizes da reforma sanitária, onde novas formas de organização do processo de trabalho e gestão devem ser construídos. A mudança dos perfis profissionais, base para a mudança exigida, passa necessariamente pela busca, através da discussão democrática, de novos modelos pedagógicos, pelas escolas, profissionais e sociedade, e devem estar voltadas para os novos tempos propostos, os tempos da informação.

Entretanto,

nas circunstâncias em que se desenvolve o processo de construção do SUS no Brasil, é lícito pensar que a tendência predominante na formação e capacitação de RHS continuará a ser marcada, nesse final de século, pela instrumentalização clínica, pela valorização da incorporação tecnológica vinculada ao complexo médico-industrial e pela reprodução das relações simbólicas, culturais, com os valores da medicina mercantilizada (Teixeira e Paim, 1996).

Porque, segundo Quadra e Amâncio (1979, p.243), as políticas educacionais mantêm a reprodução atualizada e pormenorizada das frações e classes sociais e as relações de dominação, “a preparação de pessoal para desempenho de ações de saúde, em uma formação social concreta, cumprirá um papel historicamente determinado de, a partir de táticas, técnicas e recursos instrucionais, reproduzir a organização dos serviços de saúde, preservando as práticas e conhecimentos específicos, salvaguardando e atualizando os conteúdos ideológicos dominantes”.

As universidades figuram entre as instituições mais tradicionais da sociedade e por certo, com tímida vocação para a mudança. O modelo tradicional de formação não satisfaz aos princípios do novo sistema, nem aos estudantes, nem aos professores, mostrado pela inadequação dos profissionais formados. O

distanciamento do aparelho formador e o utilizador é visível e pernicioso, ou seja, há uma enorme distância entre a docência e assistência, fato que se agrava pela insuficiência de programas de aperfeiçoamento dos egressos no mercado. A grande distância entre o conteúdo teórico e prático, a falta de contato dos alunos com o mundo profissional e dos espaços produtores de problemas, distancia por demais da realidade social a que estão inseridos e, obviamente, aquela a quem possuem o compromisso de voltar-se.

Os currículos propostos não utilizam o processo de trabalho em saúde e a inserção das diversas categorias profissionais nesse processo como eixo integrador... Não produzimos conhecimento minimamente voltado para a nossa realidade sanitária e, certamente, erramos na formação de nossos jovens profissionais, produzindo, precocemente, a desilusão de estudarmos teorias primeiro-mundistas e termos que viver, atuar e recriar, despreparadamente, no nosso Brasil a caminho do quarto mundo (Pierantoni e Machado, 1993).

A seguir apresentamos, de forma sucinta, algumas informações e indicadores, de ordem quantitativas, meramente descritivas, referentes a formação superior em saúde. Dentre os profissionais de nível superior serão considerados aqueles que tem sua formação integralmente na área de conhecimento, definida pelo Ministério da Educação como "Ciências da Saúde". São eles médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e fisioterapeutas. As informações apresentadas foram geradas pelo Sistema de Informações sobre Recursos Humanos da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde, com base em dados fornecidos pela Coordenação Geral de Planejamento Setorial do Ministério da Educação. Estão expostas no documento "Formação Superior em Saúde: tendências da graduação no período 1985/1991" (MS, 1993), que apresenta, no plano geral, peculiaridades da formação dos RHS, sem contudo oferecer considerações sobre as causas ou determinações dos fenômenos

descritos. Entretanto é de muita valia como marco referencial para este trabalho, uma vez que aponta a situação, as condições sob as quais se processa e algumas tendências da formação superior dos profissionais de saúde.

A princípio, o documento aponta, conforme estatísticas do IBGE em 1991, que 41% dos trabalhadores empregados nos estabelecimentos de saúde tem nível superior de formação, dos quais 57% estão no setor público de prestação de serviços.

Em 1990 havia no país 393 cursos de graduação em saúde, sendo 102 de Enfermagem, 81 de Odontologia, 80 de Medicina, 47 de Farmácia, 44 de Fisioterapia e 39 de Nutrição. A região sudeste concentra 49 a 59% dos cursos de todas as carreiras e na região norte encontra-se a menor concentração (2 a 7%). O número de graduados nas diversas carreiras da saúde acompanha a distribuição regional dos cursos: maior no sudeste (61% em 1990) e menor no Norte (3%).

No período de 1985/1990 houve uma diminuição do número de diplomados nos cursos de graduação da área da saúde, isto é, de 22.372 graduados em 1985 para 20.989 em 1989, totalizando um decréscimo de 6%. Esta tendência foi observada em todas as regiões do país, sendo maior nas regiões Norte (-26%), Nordeste (-14%) e Centro-Oeste (-13%). O Sul (-6%) e o Sudeste (-2%). Quanto as carreiras profissionais, a Medicina, Enfermagem e Nutrição apresentaram evolução negativa da graduação em todo o período e em quase todas as regiões. Houve crescimento positivo nas carreiras de Odontologia, Farmácia e Fisioterapia. Este decréscimo do número de graduados no período em foco ocorreu apenas nas instituições sob administração pública (-13%), enquanto que no setor privado houve um acréscimo (15%). Configurou-se também um crescimento da participação das instituições privadas de ensino na formação superior em saúde no Brasil, com tendência constante e ascendente: de 39% em 1985 para 46% em 1990.

Quanto ao corpo discente dos cursos da área de saúde, as informações do MEC, de maneira geral, mostram que, entre 1986 e 1991 houve um crescimento de 9% do número total de alunos matriculados. Este crescimento mostrou-se

homogêneo com relação a distribuição regional e entre as diversas carreiras, com exceção da Enfermagem que apresentou uma diminuição no seu alunado a partir de 1988. Segundo a dependência administrativa, houve diminuição do número total de alunos matriculados do setor público da ordem de 1%, contra um acréscimo de 39% nas instituições privadas. Acentua-se assim, a presença do setor privado na formação dos profissionais de nível superior em saúde no Brasil.

A oferta de vagas oferecidas nos vestibulares aos cursos da saúde apresentou um crescimento no período 1986/1991 de 14% no país. No setor público este acréscimo correspondeu a 1% contra 35% no setor privado. Os maiores acréscimos do número de vagas foram registrados nas regiões Centro-Oeste (65%) e Norte (37%) enquanto nas demais regiões essa proporção variou em torno de 19%. Esta evolução é mais ou menos uniforme em todas as carreiras, com exceção da Medicina que apresentou uma ligeira retração no período. Em 1991, 70% das vagas oferecidas pelos cursos da saúde correspondeu aos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem, e as restantes estão distribuídas entre Farmácia, Nutrição e Fisioterapia.

A procura dos cursos de saúde nas universidades brasileiras apresentou uma evolução positiva, com 41% de acréscimo no período (de 263.742 candidatos inscritos no vestibular em 1986 para 370.838 em 1991). Os maiores acréscimos aconteceram nas regiões Sul e Centro-Oeste, 79 e 63% respectivamente. A procura pelos cursos dos vestibulandos, tem sido mais ou menos constante ao longo do período observado, sendo que em 1991, das vagas oferecidas, 46% optaram por Medicina, 32% Odontologia, 8% Enfermagem, 7% Farmácia, 4% Fisioterapia e 3% Nutrição.

Também a matrícula na série inicial dos cursos da área da saúde apresentou uma evolução positiva: dos 26.557 em 1986 passou-se a 30.103 em 1991, ou seja, um acréscimo de 13%. Três carreiras, Enfermagem, Farmácia e Nutrição, mantiveram esse crescimento positivo ao longo do período, enquanto as demais apresentaram, esporadicamente, pontos negativos. Apenas no ano de 1987, o preenchimento das vagas atingiu 100% em todas as regiões do país, sendo que em 1991 nenhum curso preencheu plenamente. Somente a Farmácia

preencheu plenamente as vagas em 1990, sendo que a Enfermagem e Nutrição apresentaram um preenchimento de vagas predominantemente abaixo de 100%.

O afastamento temporário (trancamento de matrícula) ou permanente (abandono do curso), mostrou-se crescente em todas as carreiras da saúde, com distribuição semelhante em todas as regiões do país. O número de alunos afastados dos cursos em 1986 foi de 5.057, passando a 11.611 em 1991, configurando um crescimento de 130%. Na região Norte foi observado o maior crescimento do afastamento dos cursos (-507%), sendo que as carreiras de Medicina, Odontologia e Farmácia, apresentaram seus maiores índices, 706%, 900% e 819% respectivamente. Do total de alunos afastados, no país em 1991, 31% eram do curso de Enfermagem e 20% da Farmácia.

Os dados apresentados não nos permitem tecer considerações sobre as possíveis causas dos fenômenos relativos à formação superior em saúde, e nem é objetivo deste trabalho buscá-las. Entretanto, alguns fatos se destacam: A diminuição do número de graduados pelos diversos cursos, o aumento do número de afastamentos dos mesmos, o aumento gradativo das vagas oferecidas, a redução das matrículas na fase inicial dos cursos, o crescimento do afastamento em níveis elevados dos estudantes durante os cursos, e o aumento gradativo da participação do setor privado no ensino superior.

Aliado ao descompasso do modelo pedagógico relativo às necessidades da população, conforme afirmamos acima, ocorre a completa e irresponsável falta de planejamento na implantação de escolas e cursos, e uma política de privatização do ensino.

Quanto ao mercado de trabalho, iniciamos as considerações relembrando a importância da caracterização da Força de Trabalho em Saúde “como **mercadoria essencial** ao processo de produção de serviços de saúde e como **ator social** no desenvolvimento de uma área de atividade econômica marcada pelo uso intensivo do trabalho” (Saltarelli, 1992, apud Paim, 1994, p. 9).

Segundo Medici (1987) a saúde consolida-se como setor economicamente importante, de alta rentabilidade e grande fonte de emprego, a partir da década

de 1960/1970. Entre 1970 e 1980, o número de pessoas ocupadas em saúde mais que duplicou, passando de 560.272 para 1.233.008 trabalhadores. Seus estudos posteriores (1993) confirmam a continuidade deste avanço na década de 80. Entre 1980 e 1987 houve um crescimento do emprego nos estabelecimentos de saúde da ordem de 5,3% ao ano, em média, enquanto no mesmo período, o crescimento anual dos empregos nos demais setores de atividade foi apenas 1,3% ao ano.

Os anos oitenta marcaram o início da recessão que perdura até os dias atuais, e mesmo assim nesta década o emprego em saúde cresceu, especialmente no setor público. Conforme Girardi (1986), em 1980 o setor privado concentrava 53,5% dos empregos dos médicos e já em 1984 o setor público cobria metade desses empregos.

É interessante observar a leitura de Médici a esse respeito. Pondera que enquanto a economia estava em profunda crise, o emprego no setor público crescia a 9,7% ao ano entre 1980 e 1983. "Eleições, clientelismo político, empreguismo, reestruturação parcial de órgãos e funções dos governos em diversas instâncias da administração pública, têm sido algumas das várias formas que o Estado encontrou para manter aceso, mesmo casuisticamente, o ritmo de absorção de empregos num período de vacas magras para a maior parcela do setor privado" (Medici, 1987).

Além da crise econômica o crescimento da oferta de empregos no setor público ocorre em meio a crise do sistema de saúde (crise da previdência), que entre outros fatores determinaram a baixa remuneração, más condições de trabalho e dificuldades de reciclagem profissional, os quais perduram até os dias atuais.

Entre os anos 80 e 90, segundo Teixeira et al. (1996), ocorrem dois fenômenos interessantes. O primeiro é o fortalecimento da rede pública, especialmente o nível ambulatorial, superando a rede privada como fornecedora de empregos. O segundo diz respeito ao crescimento do volume de emprego no plano municipal, em menor escala, no plano estadual e decréscimo no plano federal.

“A expansão dos empregos públicos em saúde ocorrida nesta última década implicou uma distribuição melhor destes entre os três níveis administrativos. Com o processo da municipalização em curso, verifica-se uma efetiva expansão não só da capacidade instalada (estabelecimentos e leitos), como de empregos municipais, com taxas de crescimento da ordem de 13,9% a.a.” (Teixeira et al., 1996, p.152).

Outra importante fonte de dados para análise de mercado dos anos 90 é o Boletim de Análise do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil números 1 e 2 de 1996, elaborados pelo Ministério da Saúde, com base nos dados da Relação Anual de Informações Anuais (RAIS) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Ministério do Trabalho¹. O trabalho do MS foi o de determinar, para agosto de 1996, os trabalhadores ocupados em estabelecimentos típicos de prestação de serviços de saúde e os ocupados em atividades de saúde em estabelecimentos pertencentes a outros setores da economia².

Então, de acordo com o MS (1996,b), nesse mesmo ano, o mercado formal do setor saúde absorvia 1.894.191 empregados, o que representava cerca de 8% do total de empregos existentes na economia formal do país. Os empregos das categorias profissionais e técnicas de saúde representavam 773.002 (40.81%) e o pessoal administrativo e auxiliar, 1.121.189 (59.19%). A estrutura do mercado de trabalho setorial da saúde, no ano em foco, mostra o grande peso que as categorias não vinculadas tecnicamente ao cuidado da saúde assumem no perfil atual do emprego nas organizações de prestação dos serviços de saúde. Vale ressaltar que este quadro difere daquele vigente durante os anos e 1970 e 1980. Os dados do Censo de 1980 retratam uma situação de paridade entre

¹ A RAIS abrange o conjunto dos vínculos regulamentares de trabalho sob controle legal – estatutários, celetistas, trabalhadores temporários e avulsos – para todos os setores e ocupações da economia. O CAGED fornece dados sobre admissões e desligamentos de trabalhadores, igualmente para todos os setores de atividades e em todas as ocupações, mas limitado ao segmento celetista do mercado. Portanto estas duas fontes, ao contrário do censo, não abrangem a ocupação autônoma clássica e o mercado informal de trabalho.

² As informações da RAIS de 1991 foram atualizadas pelos movimentos de admissões e desligamentos obtidos da série do CAGED 1992 a agosto de 1996.

trabalhadores de categorias profissionais de saúde e de outras categorias nos estabelecimentos e serviços de saúde. O crescimento contínuo, desde então, da participação do emprego em atividades administrativas e de serviços gerais de apoio, é uma tendência também de outros países desenvolvidos.

Para esta análise setorial o estudo dividiu o mercado em três subsetores: a) os serviços médicos e odontológicos (majoritariamente privados), compostos por hospitais, clínicas, policlínicas e demais estabelecimentos de prestação de assistência médica e odontológica (exceto os estabelecimentos de saúde veterinária); b) o setor de serviços sociais, que englobam, entre outros, órgãos de assistência social filantrópicos e beneficente, entidades sindicais, instituições de ciência e tecnologia e os serviços comunitários; e c) a administração pública, direta e indireta.

O primeiro subsetor responde por 28.8%, o segundo com 23.2% e o terceiro com 37% do total do estoque de empregos do setor saúde. O restante foi classificado em outros. Face o estudo não considerar o trabalho tipicamente autônomo, referido acima, acredita-se que a participação dos serviços médicos e odontológicos privados e dos serviços sociais serem bem maiores.

A análise ocupacional (mercado das profissões de saúde) em 1996³, conforme a Tabela 1, demonstra que a administração pública constitui-se no grande ofertante de empregos, especialmente para médicos e odontólogos.

A pequena participação dos serviços de saúde privados no mercado do emprego formal de médicos e dentistas está relacionada à vigência de relações de trabalho distintas do assalariamento e da relação empregatícia típicas, conforme já mencionado. A grande participação dos farmacêuticos nos Outros Setores, parece estar relacionada aos estabelecimentos farmacêuticos, bem como a participação destes, no geral é a menor. É ainda importante notar que a presença de médicos e pessoal de enfermagem somam quase 80% do total.

³ Incluem vínculos de tipo CLT, estatutários, contratos temporários e avulsos regulamentados.

Tabela 1 -Estoque de Empregos de Profissionais de Saúde por Setores de Atividade Selecionados segundo Categoria Profissional. Absoluto e Percentual. Brasil, agosto, 1996.

Categoria	Serv. Soc. %	Serv. Méd. Od. %	Adm. Púb. %	O. Setores %	Total %
Médico	22.378 (13,7)	24.968 (15,3)	77.752 (47,7)	37.935 (23,3)	163.033 (100,0)
Dentista	6.687 (18,3)	2.166 (5,9)	20.954 (57,2)	6.813 (18,6)	36.620 (100,0)
Farmacêutico	2.287 (7,8)	2.148 (7,3)	3.243 (11,0)	21.581 (73,9)	29.359 (100,0)
Enfermeiro	11.492 (19,0)	17.533 (28,9)	16.378 (27,0)	15.167 (25,1)	60.570 (100,0)
Pess. Enferm.	64.374 (21,1)	99.778 (32,7)	89.667 (29,3)	51.731 (16,9)	305.550 (100,0)

Fonte: Brasil - MTb/SPES/CGIT/Lei 4.923/95. MS/SE/CGDRH/SUS
(extraída do Boletim de Análise do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. MS, 1996)

Considerando a remuneração por turno de 4 horas contratadas, a média de salário, em 1995, foi de R\$30,73 para médicos; R\$22,54 para dentistas; R\$12,13 para farmacêuticos⁴; R\$13,95 para enfermeiros e R\$6,38 para trabalhadores auxiliares da enfermagem. Médicos e dentistas tiveram contratos com duração de 26 horas de trabalho semanais, em média, enquanto os demais contratos totalizaram 39 horas, em média.

Esta breve caracterização da estrutura e composição do mercado de trabalho em saúde e da formação dos RHS demonstra grandes disparidades. Um mercado de trabalho completamente desprovido de planejamento governamental, exceto o que tange a privatização lenta e gradual do ensino, colocando as profissões e os profissionais a sorte do destino, com conseqüências sórdidas para estes e para a população. Em algum lugar do país existem recursos abundantes, em outro quase nada; em grandes centros urbanos, amontoados de ultra especialistas em outros lugares nem mesmo as quatro especialidades básicas. As universidades seguem o mesmo modelo, perfilando-se "de costa" para esta realidade. Quanto a composição de equipes em busca da transdisciplinaridade,

⁴ Neste estudo do MS excluiu-se o Comércio Varejista de produtos farmacêuticos, importante subsetor de emprego.

para o enfrentamento de desafios complexos da saúde coletiva, apenas discurso ou utopia para outros.

A solução dos problemas da saúde não se dará com a presença de mais ou menos médicos, com mais ou menos equipamentos de última geração, ou com processos gerenciais importados, mas com a adequação dos recursos técnicos e com a força de trabalho valorizada, voltada a solução das reais necessidades de cada agrupamento populacional. Para este intento, o número de RNS deve ainda florescer, como também a ética e a justiça social.

4.2 Farmacêutico: um recurso humano em saúde

“No mundo atual, o conhecimento é baseado na separação. Separam-se os objetos de seu meio, separa-se o estudioso do objeto analisado, separam-se as disciplinas umas das outras. Enfim, aprendemos muito bem a separar as coisas, mas não aprendemos a juntá-las”

(Edgar Morim, 1999)

Nos primórdios da colonização portuguesa em terras brasileiras, quando da instituição do Governo Geral e nomeado Thomé de Souza, seu primeiro mandatário, levava consigo além de altas autoridades militares e funcionários civis, num total de aproximadamente mil reinóis, um único profissional de saúde, o boticário Diogo de Castro (Vieira, 1999).

Desde então, 1549, juntamente com outros profissionais de saúde que aqui chegaram (físicos, cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, jesuítas e curiosos, entre outros) deu-se um longo caminho rumo ao reconhecimento e consolidação da profissão farmacêutica e das demais, bem como da busca e consolidação de um sistema de saúde. No início, baseou-se no modelo assistencial individual da Idade Média européia. Depois no “sistema campanhista”, após no “sistema

individual previdenciário privatista” e por fim aponta para um sistema coletivo, universalizante, integral, pautado na solidariedade e equidade – Sistema Único de Saúde.

Correlacionar a “evolução” da farmácia e da profissão farmacêutica com a evolução das políticas de Saúde, tecer considerações a respeito do mercado de trabalho do farmacêutico, e a sua inserção no Sistema Único de Saúde, é objetivo das reflexões que apresentaremos a seguir. A análise limita-se ao século XX, salientando as relações do Estado, sociedade e políticas de saúde no Brasil, nelas inseridas as políticas de medicamentos e de recursos humanos em saúde.

Defini-se, a seguir, alguns termos cunhados, recentemente, na trajetória das políticas de saúde, que estarão presentes nessa reflexão: “Atenção Farmacêutica”, “Assistência Farmacêutica” e “Uso Racional de Medicamentos”.

Segundo a OMS (1993,), atenção farmacêutica é um “conceito de prática profissional no qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A assistência farmacêutica é o compêndio das atitudes, os comportamentos, os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as destrezas do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e a qualidade de vida do paciente”.

Entendido por muitos como um termo análogo e por outros como sinônimo ao anterior, a “assistência farmacêutica” não possui uma definição oficial do governo brasileiro. A definição é dada pelo Conselho Federal de Farmácia mediante Resolução 308 de 1997 – “assistência farmacêutica é um conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação da saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de pesquisa, investigação, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos”.

“Uso racional de medicamentos” é definido como “a prescrição do medicamento apropriado, disponível a um preço acessível, corretamente

dispensado e administrado em doses e durante um tempo adequado; o medicamento deve ser ainda seguro, eficaz e de qualidade comprovada” (OMS, 1993).

4.2.1 Farmacêutico e as políticas de saúde no Brasil

“...eu não incentivo a esperança, eu incentivo a resistência. Eu resisto a todos os problemas” .

(Edgar Morim, 1999)

A busca da droga para ser transformada em medicamento, bem como a preocupação com o uso racional do medicamento transpassa o tempo e confunde-se com a própria história do homem desde suas primeiras linhagens. A partir de plantas silvestres, processou um fármaco e aplicou em um indivíduo com a finalidade de lhe aplacar o sofrimento.

Desde então o ato de procurar uma droga, processá-la e disponibilizá-la para uso terapêutico, passou a ter um significado social de alta relevância, face o benefício que nesta linha temporal de evolução, trouxe ao homem, bem como seus riscos.

Durante a antigüidade a vinculação da causa das doenças era atribuída a fatores sobrenaturais ou aos elementos básicos da natureza repercutindo no equilíbrio corporal. Na idade média a religião assumiu papel preponderante, sendo as doenças relacionadas aos castigos divinos. Na era moderna atribuíram-se aos miasmas e posteriormente as bactérias. Durante toda essa trajetória unicausal, os medicamentos funcionaram como coadjuvantes no combate aos males. Na era contemporânea, quando percebemos que as desigualdades, decorrentes da estruturação da sociedade em diferentes classes sociais, conseqüência do modo de produção e reprodução social, são, em última instância, as causas das manifestações bio-psíquicas, individuais e coletivas, o

medicamento, ferramenta maior do processo de medicalização, paradoxalmente, passa a assumir o símbolo do “completo bem estar físico, mental e social”.

O processo evolutivo foi conduzido pelos pajés, feiticeiros, sacerdotes, curiosos, homens de ofício, aprendiz de botica, boticários, práticos e, por fim os farmacêuticos; desde a busca dos segredos das plantas, das drogas minerais e biológicas até sua síntese.

Detinham o controle do processo de trabalho e “envolviam a totalidade dos atos hoje praticados pelo médico e pelo farmacêutico, que vão, desde a observação, ao diagnóstico, à decisão sobre a terapêutica, até a preparação e dispensação dos medicamentos convenientes aos doentes” (Santos, 1993, p.22). Exemplos clássicos são Hipócrates e Galeno, considerados os pais da medicina e da farmácia, respectivamente.

O domínio da totalidade do processo de trabalho perdurou até o fim do período feudal, sendo que, mesmo nesta época e em algumas sociedades, desde a era clássica, já havia formas de segmentação no exercício do ofício. Segundo Santos (op. cit.) na era clássica existiam os “rhyzótomos” – conhecedores das características botânicas e efeitos das plantas, a quem cabia a colheita. Os “pharmacópolos” as manipulavam e transformavam em remédios. Aos médicos, após o diagnóstico, cabia a aplicação.

A divisão social do trabalho começa a tomar forma, na Europa, em meados do século XIX e somente se consolida no Brasil no início do século XX. Entretanto, aqui, as boticas encontravam-se em grandes centros urbanos, ficando o interior a mercê, ainda dos pajés, curandeiros e curiosos, fato, em menor proporção, existente até os dias atuais.

“Nos primeiros tempos da colonização, tanto às boticas quanto às lojas de barbeiros comercializavam drogas. Com o passar dos tempos mais boticas foram se instalando, monopolizando o mercado de remédios e dominando a manipulação” (op. cit., p.27). Também os jesuítas e militares dispunham de instalações apropriadas para a dispensação de medicamentos, os quais atendiam a comunidade.

Em meados do séc. XVI, ordenações do Reino já estabeleciam a fiscalização da qualidade das matérias-primas utilizadas para o fabrico dos medicamentos e, tanto a manipulação quanto à distribuição era privativa dos boticários. Eram considerados como tal apenas os originários de Portugal, que formavam, através de treinamento, os interessados locais. Por outro lado o governo permitia a abertura dessas lojas de oficina a todo tipo de interessado.

Chamado historicamente de “Regimento 1744”, foi um ato legal que proibiu a distribuição de drogas e medicamentos por estabelecimentos não habilitados, estabeleceu penalidades e criou o “profissional responsável”. “Exigia a existência de balanças, pesos, medidas, medicamentos galênicos, produtos químicos, vasilhames e livros elementares nas boticas e criava a fiscalização sobre o estado de conservação das drogas e dos vegetais medicinais” (Zubioli, 1992, p.2).

Santos (1993) salienta que a Lei de 1744 impõe penalidades, num modelo de autoridade médica hierarquizada, existente em Portugal, não havendo preocupação com a formação dos profissionais e a melhoria da saúde da população.

Somente em 1832 é criado o curso de Farmácia, vinculado ao curso de Medicina, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e após na Bahia. Conforme Santos (1999) a Lei de 03/10/1832 determinou a unificação da medicina, transformando as academias, criadas em 1808, em escolas ou faculdades médico-cirúrgicas, cuja formação teria uma duração de seis anos, sendo que os cursos de farmácia seria de três anos e mais um ano, concomitante ou não, de prática em botica.

Em 1839 é criada a Escola de Farmácia de Ouro Preto, independente das Faculdades de Medicina. Mas somente em 1945 ganhou autonomia plena, passando á Faculdade Nacional de Farmácia na Universidade do Brasil.

Os farmacêuticos tentaram por diversas vezes criar e consolidar uma agremiação que defendesse os interesses da corporação. Algumas foram criadas, mas de curta duração. A primeira foi a Sociedade Pharmacêutica Brasileira, fundada em 1851 e extinta em 1855.

As boticas, no Brasil colonial, funcionavam como casas de saúde, procuradas pela maioria da população para receber o diagnóstico e o remédio. Eram estabelecimentos reconhecidos, de caráter privado, filantrópico (quando de propriedade dos jesuítas) ou estatais (quando de propriedade do exército). Existiam também os "médicos de família" para os poucos abastados, sendo que a assistência hospitalar se dava como "um ato de misericórdia" através das Santas Casas, todas de propriedade de congregações religiosas. Portanto a assistência tinha caráter estritamente individual e somente se dava nos centros urbanos. Médicos, boticas e Santas Casas para a cura das enfermidades.

De acordo com Aguilera e Bahia (1994), no início do século XVIII, quase todas as capitanias já possuem Santas Casas de Misericórdia e somente durante a sua segunda metade são implantados hospitais militares nas maiores capitais.

Segundo diversos autores (Santos, 1993; Machado, 1996; Santos; 1999), os farmacêuticos iniciam o século XX como profissionais privativos do medicamento, exercendo uma ocupação de tempo integral. Sua formação está atrelada as escolas médicas e apesar de alguns ensaios, não possuem organização associativa. Autônomos, liberais e com prestígio social, exercem o trabalho com total controle do seu processo.

Neste período, o país, com características feudais, começa a ingressar no mundo capitalista. Como "Estado Nacional" periférico consolidado busca captação de mão de obra, com conseqüente processo de urbanização acelerado sem planejamento. Há um grande contingente populacional, alavancado pela imigração e êxodo rural, nos grandes centros urbanos. Endemias e epidemias solapam sua economia e uma massa de trabalhadores de reserva busca ingresso na nova forma de produção, e juntamente com aqueles já inseridos reivindicam condições dignas de trabalho. A partir dessa situação, o governo institucionaliza programas de cunho social⁵.

⁵ Nossa análise do desenvolvimento capitalista brasileiro e a evolução das Políticas de Saúde no Brasil apoiam-se, principalmente em: BRAGA, J.C.S. e PAULA, Sérgio Goes de, 1986; AGUILERA, C.E. e BANHIA, L., 1994; COSTA, N.R., 1987; MENDES, E.V., 1993; OLIVEIRA, J.A.A. e TEIXEIRA, S.M.F., 1986.

Desta forma, na análise de Braga e Paula,

A saúde emerge como questão social no Brasil no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira. É a primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro que confere caráter social à questão da saúde e isso se processa em dois níveis: reflete o avanço da divisão do trabalho implícito a essa fase - e vincula-se, portanto, à emergência do trabalho assalariado; do ponto de vista público, assume forma, ainda que embrionária, de política social (1986, p.41).

A assistência médica era basicamente privada, através dos médicos de família para os ricos e hospitais filantrópicos, mantidos pela igreja católica, para os pobres. A saúde da população era precária com doenças endêmicas, e grandes epidemias infecto-contagiosas como cólera, peste, febre amarela, varíola, tuberculose, lepra e febre tifóide, entre outras.

A inexistência de medidas de controle dessas doenças é rompida, em 1902, com o programa de obras públicas na cidade do Rio de Janeiro e após em São Paulo e Santos, em 1903, com o início do combate a febre amarela urbana e malária e, em 1904 com a promulgação da Lei de vacinação obrigatória. "Tratava-se da criação de condições sanitárias mínimas indispensáveis não só às relações comerciais com o exterior, como também ao êxito da política de imigração, que pretendia atrair a mão-de-obra fundamental para a constituição do mercado de trabalho capitalista" (Braga e Paula, p.42).

O Estado se reorganiza através da Diretoria de Saúde Pública, com Oswaldo Cruz, e a saúde pública cresce como questão nacional, iniciando-se também a instalação de unidades de saúde a nível estadual. Mais tarde, na década de 20, através da reforma Carlos Chagas, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, implementando o saneamento urbano e iniciando o rural, entre outras ações higienistas e sanitárias.

O crescimento da acumulação cafeeira, a escassez de mão-de-obra, a retomada do fluxo de imigração, aliada as incipientes lutas dos trabalhadores, traz

a tona à saúde do trabalhador, tomando forma uma legislação para o trabalho dos menores (1917), acidentes de trabalho (1919), criação do Conselho Nacional do Trabalho (1922) e, através da Lei Elói Chaves (1923), a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, organizando-se através das grandes empresas ligadas a exportação, embrião do sistema previdenciário. Cresce também a preocupação das grandes empresas com os empregados, oferecendo medidas de proteção previdenciária e de saúde.

A Farmácia adentra no século XX com uma perda irreparável. A simplificação para formação propicia a proliferação de escolas, sendo que a maioria de credibilidade duvidosa. Os farmacêuticos, por sua vez, não possuem nenhuma entidade associativa para a defesa dos interesses próprios e da sociedade. Somente em 1916 é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos.

Conforme Pires (1989), desde 1832, as faculdades médico-cirúrgicas formavam médicos clínicos e cirurgiões, com cursos anexos de parteiras e farmacêuticos. Em 1879, em anexo, começam a formar dentistas e em 1901, as referidas faculdades passam a denominar-se Faculdades de Medicina e Farmácia, continuando a formar os dentistas e parteiras.

Em que pese a ocupação honrosa do título, a Farmácia sofre a primeira mudança de uma série, reduzindo a duração do mesmo de três para dois anos e o número de matérias de nove para quatro. Ocorre também a supressão do estágio profissionalizante.

Em 1920, surge a primeira Universidade no País, sugerindo a independência na formação dos farmacêuticos, dentistas e enfermeiros, mas somente em 1925 o curso de Farmácia passa a ser ministrado em 4 anos, exigindo-se os mesmos requisitos preparatórios para os demais cursos superiores. Os farmacêuticos ganham licença para ministrar aulas nas disciplinas privativas do curso.

Os produtos biológicos passaram a crescer, ampliando o arsenal farmacêutico, ao lado dos produtos naturais extraídos de plantas que predominaram até o início do século. Esses últimos, produzidos de forma

artesanal, com o advento do capitalismo, tomam forma manufatureira e após industrial. Surgem desta forma as primeiras indústrias nacionais estatais, bem como privadas, a partir da evolução dos laboratórios das farmácias privadas.

A evolução da indústria farmacêutica no Brasil aconteceu em moldes semelhantes ao seu desenvolvimento em escala mundial. Da mesma maneira que observado internacionalmente, no final do século XIX e início do século XX, a necessidade de combate às endemias levou a fundação de institutos de pesquisa e à produção de medicamentos, vacinas e soros. A implantação de indústrias de medicamentos no país também se deu nos fins século XIX e início do século XX. É evidente que os interesses das classes dominantes na época se expressavam por essas iniciativas do Estado, com o objetivo de assegurar o modelo agro-exportador vigente (Bermudez, 1995, p.25).

O instituto Butantã de São Paulo é inaugurado em 1889 e o Instituto Oswaldo Cruz em 1902, os mais importantes, até os dias de hoje.

Nesta mesma época começam a se estabelecer as primeiras indústrias estrangeiras, e dá-se início a importação de medicamentos, solapando a incipiente iniciativa local. Outrossim a dependência de matérias primas importadas para a produção de medicamentos remonta as boticas, na era colonial.

Apesar da hegemonia médica na formação das demais categorias, os farmacêuticos, encontrando-se a maioria nas farmácias comerciais, desenvolvem seu trabalho de forma liberal, autônoma e dono do seu processo de trabalho. Começam a inserir-se no campo da indústria de medicamentos, soros e vacinas, experimentando a segmentação do processo de trabalho, aos moldes fordistas, e o assalariamento. Experimenta também sua inserção, ainda que pequena, no setor público, através dos laboratórios e institutos estatais.

Enquanto o "Estado-Saúde" implantava laboratórios e institutos, campo de trabalho para os profissionais do medicamento, para fazer frente a doenças endêmicas e as grandes epidemias, fruto do descaso e da ignorância colonial, observa-se que o "Estado-Educação" joga no ostracismo a formação destes

profissionais, reduzindo, sobremaneira, o tempo de formação e eliminando o estágio profissionalizante. Fica claro, já nos primórdios do século XX, o que ainda constamos em seu término, o distanciamento do aparelho formador do utilizador.

Na década de 1930, toma forma uma política nacional de saúde. O grande descontentamento nacional com a elite agro-exportadora e as péssimas condições de vida e saúde, principalmente dos trabalhadores, contribuíram para a revolução de 1930, cuja base de apoio era composta principalmente pela burguesia industrial emergente, intelectuais e os sindicatos de trabalhadores.

Instaura-se, definitivamente o processo de industrialização, mediante sustentação do Estado, que a princípio implanta um setor gerador de meios de produção. A industrialização acarreta problemas de várias ordens, a exemplo da urbanização intensa e de forma não planejada, péssimas condições de trabalho, falta de moradias, além das doenças infecto-contagiosas, entre outros, agravando as precárias condições de saúde da população.

Organiza-se institucionalmente a saúde em dois setores: consolida-se de um lado a saúde pública, intensificando as medidas campanhistas, e de outro a medicina previdenciária, com a substituição das CAPs em IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), agora organizados por categorias profissionais. Novamente as categorias mais organizadas (Marítimos, Comerciais, Industriários, entre outros poucos), fundam seus institutos, a partir de 1933, ficando os demais segmentos da população a mercê de uma assistência pública precária, desprovida de aposentadorias e outros benefícios previdenciários.

Institucionalizou-se, portanto, no Brasil a dicotomia entre os cuidados coletivos e os individuais, ou as medidas de caráter público e a atenção médica individual previdenciária.

Cria-se, em 1934, o Ministério da Educação e Saúde e o Departamento Nacional de Saúde Pública passa a denominar-se Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico Social. Retomam as campanhas de Saúde Pública, com a Criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, o primeiro de dimensão

nacional, centraliza-se os Departamentos Estaduais de Saúde e amplia-se as suas unidades de saúde.

Em convênio com os Estados Unidos surge o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, em 1942, cujo objetivo era combater epidemias na região amazônica, produtora de borracha para a indústria da guerra.

Nos anos 40 intensifica-se a industrialização, a urbanização, através do êxodo rural, e a rede previdenciária. A ampliação dos benefícios aos trabalhadores urbanos foi acompanhada do aumento da produção de serviços privados, notadamente da rede hospitalar. Desta forma assegurou a produção industrial do país e privilegiou o emergente processo capitalista do setor saúde.

Com o advento das escolas oficiais e sua emergência no começo do século os farmacêuticos, adentram no Estado Novo, em sua maioria, trabalhando nas Farmácias, muitas das quais de sua propriedade, preparando e aviando os medicamentos em tempo integral de trabalho. A legislação, definitivamente, concede a estes a exclusividade para o exercício da profissão, através do Decreto 19.606/31, estabelecendo que “o exercício da farmácia era exclusivo de farmacêuticos ou de sociedades mercantis em que todos os sócios fossem farmacêuticos” (Zubioli, 1992, p.3).

Este decreto estabeleceu ainda a competência do farmacêutico para o exercício das análises clínicas, e das funções de químico bromatologista, biologista e legista, bem como da direção dos laboratórios privativos das diversas instituições existentes. Normas para o licenciamento das farmácias, drogarias e ervanários, e normatiza o controle de drogas que causam dependência física e psíquica.

No mesmo ano o Decreto 20.627, substitui o anterior, determinando que a propriedade da Farmácia poderá ser também de sociedade mercantil, desde que o farmacêutico detivesse 30% do capital. Casuisticamente durou até 1973, causando grandes danos uma vez que, além de tirar-lhes a exclusividade da farmácia, os profissionais assumiram a condição de “sócio de fachada”, não participando dos lucros mas sim dos problemas advindos da má conduta

financeira ou administrativa do empresário, o verdadeiro proprietário. Outra perda irreparável para a profissão farmacêutica e para a sociedade foi a regulamentação do exercício da farmácia no interior dos Estados pelos práticos licenciados, no mesmo ano.

Zubioli, comentando os dois últimos decretos, salienta que ambos dispunham sobre a profissão farmacêutica, mas na maioria de seus artigos normatizava o controle sanitário e a indústria farmacêutica e enfatiza que “até recentemente a lei não delimitou duas áreas que, a rigor, pouco possuem em comum: a que diz respeito á profissão farmacêutica, e a que diz respeito às normas de vigilância sanitária. Sempre confundiu a dualidade, comércio de remédio e exercício da profissão farmacêutica” (op. cit., p.3).

Todavia a legislação do início desta década garantiu, legalmente, o território de atuação e o monopólio de competência aos farmacêuticos, sem, contudo protegê-los de grupos extraprofissionais.

A década de 30 é a década da síntese química (penicilina, 1929, sulfas, 1932) e portanto de radical transformação tecnológica na produção de medicamentos. Conforme Bermudez (1995) ocorre o auge da indústria farmacêutica nacional. Este crescimento deu-se sem o apoio infra-estrutural da indústria química, tornando-a altamente vulnerável, face ao crescimento tecnológico dos países centrais.

O mesmo autor, analisando o surgimento da indústria farmacêutica global nas décadas e 40 e 50 salienta que a 2ª Guerra Mundial impulsionou a expansão do complexo farmacêutico internacional, sob o domínio dos Estados Unidos. Este fato “coincidiu no Brasil com a política nacional-desenvolvimentista iniciada na década de 40. Com esta diretriz o estímulo à entrada de capital estrangeiro consolidou a hegemonia das empresas transnacionais farmacêuticas e, conseqüentemente, nossa dependência econômica e industrial nesse segmento” (op. cit, p.25).

Na década de 30, os farmacêuticos encontram-se nas farmácias exercendo seu papel na assistência farmacêutica privada. Experimentam a exclusividade no

exercício da farmácia, logo após usurpado. Dá-se início ao processo de “desprofissionalização” e “re-profissionalização”, através da sua inserção em outras áreas, que, até os dias atuais, não são de exclusiva competência. Na década de 40 vislumbram a perspectiva do mercado de trabalho expandir-se através da emergente indústria transnacional, ao tempo que apreciam o aniquilamento, prematuro, da indústria nacional. Fundam também o primeiro sindicato, em 1946, no Estado de São Paulo, e a partir da década de 50, em outros.

A inserção nas medidas campanhistas implementadas ao nível de saúde pública pelo Estado Novo dá-se através dos grandes institutos, inaugurados no início do século, em São Paulo e Rio de Janeiro. A crescente medicina previdenciária não dispõe de uma política de medicamentos, sendo que os IAPs não representaram campo de trabalho para o farmacêutico.

Chamado de “período desenvolvimentista” a década de 50 e 60 caracterizou-se pela consolidação das formas capitalistas de acumulação de riquezas. A expansão econômica interiorizou-se, criando novos centros urbanos com intensificação da urbanização, notadamente na recém criada Brasília e no Nordeste. Instala-se a indústria automobilística, fecham-se ferrovias e abrem-se rodovias. O fluxo migratório interno é intenso.

Com relação às políticas de saúde, Mendes destaca o deslocamento, a partir desta época, do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos gerando uma massa operária. Portanto naquele momento, “o importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (Mendes, 1995, p.21).

O Estado consolida-se institucionalmente na área da saúde com a criação do seu ministério, em 1953. Em 1956 é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais. Entretanto, cabe ao Ministério da Saúde um pequeno orçamento e sua estrutura é pequena, ao tempo que crescem os problemas de saúde pública.

O aumento vertiginoso dos trabalhadores urbanos incha a previdência que, aliado a constatação do crescimento da indústria médico-hospitalar e de medicamentos, pós-guerra, proporciona as condições propícias para a hegemonia da medicina previdenciária, individual, em detrimento da coletiva.

Segundo diversos autores, o relatório Flexner fornece as bases científicas que permitem a segmentação do ato médico em diversas especialidades, tornando esse trabalho mais adequado à incorporação tecnológica.

Consolida-se, nesta fase da história brasileira, a "indústria da saúde", tornando-se um subsetor da economia brasileira. Instalam-se os grandes hospitais dos IAPs. e das Universidades, patrocinados pelo governo, bem como os hospitais privados. Esses últimos, também subsidiados pelos recursos públicos, crescem vertiginosamente. Conforme Oliveira e Teixeira (1986), os leitos particulares existentes em 1945 representavam 14,2%, sendo que em 1965 representavam 63,0%.

Em 1960, em face dos reclames dos previdenciários, pela unificação dos direitos, aliado a crise financeira do setor, devido a ampliação dos benefícios, a incorporação de tecnologia e o aumento de despesas com a ávida rede particular contratada, é sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social, que então uniformiza os direitos. Entretanto não entra em vigor. Também em função das lutas no campo, devido a exclusão dos trabalhadores rurais, pois não dispunham de direito previdenciário e social algum, cria-se, em 1963, o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL, que também ficou durante anos, nas engrenagens burocráticas do poder.

A crise econômica generaliza-se e juntamente com a crise política, instala-se o caos, o golpe militar.

A "febre" desenvolvimentista cria ainda mais facilidades para o ingresso de empresas estrangeiras e a importação de materiais primas. No subsetor farmacêutico, esta época caracteriza-se pelo lançamento de novos produtos e, em conseqüência, "pelas mudanças nas estratégias de *marketing* das empresas transnacionais, objetivando influenciar a prescrição médica" (Bermudez, 1995,

p.25). O segmento médico torna-se o principal veículo indutor das vendas de medicamentos, contribuindo, como foco da propaganda, progressivamente, para a elevação dos preços.

Os níveis de consumo se modificam capitaneados pelo novo mercado emergente, e

esta nova maneira de produzir medicamentos em decorrência das recentes tecnologias incorporadas ao setor, acarreta mudanças na natureza do trabalho do farmacêutico. Se antes ele dominava o conhecimento e a técnica de preparação das drogas, neste momento, a complexidade da produção industrial fica acima de sua capacidade (Santos, 1993, p.63).

Ocorre o que se denomina de “crise de identidade do farmacêutico”, migrando, em sua grande maioria, para outras áreas de seu âmbito profissional, já definidas a partir de 30. Por outro lado, consolida-se a transformação das farmácias em autênticos estabelecimentos comerciais, entrepostos dos produtos “de marcas”, diretamente das indústrias para o consumidor.

Essa migração, na avaliação de Santos (1999), foi sendo processada na sociedade visto as exigências da industrialização com a participação do aparelho formador, através das mudanças curriculares a partir de 30, que se concretizaram na reforma de 1962, a qual estabeleceu, pela primeira vez o currículo mínimo. Essas exigências eram na área industrial de medicamentos e alimentos, nas áreas de diagnóstico e exames clínico-laboratoriais. A Lei origina o título de Farmacêutico-Bioquímico, com as habilitações de Farmacêutico Industrial, Farmacêutico Bioquímico Analista Clínico e Farmacêutico Bioquímico Tecnólogo de Alimentos.

Em 1960 surge a tão sonhada “ordem profissional”, a exemplo dos médicos e advogados. São criados, através da Lei 3.820, o Conselho Federal de Farmácia e seus congêneres - os Conselhos Regionais de Farmácia, cabendo-lhes a fiscalização do exercício profissional. A seguir, em 1962 formula-se o Código de

Ética. Na visão sociológica das profissões e de acordo com a versão de Santos (1993), o código de ética representou o último passo do processo de organização dos farmacêuticos na consolidação da profissão.

A precariedade das condições de saúde da população, a hegemonia da assistência médica previdenciária, individual e hospitalizante em detrimento das ações de saúde pública. A diferença de benefícios entre os institutos mais ou menos poderosos. A exclusão dos trabalhadores rurais e dos urbanos desempregados do sistema da previdência, uma vez que o atendimento médico se dava através de favor - "aos indigentes" nas unidades estaduais ou nos hospitais públicos, filantrópicos ou contratados, foram fatores de descontentamento generalizado, contribuindo, para o debate, no início dos anos 60, sobre o papel do Estado na saúde, culminando com a 3ª Conferência Nacional de Saúde cujo tema foi a "Municipalização dos serviços de saúde".

O Governo Jânio Quadros, movido pelas reivindicações da sociedade civil organizada, e sob a ideologia da questão da soberania nacional, corporificada na "luta do petróleo", e a conseqüente vontade da implantação de uma indústria farmoquímica estatal forte, nomeia, em 1961, uma Comissão de Inquérito para investigar a indústria farmacêutica. Os resultados da comissão, em síntese, apontavam para a desnacionalização do setor e a dependência das indústrias nacionais em termos de matérias primas importadas e pesquisa. Em 1963 o Decreto 52.471 "estabelece normas para o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica nacional e institui o Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica – Geifar".

Como conseqüência dessas políticas nacionalistas e como forma para entender ainda mais o golpe militar,

...um dos últimos atos praticados nesta área antes do período de autoritarismo, foi a promulgação do Decreto 53.612 em 26/2/64, o qual se destaca por aprovar, pela primeira vez, uma relação de medicamentos essenciais. Além disso, o decreto chama a atenção para a necessidade da utilização

racional das verbas governamentais, restringe a aquisição de medicamentos para aqueles constantes da relação aprovada e ainda reforça a prioridade para os laboratórios estatais e privados de capital nacional (Bermudez, 1995, p. 79).

Concomitante a essas políticas, a inserção dos farmacêuticos, a nível público, se amplia. Estão, ainda que poucos, além dos institutos de pesquisa de medicamentos, soros e vacinas, nos postos de atendimento dos IAPs, nas farmácias hospitalares, nos laboratórios de análises clínicas, bromatológicas e toxicológicas públicos. A nível privado continua a ocorrer a fuga das farmácias, inversamente proporcional a sua inserção nas análises clínicas, principalmente, estimulados pela reforma curricular de 1963, dissonantes das iniciativas governamentais na área do medicamento, visto que contribuía para a “des-profissionalização” do farmacêutico. Estes, por sua vez não participam do debate da sociedade sobre as questões sócio-econômicas e políticas que afloram, nesta fase pré-ditatorial. Por outro lado,

O farmacêutico, por ter-se arraigado ao poder conquistado anteriormente, e não ter procurado oferecer, enquanto segmento da elite pensante, alternativas ao novo modelo que se apresentava no momento, começa a se configurar como um profissional conservador, sendo posto de lado como parceiro que poderia viabilizar os objetivos comerciais da indústria farmacêutica estrangeira, já em franca ascensão (Santos, 1999, p.39).

Os vinte anos de ditadura militar caracterizaram-se pela imposição da centralização tecnoburocrática e repressão política. Acentuou-se nesse período o arrocho salarial, o êxodo rural, a migração interna, a marginalidade, a dívida externa e o sucateamento da saúde pública. O saneamento foi esquecido, e a doença encarada como insumo para a indústria médico-hospitalar consolidando seu processo de acumulação de capital.

Para atender aos reclames populares quanto a universalização dos direitos previdenciários e da assistência a saúde, atender o capital industrial, legitimar-se e consolidar o processo de centralização administrativa, em 1966, ocorre a unificação dos IAPs, através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, excluindo a participação dos empregados da definição e gerência da política previdenciária. Na análise de Aguilera e Bahia (1994), o regime militar se alia, na condução dos órgãos previdenciários, aos proprietários de hospitais e clínicas credenciadas, grandes empresários e aos antigos burocratas dos institutos favoráveis à limitação dos benefícios. O grande “caixa” do trabalhador, passa para as mãos incrédulas do governo e das elites que lhes dão sustentação, servindo para financiar grandes obras civis, a exemplo do que ocorria em décadas anteriores. Nas palavras de Mendes (1995, p.21) “a capitalização previdenciária transformou-se numa sócia privilegiada do Estado e das empresas estatais que começavam a surgir”. Ocorre que este capital volumoso investido, nunca mais voltou aos seus legítimos donos.

O regime privilegia a assistência médico-hospitalar curativa e de alta complexidade, embora o perfil epidemiológico da época apontasse para a solução dos graves problemas decorrentes das doenças infecto-contagiosas, a exemplo da tuberculose, desnutrição e a alta mortalidade infantil e subnutrição. Hegemoniza-se, o que Mendes (1995) chama de “Modelo médico-assistencial privatista” em detrimento do “Modelo assistencial sanitarista”. Este último, de características campanhistas, até então vigente, desestrutura-se ainda mais, face o jogo de forças políticas e conseqüentemente orçamentárias. A redução do gasto estatal com saúde, que nunca foi significativo, é gradativo, chegando em 1976 a 0,9% do orçamento da União.

A rede pública de saúde chega a década de 70 com leve incremento, entretanto, a rede privada que já é muito maior, amplia-se através dos incentivos governamentais – financiando a construção de hospitais e clínicas e comprando os serviços oferecidos. Os hospitais públicos especializam-se em procedimentos de alta complexidade, os quais não eram de interesse da iniciativa privada pelo seu alto grau de investimento. Com o advento, ainda nesta década, da medicina

de grupo e o seu veriginoso crescimento, sustenta-se até os dias atuais, esta assertiva. Agora porque representa custo elevado para os planos de saúde.

Os trabalhadores rurais, autônomos e as empregadas domésticas, até então excluídos, a partir de 1973, começam a receber os benefícios previdenciários e assistência médica, ainda que com muito esforço nos balcões burocráticos do Estado. A grande massa de desempregados urbana, oriunda do campo continua a margem de tais benefícios sociais, sendo atendidos precariamente, pelas unidades sanitárias estaduais, as quais estavam voltadas para as ações preventivas, ou, como já mencionado, nos hospitais públicos ou conveniados com a previdência na forma de "indigentes".

As tensões sociais crescem pela falta de políticas sociais e o Estado tenta responder criando, em 1972, o I Plano Nacional de Desenvolvimento – I PND. Dentre suas diretrizes, destaca o papel da Previdência Social. Em 1974 nasce o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS. Em 1975 é sancionada a Lei 6.229, que organiza o "novo" Sistema Nacional de Saúde, normatizando o que já existia de fato. Em linhas gerais: ao Ministério da Saúde a responsabilidade das ações de caráter preventivo e coletivo e ao MPAS a assistência médica curativa individual. A lei que a princípio objetivava integrar os serviços curativos aos serviços de saúde pública cria um fosso ainda maior entre eles, reforçando o modelo curativo, individual e assistencialista.

Após o fracasso do primeiro, é lançado o II PND e, juntamente com esse, o Plano de Pronta Ação - PPA, objetivando, sinteticamente, universalizar os atendimentos de urgência e emergência e ampliar a assistência através do pagamento aos médicos das empresas pelos atendimentos prestados aos seus empregados. Outro fato marcante foi a criação do Fundo de Assistencial Social, o qual assegura recursos e subsídios a juros baixos para a construção de clínicas e hospitais privados. Aumentam substancialmente os serviços contratados, em detrimento do público como preconizava o Plano.

Para fazer frente aos graves problemas de saúde pública, notadamente no interior, o Ministério da Saúde, em 1976, institui outros programas a exemplo do

Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, para municípios nordestinos com menos de 20.000 habitantes, sendo que em 1976 amplia para outras regiões. Substitui o Departamento Nacional de Endemias Rurais pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM, implementando as ações de controle das epidemias no interior. O MPAS, em 1979, também faz uma reforma administrativa, criando o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SIMPAS, que dentre o emaranhado das unidades organizacionais que o compõem está o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, o qual representa “a hegemonia da assistência médico-individual, voltada para os trabalhadores urbanos ligados ao processo de industrialização” (Aguilera e Bahia, 1994, p.7).

Os baixos níveis de saúde da população, a elevação das epidemias de natureza infecto-contagiosa, a falta de legitimidade do regime, a ampliação dos benefícios, o fim do “milagre econômico”, o início da crise fiscal do estado, o crescimento do custo da assistência médica curativa, a sonegação das contribuições previdenciárias dos empregadores, a falta de controle, o roubo, a continuidade da utilização dos recursos da previdência para financiar a indústria ou grandes obras de infra-estrutura que o “capital” necessitava (Trans-amazônica, Hidroelétrica de Itaipú, Ponte Rio-Niterói, etc.), a busca por um Estado de Direito, dentre outros motivos provocam o caos do sistema previdenciário. Oliveira e Teixeira (1996) classificaram de “Crise Ideológica (1980), Crise Financeira (1981) e Crise Político-Institucional (1982) da Previdência Social”.

Esses momentos representaram, na realidade, o início das grandes transformações que o sistema de saúde iria sofrer nos próximos anos, fruto do caótico quadro epidemiológico do país e os intensos debates da sociedade gestados durante a década de 70. Embalado também pela Conferência de Alma-Ata (1978), promovida pela OMS, onde a atenção primária de saúde, a participação comunitária nas decisões, a descentralização e hierarquização da rede de serviços, aliada a preparação dos recursos humanos, foram difundidos como estratégias para que os países “periféricos” superassem seus graves problemas de saúde.

Então, em 1980, conseqüência da “crise ideológica” foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, conhecido como Prev-Saúde, com as diretrizes da OMS citadas acima e a intenção conseqüente da integração dos serviços de saúde pública e os da previdência. Os fortes grupos empresariais do setor, políticos e aparelho formador, inviabilizaram tal iniciativa.

Em 1981, o reconhecimento da “crise financeira da Previdência” caracteriza-se pela formação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde da Previdência Social – CONASP. Esse conselho, lança, em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde na Previdência Social – Plano CONASP. Uma de suas linhas de ação era contra-hegemônico, na medida que, com base no Prev-Saúde, propunha o Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS. Propunha, como diretrizes, a integração interinstitucional, descentralização administrativa e gerencial ao nível de estados e municípios, mecanismos de referência e contra-referência na assistência a saúde, integralidade e participação da sociedade nas decisões.

O processo de redemocratização do país e a vitória do partido de oposição ao regime autoritário na maioria dos estados, em 1982, oportunizando espaços políticos e técnicos para os participantes do “movimento sanitário”, proporciona as condições necessárias para implantação dessa estratégia política, que se consolida com o nome de Ações Integradas de Saúde, incorporadas, em 1985, pela Nova República como política oficial.

Em que pese o significativo avanço das AIS, especialmente com relação as transferências inter-governamentais dos recursos, estimulando a municipalização dos serviços e as instâncias de participação social na condução política e administrativa, em todos os níveis de governo, paradoxalmente, as decisões continuaram centralizadas no MPAS e ainda “introduziram nas instituições públicas, através de mecanismos de compra e venda de serviços, a cultura da atenção médica, reconhecendo o setor estatal como mais um prestador de serviços em condições semelhantes aos prestadores privados” (Mendes, 1993, p.38). Em um segundo momento, após a instalação da Nova República, deu-se início a valorização da gestão partilhada entre as três instâncias de poder e as

ações de cunho preventivas.

O período de 1964 a 1985 consolidou, portanto as características capitalistas do setor saúde, gestados a partir dos anos 50.

... é como se, tardiamente, a atenção à saúde vivesse a sua Revolução Industrial. O cuidado deixou de ser artesanal ou manufatureiro – e passou assumir características de grande indústria – papel desempenhado pelo hospital moderno. Da mesma forma, o capital – enquanto valor que se reproduz – instalou-se na atenção médica, que passou a produzir mercadorias no sentido mais estrito da palavra (Braga e Paula, 1986, p.87/88).

O impacto social gerido pelos serviços de atenção à saúde, que chamamos de “medicalização”, teve forte contribuição do sistema de ensino na consolidação ideológica. Um importante exemplo deu-se com a centralização dos currículos a nível nacional, com a reforma universitária em 1968, entre outras mudanças.

No ensino farmacêutico esta centralização ocorre já em 1962, sendo que em 1969, “o novo currículo fixado prevê a graduação de Farmacêutico, formado em três anos (em média), voltado às necessidades da farmácia comercial, hospitalar e dos serviços de saúde (civis e militares), e mais um ano de formação para as habilitações de: Farmacêutico Industrial e Farmacêutico-Bioquímico” (Santos, 1993, p.81).

Essas mudanças já vinham ocorrendo no âmbito acadêmico desde os anos 30, entretanto oficializa-se a perda da identidade do profissional do medicamento e sua função social como profissional de saúde, com um curso rápido, enaltecendo o profissional para o mercado da indústria, das análises toxicológicas, análises bromatológicas e, sobremaneira das análises clínicas, campos não privativos dos egressos, mas em franca expansão.

A fragmentação do conteúdo técnico-científico serviu a lógica da política de dependência cultural, científica e tecnológica. “Sabe-se que a dominação apenas dos meios de produção não basta para assegurar o controle completo do setor

saúde por parte do capital internacional. Assim sendo, a ingerência direta no subsistema formador de recursos humanos representa papel fundamental” (Rech, Silva e Nascimento Jr., 1987).

Conforme dados do Conselho Federal de Farmácia, a procura aos cursos de farmácia, que decresceu nas últimas décadas, recuperou-se a partir das década de 70, motivados pela habilitação de Bioquímica – Análises Clínicas.

A preocupação com o currículo somente aflora, em 1982, com o Seminário de Reforma Curricular de Farmácia e Bioquímica na Universidade Federal de Santa Catarina, marco inicial de uma grande discussão que se sucede a nível nacional. Neste mesmo ano os farmacêuticos dão um passo a mais em sua organização, fundando a Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR.

Como marcos da política de medicamentos implementada pelo regime militar, estão a criação do Conselho de Desenvolvimento Industrial – CDI, em 1964, e a Central de Medicamentos – CEME, em 1971.

A ideologia da “soberania nacional”, herdada dos governos populistas anteriores, transformou-se, ao nível de discurso, em “segurança nacional”, onde o medicamento também se inclui.

De acordo com Paulo Barragat (in Bermudez, 1995), a CDI, criada pelos primeiros atos do governo militar, no âmbito do Ministério da Indústria e Comércio, cria o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica – Geoquim, absorvendo as atividades da recém criada Geifar. Por sua orientação a CDI aprova seu primeiro projeto: uma empresa brasileira na área farmacêutica, implementada pelo governo e até hoje existente. Outros projetos relevantes foram aprovados pela CDI, entretanto, conforme o autor, dos 61 projetos aprovados entre 71 e 74, para o setor farmacêutico, apenas dez foram referentes à produção de matérias-primas, e apenas três provenientes de empresas nacionais.

A Central de Medicamentos – CEME, com objetivos de produzir, comercializar e distribuir medicamentos as camadas mais pobres da população, nasce dentro de um conflito de interesses que caracterizava o regime quanto a política de medicamentos, na solidificada política de saúde, existindo

...duas propostas de orientação política para a nova instituição. Por um lado, com base na visão de um segmento militar de cunho nacionalista, pretendia-se atender às necessidades de assistência médica e intervir na produção interna de matérias-primas; propondo um forte controle estatal sobre o setor privado, preconizava-se a independência do capital estrangeiro. Por outro lado, havia uma corrente que pretendia atender aos interesses do setor empresarial, com predomínio de capital transnacional, ampliando o mercado governamental e utilizando a Ceme como maneira de adquirir medicamentos do setor privado a preços mais baixos (Bermudez, 1995, p.81).

Apesar das oscilações políticas e gerenciais da CEME, na tentativa de cumprir seu objetivo de produção, serviu para incentivar os laboratórios governamentais, capacitando-os, ainda que parcialmente, para a fabricação dos medicamentos definidos na Relação Nacional de Medicamentos Básicos. Também incentivou as empresas privadas nacionais, através de tímidos projetos de pesquisa, transferência de tecnologias e incentivo a produção.

Em sua função de intervir na comercialização, controlando preços, visando o barateamento dos medicamentos no mercado não logrou êxito. Serviu, sobremaneira, como agência de apoio à política de extensão da assistência médica do regime, adquirindo e distribuindo, gratuitamente, medicamentos, através da rede de serviços de saúde pública, aos programas "verticais" de domínio do Ministério da Saúde e através dos postos de assistência médica da previdência, incluindo a partir de 1975 a rede contratada e conveniada, aos grupos populacionais mais carentes.

Podemos resumir a decadência paulatina desse controverso instrumento institucional, através da análise de Braga e Paula:

Se o programa de distribuição da CEME encontrava apoio por parte da indústria como um todo – já que significava uma ampliação do mercado consumidor – o mesmo não se

pode dizer do seu programa de produção; num setor dominado pelas empresas multinacionais, propostas de 'encorajar o livre desenvolvimento da empresa nacional' e "aumentar a diversificação da oferta oficial de medicamento" não podiam ser bem recebidas (1986, p.131).

O medicamento, considerado no discurso como "produto" de segurança nacional, não teve a mesma sorte que "outros setores da economia", considerados como tal. A CEME atendeu, por fim, aos interesses capitalistas, entretanto foi acusada de estatizante. É interessante observar também que, com exceção da produção voltada aos programas (de tuberculose, hanseníase e outros), não obedecia a um planejamento voltado ao perfil de morbi-mortalidade da população.

O farmacêutico insere-se nesta fase obscura da sociedade brasileira, de forma pouco participativa, seja como sociedade civil organizada contrária a condução política do Estado, seja na condução política e gerencial do sistema de saúde individual e privatizante, a qual ficou a cargo dos médicos e de suas entidades representativas, ratificando sua hegemonia. A resistência ficou a cargo do movimento estudantil, aglutinados em função dos Encontros Nacional de Estudantes de Farmácia – ENEFs, durante toda a década de 70, e mais aglutinados ainda no início da década de 80, através dos encontros e passeatas contra o reconhecimento da profissão dos Biomédicos. Como ponto forte da organização corporativa registra-se a criação da Federação Nacional dos Farmacêuticos, em 1982, já na fase de abertura política do regime autoritário.

O crescimento do setor privado hospitalar, clínicas médicas e os laboratórios de análises clínicas, as expensas do dinheiro do trabalhador, para atender ao sistema previdenciário e aos seguros e planos de saúde, emergentes; contribuiu para o êxodo do farmacêutico para este novo mercado "promissor".

As farmácias comerciais ficam nas mãos de pequenos e grandes empresários, e definitivamente, são condenados a equiparar-se a um comércio qualquer. O medicamento a um produto qualquer e o farmacêutico a exilar-se da

assistência farmacêutica e de sua função social. A obrigatoriedade da farmácia pertencer a um farmacêutico ou sociedade onde possuísse no mínimo 30% do capital é substituída pela obrigatoriedade da Direção Técnica, em 1973, facilitando o que já vinha ocorrendo, a propriedade destas por leigos ou provisionados e agora como Drogaria. Isto se dá num momento onde o medicamento, cada vez mais sofisticado, produtor de reações adversas, interações medicamentosas e doenças iatrogênicas das mais diversas e outras desconhecidas, é lançado no mercado em número e formulações farmacêuticas nunca vistas. Impõe-se a cultura da “cura milagrosa” do medicamento, de símbolo de saúde e de qualidade de vida. Aprimoram-se as campanhas publicitárias, sem o mínimo controle social.

Isto se dá, não por sua vontade própria ou da maioria da população excluída dos bens e serviços essenciais e proibida de seu direito reivindicatório, mas determinado fundamentalmente pela instalação de uma política de saúde que transformou a doença em mercadoria, fonte de acumulação de capital.

Paralelamente cresce, em menor grau que a iniciativa privada, os serviços próprios da previdência social, a nível ambulatorial e hospitalar, os serviços e ações de cunho sanitaria a nível estadual, e ainda de forma tímida os serviços de saúde municipal, naqueles municípios mais desenvolvidos. Os Postos de Assistência Médica do MPAS, conhecidos como PAMs, foram os que mais cresceram, dentro das diretrizes de interiorização, a partir de 1977. Também, ocorreu instalação ou ampliação dos Laboratórios Industriais Farmacêuticos dos estados.

Isto representou, pela primeira vez na história, uma inserção significativa dos farmacêuticos nos serviços públicos de saúde, nas diversas modalidades do âmbito farmacêutico: farmacêutico, farmacêutico industrial e farmacêutico-bioquímico. Experimenta desta forma novas modalidades de trabalho, de cunho coletivo, a exemplo do planejamento da assistência farmacêutica, planejamento dos exames laboratoriais, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, dentre outras.

Estes fenômenos ocorrem sob um intenso processo de assalariamento, o qual acometeu os demais trabalhadores da saúde, principalmente a partir da década de 70.

Assim, embora legalmente considerado como profissional liberal, o farmacêutico passou a integrar o grande contingente de assalariados e sub-empregados deste país, vivenciando concretamente os resultados das políticas econômicas antipopulares, calçados no achatamento salarial da maioria dos trabalhadores (Rech, Silva e Nascimento Jr., 1987).

Enfim, o Manifesto dos estudantes e profissionais de Farmácia presentes na VII Semana Acadêmica de Estudos Farmacêuticos em Porto Alegre no ano de 1980, parece representar o início da participação efetiva da categoria nos grandes debates nacionais. Num momento em que o sistema político, econômico e social, hegemônicos, não conseguem mais esconder suas mazelas e contradições e a sociedade, insatisfeita, prepara-se para impor mudanças:

Acreditamos que todas estas manobras não atingem somente uma categoria profissional, mas, e principalmente, à população brasileira, e elas são decorrentes de um modelo econômico que permite ao capital estrangeiro e/ou nacional fazer da saúde de um povo, inesgotável fonte de lucros; de um sistema social que marginaliza a maioria do povo brasileiro; de um sistema político que impede a participação da população como um todo, e dos profissionais ligados à área de saúde, nas decisões e na busca de alternativas para um sistema de saúde que se revela "ineficaz" e que não atende as necessidades da nação, que é a razão de ser do Estado Brasileiro.

A "Nova República", fundada em 1985, inicia com grande expectativa da população brasileira, esperançosas do fim da crise política que marcou os anos precedentes e da crise fiscal do Estado, caracterizando um período de alta

recessão, e de medidas racionalizadoras. Os tecnocratas neoliberais, continuaram no poder, agora em nova coalizão de forças políticas. A marca da crise social é visível, com grandes contingentes da população na miséria e desempregados. Na saúde, um quadro sanitário estarrecedor, a exemplo da volta de doenças epidêmicas, desnutrição, doenças ocupacionais; alta taxa de mortalidade infantil e a crônica exclusão de grandes contingentes da população da atenção básica. Tudo fruto, obviamente, do descaso de longo período.

O Movimento Sanitário Brasileiro, que tem início nos fins de 70, possui em suas fileiras o Movimento Municipalista. Aproveitando-se do novo quadro institucional e político, e impulsionados pela mobilização da sociedade, encontram espaço no novo governo, oportunizando desta forma a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Este evento, que contou, pela primeira vez, com a participação de amplos segmentos progressistas da sociedade civil organizada caracterizou-se como um marco para as mudanças do setor. Segundo Mendes, consolidou o termo "Reforma Sanitária"⁶, que constituiu-se em bandeira de luta para aqueles segmentos progressistas, estabeleceu um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, e passou, "...com sua doutrina, a constituir-se no instrumento político-ideológico que viria influir de forma muito significativa em dois processos que se iniciam, concomitantemente, no ano de 1987: um, no executivo, a implantação do SUDS e, outro, no poder legislativo, a elaboração da nova constituição brasileira" (Mendes, 1995, p. 43).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, instituído em 1987 pela direção do INAMPS foi, no mesmo ano, legalizado pelo poder central através de decreto. A exemplo das AIS, representou para o movimento sanitário, outra estratégia para um novo sistema de saúde. Entretanto foram conservados

⁶ Conforme Mendes, 1995, p.42, "A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema".

mecanismos centralizadores, a lógica privatizante, bem como o clientelismo político. Estas características a muito representadas pelo INAMPS, agora são divididas com os Estados que saíram fortalecidos, aditando os seus critérios para o repasse dos recursos aos municípios.

Neste mesmo ano a Reforma Sanitária ganha fôlego com a fundação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, fruto da mobilização desses protagonistas que promoveram vários encontros nacionais, desde 1978, e organismos similares nos estados. O Conselho de Secretários de Estado da Saúde - CONASS também é instaurado. Inúmeros encontros destas instâncias tem havido até os dias de hoje, consolidando-se como importantes organismos de defesa e de implantação dos princípios da reforma sanitária.

A Assembléia Nacional Constituinte tornou-se um fórum democrático de discussão, culminando em 1988 com uma nova Constituição, contemplando em muito o ideário conservador hegemônico, mas trazendo também avanços significativos na área social, notadamente no que se refere a Seguridade Social, entendida como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos á saúde, previdência e assistência social.

A constituição contemplou, em muito, as propostas do movimento sanitário e criou o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado em 1990 através da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080 e Lei 8.142. Logo a seguir, complementa-se o arcabouço jurídico com as promulgações das constituições estaduais e municipais.

A questão da saúde na Constituição e respectivas leis ordinárias, conforme Mendes (1995, p.47), ressalta alguns aspectos fundamentais:

- a) O conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas;
- b) O entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena;
- c) A caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública;

d) A criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade;

e) A integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Na prática, agora

os municípios têm por função planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar os serviços públicos de saúde e celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como avaliar sua execução. Aos estados compete prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde, bem como gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional. A União compete traçar normas gerais para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde e os serviços privados contratados e promover a descentralização, para as unidades federadas e os municípios, dos serviços e ações de saúde (Aguilera e Bahia, op. cit. p.12).

Em 1990, foram sancionadas outras duas leis fundamentais frutos da luta sanitária e da cidadania. As Leis 8.069 e 8078, conhecidas como instauradoras do Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Defesa do Consumidor, respectivamente. Este ano também foi marcado pelo aprofundamento da crise fiscal e política que rondava o processo de redemocratização, agravada com o "fenômeno Collor", pondo em risco, paradoxalmente, tanto o projeto neoliberal⁷ hegemônico que esperava revigorar-se, quanto o novo sistema de saúde, recém formatado.

Ainda em 1990, o INAMPS passa para o MS e instala-se o Conselho Nacional de Saúde, instância maior colegiada, com representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviço e usuários. Seguem a instalação

⁷ Neste contexto, entende-se por projeto neoliberal, "a fragilização do papel reitor do estado sobre as políticas sociais e a diminuição de seu papel redistributivo" (Mendes, 1995, p.51).

dos conselhos estaduais e municipais, paulatinamente, de acordo com a inserção destes no novo sistema. Juntamente com as Conferências Nacionais de Saúde tornam-se os órgãos colegiados permanentes do SUS. Em 1993 é a vez das Comissões Intergestoras Tripartite, a nível federal e das Comissões Intergestoras Bipartites, nos estados. A participação da sociedade está "garantida" de direito.

A IX e X Conferência Nacional de Saúde, ocorridas em 1992 e 1996, foram importantes fóruns na consolidação dos princípios e diretrizes, que estavam sendo colocados em prática. Seus temas foram a Municipalização e a Descentralização, respectivamente.

Em 1993 é extinta a mega estrutura, representante do centralismo, o INAMPS, passando o Ministério da Saúde, definitivamente a assumir o comando. Instaura-se as regras pactuadas de gestão entre as três esferas de governo através da Norma Operacional Básica – NOB/93, nova versão da NOB/91. Em 1994 ocorre, por decreto, a regulamentação das transferências de recursos federais para os Fundos Municipais de Saúde dos estados e municípios, conhecida como transferência "fundo a fundo". Está "garantida" a descentralização dos recursos financeiros. Em 1996 haviam 3.078 municípios habilitados para a municipalização, que juntamente com as instâncias colegiadas permanentes, através de intensa negociação, conseguem aprovar a NOB/96, que proporciona avanços significativos na autonomia municipal,

Apesar de ferir a liberdade da gestão local, o Decreto 1.651/94 criou o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, constituindo-se em instrumento de moralidade na aplicação dos recursos e na qualidade da assistência. Assegura-se um instrumento efetivo de controle.

Esse período em análise, ficou caracterizado pelo movimento da reforma sanitária. Avançou política e juridicamente e deu mostra, com inúmeras experiências incontestáveis, que a nível local realiza-se ações e serviços de saúde com maior eficiência e eficácia. Entretanto teve como barreira maior a falta de financiamento e apoio logístico, além da barreira ideológica, interposta pelas classes oponentes ao SUS, representadas por segmentos sociais que desejam continuar fazendo da doença um mercado lucrativo.

Outrossim, cresce o processo de globalização dos mercados econômicos, impondo um período recessivo, com conseqüências drásticas para os países periféricos. Essa onda provocada pela ideologia neoliberal dominante, absorvida pelas elites brasileiras instaladas no poder, teve respostas no setor saúde. Contribuíram para o projeto contra-hegemônico da reforma sanitária no que tange a descentralização como estratégia racionalizadora, ao tempo que, com recursos públicos continuaram subsidiando indiretamente o setor privado, agora, as grandes empresas de medicina de grupo, e de seguros de saúde, as quais cresceram vertiginosamente; conformando um sistema paralelo, ao novo sistema de saúde que não é único. A medicina suplementar incorporou-se a classe média e aos segmentos de trabalhadores mais organizados e de maior poder aquisitivo.

Estratificou-se a clientela, ficando a classe média com o sistema de medicina suplementar, e a classe pobre com o sistema público. Além da oferta de serviços e ações de promoção, proteção e recuperação simplificada e de baixa qualidade para pobres, é de sua incumbência os serviços de alta tecnologia, através dos grandes institutos e hospitais universitários, para os clientes do SUS que conseguem chegar e os consumidores dos planos e seguros de saúde, que não podem efetuar o pré-pagamento devido ao seu alto custo. Desta forma satisfaz diretamente o lucrativo mercado da medicina suplementar, que não possui interesse nestes dispendiosos serviços.

No âmbito farmacêutico, o período de 1985 a 2000, caracterizou-se pela intensa mobilização da categoria, talvez o período mais fecundo de participação, discussão e conquistas já experimentado, com significativa participação estudantil. Os debates travados tiveram como foco de atenção, sinteticamente, os graves problemas inerentes a formação profissional, a produção oligopolizada, dispensação sem controle, aquisição com altos custos e o uso irracional dos medicamentos. Os debates tiveram como pano de fundo a grave crise do setor saúde, nele incluído a área do medicamento. Santos, fazendo um comentário a respeito da inserção dos farmacêuticos nas pré-conferências de 1985/1986 e no movimento sanitário nos diz com muita propriedade que "a categoria farmacêutica experimentava o convívio com a sociedade, o Estado e os demais atores do setor" (1999, p.113).

No ensino farmacêutico o debate sobre a questão curricular foi à tônica. Visto as deficiências do ensino tecnicista e fragmentado, os problemas do setor, a crise de identidade do profissional farmacêutico e a vontade de mudança, ocorre uma série de eventos, cujo objetivo final era alterar o currículo mínimo imposto, autoritariamente, em 1969, pelo regime vigente e refazê-lo, voltado as novas realidades do país.

Após a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde – 1986, ainda na efervescência da VII Conferência Nacional de Saúde, ocorre o I Seminário Nacional sobre Currículo de Farmácia – I SNCF, na cidade de Ouro Preto, no ano de 1987. Outros seis se sucederam até 1995. Os primeiros três foram de iniciativa e organização dos estudantes, incorporando-se o Conselho Federal de Farmácia – CFF e a Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR nos demais.

Como marco da luta para modificação curricular dos últimos tempos, lembramos o Seminário de Reforma Curricular do Curso de Farmácia e Bioquímica da Universidade Federal de Santa Catarina, em 1982, após longo debate interno.

Em 1991, ocorre I Encontro Nacional de Avaliação do Ensino Farmacêutico, entretanto houve pequena participação e seus resultados pouco expressivos. Em 1993 o movimento é reforçado com o I Encontro Nacional de Reforma Curricular - I ENRC, sucedendo-se outros dois até 1995. Conforme Santos (1999) este passou a ser considerado o II ENRC, uma vez que o encontro de 1991 tornou-se o I ENRC por também tratar da questão curricular. Outros encontros e seminários regionais também ocorreram, ampliando os debates a respeito do currículo.

Entre “encontros e desencontros” estes eventos, buscaram

...uma proposta para a formação de Farmacêuticos críticos, competentes e capazes de interagir socialmente, não como expropriados e detentores do conhecimento, mas como agentes capazes de responder às

exigências da maioria da sociedade e, como profissionais-cidadãos, contribuir efetivamente para o acesso de todos a um sistema público de saúde eficaz e de qualidade (Fenafar, Enefar, 1996, p.23).

Os debates foram organizados a partir da análise do contexto histórico (ciência, formação, profissão, mercado de trabalho e políticas públicas), para formulação do perfil profissional, ficando definido que o profissional deveria ser voltado para atender a toda demanda do medicamento. Seguiu-se a definição dos componentes curriculares, optando-se por duas grandes áreas: saúde pública e tecnologia, e após a determinação da estrutura curricular. Por fim estava prevista a montagem da grade curricular, o que não aconteceu.

A proposta final apontou para um curso único completo, cujo fruto seria o “Farmacêutico Pleno” com duração não inferior a quatro anos e meio, “... voltado para a área do medicamento em todos os seus aspectos, envolvendo desde a pesquisa, produção, controle de qualidade até a dispensação” (Fenafar, Enefar, 1996, p.25), e somente após este período, a opção pelas habilitações de Análises Clínicas e Alimentos. A proposta, definida, através de um longo processo, estruturado, legítimo e democrático, foi encaminhado ao MEC.

Somente em 1999 o tema voltou ao debate oficial, quando o CFF e a Comissão de Especialistas do MEC realizaram uma reunião com todos os Coordenadores de Cursos de Farmácias das Escolas Brasileiras, para apreciação de duas propostas. Uma, oriundo dos Encontros e Seminários e outra encaminhada pelas Instituições de Ensino Superior – IESs., com o intuito de elaboração das Diretrizes Curriculares. Havia consenso a respeito das diretrizes gerais e controvérsias quanto às específicas. Ficou aprovado, em síntese, a formação do “Farmacêutico Pleno” através da separação do curso em três cursos de modalidades distintas: Farmacêutico – modalidade Medicamentos, Farmacêutico – modalidade Análises Clínicas e Toxicológicas, e Farmacêutico – modalidade Tecnologia de Alimentos. Entretanto, o MEC não oficializou ainda as diretrizes curriculares.

Ao MEC caberá a regulamentação oficial e ao CFF disciplinar os campos de atuação das diferentes modalidades. A preocupação central recai no fato de, uma vez não regulamentada as profissões do Farmacêutico Analista Clínico e do Farmacêutico Tecnólogo de Alimentos, a exemplo das engenharias onde uma não pode exercer as atividades da outra, os egressos poderão exercer a responsabilidade das Farmácias e outros campos do medicamento, sem a necessária capacitação.

A partir dos intensos debates da sociedade e como participantes do movimento sanitário, os farmacêuticos, representados pelos segmentos mais progressistas, determinados a contribuir para implementação do SUS, definição definitiva de uma política de medicamentos e assistência farmacêutica no seio da política nacional de saúde, tiveram ganhos importantes a nível de organização e legislação.

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, e trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, ocorre o Encontro Nacional de Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, constituindo-se num fórum onde foram abordados os principais problemas da assistência farmacêutica, sua inserção no SUS, e apontados uma série de propostas. Teve participação dos mais diversos segmentos da sociedade e constituiu-se num marco para as discussões que se seguiram, até o final do milênio.

Em 1991, dá-se mais um passo importante, para o debate da Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância, através do I Congresso Brasileiro de Medicamentos, fórum onde foi criada a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. Logo a seguir, em 1993 o MS cria o Programa de Assistência Farmacêutica, objetivando recuperar a distribuição de medicamentos gratuitos para as populações de baixa renda, quase eliminados pelo Governo Collor, no início da década. Também, neste ano, é sancionado o Decreto 793, o qual constituiu-se na primeira legislação que tratou dos genéricos. Através de obstruções legais, impetrados pelas indústrias farmacêuticas, ficou sem efeito.

Em 1995 é criado, pelo MS, o Programa Brasileiro de Inspeção das Indústrias Farmacêuticas, fato, entre outros, que determinou a saída do Ministro

Adib Jatene, comprometendo o recém iniciado programa. No ano seguinte outro, quase inócuo, instrumento legal é lançado, o Decreto 2.018 que disciplina a propaganda e publicidade de medicamentos.

Depois de muita discussão, após 439 anos da chegada do primeiro boticário no Brasil e passados 10 anos da "Constituinte Cidadã", a Portaria/MS nº 3.916 de 30 de outubro de 1998 (Diário Oficial de 10/11/98) aprova a Política Nacional de Medicamentos, traçando prioridades e diretrizes. Ainda neste ano é atualizada a RENAME e publicada no ano seguinte, após dezesseis anos de defasagem.

Em 1999, um passo rumo a integração e descentralização dos recursos dos programas de assistência farmacêutica básica, através da Portaria 176/MS que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos estados e municípios ao referido programa. Neste ano também é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da Lei 9.782, a qual também define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS. Interessante observar que o SNVS já havia sido criado em 1994, através da Portaria/MS nº 1.565, e até os dias atuais não foi desenvolvido.

Ainda em 1999, em meio a muita polêmica, e empecilhos da indústria farmacêutica transnacional é sancionada a "Lei dos Genéricos", como ficou conhecida. A Lei 9.787 estabeleceu a Política de Medicamentos Genéricos, mas ficou aquém das expectativas daqueles segmentos que defendem o acesso dos medicamentos a toda população e o seu uso racional.

No campo industrial a priorização do regime militar no desenvolvimento tecnológico e de produção em áreas consideradas estratégicas não atuou na indústria farmoquímica. De acordo com Mendes (1993), ao analisar o "modelo médico-assistencial privatista", nos diz que ao estado coube o financiamento do sistema através da Previdência Social, ao setor privado nacional a maior parte da prestação de serviços de atenção médica e ao setor privado internacional o grande fornecedor de insumo, especialmente equipamentos médico-hospitalares e medicamentos.

Neste sentido a organização capitalista da produção implementa-se na década de 90, através do processo de globalização da economia, gestado nos últimos anos. A abertura dos mercados privilegia a concentração. Vianna, relata que “em termos absoluto, as 20 maiores empresas detiveram metade do mercado durante toda a década de oitenta, embora no final desse período elas já tivessem alcançado aproximadamente 58%” (1995, p.13). Comenta ainda que no início de 90 as empresas de capital multinacional detinham 80% do faturamento global do segmento, representando apenas 16% do total das companhias do segmento farmacêutico. Esta situação agrava-se quando, conforme o mesmo autor, observa-se que poucas empresas transnacionais detinham, em muitos casos, 80 a 90% do total das vendas de determinadas classes terapêuticas, e conclui que apesar da característica competitiva “a indústria farmacêutica é considerada como possuindo significativo grau de concentração e apresentando uma estrutura industrial tipicamente oligopolista em quase todos os mercados que a compõem” (1995, p.16).

Há evidências que o capital internacional começa a ingressar também no mercado de varejo, genuinamente nacional até então, através de grandes redes de farmácias. Talvez este seja o fato mais preocupante em fins de século, pois fechará o círculo oligopolista, da produção a dispensação, sem compromisso com as necessidades da nossa população.

A CEME criada em 1971, vinculada a Presidência da República, passa em 1974 para a Previdência Social e mais tarde, em 1985, passa para o MS. Suas atividades de fomento ao desenvolvimento tecnológico do setor químico farmacêutico, no ano seguinte passam para Ministério da Indústria e Comércio. Reduz-se a mera compradora e distribuidora de medicamentos. Como atividades de destaque, em 1987 elabora o documento proposta “Medicamentos Essenciais – os caminhos da autonomia, onde

propunha o fortalecimento do seu programa de assistência farmacêutica, objetivando a sua universalização. Nesse sentido, preconizava a busca de autonomia

tecnológica e industrial, referindo-se a uma importação de 86% dos insumos utilizados na indústria farmacêutica interna, que representavam 58% da demanda total do setor, em valor (Bermudez, 1992, p.36/37).

Neste mesmo ano lança a "Farmácia Básica", constituindo-se em módulos para três mil habitantes. A partir de 1990 sofre novo boicote pelo Governo Collor, acentuando-se o desabastecimento, paradoxalmente ou propositalmente no início da implantação do SUS. Não mais se recuperou, sendo extinta em 1997.

Alguns avanços foram alcançados, na busca pela tão sonhada autonomia na indústria farmoquímica nacional, através do incentivo à pesquisa, ao desenvolvimento tecnológico e a produção de matérias-primas e medicamentos. Os exemplos mais significativos são a Companhia de Desenvolvimento Tecnológico (CODETEC), empresa de capital misto, a Companhia Brasileira de Antibióticos (CIBRAN), a Microbiológica e a Nordeste Química S.A. (NORQUISA), empresas de capital privado nacional, além dos Laboratórios e Institutos estatais. O Programa de Auto-Suficiência Nacional de Imunobiológicos, criado em 1985, norteou este avanço.

Contudo, nessa década, a queda nas compras pelo estado dos produtos CEME, a troca constante de autoridades, a pressão dos oligopólios transnacionais, a subordinação e convivência do poder central a política neoliberal dos organismos financiadores, a política de ciência e tecnologia desconectada das necessidades sociais e com baixo investimento, o descaso na formação de recursos humanos e a falta da organização da produção em função do perfil epidemiológico da população, são exemplos dos descaminhos que marcaram os últimos tempos com conseqüências para o futuro.

A garantia de acesso as ações e serviços de saúde marcaram as lutas dos movimentos progressistas da sociedade brasileira nas últimas décadas. O período de 1986 a 2000 foi e continua sendo, palco da discussão em busca de modelos assistenciais condizentes com as necessidades e realidade brasileira. Processo sem fim. Permeado pela discussão e normatização, de uma política de

medicamentos, que objetiva em linhas gerais, assegurar o acesso universal aos medicamentos, a pesquisa, produção e comercialização de produtos com qualidade e a promoção do uso racional dos medicamentos, temas estes discutidos e propostos pela Organização Mundial da Saúde – OMS a muitas décadas.

O esforço deu-se início através das lutas corporativas contra o projeto biomédico, no início dos anos 80, mas foi através da participação das pré-Conferências de saúde e de Recursos Humanos, principalmente, a nível nacional, aliado a uma enormidade de fóruns específicos, promovidos por entidades farmacêuticas e outros segmentos, para tratar da questão do medicamento, que a categoria rompeu com o corporativismo tacanho, rumo a um entendimento mais abrangente, em defesa da liberdade, da democratização, da qualidade de vida da população brasileira, nela inserida a questão do medicamento.

O “Dia Nacional de Luta e Mobilização pelo Farmacêutico na Farmácia” foi, talvez, o primeiro grito do novo farmacêutico, comprometido não somente com o seu âmbito profissional, mas como um agente social, imprescindível no contexto de um sistema de saúde voltado ao combate a todos os determinantes do processo saúde-doença, além da recuperação da saúde, área esta privilegiada pelo sistema previdenciário e os segmentos atuais que fazem da doença um insumo para indústria acumuladora de capital.

Como resultado do derradeiro período, caracterizado pelo debate e rico em legislação sanitária, instala-se uma Comissão Parlamentar de Inquérito no Congresso Nacional, em fins de 1999 . A “CPI dos medicamentos, instalada a princípio para investigar abuso de preços e falsificação de produtos, se transformou em espaço de denúncias, debates e até de formulação de propostas para a melhoria da assistência farmacêutica no País” (Súmula, 1999).

Conforme a *Pharmácia Brasileira* (n.19), órgão de divulgação do CFF, antes desta, outras quatro CPIs foram criadas para apurar denúncias de aumento abusivo de medicamentos, formação de cartéis, superfaturamento de matérias-primas importadas, remessa ilegal de lucros ao exterior e a presença de produtos suspeitos no mercado. Elas ocorreram em 1961, 1979, 1988 e 1996, todas em

período eleitoral e não resultou em punição alguma.

Interessante observar também que os debates travados na última CPI dão conta do intenso “confronto de classes” e das contradições do próprio governo na condução da política de medicamentos. Os exemplos mais típicos da assertiva acima estão quando o próprio Ministro da Saúde, contrário ao Ministro da Fazenda, que defende a venda de medicamentos nos supermercados, propôs a venda de medicamentos pelas empresas de medicina supletiva, ambos oferecendo fórmulas para baixar os preços. Outro exemplo diz respeito ao relator da CPI, o qual defendeu a venda dos medicamentos constantes da RENAME pelos correios como forma de reduzir os preços em até 40%.

Os absurdos vão mais longe quando o Secretário de Direito Econômico do Ministério da Justiça e o Secretário de Acompanhamento de Preços do Ministério da Fazenda afirmou não possuir a mínima estrutura física e humana para exercer seus papéis. Agrava-se na ANVS, como é sabido, um sistema cartorial e clientelista herdado da antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.

Concluimos que a assistência á saúde definitivamente transformou-se, ao longo do século, em um negócio promissor e o medicamento numa mercadoria de alto valor comercial. Esse mercado monopolizado possui como sustentáculo a doença e outras formas de violência social, reinando no seio de um “estado mínimo” e contraditório.

Em que pese os ganhos sociais com a recente implantação do SUS, e outros instrumentos de cidadania,

temos pela frente um enorme desafio, o da luta sem trégua pela construção e consolidação de um modelo digno de atenção à saúde, que inclua a assistência farmacêutica e o acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais, assegurando o exercício pleno da cidadania neste país que poderá vir a se consolidar como uma civilização solidária e que efetivamente cumpra os enunciados lançados há pouco mais de uma década em nossa Carta Magna (Bermudez, 2000).

4.2.2 Farmacêutico e mercado de trabalho

A industrialização e a urbanização correlata, com a produção em escala de bens e serviços, na diferenciação destes, na repartição do trabalho e especialização de qualificações escolares, alterou os padrões de vida e suas polaridades. Criou novos estratos sociais, originou o consumo de massa e alterou as possibilidades de transformar a vida, tomando a vida mais repleta e o viver mais difícil.

(Lilia B. Schraiber, 1993)

A revolução industrial e a revolução francesa trouxeram mudanças sociais e econômicas, através da expansão capitalista, marco do desenvolvimento das sociedades modernas. Conforme Perini, hegemonizou-se a racionalidade em detrimento das explicações da magia e do sobrenatural e da vida prática das pessoas. Desenvolveu-se e multiplicaram as profissões, sendo o trabalho um novo determinante de “status” social e forma de vida e o “mercado passou a ser o eixo da organização da nova ordem social” (Perini, 1997, p.326).

Os farmacêuticos, até a década de 1930 possuíam um mercado de trabalho cativo, privativo, exercendo seu ofício com pleno controle do processo de trabalho, de forma autônoma. Produzia de forma artesanal e dispensava os remédios e medicamentos a população e desta possuía o reconhecimento, em que pese a existência, em toda a história, da presença de curiosos, práticos, provisionados, etc., competindo na área. Este segmento de leigos ganha espaço com o processo de industrialização do país, a partir da referida data, acentuando-se após os anos 50, pois se enquadravam dentro das regras e interesses da nova ordem capitalista. Formaram um exército de vendedores, na maioria inescrupulosos, dos novos e “milagrosos” produtos, agora de cunho científico. “A maioria desses estabelecimentos têm como proprietários leigos e provisionados, em 1986, por exemplo, dos 34.000 existentes no país, apenas 4% eram de

propriedade dos farmacêuticos, conforme dados do CFF” (Santos, 1993, p.90).

A hegemonização da produção, de forma globalizada, deu-se, no decorrer desse século, através da liquidação dos pequenos laboratórios farmacêuticos, frustrando a incipiente iniciativa artesanal, manufatureira e industrial nascente. A evolução tecnológica suplantou a capacidade, o aparelho formador não acompanhou o processo e os farmacêuticos acomodaram-se. O Estado tomou partido do capital, na produção, formação, na comercialização e as políticas públicas estabeleceram uma nova ordem da atenção a saúde, privilegiando a medicina curativa, “tecnológica e empresarial”, tornando a “assistência médica uma questão social, como parte da questão da saúde” (Schraiber, 1993, p.133). Todo esse processo ocorre, “numa tendencial universalização da cobertura para o consumo de serviços, recobrando as questões do direito à saúde e ao mesmo tempo respondendo às necessidades econômicas de manutenção/recuperação da força de trabalho, enquanto segue sendo processo de medicalização do social ampliador dos domínios da ordem médica” (op. cit., p.132). Aliam-se as articulações do complexo médico-empresarial aos demais ramos industriais – equipamentos, instrumentos e medicamentos, hegemonizando-se em detrimento de outras necessidades sociais. O hospital torna-se absoluto na atenção à saúde e na agregação da equipe de saúde, formada na sua grande maioria por médicos e auxiliares de enfermagem. Este é outro momento que os farmacêuticos “perderam o bonde”, ficando de fora da equipe de saúde.

Portanto, sendo excluído das farmácias e marginalizado da equipe de saúde afasta-se de seu objeto, perdendo mercado de trabalho. Contemporiza, acomodando-se a nova ordem social. Essa exclusão é também explicada, pelo fato de,

ao buscar o monopólio sobre o medicamento, não só procurou dominar o saber de sua produção, mas reforçou-o com o conhecimento que detém quanto a sua correta utilização. O farmacêutico chamou para si o domínio de um dos setores mais importantes do desenvolvimento tecnológico e

econômico característico do processo de industrialização deste século. Isso significava submeter a sua conveniência um dos setores centrais do processo de internacionalização da produção capitalista e do mercado, o que inclui não apenas a prestação de um serviço, mas produção e comercialização de um bem material (Perini, 1997, p.332).

Nova divisão social do trabalho, novas bases tecnológicas, novo conteúdo técnico no trabalho. O impacto das transformações foi determinante para abalar sua base profissional, ao nível de satisfação, monopólio de competência e visibilidade social, e conseqüente mercado de trabalho, optando por afastar-se de sua área privativa migrando para outras, notadamente, dos aparelhos auxiliares de diagnóstico e da indústria de alimentos. Desta forma, “com o seu deslocamento para áreas afins e cumulativas a mais de um ofício, confundiram-se mercados de trabalho e atribuições, gerando conflitos para a definição de monopólios de competência e delimitação dos respectivos campos de conhecimento técnico-científico” (Santos, 1993, p.64).

O farmacêutico ganhou outros espaços, entretanto afastou-se da equipe de saúde e do seu nicho de mercado, a farmácia; onde deveria-se prestar efetivamente a assistência farmacêutica. A farmácia cresceu assustadoramente, sem a sua presença. Marginalizou-se das políticas de saúde, ficando nas mãos inescrupulosas do capital, com conseqüências desastrosas para a saúde da população brasileira.

Analisar, a estrutura e composição do mercado de trabalho do farmacêutico, para observar as novas tendências neste final de século, parece pertinente e imprescindível para proporcionar elementos para a reflexão deste importante segmento do setor saúde bem como subsidiar elementos para solução dos problemas existentes. Esta análise se fará de forma sucinta e limitada, face os objetivos do trabalho e o pequeno número de informações que se dispõe.

O Ministério da Saúde (1996-a) aponta um estoque de empregos formais para os farmacêuticos, no mesmo ano, da ordem de 29.359. O referido estudo,

subdivide esses, quanto a inserção, em Serviços Sociais (7,8%), Serviços Médico-Odontoiológicos (7,3%), Administração Pública (11%) e Outros Setores (73,9%). Ocorre, portanto uma pequena participação do total destes nos serviços públicos, bem como nos serviços médico-odontológicos, que envolvem principalmente hospitais e policlínicas privadas. A grande maioria encontra-se em outros setores (farmácias, laboratórios, etc.). A participação dos farmacêuticos na administração pública é muito baixa, comparado com outras categorias de nível superior – participa com 3%. Médicos (67%), dentistas (17%) e enfermeiros (13%). Nos serviços médico-odontológicos sua participação é ainda menor – 4,5%, enquanto médicos e enfermeiros totalizam 90%.

O mesmo documento traz o total anual de admissões, de regime “celetista” entre 1992 e 1995, onde no primeiro ano da série ocorreram 5.006 contratações. Em 1993, 5.927, demonstrando um aquecimento; fato que se mantém em 1.994 com 6.784 e caindo, em 1.995, para 6.431 contratações.

A pesquisa “Assistência Médico-Sanitária – MAS/92”, realizada pelo IBGE/MS, aponta a evolução do número de empregos nos estabelecimentos de saúde no Brasil, ou seja, aqueles estabelecimentos públicos ou privados, que prestam serviços rotineiros à população e cujas instalações físicas se localizam em instituições do setor saúde. Conforme a Tabela 2, podemos observar que o número de postos de trabalho dos farmacêuticos evolui apenas 25% entre 1980 e 1992, enquanto os médicos duplicaram, os odontólogos aumentaram em 55% e os demais também tiveram um avanço significativo. Em termos de composição relativa, dentre os empregos de nível superior, também perderam muito, uma vez que detinham 2,34% dos postos de trabalho, em 1980, caindo para 1,46% em 1992.

Tabela 2 - Evolução do número de empregos nos estabelecimentos de saúde - Brasil.

Empregos	1980	1986	1988	1990	1992¹
Médicos	146091	194608	nc	nc	297076 ²
Odontólogos	16696	26926	nc	nc	37453 ³
Enfermeiros	15158	27088	nc	nc	37446 ³
Farmacêuticos	4630	5846	nc	nc	6233 ³
Nutricionistas	1930	3189	nc	nc	4440 ³
Assistentes sociais	4385	7137	nc	nc	9273 ³
Outros de nível sup	8462	18069	nc	nc	34498
Técnicos/Auxiliares	380277	414059	nc	nc	583065
Função administrativa	240037	331197	nc	nc	379177
TOTAL	819646	1017848	nc	nc	1356077

1. Excluídos os empregos em clínicas de complementação diagn/terap.
2. Inclui médicos residentes
3. Estimado a partir do total de empregos "outros nível superior"

Fonte: IBGE/MS (extraída da Revista Dados, n. 20)

Perdeu, significativamente, participação na composição relativa de emprego em saúde, num período em que todas as categorias ganhavam postos de trabalho, absorvidos pela evolução dos diversos tipos de estabelecimentos, notadamente, Postos e Centros de Saúde, e as Clínicas Ambulatoriais; e conseqüente aumento da produção de consultas e internações, como demonstra a Tabela 3. Os Postos e Centros de Saúde saltaram de 7.764, em 1980, para 23.319, em 1992. As Clínicas Ambulatoriais de 5.213 para 10.259. Esse avanço deu-se devido às mudanças jurídico-institucionais e operacionais no sistema de saúde brasileiro – do Plano CONASP ao SUS, através da descentralização da atenção à saúde, com ênfase na municipalização.

Tabela 3 - Estabelecimentos de saúde e produção de serviços - Brasil.

Estabelecimento/Serviço	1980	1986	1988	1990	1992
Postos de Saúde	4266	4715	5313	6769	8556
Centros de Saúde	3498	10823	12558	13670	14763
Clínicas ambulatoriais	5213	8414	8638	8585	10259
Consultas médicas* (em milhões)	nc	333.4	392.0	380.8	394.5
Clínicas complementação diagn/terap	nc	nc	nc	nc	8668
Unid mistas	314	603	714	748	777
Hospitais	5198	6317	6409	6532	6653
Leitos	509168	512346	527196	533558	544357
Internações** (em milhões)	16.0	17.4	18.5	18.6	19.6

* Inclui consultas médicas de urgência

** Correspondente ao número de altas em todos os anos

Fonte: IBGE/MS (extraída da Revista Dados, n. 20)

Conforme Medici (1993), a partir de 1980 o emprego público se expandiu mais rapidamente que o emprego privado, chegando, em 1987, com predomínio dos profissionais de nível superior e médio, enquanto no setor privado são mais significativas as categorias de nível elementar e pessoal administrativo.

Esta perda, paradoxal, aponta entre outras causas, a pequena (ou quase nenhuma) inserção da assistência farmacêutica nas políticas de saúde contemporânea, implementadas a partir da década de 1980, ratificadas na constituição de 1.988, e em fase de consolidação na década de 1990. Em segundo, o baixo poder reivindicatório e poder político da categoria farmacêutica, e em terceiro a falta de exigência da sociedade civil organizada de uma assistência farmacêutica de qualidade e que, ao menos, acompanhasse toda prescrição, a nível ambulatorial ou hospitalar. Exigiu, no ápice do movimento sanitário, apenas mais medicamentos e continua a exigir apenas mais medicamentos, secundarizando todas as etapas que dão garantias ao uso racional – do levantamento epidemiológico que determina as necessidades de produção e distribuição à dispensação.

Segundo Médici (1993), o emprego em saúde encontra-se segmentado, em um mercado assalariado para empregos públicos e privados, havendo forte possibilidade de multi-emprego devido aos baixos salários; um mercado para autônomos; um mercado para o exercício liberal independente, através da organização empresarial ou individual; e um mercado promissor no setor público municipal.

Aparentemente a inserção dos farmacêuticos dá-se, de forma significativa, no mercado assalariado do setor privado, com tendência ao multi-emprego e no mercado liberal através de empresas (farmácias, drogarias e laboratórios). No caso dos laboratórios de análises clínicas é muito acentuada sua vinculação ao setor público, através de contratos de prestação de serviços – uma forma de terceirização. Portanto esta nova forma de relação de trabalho, a terceirização, muito utilizada atualmente no mercado empresarial, não é novidade para os farmacêuticos analistas-clínicos, prática exercida com o antigo sistema previdenciário e atualmente com o SUS.

Entretanto suas relações de trabalho parecem imutáveis - empregados assalariados formais ou patrões assalariando. O que talvez aparece como novidade é o associativismo, notadamente nas Farmácias, devido a forte concorrência com as grandes redes, compartilhando as despesas de “marketing” e exercendo poder de barganha para diminuir preços na aquisição dos produtos, ampliando o poder competitivo. Outros objetivos, constante nos discursos, não parecem se efetivar na prática, a exemplo, da capacitação continuada.

A concorrência ganha novos atores, com perspectivas de mudança radical no mercado, quando se observa o movimento das grandes corporações transnacional. Conforme Bermudez a maior companhia norte-americana e líder de vendas no mundo, a Merk & Co. associou-se a Medco, responsável pelo suprimento de medicamentos a uma parcela de 33 milhões de norte-americanos. Representa “ o primeiro exemplo no mundo da integração vertical completa de uma indústria farmacêutica, abrangendo desde a pesquisa básica e descoberta de novos produtos até a distribuição de medicamentos de uma maneira articulada na sociedade” (Bermudez, 1995, p.157). Esse fato vai muito além da entrada de

mega distribuidoras transnacionais do comércio varejista de medicamentos e aponta para o acirramento dos problemas do mercado, bem como para o assalariamento ainda maior dos farmacêuticos.

Para Médici, numa alusão aos médicos, diz que “o caos salarial tem levado os novos profissionais a se organizarem em consultórios assim que saem da faculdade (seja de forma individual ou compartilhada) ou a estabelecerem convênios com os mecanismos supletivos, o que os obriga a terem habilidades em direito..., contabilidade e finanças” (Medici, 1993, p.45). Este fenômeno parece ocorrer de forma semelhante no segmento farmacêutico, uma vez que os recém-formados estão, aparentemente, buscando novamente as farmácias, devida a saturação dos demais campos bem como pelo fenômeno da “vontade da volta de onde não tinha que ter saído”, ou seja, ao seu nicho de mercado privativo. As habilidades da área administrativa já são desenvolvidas a muito devido à característica empresarial das farmácias e laboratórios, afastando-o, de certa forma, de sua área central. Entretanto não ocorre nenhum tipo de vínculo com a medicina supletiva (planos e seguros de saúde). O que ocorre é que esse segmento vem, ultimamente, implantando farmácias privadas, destinadas ao público em geral, promovendo uma concorrência desleal, ao ofertar descontos acima do plausível. Objetivam, não ofertar aos seus associados assistência farmacêutica de qualidade, mas apenas fidelizá-los, bem como atrair novos clientes para seus planos. Não obstante representa mais empregos para os farmacêuticos, de forma assalariada.

A estratificação do campo de atuação no âmbito profissional farmacêutico, que ocorreu motivado pelos fatores acima discutidos foi também devido a divisão social e técnica do trabalho, resultando nas distintas habilitações de farmacêutico, farmacêutico-bioquímico (opção análises clínicas ou alimentos) e farmacêutico industrial. “Essas habilitações açambarcam, ainda, atribuições que não lhe são privativas ou exclusivas, estas últimas, conferindo direitos de exercício desde a produção de cosméticos e produtos dietéticos e alimentares até o controle, pesquisa e perícia da poluição atmosférica e tratamento dos despejos industriais (Santos, 1999, p.93-94).

Esta estratificação, por consequência, originou outra forma de segmentação de seu mercado de trabalho, ampliando-o e proporcionando um amplo espectro de ação. Considerando apenas sua área privativa este leque ampliou-se: farmácia comercial, farmácia de manipulação, farmácia hospitalar, farmácia homeopática, farmácia veterinária, farmácia homeopática, farmácia cosmetológica, farmácia privativa, farmácia da rede pública, etc. Entretanto toda essa adjetivação, não é correspondida com instrumentos legais que confira o necessário resguardo corporativo, delimitando os campos de atuação, nem mesmo está respaldado por um sistema formador, compatível com as responsabilidades do ofício, que confira ao egresso no mercado capacitação técnica sólida. Também um sistema de ensino que ofereça níveis de especialização compatível com a segmentação existente. A exigência de capacitação permanente é imperativa, em tempos de grande concorrência no mercado de trabalho e quando sua base de conhecimento acadêmico volatiliza-se a uma velocidade impressionante. Fica comprometido, portanto, ainda mais, seu reconhecimento social, sua auto-estima, e os resultados de sua intervenção na saúde da coletividade.

Como consequência da assertiva acima o mercado oferece aos farmacêuticos baixos salários, como demonstra o Ministério da Saúde (1996-b), num estudo restrito aos empregados contratados sob o regime da CLT, nos segmentos de serviços de saúde, administração pública e nos serviços sociais. Não foi analisado o significativo comércio varejista dos farmacêuticos, entretanto a dinâmica dos demais segmentos celetista funciona como um sinal de mercado, revelando parâmetros do comportamento geral.

No Brasil, em 1985, a média salarial foi de R\$801,00 para médicos, R\$586,00 para dentistas, R\$545,00 para enfermeiros e R\$473,00 para farmacêuticos. O salário mensal de contratação do farmacêutico evoluiu de R\$301,39 em julho de 1994 para R\$589,15, em dezembro de 1996, com uma variação anual entre dez/94 e dez/95 de 75,73%; superior as demais categorias, demonstrando um aquecimento. Entretanto os farmacêuticos possuem os mais baixos salários entre as quatro principais ocupações de saúde, as quais, no seu

conjunto, apresenta-se com níveis salariais vergonhosos.

De acordo com a Tabela 4, pode ser observado que a faixa de 5 a 10 salários mínimos concentra a maior parcela de contratos de admissão para médicos, dentistas e enfermeiros. Um quarto dos contratos entre os médicos são remunerados em níveis superiores a 10 SM. Por sua vez, os farmacêuticos têm maior concentração na faixa de 3 a 5 SM, sendo que 94,86% recebem até 10 SM.

Tabela 4 - Percentual de contratados por categoria profissional segundo faixa de salário expressas em salários mínimos. Brasil, 1995.

Categoria	Até 3 SM	3-5 SM	5-10 SM	10-20 SM	+ 20 SM
Médico	15,49	15,41	43,00	20,13	5,95
Dentista	15,41	27,38	45,47	9,61	2,10
Farmacêutico	21,26	42,01	31,59	4,07	1,03
Enfermeiro	27,55	20,57	35,12	15,76	0,97
Pess. Enferm.	67,60	21,55	10,11	0,53	0,19

Fonte: MTb/SPES/CGIT/Lei 4.923/95.

(extraída do Boletim de Análise do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. MS, 1996)

Para uma análise sucinta da demanda de egressos de novos profissionais no mercado de trabalho, pauta-se num estudo do MS (1993), o qual aponta tendências da graduação dos farmacêuticos no período entre 1985 a 1991.

A carreira de Farmácia dispunha, em 1990, de 47 cursos. A maioria (62%) estava no setor público, principalmente nas instituições federais (43%). No sudeste, porém a maioria (54%) pertencia ao setor privado. Foram diplomados, em 1990, 2.452 farmacêuticos, 12% dos graduados em saúde no país. O crescimento da graduação mostrou-se positivo (4%) entre o período de 1985 a 1990. Este fato, porém, só se repete na região Sudeste (11% de acréscimo). No sul o déficit foi de 6%.

No mesmo período houve um crescimento da oferta de vagas nos vestibulares de 20% e da procura de 29% nos cursos de farmácia. Porém o

afastamento dos alunos dos cursos apresentou um aumento médio de 152% no referido período. Esse afastamento na região norte foi de 819%, no nordeste, 30% e na região sul do país foi de 404%. A região centro-oeste foi a única que apresentou tendência decrescente.

Em linhas gerais, as tendências da graduação, apontam para a privatização do ensino farmacêutico, pequeno crescimento no número de diplomados no período, concentração na região sudeste e um alto índice de afastamento das escolas.

Outrossim, dados disponíveis relativos ao número de escolas, dão conta que houve um crescimento acentuado no número de escolas nos últimos 10 anos. Em 1988 dispunha-se de 40, em 1990 eram 47, em 1998 já existia 62 escolas, e no início do ano 2000 dispomos de 123 escolas. A tendência de crescimento é comprovada, em nosso estado, uma vez que, no início dos anos 90, tínhamos apenas um curso, a nível público; hoje dispomos de mais 5, todos privados.

4.2.3 Farmacêutico e o Sistema Único de Saúde

Estes não são tempos para deitar de touca na cabeça, e sim com armas como travesseiro: as armas do discernimento, que vencem as outras. Trincheiras de idéias valem mais do que trincheiras de pedras.

(José Martí, 1891)

O conflito entre grupos é um fenômeno que acompanha toda a trajetória das sociedades humanas. Na sociedade moderna o jogo de interesses ganhou contornos nunca antes vivenciados. A recessão econômica mundial aliada a globalização da economia, nas últimas décadas do século, ratificou a crescente concentração de renda, corporificado nas megas organizações. O poder do capital ultrapassou fronteiras, encampou governos do mundo chamado

“periférico”, impôs modelos econômicos e sociais, interferiu nas formas de organização e gestão dos macros e micros sistemas sócio-políticos, implementou o consumo de massa e subtraiu direitos inalienáveis, relegando grandes parcelas da humanidade a condições de desespero e miséria, excluídos das condições mínimas de vida.

A Reforma Sanitária desenvolveu-se em meio a esses fenômenos, no rol das lutas pela democracia e pela conquista de direitos, buscando o resgate da dignidade, da justiça social, da cidadania. Representa um projeto contra-hegemônico numa sociedade alicerçada nos ideais neoliberais, no “Estado Mínimo”, na exclusão dos mais fracos, na concentração de renda; buscando oferecer saúde através da qualidade de vida e da democratização da informação a todos, e não somente no oferecimento de “medidas campanhistas” aliadas à assistência médica e social voltada a força de trabalho e aos mais pobres, como vivemos durante quase todo o século XX. Porque “amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal, a saúde é uma das mais essenciais dimensões da qualidade de vida” (Buss, 1996, p.173).

A construção do Sistema Único de Saúde interpõe-se ao modelo excludente, representado no setor saúde pelo paradigma assistencial chamado de “modelo médico-assistencial privatista”, o qual “tem como saber fundamental a clínica, como espaço privilegiado de intervenção o hospital, como objeto o indivíduo, doente (ou melhor, a doença em sua expressão individual), como métodos de trabalho os que enfatizam o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, e como modelo de investigação a pesquisa biomédica” (Teixeira, 1993).

O modelo curativo, incorporador incondicional de tecnologias, fragmentado nas especialidades, impositor da medicalização, tem trazido grandes avanços na terapêutica, mas tem imposto grande ônus a sociedade, seja financeiro, seja pela sua resolutividade.

No próprio SUS, por razões históricas, políticas, ideológicas, hegemonia da “indústria da doença”, distanciamento do aparelho formador, entre outras; corporificadas, muitas vezes, por grupos de interesses incrustados em sua

própria gerência, prevalece o “modelo médico-assistencial curativo”. A reprodução se dá, conforme Mendes, pela compra de serviços do setor privado pelos dirigentes locais, “ou mesmo pela manutenção do perfil de atividades das unidades da rede pública, nas quais as ações de saúde pública/coletiva subordinam-se ao atendimento da chamada demanda espontânea” (Mendes, 1993, p.57).

Outro modelo hegemônico, que convive paralelo, é o “sanitarista” que tem “como sujeitos os sanitaristas, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária (educação sanitária, saneamento, controle de vetores, imunizações, etc.) (Teixeira e cols., 1998, p.17).

O avanço da legislação constitucional e ordinária, as lutas de segmentos sociais engajados na Reforma Sanitária, não conseguiram a consolidação de um sistema único sob o mando público, nem lograr êxito na implantação de um sistema único a nível nacional. “Coexistem, estruturados por lógicas distintas, mais dois sistemas, ambos privados: o Sistema de Atenção Supletiva e o Sistema de Medicina Liberal (Mendes, 1998, p.18).

Todavia, os espaços conquistados pelo SUS são inquestionáveis, apesar de todos os fatores desfavoráveis. Houve reforma do estado no setor, a saúde para todos de forma equânime e integral foi garantida constitucionalmente, a descentralização administrativa e gerencial foi consolidada, com grandes avanços na municipalização dos serviços e milhares de profissionais engajados. Entretanto a participação popular é tímida, o acesso á atenção a saúde de qualidade não é uma prática e as iniquidades continuam.

Desta forma, “para que se melhore realmente as condições de saúde de uma população - objetivo social relevante em todas as sociedades – tornam-se necessárias mudanças profundas nos padrões econômicos no interior destas e a intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas” (Buss, 1996, p.174). Ainda, de acordo com o autor, as raízes e hegemonia da prática clínico-assistencial, produto de consumo de massas, incorporado

socialmente, e estimulada pelos grupos de interesses, parece irremovíveis. Mesmo convivendo, dialeticamente, com esse modelo, como preconiza a reforma sanitária, a incorporação da vigilância à saúde é fundamental e estratégico.

Portanto, é fundamental a mudança no modelo de atenção, rompendo com a geração de demandas incontroláveis e impossíveis de serem satisfeitas. Um modelo que priorize a promoção da saúde no seu mais amplo aspecto. O modelo de Vigilância à Saúde que estabeleça,

a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (Teixeira e cols., 1998, p.18).

Na percepção de Buss, a vigilância à saúde deverá voltar-se para o enfrentamento dos problemas nos diferentes períodos do processo saúde-enfermidade, e deve basear-se no paradigma da promoção da saúde. Atuando nos determinantes dos problemas e não somente nestes "isto é, não incide só sobre os produtos finais deste processo, qual sejam, mortes, seqüelas, enfermidades e agravos, mas também sobre os assintomáticos, as suspeitas, os expostos, os grupos de risco e as necessidades sociais de saúde... admite diferentes níveis de controle: o de danos; o de riscos; e o de causas, ou seja, o controle dos condicionantes e determinantes" (Buss, 1996, p.186).

Considerando esta nova prática sanitária, alicerçada em políticas saudáveis, com controle social, envolvendo diversos saberes, aproveitando-se da

pluralidade e das respectivas experiências locais. Considerando o paradigma da transdisciplinaridade, envolvimento intra e extra-setoriais em busca de melhores condições de vida, que alivie a dor e o sofrimento, é que vislumbramos a inserção do profissional farmacêutico. Um novo profissional com perfil, competência e habilidade necessária, um novo sujeito da Saúde Coletiva, perseguidor da equidade, seja a nível público ou privado.

Entretanto,

As questões que se apresenta para o sistema de saúde brasileiro são duplamente desafiadoras: a) as mudanças estruturais ocorridas com o novo Sistema Único de Saúde - SUS; b) e as mudanças e novas demandas que a revolução tecnológica impõe às ciências médicas... qualquer inovação tecnológica de uma determinada área da ciência implica em mudanças tanto na estrutura do conhecimento como na prática de atividade profissional. Transforma-se tanto a base cognitiva como processo de trabalho, gerando novas demandas intelectuais e sócio-econômicas (Machado, 1996).

Utilizando a reflexão da autora e transpondo sua preocupação para o mundo da profissão farmacêutica, entende-se que ambos os desafios, colocados a categoria, deverão ser balizados pelo prisma do modelo de atenção à saúde, preconizado – a vigilância à saúde; procurando construir a transformação na prática, a partir da incorporação de novos saberes, novas tecnologias.

Segundo Buss (1996) o modelo de vigilância à saúde se desenvolve através de três grupos de atividades: promoção da saúde; prevenção de enfermidades e acidentes; e atenção curativa. Segundo o autor:

a) A promoção da saúde objetiva ações sobre os condicionantes e determinantes da saúde. Exige participação inter e intra-setorial, através de políticas saudáveis e ações que oportunizem a escolha de estilos de vida e comportamentos saudáveis, assegurando direitos e deveres da cidadania, através da educação para a saúde. Faz-se necessário à democratização do acesso à

informação, com a escola e as técnicas de comunicação, utilizando-se de processos pedagógicos pertinentes a cada grupamento cultural.

b) a prevenção de doenças e outros agravos, utiliza-se do "enfoque de risco", focalizando-se em problemas ou grupos de problemas, na tentativa de erradicar ou minorar o(s) risco(s). Também se utiliza da comunicação. Suas ações podem ser realizadas no interior dos estabelecimentos de saúde a nível individual ou dirigidas a grupos de risco, ações dirigidas à comunidade, entre outras, buscando sobremaneira proteger a saúde a nível coletivo.

c) as ações de atenção curativa, objetivam o tratamento adequado para interromper o processo mórbido o mais precocemente possível, evitando complicações e seqüelas. Já são muito conhecidas, entretanto o modelo propõe formas alternativas, com o máximo de simplificação, diminuindo os custos e proporcionando maior impacto em muitas situações. A territorialização dos problemas, a construção de redes de unidades de saúde, hierarquizadas quanto as suas complexidades, a desospitalização através do tratamento domiciliar, hospital-dia, acompanhamento ambulatorial, são alguns exemplos.

A promoção, proteção e recuperação da saúde exige, portanto, ações integradas, realizadas na prática, de forma transdisciplinar e de modo que todos os profissionais inseridos ou não em uma equipe, utilizem as ferramentas da comunicação, buscando, rotineiramente técnicas pedagógicas para a educação em saúde. Pressupõe uma visão holística não só direcionada ao indivíduo, nos seus aspectos bio-psico-sócio-culturais, mas voltada as coletividades nos seus aspectos sócio-econômico-culturais e epidemiológicos.

Neste sentido ampliam-se os horizontes para os farmacêuticos, proporcionando-lhes perspectivas inovadoras na medida que reforça suas funções clássicas, ao tempo que rompe com sua "praxis", impondo novos desafios, novos compromissos sociais, novo modo de fazer.

Entretanto, maioria dos países latino americanos, realizaram ou se encontram em processo de reforma de seus sistemas de saúde, de forma orientada para a diminuição do tamanho do estado, da descentralização e da maior participação do

setor privado, sem que se cumpra o princípio do acesso universal, direito fundamental dos indivíduos. “Los Servicios Farmacéuticos hacen parte de los servicios de salud, paradójicamente no han sido objeto de la atención que debieran, si se tiene en cuenta su importancia como indicador de calidad de la atención de salud y su incidencia en los costos globales de atención” (Marín, 1999, p.125).

Num esforço para modificar essa visão tacanha dos governantes, notadamente dos países do terceiro mundo, a OMS promoveu três encontros, nos últimos anos, onde um comitê de especialistas, elaborou propostas relativas ao medicamento e a função do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. Porém, já em 1985, declarou, a respeito das necessidades de pessoal, que “...a busca da saúde para todos, mediante o enfoque da atenção primária de saúde, exigirá a redefinição dos papéis e funções de todas as categorias de pessoal sanitário, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas, engenheiros sanitários etc...” (apud Correia Jr., 1997).

Em 1988, outra contribuição foi dada, através da 41ª Assembléia Mundial de Saúde, a OMS elaborou o documento: “Critérios éticos para a promoção de medicamentos”. Serve como importante instrumento contra a “promoção farmacêutica” anti-ética, a qual se refere “a todas as atividades informativas e de persuasão desenvolvidas pelos fabricantes e distribuidores com o objetivo de induzir a prescrição, o fornecimento, a aquisição e a utilização de medicamentos e outros produtos relacionados à saúde” (Sobravime, 1999).

Com o tema “O papel do farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde”, o primeiro encontro, ocorreu em Nova Delhi, em 1988. O segundo em Tokio, em 1993, sendo nessa oportunidade, elaborado pela Federação Internacional Farmacêutica, um manual denominado - “Boas práticas da Farmácia: normas de qualidade de serviços farmacêuticos”, ficando conhecido como a Declaração de Tokio. O último encontro da OMS sobre o assunto ocorreu no Canadá, em 1997, com o sub-tema “Preparando o futuro do farmacêutico: desenvolvimento curricular”.

A primeira reunião trouxe contribuições fundamentais relativas as diversas atribuições do farmacêutico e as conseqüentes necessidades em termos de educação e recursos humanos. A segunda abordou as responsabilidades do

farmacêutico relativo as necessidades assistenciais do paciente e da comunidade, ratificadas no conceito de Atenção à saúde. Reconheceu que, apesar das enormes diferenças nos sistemas de prestação de assistência sanitária e níveis sócio-econômicos entre os países, a assistência farmacêutica pode ser aplicável em todos. Relacionou ainda os “fatores que influem na prestação da assistência sanitária, o uso racional de medicamentos e o desenvolvimento da assistência farmacêutica” (Anexo IV), e relacionou os papéis tradicionais e não-tradicionais do farmacêutico (Anexo V). Entre outras inúmeras contribuições do documento, destaca-se,

Uma farmacoterapia apropriada permite obter uma assistência sanitária segura e econômica, enquanto que o uso inadequado de fármacos tem importante conseqüência tanto para os pacientes como para a sociedade em geral. É necessário assegurar uma utilização racional e econômica dos medicamentos em todos os países, independentes do seu nível de desenvolvimento. Os farmacêuticos têm uma atribuição fundamental a desempenhar, no que se refere a atender as necessidades dos indivíduos e da sociedade a este respeito (OMS, 1993).

A terceira reunião da OMS ressalta que “el farmacêutico actual y futuro debe poseer conocimientos específicos, actitudes, destrezas y comportamientos para el cumplimiento de sus roles” (Marín, 1999, p.136). Os papéis, ou seja, as funções essenciais, do farmacêutico, foram definidas, em número de sete:

- Prestador de serviço;
- Pessoa com poder de decisão;
- Comunicador;
- Líder;
- Gerente;
- Aprendiz ao longo da vida; e
- Mestre.

Adicionamos ao trabalho, duas outras contribuições, em função da proximidade com as recomendações da OMS. A primeira do Dr. Henrique Feffer (1995) – “Procedimentos adicionais à atenção farmacêutica” (Anexo VI). A segunda de Tuma (2000) – “Perfil do profissional farmacêutico” (Anexo VII).

As contribuições da OMS para a definição do papel do farmacêutico inserido num sistema de saúde, comprometido profissional e eticamente com as necessidades de uma população, e a análise da situação atual e das expectativas da implantação do SUS, operacionalizado através do modelo de vigilância à saúde, sustentado no conceito da promoção de saúde, são fundamentais para o entendimento da real importância dos farmacêuticos no sistema de saúde brasileiro, e do cumprimento, na sua plenitude, do seu papel técnico, social e político, junto aos demais recursos humanos em saúde e a sociedade.

Porém a construção das mudanças balizada pelas diretrizes apontadas, possui obstáculos de várias ordens. Segundo Teixeira, os problemas estruturais da Força de Trabalho em Saúde, relaciona-se a insuficiência de algumas categorias, má-distribuição geográfica, inadequação dos perfis profissionais, diversidade e multiplicidade de formas de inserção e remuneração, desqualificação/desvalorização técnica e social, entre tantas outras. “Demanda redefinições imensas, não só na formação e capacitação das distintas categorias de profissionais e técnicos, mas sobretudo, uma mudança nas relações entre as distintas categorias” (Teixeira, 1993).

As novas relações, conforme a mesma autora, devem pautar-se nos pilares da terceira via para a reforma dos sistemas de saúde no mundo contemporâneo, “o profissionalismo renovado, que inclui aspectos éticos, técnicos e políticos, isto é, a consolidação de uma ética da qualidade, a busca da competência técnica e o compromisso político com resultados, efetividade e respeito aos cidadãos” (ibdem, 1993).

A democratização do ensino em todos os níveis e a formação e capacitação dos recursos humanos em saúde, adequada a nova realidade jurídico-institucional da saúde, coloca-se como projetos contra-hegemônicos de maior impacto para a reconstrução dos direitos sociais e a consolidação da cidadania.

É consenso entre inúmeros autores que a necessidade de mudança do processo de formação dos profissionais de saúde é imperativo. Não há recursos humanos formados com perfis, competências e habilidades necessárias. As universidades estão distantes do modelo de atenção à saúde preconizada, afastaram-se da prática dos serviços e conseqüentemente da realidade que eles enfrentam. As universidades, paradoxalmente, são estruturas tradicionais, fechadas em seus universos, com pouca vocação para a mudança, apesar de núcleos comprometidos com a busca de alternativas. As de caráter público sofrem um processo de sucateamento, enquanto ampliam-se as privadas, na sua grande maioria, comprometidas com outros objetivos.

O esgotamento do modelo tradicional de formação dos RHS tem características peculiares no ensino de Farmácia, uma vez que suas raízes são bastante profundas. De acordo com Valadão et alii (1986), as modificações que as reformas curriculares de 1963 e 1969 introduziram, reforçaram tendências esboçadas no âmbito acadêmico desde os anos 30, e mais acentuadamente a partir dos anos 50 – a orientação dos cursos no sentido de enfatizar a formação do bioquímico para a área dos exames clínicos-laboratoriais e alimentos, e a estagnação e desvalorização do ensino apropriado á formação do profissional para atuar na *moderna farmácia* comercial. Também a tendência à diversidade e fragmentação do conteúdo técnico-científico do ensino, que se evidenciou. Portanto, como resultado,

O ensino de Farmácia, da maneira como está estruturado, não vem qualificando profissionais para atenção farmacêutica,... Na maioria das instituições, os currículos da graduação não privilegiam áreas de conhecimento e estágio que instrumentalizam para o pleno exercício dessa prática. Não são estudados, ou são superficialmente abordados, conteúdos essenciais para que o farmacêutico possa desempenhar, com visão crítica, seu papel no campo da saúde. Mais precisamente, sua intervenção no processo de utilização de medicamentos (Brandão & Valladão, 1998).

Tornou-se “um profissional amplamente informado, mas superficialmente formado, sob o aspecto científico, com grande dificuldade para atender as exigências do mercado de trabalho” (Castro, 1999). Segundo a autora, houve um afastamento da indústria em face do seu avanço científico e tecnológico, não acompanhado pelas escolas. Quanto ao afastamento das farmácias, não conseguiu se impor frente a legislação que permite a comercialização do medicamento por qualquer pessoa, comprometendo sua credibilidade social.

Perdeu, a luz da sociologia das profissões, a legitimidade conferida às profissões clássicas: monopólio de competência, com a perda da base técnico-científica e o crédito social.

Conforme Castro, o processo evolutivo da indústria farmacêutica gerou grande desconcerto nos currículos dos Cursos de Farmácia do mundo inteiro, entretanto houve sua adequação nos Estados Unidos e Europa. Através da inclusão de disciplinas específicas e legislação pertinente produziu uma transformação na prática farmacêutica, aumentando o reconhecimento da sociedade. A autora cita como exemplo o movimento da Farmácia Clínica que implantou o conceito de “Farmacêutico Consultor Terapêutico”, de grande reconhecimento social. “No Brasil, a educação farmacêutica ainda não ingressou na era científica. Muitas das faculdades que deveriam formar o profissional farmacêutico transmitem, na realidade, um amontoado de conhecimentos das ciências básicas e aplicadas, com dificuldade de vislumbrar, com clareza, a real função do farmacêutico...” (Castro, 1999).

Não há dúvida que o farmacêutico após um processo de profissionalização, “(des)profissionalização” e “(re)profissionalização”, aliado a longo período de ostracismo, necessita (re)construir sua história, inserido no SUS, buscando modelo(s) assistência(s) compatíveis com as necessidades epidemiológicas e sociais. O momento é extremamente propício, uma vez que a sociedade tem debatido exaustivamente a questão do medicamento nesta década, com conquistas significativas.

Além do seu compromisso precípua com a função privativa: oferecer assistência farmacêutica em seu mais amplo aspecto, a nível público ou privado;

ou aquelas de seu âmbito profissional: Análises clínicas, bromatológicas, toxicológicas e citopatológicas; o farmacêutico deve preparar-se para inserir-se no exercício de outras funções relevantes no novo sistema de saúde, a exemplo da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, gerência e planejamento de serviços de saúde, docência, pesquisa, entre tantas outras funções que a sociedade oferece e necessita. Tornando-se assim mais próximos da estrutura, dinâmica e características que os RHS possuem, necessário ao exercício, intersetorial e transdisciplinar, de suas atividades técnicas, científicas e políticas.

A cidadania plena passa pela consolidação do direito à saúde, cuja conquista se dá pela mudança do modelo assistencial, fato que se concretizará com a participação popular nas decisões e a transformação no interior das universidades, capazes de produzir conhecimentos e formar profissionais para fazer frente aos desafios da sociedade. Atores sociais comprometidos com a ética, a solidariedade, o coletivo. Atores que articulados com outros sujeitos sociais busquem e produzam as mudanças.

Para Paim “o reconhecimento de um cenário restritivo, de crise econômica, social e sanitária, não invalida o crescimento de um processo participativo no interior das instituições de ensino, sinérgico à luta maior pela democratização da saúde e da educação brasileira (1994, p.54-55)”.

O bom senso, a reforma sanitária em curso, as diretrizes e recomendações da OMS, e os reclames da sociedade, fornecem estímulos e subsidiam elementos para a construção da política nacional de medicamentos que pressupõe uma assistência farmacêutica permanente e de qualidade. Apontam para a viabilidade, o crescimento e a importância da profissão farmacêutica, num mundo ávido por informações, tanto no contexto público ou privado, quando envolvidos, técnica, politicamente e eticamente, de forma transdisciplinar, num sistema de saúde solidário, comprometido, primordialmente com o coletivo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Estado de Santa Catarina divide-se, político-administrativamente, em 293 municípios, agrupados em 21 regionais administrativas – Regiões das Associações dos Municípios. Conta com uma população, estimada pelo IBGE, em 1999, de 5.098.448 habitantes e possui diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias marcantes entre suas regionais, seus municípios e interior destes.

A exemplo do que acontece em todo o Brasil, o Estado vem sofrendo nos últimos anos um processo de divisão geográfica acentuado das cidades, notadamente na última década. Os novos municípios criados possuem populações muito pequenas, inviabilizando-os econômica e administrativamente – 36,51% deles possuem abaixo de 5.000 habitantes, 63,82% abaixo de 10.000 e 83,62% abaixo de 20.000 habitantes. O Estado não possui metrópoles, mas o fenômeno da aglomeração urbana em poucas cidades caracteriza-se quando observamos que, nas 21 cidades sedes das regionais, residem 2.201.647 indivíduos, representando 43% da população.

Conforme Mendes, referindo-se ao ano de 1996, “40% dos municípios brasileiros têm menos de 10.000 habitantes, dos quais 16% menos de 5.000 habitantes; apenas 0,5% dos municípios apresentam mais de 500.000 habitantes; e 47% da população urbana está concentrada em nove regiões metropolitanas” (Mendes, 1999, p.18). Segundo o autor os municípios brasileiros passaram de 4.172 para 5.506, no período de 1988 a 1996, representando, em média, um município novo a cada 2,46 dias. Sendo que 53,5% do total, não arrecadam impostos para custear as despesas com os prefeitos e vereadores.

As Associações de Municípios, constituídas com objetivos de agregar forças políticas para ampliar o desenvolvimento econômico e ecologicamente sustentado, geração de empregos, distribuição de renda, com perspectivas de tornar-se Distritos Sanitários, entre outros, também sofreram o processo de fragmentação. Em 1996 eram em número de 18, com populações relativamente homogêneas; em 1999 são em número de 21, tendo as últimas regiões, população inferior a 100.000 habitantes, enfraquecendo-as política, administrativa e economicamente.

No território catarinense também está em curso o processo de municipalização da saúde, a construção de uma rede de ações e serviços regionalizada e hierarquizada para assegurar um atendimento universal, integral e de qualidade, funcionando a luz do controle social. Comporta 2.669 farmacêuticos, que fazem parte dos RHS, mas, em sua maioria, não estão inseridos na nova ordem constitucional, reclamada a muito por grandes parcelas da sociedade. É com este “pano de fundo” que se discute os resultados da presente pesquisa.

5.1 Características sócio-demográficas

Utilizando-se dos dados primários obtidos junto ao Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina – CRF/SC e IBGE, concluímos que os 2.669 farmacêuticos residentes no Estado de Santa Catarina, no mês de maio de 1999, universo de estudo, estão distribuídos em 198 municípios. Portanto, em 32% das cidades, todas com população inferior a 5.000 habitantes, não há profissionais residentes. Em outras palavras, praticamente um terço das cidades catarinenses não possuem farmacêuticos. O Conselho Federal de Farmácia – CFF estima que no final do ano 2.000, o Estado contará com 3.068 e em 2.004 atingirá 4.788 farmacêuticos (Anexo VIII).

Distribuem-se, desproporcionalmente, entre algumas regionais (Tabela 5). A região da Grande Florianópolis (GRANFPOLIS), que possui 14,03% da

população do estado, concentra 31,36% dos farmacêuticos, enquanto nas regiões do Planalto Norte (AMPLA), Entre Rios (AMERIOS) e Planalto Sul Catarinense (AMPLASC), não representam metade da proporção de indivíduos residentes. Nas demais regiões não ocorrem disparidades significativas.

Paim (1994), analisando o número de médicos, odontólogos e enfermeiros e sua distribuição proporcional segundo a população de regiões geopolíticas no Brasil –1991, demonstrou grandes diferenças. Enquanto a região Nordeste, com 29% da população, conta com 17% dos médicos, 14% dos odontólogos, e 21% dos enfermeiros; a região Sudeste, com 43% da população, conta com 60%, 62% e 53%, respectivamente. A região Sul, com 15% da população, mantém um equilíbrio com as categorias citadas.

Analisando a relação farmacêutico/habitante, observa-se que a média do estado é de 1/1.910 habitantes, ficando, portanto, a região da GRANFPOLIS com uma média bastante inferior ao do estado, 1/855 habitantes. As regiões referidas acima, com menos profissionais residentes, totalizam 1/3.605, 1/4.342 e 1/4.004 habitantes, respectivamente. Todas as demais regiões também estão acima da média do estado, exceto a região da Foz do Rio Itajaí (AMFRI), com 1.580 habitantes para cada farmacêutico.

De acordo com CFF (Anexo VIII), em dezembro de 1.999, o Estado contava com 2.848 farmacêuticos, elevando a relação para 1/2.090 habitantes. A média nacional é de 1/2.452 habitantes, no mês referido. Entretanto a diferença entre os Estados é gritante. No Paraná encontramos uma relação de 1/1.421, no Rio Grande do Sul, 1/1.832 e São Paulo 1/1.850 habitantes. Nos Estados de Alagoas, Sergipe e Piauí a proporção é de 1/11.448, 1/8.731 e 1/9.092 habitantes, respectivamente.

Outra relação, muito utilizada é a de número de profissionais para cada 1.000 habitantes. Dessa forma o Estado apresentam 0,52 farmacêutico/1.000 habitantes, ficando a região da GRANFPOLIS com 1,17/1.000 e a menor relação com a região da AMERIOS com 0,23/1.000. A média nacional, em dezembro de 1999, era de 0,40 farmacêutico/1.000 habitantes, segundo dados do CFF.

Segundo Freitas (1996), nesse ano, o Estado de Santa Catarina possuía 3.600 dentistas e a relação é de 1/1.250 habitantes, adequado segundo recomendação da OMS.

Segundo Machado (1997) a razão médico/1.000 habitantes sofreu uma evolução, no Brasil, de 0,48/1.000 habitantes, em 1975, para 1,19/1.000, em 1995; havendo muitas diferenças, quando visto por grandes regiões do país. Para Paim (1994), esta relação é significativamente maior na Argentina – 2,79, México – 2,38 e Estados Unidos – 2,59.

Tabela 5 - Distribuição da população e dos farmacêuticos por região administrativa de Santa Catarina – 1999

Regionais	População		Farmacêuticos		Habitantes por farmacêutico
	v. abs.	%	v. abs.	%	
AMAI	142.260	2,79	47	1,76	3.027
AMARP	149.798	2,94	55	2,06	2.724
AMAUC	131.009	2,57	50	1,87	2.620
AMAVI	233.796	4,59	88	3,30	2.657
AMEOSC	154.866	3,04	50	1,87	3.097
AMERIOS	117.234	2,30	27	1,01	4.342
AMESC	159.680	3,13	60	2,25	2.661
AMFRI	363.432	7,13	230	8,62	1.580
AMMOC	113.431	2,22	51	1,91	2.224
AMMVI	518.128	10,16	218	8,17	2.377
AMNOROESTE	28.322	0,56	11	0,41	2.575
AMOSC	238.107	4,67	110	4,12	2.165
AMPLA	93.739	1,84	26	0,97	3.605
AMPLASC	52.054	1,02	13	0,49	4.004
AMREC	312.864	6,14	151	5,66	2.072
AMUNESC	608.740	11,94	247	9,25	2.465
AMURC	214.389	4,20	57	2,14	3.761
AMUREL	311.730	6,11	153	5,73	2.037
AMURES	262.415	5,15	108	4,05	2.430
AMVALI	177.221	3,48	80	3,00	2.215
GRANFOLIS	715.233	14,03	837	31,36	855
TOTAL	5.098.448	100,0	2.669	100,0	1.910

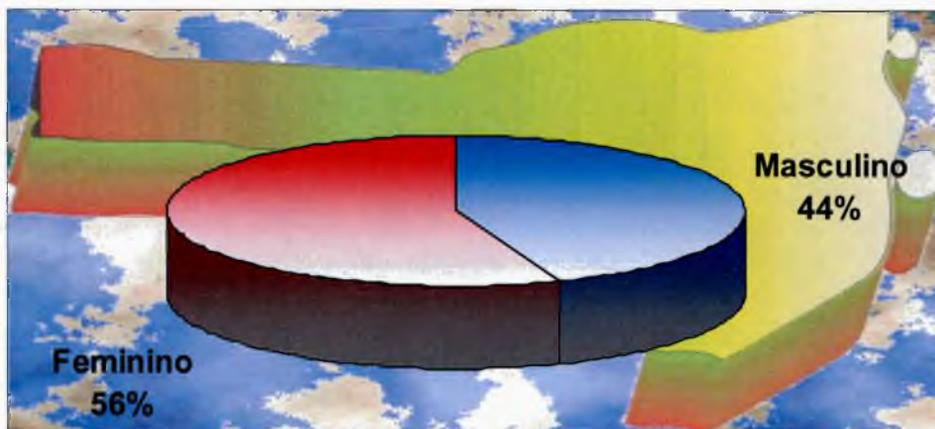
FONTE: IBGE E CRF/SC.

Em suma, ocorrem disparidades regionais significativas para os farmacêuticos em nosso Estado, concentrando-se nas cidades de maior porte, seguindo a lógica da economia de mercado, onde a oferta de serviços concentra-se não em função das necessidades, mas da existência de meios para remunerar os serviços.

Não há parâmetro para a razão farmacêutico/habitante, nacional ou internacionalmente conhecido, entretanto deve-se buscá-la, sempre flexibilizando de acordo com as características locais. Sua formação, distribuição espacial e inserção nos locais de trabalho, devem ser fruto de um planejamento governamental, como para qualquer outra categoria, adequando-os as necessidades da população, fato que ocorre, mesmo em países capitalistas, onde vigora a economia de mercado. A falta de planejamento implica irracionalidade, sempre no excesso ou na falta, ambos trazendo conseqüências danosas para profissionais e à sociedade.

A pesquisa apontou a predominância do sexo feminino, totalizando 56% dos farmacêuticos do Estado (Gráfico 1).

**Gráfico 1 - Distribuição (%) por gênero.
Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999**



n = 308

No Gráfico 2, observa-se que 66% encontram-se na faixa etária entre 21 a 40 anos, 10% possuem entre 51 e 60, e apenas 3% tem mais de 60 anos.

A média de idade ficou em 37 anos. Para traçar uma comparação temporal relativa a idade, utiliza-se de Santos (1993), que baseada em documento do Conselho Regional de São Paulo, relata que os 3.381 profissionais inscritos no referido Conselho, no início da década de 50, apresentavam uma média de idade de 52 anos.

Pesquisa realizada por Caetano (1993), entre os cirurgiões-dentistas de Santa Catarina, demonstrou que 67% deles eram do sexo masculino, e 58,39% tinham até 39 anos. Relação semelhante foi encontrada por Machado, em sua pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, no ano de 1994. Quanto à idade, 47% dos médicos tinham até 40 anos e 6% acima de 60 anos. Apesar da maioria dos médicos pertencer ao sexo masculino (67,3%), a pesquisadora, ao comparar com o tempo de formado, conclui que há um processo crescente da participação feminina entre os médicos, e salienta que, “o fenômeno da crescente participação das mulheres no mundo do trabalho é fato observável em nível mundial, alterando definitivamente o quadro de trabalhadores em quase todos os setores da economia. A saúde acompanhou esse processo e tem experimentado uma das mais altas taxas de feminilização no mundo do trabalho” (Machado, 1997, p.47).

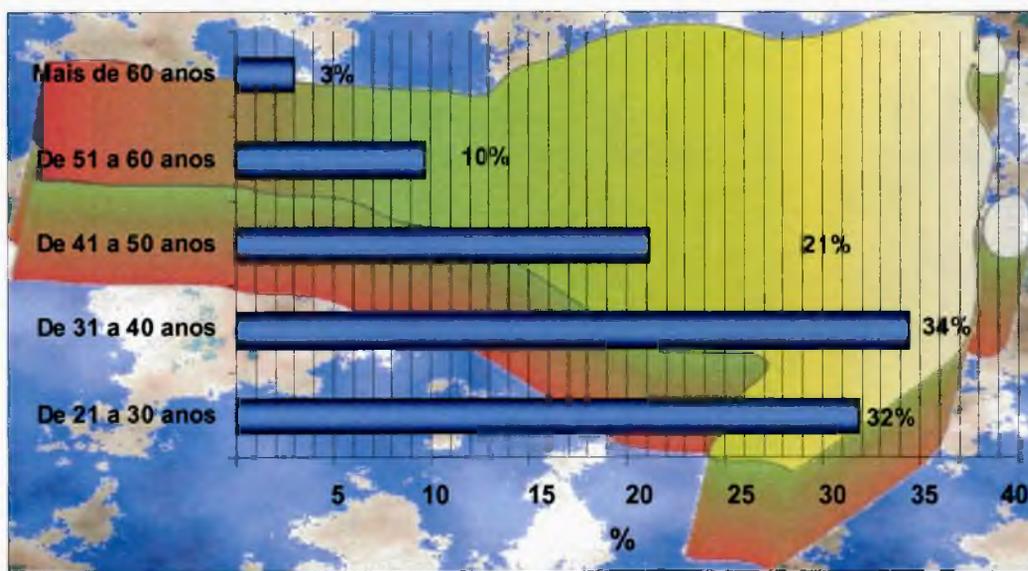
Tabela 6 – Farmacêuticos distribuídos por gênero segundo ano de formatura. Santa Catarina - 1999

Ano de Graduação	Masculino		Feminino	
	v. abs.	%	v. abs.	%
1930 ----- 1940	1	0,3%	0	0,0%
1940 ----- 1950	0	0,0%	0	0,0%
1950 ----- 1960	4	1,3%	0	0,0%
1960 ----- 1970	12	3,9%	3	1,0%
1970 ----- 1980	28	9,1%	28	9,1%
1980 ----- 1990	48	15,6%	55	17,9%
1990 ----- 2000	43	14,0%	86	27,9%
TOTAL	136	44%	172	56%

A participação feminina na profissão farmacêutica é predominante. Quando comparado o gênero com o período de formação (Tabela 6), pode-se inferir que a participação das mulheres no mercado de trabalho vem aumentando significativamente no estado. Na década de 60 tínhamos 1% de participação das mulheres, chegando ao final do século com 56%. O fenômeno de “transição de gênero” ocorreu na década de 80, ou seja, as mulheres predominaram entre os formados. Na década de 90 este número aumentou, indicando que dois terços dos formados na década são mulheres. Em que pese à pequena porção da amostra na última década, a série histórica demonstra uma expansão significativa nos últimos 30 anos, com tendência de crescimento para o próximo século.

Há também uma significativa predominância de jovens farmacêuticos no mercado de trabalho, caracterizando um processo de “rejuvenescimento” da categoria, superior as outras analisadas. Possui também um contingente menor de idosos. Aparentemente este fenômeno deve-se ao aumento da procura pelas escolas de Farmácia a partir da década de 70, e a conseqüente expansão dessas, notadamente nos anos 90, conforme análise no item 4.2, a seguir.

Gráfico 2 - Distribuição (%) etária. Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999



n = 308

A pequena participação daqueles acima de 60 anos é fruto do contingente de egressos no mercado nas décadas referidas e o período de aposentadoria. Ocorrerá, entretanto tendência natural do crescimento de idosos, a partir de agora, a exemplo do que ocorre na pirâmide populacional brasileira atual.

Observa-se na Tabela 7, que a grande maioria dos farmacêuticos é oriunda do próprio Estado (74,7%). A migração mais significativa ocorre do Estado do Paraná, 10%. Pelo menos, para outra profissão de saúde, a odontologia, a migração de dentistas de outros estados chegou a 50% entre 90 e 95, segundo Freitas (1996). O autor atribui este fato ao grande número de cursos de odontologia nos estados vizinhos, em relação à Santa Catarina. Portanto, a pressão sobre a entrada de novos profissionais no mercado de trabalho é pequena para o caso da Farmácia.

Tabela 7 - Naturalidade. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999

Unidade da Federação	v. abs.	%
Santa Catarina	230	74,7
Paraná	31	10,2
Rio Grande do Sul	23	7,5
São Paulo	17	5,5
Minas Gerais	2	0,6
Mato Grosso do Sul	2	0,6
Rio de Janeiro	2	0,6
Bahia	1	0,3
TOTAL	308	100,0

5.2 Formação e qualificação profissional

O ensino farmacêutico acadêmico iniciou em 1832, junto às escolas de medicina e, em 1839, foi fundada a primeira escola independente, em Ouro Preto. A partir daí o número de escolas pouco cresceu até 1988. Após 149 anos, existiam 40 escolas no Brasil, formando, em média, 2.000 profissionais por ano, segundo

Pierantoni e Machado (1993). Surpreendentemente, de acordo com o CFF (Anexo VIII), dispomos em maio do ano 2000 de 123 escolas, triplicando em apenas 12 anos; e colocando no mercado, aproximadamente 7.000 profissionais por ano.

O Estado de Santa Catarina possuía, no início da década apenas uma escola de Farmácia de nível Público. Atualmente estão funcionando mais seis cursos e mais um em fase de implantação, todos em escolas privadas, comprometendo, sensivelmente, a democratização do ensino farmacêutico no Estado.

Não há “residência” para os farmacêuticos e poucas universidades oferecem cursos de pós-graduação, compatível com o âmbito profissional. A necessidade da especialização, na sociedade moderna é imperativa para a inserção e sustentação profissional no mercado de trabalho em qualquer ramo de atividade, e dar conta da evolução científica, entretanto sem fragmentação exagerada, típica dos tempos atuais. Todavia a necessidade de generalistas capacitados é fundamental.

Analisando o local da graduação dos farmacêuticos (Tabela 8), observa-se que 75,9% são formados no próprio Estado, sendo a maioria oriundos da Universidade Federal de Santa Catarina (92,3%). Apesar da recente implantação dos demais cursos, mencionados acima, já participam com 7,7% dos egressos no mercado.

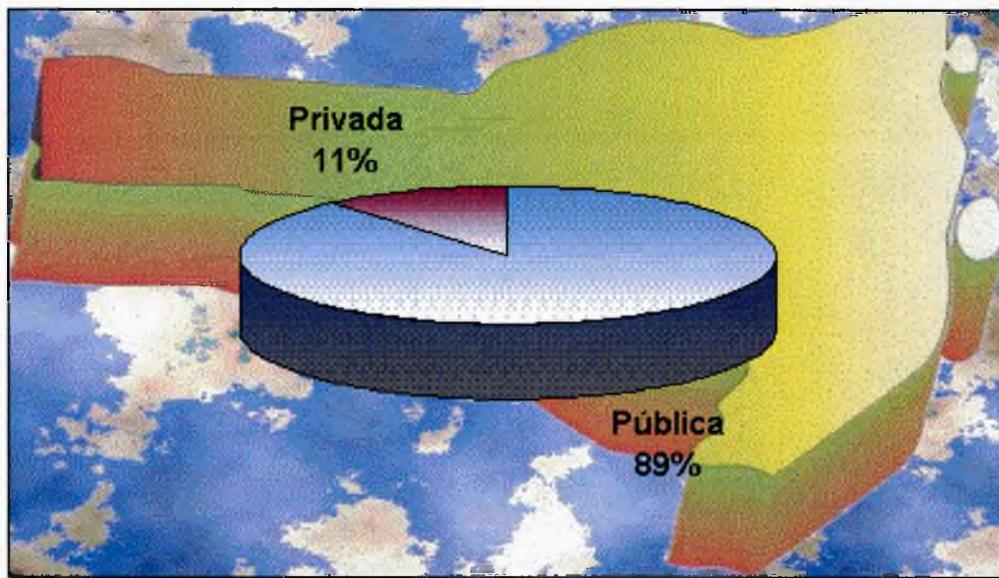
A baixa parcela dos graduados em outros Estados confirma que a pressão externa no mercado é pequena, uma vez que o percentual de origem dos farmacêuticos é praticamente o mesmo (Tabela 7). Poucos indivíduos vão estudar em outros estados e destes poucos procuram trabalho em Santa Catarina.

Tabela 8 - Local da graduação. Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999

Unidade da Federação	v. abs.	%
SC	233	75,9
UFSC	215	
UNIVALI	11	
UNISUL	7	
PR	42	13,7
RS	18	5,9
OUTROS	14	4,6
TOTAL	307	100,0

Como pode ser visto no Gráfico 3, entre os respondentes, 89% afirmaram estudar em escolas públicas e 11% em escolas privadas. Apesar de minoria, há nítida tendência da participação do ensino privado na Farmácia. A Tabela 8 confirma, uma vez que 5,9% dos egressos no mercado são oriundos das primeiras escolas instaladas no Estado. A tendência, no Brasil, da privatização do ensino, já comentada no presente trabalho, com relação às profissões de saúde, notadamente, nas regiões sul e sudeste, começa a confirmar-se também no ensino farmacêutico, isento até o início da década. Confirma-se de modo marcante, uma vez que já existe uma relação de uma escola pública para seis privadas, onde se supõe que a inversão dar-se-á em tempo breve.

Gráfico 3 - Natureza administrativa da escola de graduação. Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999



n = 308

A pesquisa indica que a grande maioria dos farmacêuticos de Santa Catarina (93,5%) graduaram-se a partir dos anos 70, sendo 75,3% após 1980 (Tabela 9), indicativo, portanto, que o rejuvenescimento profissional relaciona-se à elevação da procura pelos cursos de Farmácia, durante a década de 1970, após as reformas curriculares de 1963 e 1969, as quais criaram as habilitações existentes até hoje – Indústria, Análises Clínicas e Alimentos, além de outros fatores.

Tabela 9 - Ano da graduação. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999

Período	v. abs.	%
1930 ----- 1940	1	0,3
1940 ----- 1950	0	0,0
1950 ----- 1960	4	1,3
1960 ----- 1970	15	4,9
1970 ----- 1980	56	18,2
1980 ----- 1990	103	33,4
1990 ----- 2000	129	41,9
TOTAL	308	100,0

As novas habilitações trouxeram novas expectativas e novos ingressos, uma vez que "... nas décadas que se sucederam à segunda Guerra Mundial a profissão se viu gradativamente desprestigiada, chegando, até mesmo, aventar-se à possibilidade de suprimir as Faculdades, extinguindo-se os seus cursos" (Santos, 1993, p.79). Houve, após os anos 70 o que se convencionou chamar de processo de "(re)profissionalização" em áreas não privadas.

Segundo Estefer (1986, In: Santos 1993, p.83), "das 35 escolas existentes, apenas 14 ministravam o ensino voltado para habilitação de farmacêutico industrial, enquanto que todas elas mantinham, habilitação em análises clínicas e toxicológicas".

A migração ocorreu, sinteticamente, em face da preferência da sociedade pelos produtos industrializados, na fase de consolidação do mercado de consumo, impondo e "... tornando a farmácia um estabelecimento quase exclusivamente comercial. No entanto, no Brasil, até a metade do século, as escolas de Farmácia mantiveram o modelo de formação de um profissional único, capaz de atender as exigências da indústria, quanto às necessidades da farmácia" (Castro, 1999). Não atendia nem a um nem a outro. Ainda segundo a autora, a inadequação do modelo de formação não permitiu o acompanhamento

das transformações técnico-científicas, afastando o farmacêutico da indústria, e a legislação sanitária, passando a permitir qualquer pessoa na comercialização do medicamento, o afastou da farmácia, restando, na maioria dos casos, a “responsabilidade técnica formal” e mal remunerada.

O deslocamento do seu nicho de mercado, erro estratégico irreparável, comprometeu, sobremaneira, a saúde da população, sua autonomia e prestígio profissional. A ausência do controle sobre a área de conhecimentos específicos, a superposição de funções das habilitações com outras profissões e a perda da visibilidade social é apontado pela sociologia das profissões, como característico das semiprofissões, na qual a farmácia é incluída.

A Tabela 10 proporciona a comprovação das assertivas acima, quando mostra as escolhas dos graduados em Farmácia, com relação à habilitação e conseqüentemente a forma que se preparou para ingressar no mercado de trabalho. 81% optaram por alguma habilitação específica, 5,30% cursaram duas e 0,3% fizeram todas as três.

Novamente fica evidente a concentração dos profissionais na região da GRANFPOLIS, em todas as habilitações, mas principalmente nas análises clínicas onde participa com 35% dos profissionais da área, enquanto que a região carbonífera (AMREC) tem apenas 3%.

Considerando apenas as habilitações individualmente, e refazendo os percentuais (Gráfico 4), observa-se que apenas 18,9% permaneceram com a área privativa da profissão. Temos 66,4% habilitados em Análises Clínicas, 13% em Tecnologia de Alimentos e apenas 4,6% em Farmácia Industrial.

A habilitação em Farmácia Industrial foi implantada no Estado, através da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, a partir de 1993. A habilitação de Tecnologia de Alimentos já existe na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, há quase três décadas, e parece não ter se consolidado.

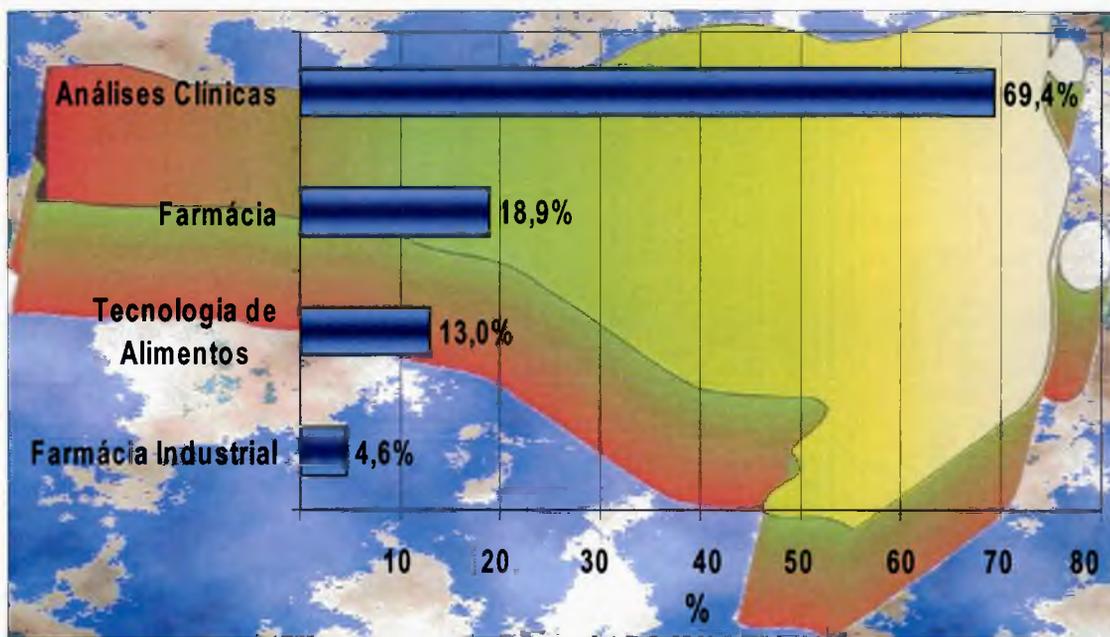
Tabela 10 - Farmacêuticos segundo habilitação por região administrativa. Santa Catarina – 1999

REGIÃO	Farmácia	Análises Clínicas	Análises Clínicas e Tecnologia de Alimentos	Análises Clínicas e Farmácia Industrial	Análises Clínicas, Tecnologia de Alimentos, Farmácia Industrial	Tecnologia de Alimentos	Farmácia Industrial
AMAI	1	5	1				
AMARP	1	4			1		
AMAUC		4		1		1	
AMAVI		10					
AMEOSC	1	4	1				
AMERIOS	1	2					1
AMESC	1	2				2	
AMFRI*	8	15	1			5	
AMMOC	2	5					
AMMVI*	3	17				4	2
AMNOROESTE		2					
AMOSC	2	8				3	
AMPLA		1		1			1
AMPLASC		1				1	
AMREC*	6	6					
AMUNESC	4	16	1				3
AMURC	1	3	1				1
AMUREL*	6	11					
AMURES	4	8	2				1
AMVALI	3	3				1	
GRANFPOLIS*	14	69	7			8	2
TOTAL	58	196	14	2	1	25	11

*Regiões com mais de 300.000 habitantes.

n = 307

Gráfico 4 - Farmacêuticos segundo habilitação. Santa Catarina – 1999

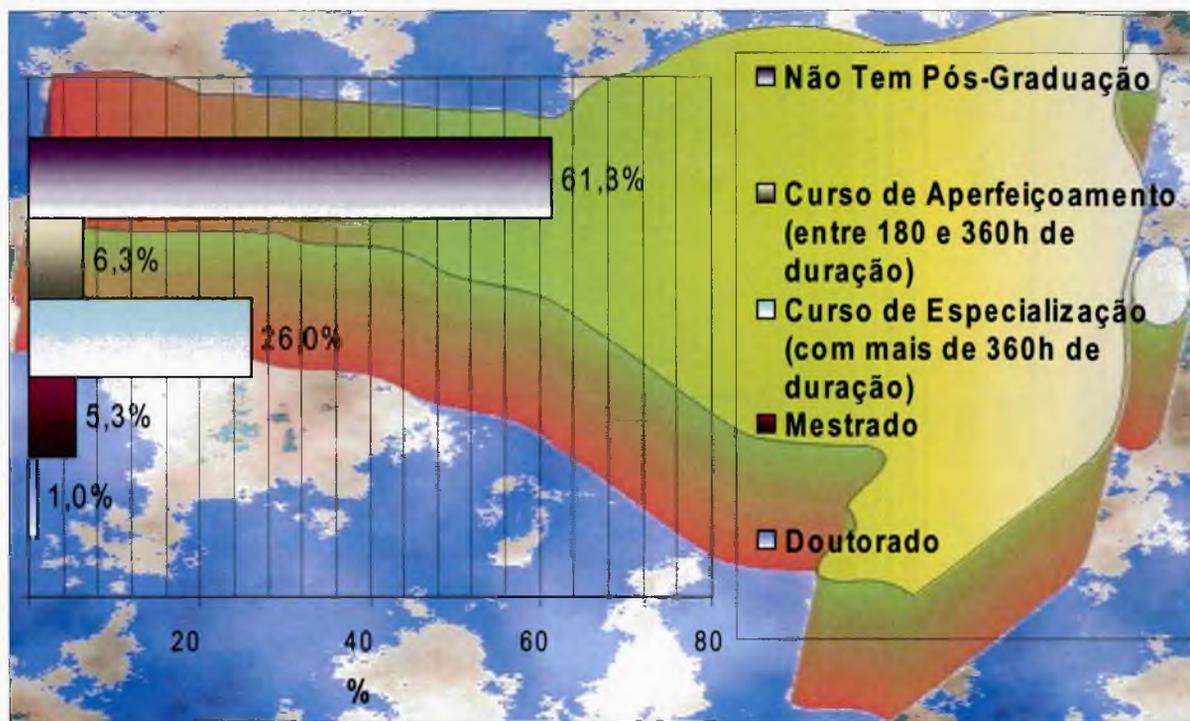


n = 307

A maioria dos entrevistados não possui nenhum tipo de pós-graduação, totalizando 61,3% (Gráfico 5). 26% afirmaram possuir título de especialista, 6,3% curso de aperfeiçoamento, 5,3% mestrado e apenas 1% doutorado. A nível de tabulação foi considerado o curso que fornecia maior titulação.

Através de dados não tabulados, pode-se afirmar que dos 26% de especialistas, 18% realizaram na área de Farmácia (Clínica, Homeopática, Manipulação e Hospitalar), 22,5% na área de Análises Clínicas, 5,4% em Tecnologia de Alimentos e 19,8% especializaram-se em Saúde Pública. Outras áreas, não específicas do âmbito profissional totalizaram 18,9%.

Gráfico 5 – Farmacêuticos com pós-graduação. Santa Catarina – 1999



n = 300

Schraiber, referindo-se aos médicos diz que, "... a especialização que aparece no início de suas práticas com relativa importância para qualificar o desempenho pessoal, a partir da plena configuração da medicina tecnológica, principalmente como decorrência da presença do equipamento, mostra-se como a única via que o médico tem para firmar-se profissionalmente, deslocando definitivamente o não-especialista do mercado" (Schraiber, 1993, p.59).

Não há dúvida que a intensa e dinâmica incorporação de tecnologias, novos equipamentos e a automação na indústria de medicamentos e alimentos, assim como nos laboratórios de análises clínicas, impõe a necessidade da especialização como forma de capacitarem-se e manterem-se inseridos num mercado extremamente exigente. Possui a mesma necessidade o farmacêutico para cumprir seu papel na farmácia, em seus diferentes ramos, em face da complexidade do medicamento moderno e sua necessidade de dar respostas efetivas à sociedade. Toxicologia, farmacodinâmica, farmacocinética, interações medicamentosas, reações adversas, avaliação do custo/benefício da terapêutica,

são alguns temas fundamentais para atenção farmacêutica de qualidade que necessitam ser aprofundados e explorados.

Os transtornos da ultra-especialização experimentada pelos médicos, seu distanciamento do ato clínico, a fragmentação do corpo humano, sua dependência a “medicina tecnológica”, afastando-o do atendimento integral e das necessidades básicas da população, precisa ser equacionada. Entretanto a falta dessa tendência no ensino e prática farmacêutica, parece igualmente problemático para a sociedade bem como para sua consolidação no mercado.

O número de especialistas e mestres encontrados não é desprezível, entretanto de acordo com Machado (1997), entre os médicos do Brasil (1994), 74,01% fizeram curso de residência; 40,7% têm curso de especialização; 7,7% atingiram o grau de mestre; e 3,7% obtiveram o título de doutor.

O percentual baixo encontrado de doutores deve-se, talvez, ao fato que a maioria das escolas estão em processo de implantação e ao menor desenvolvimento da profissão, com menos prestígio, menor remuneração, que lhe dão um perfil mais técnico e menos acadêmico.

São diversos os autores que afirmam a dependência científica e tecnológica que temos do exterior em materiais, equipamentos, medicamentos, técnicas e tecnologias. “O Brasil é um dos cinco maiores mercados farmacêuticos do mundo... entretanto o aprofundamento do processo de dominação econômica e tecnológica... torna o setor farmacêutico cada vez mais oligopolizado e cartelizado, com nítido predomínio da indústria transnacional (85%)” (Fenafar, 1999). O predomínio referido fica explícito quando apenas um pouco mais de uma dúzia de empresas transnacionais, entre, aproximadamente, 800 indústrias existentes no país, são responsáveis por 85% das vendas.

Este fraco desempenho científico e tecnológico é fruto, entre inúmeras causas, da falta de política educacional, para formação de mestres e doutores, imprescindíveis produtores de conhecimentos. É importante lembrar que as políticas educacionais para a produção do saber deverão estar voltadas ao aparelho utilizador, e esse em busca incessante da transformação, direcionadas às necessidades coletivas e não para “reproduzir a organização dos serviços de

saúde, preservando as práticas e conhecimentos específicos, salvaguardando e atualizando os conteúdos ideológicos dominantes” (Quadra e Amancio, 1979).

5.3 Acesso às informações técnico-científicas

Farmacêutico, farmacêutico industrial, farmacêutico-bioquímico analista clínico, tecnólogo de alimentos, farmacêutico sanitário, etc. Farmácia comercial, homeopática, de manipulação, hospitalar, ervanário, etc. Medicamentos alopáticos, fitoterápicos, homeopáticos, magistrais, antropossóficos, essenciais florais, produtos de medicina ortomolecular, etc. Apesar de amplas e diversificadas atividades em seu âmbito profissional, “um mundo complexo”, o farmacêutico não possui regulamentado suas diferentes e necessárias especialidades. Demanda, portanto, entre outros fatores, dificuldades para o seu processo de educação continuada e conseqüente absorção de informações técnico-científicas, fundamentais para o exercício profissional.

Salum, falando a respeito do aperfeiçoamento de enfermeiros diz que,

Não há como desenvolver recursos humanos em saúde sem que os sujeitos sociais na linha de frente reconstruam com suas próprias energias as concepções que fundamentam sua prática e que subjazem ao horizonte projetado. Assim, a recomposição da realidade é um ato político que desmistifica a neutralidade do processo educativo e que, convidando o sujeito social a pensar, demanda a compreensão crítica da totalidade maior em que se inscreve o seu pequeno mundo do trabalho e suas articulações (Salum e cols., 1996).

Para o efetivo exercício das “práticas de saúde” é preciso conciliar o processo de formação, políticas públicas e planejamento. Formação, realidade, especialidade e educação continuada, são processos integrados e fundamentais

para a absorção contínua de informações, aquisição de atitudes e capacidades, para o exercício prático e competente da função social a que se propõe o farmacêutico. A busca de informações se dá na prática cotidiana do trabalho, no processo de ensino nas escolas formais, no convívio social cidadão, no convívio com os pares, e através de outras fontes, a exemplo da Internet, hoje de um valor inestimável, com o desenvolvimento das telecomunicações, no processo de globalização da informação.

Se o excesso de especialização e tecnologização, tem sido, principalmente no ato médico e odontológico, um problema social, desumanizando e distanciando-os das dimensões individual e social do homem, a falta dessas categorias para as demais profissões caracteriza-se, na subtração de elementos fundamentais para o exercício das funções, num mercado cada vez mais exigente, competitivo, inovador e fragmentado.

Os Congressos científicos representam um valioso instrumento para a capacitação e atualização profissional, tanto com relação aos cursos e treinamentos que oferecem, quanto pelas palestras, conferências, mesas redondas, oficinas, bem como pelo convívio que oportuniza a troca de experiências, reforçando, em última análise, os laços corporativos.

A Tabela 11 demonstra que, dos 287 respondentes, 2/3 participaram de Congressos nos últimos três anos, e desses, 52% foram assistentes e 15% apresentaram trabalhos científicos ou foram palestrantes.

**Tabela 11 - Participação em congresso(s) científico(s).
Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999**

Forma de participação	v. abs.	%
SIM	187	67,0
Assistente	145	52,0
Palestrante/Apresentou Trabalho Científico	36	15,0
NÃO	100	33,0
TOTAL	287	100,0

As sociedades científicas representam fontes fundamentais de difusão de informações, capacitação, reciclagem e convívio profissional. Apenas 13,7% dos entrevistados participam delas (Tabela 12).

Entre aqueles inseridos nas sociedades, a grande maioria, pertence à Sociedade Brasileira de Análises Clínicas – 61%. Somando outras da área de análises, o percentual sobe para 78%. A participação de 12% em sociedade específica da área do medicamento é muito pequena em relação às análises clínicas, face que a maioria dos farmacêuticos encontram-se inseridos na farmácia como principal ramo de atividade profissional.

Não obstante, quando a relação toma todos os respondentes, observa-se que 86,3% não optam por pertencer a nenhuma sociedade, 10,7% são sócios daquelas relacionadas às análises clínicas, e apenas 1,7% aquelas do setor de medicamentos. A área de tecnologia de alimentos possui 0,7% e igual percentual estão entre as outras não relacionadas com o âmbito farmacêutico.

**Tabela 12 - Participação em sociedade(s) científica(s).
Farmacêuticos de Santa Catarina. – 1999.**

Sociedade	v. abs.	%
Soc. Bras. Análises Clínicas	25	61,0
Soc. Bras. de Microbiologia	3	7,3
Soc. Bras. de Patologia Clínica	2	5,0
Soc. Bras. de Citologia Clínica	1	2,4
Soc. Bras. de Hematologia	1	2,4
Soc. Bras. de Farmácia Hospitalar	1	2,4
Soc. Bras. de Vigilância de Medicamentos	1	2,4
Soc. Bras. de Farmacologia	1	2,4
Soc. Bras. de Farmacognosia	1	2,4
Soc. Bras. de Ciência e Tec. de Alimentos	2	5,0
Outras	2	5,0
TOTAL	41	100,0

n = 299

A SOBRAVIME, fundada em 1991, vem realizando um trabalho pioneiro e de vanguarda no país, com relação ao uso racional do medicamento,

notadamente na área de farmacoepidemiologia/farmacovigilância. Entre outras atividades, as mais importantes têm sido a divulgação de informações através de artigos científicos, edição de livros e promoção de eventos. Encontra-se, face ao pequeno número de adeptos, com sérias dificuldades de sobrevivência.

A inexistência de outras sociedades, que pudessem agregar os diferentes segmentos do âmbito farmacêutico, bem como a baixa adesão dos profissionais às sociedades existentes, é fator preocupante para a profissão, comprometendo, sobremaneira, seu nível de organização e o imprescindível acesso às informações técnico-científicas.

Entre os entrevistados, 3% não desejam aprimorar seus conhecimentos de nenhuma forma. O mesmo percentual foi encontrado para os farmacêuticos acima de 60 anos, o que indicava uma relação. Buscando, entre os dados brutos, chegou-se a conclusão que realmente a hipótese era verdadeira. Os mais velhos desistiram de se aperfeiçoar. Os que buscam novos horizontes concentram-se nas faixas etárias entre 21 a 50 anos, distribuídos proporcionalmente ao encontrado na variável gênero.

Entre os demais (Tabela 13), 43,4% desejam cursos de pequena duração, 20,5% cursos de aperfeiçoamento, e igual percentual, cursos de especialização. Um total de 26,3% quer cursar mestrado ou doutorado e apenas 10,8% desejam realizar estágios. Os participantes da pesquisa assinalaram dois ou mais opções na modalidade de cursos que desejavam.

Em síntese, pode-se afirmar que aqueles que desejam realmente aprimorar seus conhecimentos na profissão que exercem, buscam cursos de aperfeiçoamento ou especialização, face os objetivos desses. Portanto, entre os interessados, 41% optaram por aprimoramento, verdadeiramente sólido.

Segundo Machado (1997), entre os médicos residentes, mesmo ainda em processo de profissionalização, 13% declaram já ter concluído ao menos um curso de especialização *lato sensu* e 26% expressaram interesse em fazer pós-graduação *stricto sensu*. Ainda 30% deles almejavam ir para o exterior, buscando aperfeiçoamento mais avançado.

Tabela 13 - Tipo de curso/atividade desejada para aperfeiçoamento profissional. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999

Curso/atividade	v. abs.	%
Curso de pequena duração	129	43,4
Curso de aperfeiçoamento (entre 180h e 360h)	61	20,5
Curso de especialização (mais de 360h)	61	20,5
Curso de mestrado/doutorado	78	26,3
Trabalho ou estágio em outra instituição	32	10,8

n = 298

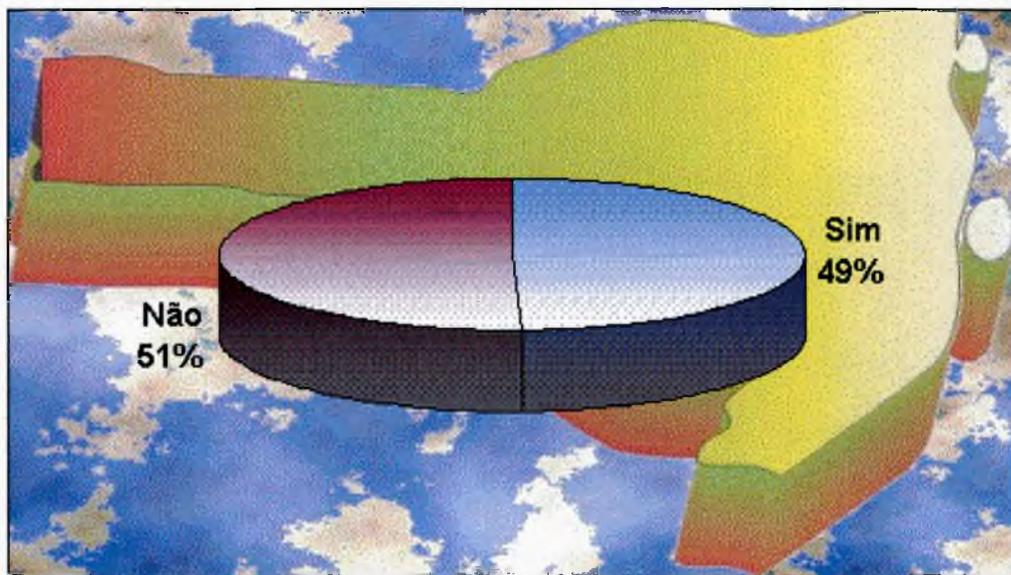
A Internet representa, no mundo contemporâneo, um dos maiores avanços na globalização e democratização da informação. Apesar do custo financeiro inicial dos equipamentos, seu acesso é fácil e de baixo custo. A acessibilidade vem sendo cada vez maior, visto que as pessoas podem usufruir nos seus próprios locais de trabalho, instituições públicas, bibliotecas, entre outros. Dispõe atualmente, de uma diversidade de “endereços” que trazem informações sobre os mais diferentes assuntos de interesse dos profissionais farmacêuticos.

Também, ultimamente, foram criados centros de informações sobre medicamentos, a exemplo do Centro de Informações de Medicamentos de Santa Catarina – CIMeSC, da UNIVALI; Centro de Informações de Medicamentos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – CIM, e Centro Brasileiro de Informações de Medicamentos – CEBRIM do CFF. Possuem como funções principais o suporte à atenção à saúde, através do oferecimento de informações à utilização racional de medicamentos, interações medicamentosas e de alimentos, e dosagens. Funcionam também como suporte administrativo e de avaliação e monitoramento, relativo a vigilância epidemiológica, perfis de consumo, entre outros importantes papéis fundamentais de assessoramento, gratuitamente.

Entretanto, mais da metade dos entrevistados (Gráfico 6), declararam não se utilizar, como usuário, desse imprescindível recurso da informática para a humanidade. Apesar de não haver parâmetros para comparação, nos parece

importante acusar esse fenômeno, face sua importância no acesso às informações técnico-científicas.

Gráfico 6 - Utilização da internet. Farmacêuticos Santa Catarina - 1999



n = 306

5.4 Inserção no mercado de trabalho

Segundo estimativa da OMS (Revista SÚMULA, 1999), 1/3 da população mundial não têm acesso regular aos medicamentos, 50% não tomam seus medicamentos corretamente e 52 milhões de pessoas morrem no mundo, anualmente, por doenças evitáveis por vacinas e medicamentos, sendo 40 milhões no terceiro mundo.

Conforme a mesma fonte, através de dados compilados pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, existem no Brasil, aproximadamente 8.500 produtos com 14.000 apresentações, sendo que entre os medicamentos mais vendidos, só 20% são essenciais.

A Comissão Parlamentar de Inquérito do Congresso Nacional – CPI dos medicamentos - 1999/2000, em seu relatório final, contabiliza, no ano de 1999, um volume de 10.5 bilhões de dólares de faturamento no setor, sendo que, em 1990, foi de apenas U\$3.4 bilhões. O preço médio do medicamento variou de U\$2,3 em 1990 para U\$6,4 em 1999, sendo que o número de unidades vendidas não cresceu. Portanto o crescimento financeiro deu-se pela elevação dos preços. Ainda segundo a CPI, 70 milhões dos brasileiros não têm acesso aos medicamentos básicos e apenas 15% da população é responsável pela metade do consumo.

Como estoque de empregos, o Brasil possuía, no início do ano 2000, registradas no CFF, um total de 69.567 estabelecimentos compatíveis com a natureza da atividade farmacêutica, sendo 53.848 farmácias e drogarias, 5.965 laboratórios de análises clínicas, e 829 indústrias farmacêuticas, entre outras empresas (Anexo IX).

Em Santa Catarina existiam, em maio de 1999 (Anexo III), 3.133 estabelecimentos registrados no CRF/SC do âmbito profissional farmacêutico, sendo 2.329 farmácias e drogarias, 502 laboratórios de análises clínicas e 53 indústrias e laboratório industrial farmacêutico. Analisando as empresas registradas, observamos que 2.935 necessitam obrigatoriamente, de acordo com a legislação, do farmacêutico como diretor técnico. Subtraindo do número de farmacêuticos existentes, observamos que há uma carência de 266 profissionais. Interessante observar (Anexo III e Anexo IX) o número de farmácias hospitalares registradas no CFF (5.000) e no CRF (178). A título de comparação, já existiam em 1992 (Tabela 3), 6.653 hospitais no país.

No Brasil, segundo o CFF, no início do ano 2000 (Anexo VIII), dispúnhamos de uma relação "farmácia de dispensação e drogarias por habitante" da ordem de 1/2.907. Em Santa Catarina a relação era de 1/2.332. Em maio de 1999, durante a realização da pesquisa tínhamos 1/2.370. Somando os postos de medicamentos a relação se altera para 1/2.236 habitantes.

Todavia a OMS, na Conferência Mundial de Saúde, em Alma Ata, recomendou uma proporção de 8.000 habitantes por farmácia, como uma média compatível para uma assistência farmacêutica de qualidade, uma vez que o

grande número de unidades comerciais geram concorrência, que por sua vez gera venda indiscriminada para sobrevivência no mercado. Considerando-se os padrões da OMS necessitaríamos, no início do ano 2000, em média, no Brasil, aproximadamente 19.633 estabelecimentos. Em Santa Catarina, em maio de 1999, de 637 farmácias e drogarias de dispensação.

Outra constatação importante é o fato de existir apenas 59 municípios registrados no CRF/SC, ou seja, 20% deles, sendo dois como farmácia pública (na terminologia do CRF diz respeito à farmácia comercial), e 57 como farmácia privativa. Encontramos ainda 28 cidades sem farmácia comercial e 176 sem laboratório de análises clínicas, respectivamente 9,5% e 40% dos municípios existentes.

Considerando todos os registros de empresas no CRF/SC (3.133) e um farmacêutico para cada município que ainda não possui profissional (234), encontramos um estoque de emprego de 3.367. Isto significa dizer que existe 1,26 posto de trabalho para cada farmacêutico, havendo assim perspectivas para os egressos no mercado.

Caetano (1993) analisando esta relação entre os cirurgiões dentistas no Estado de Santa Catarina encontrou uma relação de 2,59 profissionais para cada posto de trabalho.

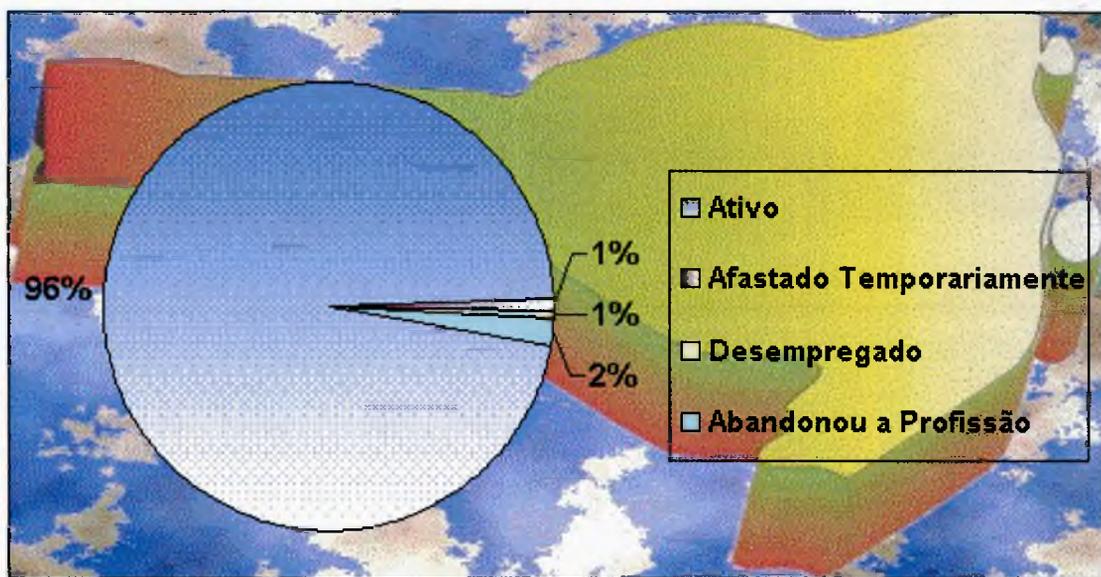
Quanto aos farmacêuticos participantes da pesquisa, 96% encontram-se ativos, 2% abandonaram a profissão, sem, no entanto dar baixa de seu registro junto a CRF/SC, 1% está afastado temporariamente e apenas 1% está desempregado (Gráfico 7).

Através dos resultados acima, constatamos um estoque de empregos ainda a ser ocupado, justificando o baixo índice de desemprego encontrado. Não acontece, portanto, entre os farmacêuticos, o fenômeno que ocorre no mercado de trabalho brasileiro, ou seja, elevada taxa de desemprego, principalmente nas grandes cidades brasileiras, bem como nos países desenvolvidos. Entretanto a certeza da geração de um contingente de egressos no mercado, nos próximos anos, face o aumento indiscriminado de escolas, na última década, a automação da indústria farmacêutica e de alimentos, bem como dos laboratórios de análises

clínicas, indicam que, em breve, haverá inversão, e os farmacêuticos serão empurrados para a massa estrutural de desempregados existentes no Brasil.

Doze profissionais responderam estar aposentados. Verificando mais amiúde, observou-se que somente três não trabalham mais, e 6 indivíduos, ou seja, 2% dos pesquisados, apesar de aposentados continuam trabalhando. Demonstra, aparentemente, a necessidade de trabalhar, face os baixos salários da aposentadoria no Brasil, entre outros fatores.

Gráfico 07 - Situação profissional declarada. Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999



n = 308

Nota-se na Tabela 14, que a farmácia comercial de alopatia representa o maior mercado de trabalho para os farmacêuticos catarinenses, absorvendo, como ramo de atividade principal, 40,2% deles. Em segundo o Laboratório de Análises Clínicas privados com 23%, e em terceiro a docência com 4,3%. Agrupando as atividades, encontramos 54,3% dos profissionais em farmácias de todos os gêneros, 31,6% em laboratórios de análises clínicas, toxicologia e citopatologia; 2,4% em laboratório de análises bromatológicas e indústria de alimento e 1,2% em laboratório industrial farmacêutico. 2,8% em atividades essencialmente públicas (assistência farmacêutica, vigilância sanitária, vigilância

epidemiológica e gestão), 4,3% na docência e 3,5% em outras atividades do âmbito farmacêutico. Apenas 12,6% estão no setor público, entre todas as atividades, como primeira opção de trabalho.

Entre os respondentes, 53,5% desenvolvem duas atividades e 29,5% três. Para aqueles que possuem duas ou mais atividades, 57% tem na farmácia um trabalho de segundo plano e 43,6% como terceiro plano. A secundarização é menor para a área de laboratório, com 13,1% e 14,5% como segunda e terceira atividade, respectivamente.

Tabela 14 - Ramo de atividade segundo a importância. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999

Tipo de Resposta	Principal		Secundário (%)		Terciário(%)	
	v. abs.	%	v. abs.	%	v. abs.	%
Farmácia comercial de alopatia	103	40,2%	34	24,8%	12	15,8%
Farmácia comercial de homeopatia	7	2,7%	6	4,4%	4	5,3%
Farmácia comercial de manipulação	13	5,1%	16	11,7%	4	5,3%
Farmácia privativa	13	5,1%	10	7,3%	4	5,3%
Farmácia hospitalar pública	2	0,8%	3	2,2%	5	6,6%
Farmácia hospitalar privada	1	0,4%	9	6,6%	4	5,3%
Laboratório de análises clínicas público	19	7,4%	11	8,0%	4	5,3%
Laboratório de análises clínicas privado	59	23,0%	16	11,7%	5	6,6%
Laboratório de análises bromatológicas público	3	1,2%	1	0,7%	2	2,6%
Laboratório de análises bromatológicas privado	0	0,0%	2	1,5%	0	0,0%
Laboratório de toxicologia público	0	0,0%	1	0,7%	1	1,3%
Laboratório de toxicologia privado	2	0,8%	0	0,0%	1	1,3%
Laboratório de citopatologia público	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%
Laboratório de citopatologia privado	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
Laboratório industrial farmacêutico público	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%
Laboratório industrial farmacêutico privado	3	1,2%	3	2,2%	0	0,0%
Indústria de Alimentos	3	1,2%	0	0,0%	3	3,9%
Assistência farmacêutica no SUS estadual	0	0,0%	3	2,2%	1	1,3%
Assistência farmacêutica no SUS municipal	1	0,4%	4	2,9%	4	5,3%
Vigilância Sanitária	1	0,4%	0	0,0%	3	3,9%
Vigilância Epidemiológica	0	0,0%	0	0,0%	1	1,3%
Gestão de serviços públicos	5	2,0%	1	0,7%	1	1,3%
Docência	11	4,3%	11	8,0%	12	15,8%
Outros	9	3,5%	5	3,6%	4	5,3%
Total	256	100%	137	100,0%	76	100,0%

Há forte predomínio na segunda e terceira opção em nível de importância para os serviços essencialmente públicos, 5,8% e 13,1% respectivamente. O

mesmo raciocínio pode ser usado para a docência, quando 8% são considerados trabalho secundário e 15% trabalho de terceira importância.

É interessante observar também que apenas 1,2% dos farmacêuticos exercem a farmácia hospitalar como primeira atividade, 8,8% exercem secundariamente e 12% a exercem como última opção.

Leopardi, Presidente da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, alerta sobre a importância do farmacêutico hospitalar em sua função clínica, administrativa e consultiva no ambiente hospitalar. "O objetivo principal da farmácia hospitalar é promover o uso seguro e racional dos medicamentos e correlatos, contribuindo assim, para a qualidade da assistência prestada ao paciente" (Leopardi, 1999). Portanto para assumir importante papel na equipe de saúde, no ambiente hospitalar, é inadmissível que tão poucos profissionais a exerçam como atividade principal e tantos como trabalho de segundo e terceiro nível de importância.

Outro importante segmento do mercado farmacêutico é a farmácia de manipulação, que segundo Perino, Presidente da Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais, representa, aproximadamente, 5% do mercado. "Se considerarmos que o mercado farmacêutico brasileiro é extremamente segmentado, e que a indústria líder possui hoje 7% ou 8% desse mercado, concluiremos que esses 5% são bastante expressivos" (Perino, 2000).

Representa a farmácia de manipulação o setor onde o farmacêutico exerce, na sua plenitude, o seu ofício, com pleno domínio do processo de trabalho. Após um período de afastamento, o retorno do farmacêutico a esse campo privativo parece estar acontecendo em Santa Catarina, onde 5% dos farmacêuticos já o consideram sua atividade principal. Entretanto, paradoxalmente, 11,7% e 5,3% consideram atividade secundária e terciária, respectivamente. As farmácias de manipulação representam 4,7% do total de farmácias de dispensação no Brasil (Anexo IX) e 2,7% em Santa Catarina (Anexo III).

Valladão (1981, apud Santos, 1993) realizou uma pesquisa junto a 333 farmacêuticos diplomados no período de 1973 a 1977 de escolas do Estado de Minas Gerais e concluiu que aproximadamente 60% atuavam em duas ou mais áreas distintas, onde quase sempre a farmácia tinha caráter secundário. Concluiu

também que a grande maioria exercia as análises clínicas como atividade principal.

Comparando, ocorre semelhança quanto à falta de importância da farmácia, campo privativo do farmacêutico, entretanto a maioria não mais está nas análises clínicas como campo principal de inserção, mas optaram pela farmácia.

Agrupando-se os ramos de atividades, conforme as habilitações específicas de formação dos cursos de farmácia (Tabela 15), e comparando com o Gráfico 4, constata-se uma disparidade, ou seja, enquanto apenas 18,9% dos farmacêuticos optaram pela farmácia, não optando por nenhuma habilitação, 54,3% exercem prioritariamente o ofício. Constata-se também o fato de que dos 69,4% optantes da habilitação de Análises Clínicas, menos da metade exercem, em primeira instância, os exames auxiliares de diagnóstico. Ocorre o mesmo fenômeno entre os 13% que optaram pela habilitação em Tecnologia de Alimentos, utilizando apenas uma fatia de 2,3% no mercado como trabalho principal. A habilitação em Farmácia Industrial, aparentemente, demonstra também certa incoerência, em termos profissionais habilitados e ocupação. Com 4,6% formados, 1,2% exercem como campo principal de trabalho.

Tabela 15 - Ramo de atividade segundo habilitação e nível de importância. Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999

Tipo de Resposta	Principal		Secundário		Terciário	
	v. abs.	%	v. abs.	%	v. abs.	%
Farmácia	139	54,3	78	56,9	33	43,4
Farmácia Industrial	3	1,2	3	2,2	1	1,3
Análises Clínicas	81	31,6	30	21,9	11	14,5
Tecnologia de Alimentos	6	2,3	0	0,0	4	5,3
Outros	27	10,5	26	19,0	27	35,5
Total	256	100,0	137	100,0	76	100,0

Em que pese a proximidade de conteúdos e a contribuição ao trabalho, pode-se afirmar que existe disparidade entre a habilitação cursada e o ingresso no mercado de trabalho, causando por um lado, desperdício dos anos estudados, face que a grande maioria exerce o ofício de sua formação básica. Outrossim, um grande contingente exerce o ramo da farmácia, notadamente a comercial, com um nível de especialização não adequado a sua atividade principal.

Esse descompasso entre formação e atuação profissional, tem sido refletido por diversos autores. Castro faz uma crítica as escolas de farmácia que, na realidade transmitem um amontoado de conhecimentos, sem objetividade, causando no profissional dificuldade de vislumbrar, com clareza, a sua real função, "... em qualquer dos campos de sua atividade privativa, ou seja, aquela diretamente relacionada aos medicamentos. Essa falta de clareza em relação aos objetivos do curso reflete-se nos novos profissionais, em termos da chamada crise de identidade da profissão farmacêutica" (Castro, 1999). Obviamente reflete no seu perfil profissional, na visibilidade social, face o comprometimento técnico de sua ação e sobremaneira, na consolidação de um modelo de atenção à saúde, nele incluída a atenção farmacêutica de qualidade.

Conclui-se que os farmacêuticos, apesar de possuírem pouco mais de vinte segmentos cativos, privativos ou não, de inserção no mundo do trabalho, e de significativa parcela não possuir níveis de especialização compatíveis com a complexidade dos ramos de atividades que exercem prioritariamente, se inserem no mercado de forma "múltipla", ou seja, em diversificados segmentos do âmbito profissional e institucional.

Outro fenômeno encontrado é bastante peculiar. Quase $\frac{1}{4}$ dos farmacêuticos, buscam em outras atividades, alheias a sua profissão, fonte de trabalho (Tabela 16). Cotejando os dados pelas regiões administrativas do Estado constatamos, entre as mais populosas, que seguem a média estadual. Somente a Região Carbonífera (AMREC) apresentou um contingente maior de indivíduos (36,4%) que utilizam outras fontes de renda, alheias a profissão farmacêutica.

Machado, referindo-se a inserção do médico no trabalho, parte do princípio que a atividade e o processo de trabalho médico são por natureza múltiplos, inerente a sua cultura e que "... não é como parece ao senso comum, uma disfunção do mercado, resultado de uma crise econômica, mas conseqüência esperada de seu processo de trabalho... Esse modelo de carreira numa só organização é, na verdade, uma moldura conceitual de vida profissional compatível com carreiras de vocação técnico-burocrática, que pressupõem um processo evolutivo no interior da estrutura organizacional em que se inserem" (Machado, 1997, p.100).

É notório que a profissão farmacêutica e a odontologia carregam um pouco desta cultura, e, aparentemente, em menor grau também se inserem de forma “múltipla” no mercado de trabalho, conforme se observou entre os farmacêuticos e conforme demonstrou Caetano (1993) entre os dentistas de Santa Catarina. Entretanto, os dados sugerem que uma parcela significativa não obtém sustentação financeira, tendo que buscar outras fontes complementares. Indica uma crise econômica no mercado de trabalho farmacêutico. Essa afirmação encontra sustentação quando se analisa a fonte de renda, jornadas de trabalho e níveis salariais, a seguir.

Tabela 16- Profissão farmacêutica como única fonte de renda segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999

LOCALIDADE	SIM		NÃO	
	v. abs.	%	v. abs.	%
AMAI	6	85,7	1	14,3
AMARP	6	100,0	0	0,0
AMAUC	6	85,7	1	14,3
AMAVI	7	70,0	3	30,0
AMEOSC	4	66,7	2	33,3
AMERIOS	4	100,0	0	0,0
AMESC	5	100,0	0	0,0
AMFRI *	22	75,9	7	24,1
AMMOC	4	57,1	3	42,9
AMMVI *	18	69,2	8	30,8
AMNOROESTE	2	100,0	0	0,0
AMOSC	9	75,0	3	25,0
AMPLA	3	100,0	0	0,0
AMPLASC	2	100,0	0	0,0
AMREC *	7	63,6	4	36,4
AMUNESC *	19	82,6	4	17,4
AMURC	5	83,3	1	16,7
AMUREL *	13	76,5	4	23,5
AMURES	10	71,4	4	28,6
AMVALI	6	85,7	1	14,3
GRANFPOLIS *	74	75,5%	24	24,5
TOTAL	232	76,8	70	23,2

* Regiões com mais de 300.000 habitantes.

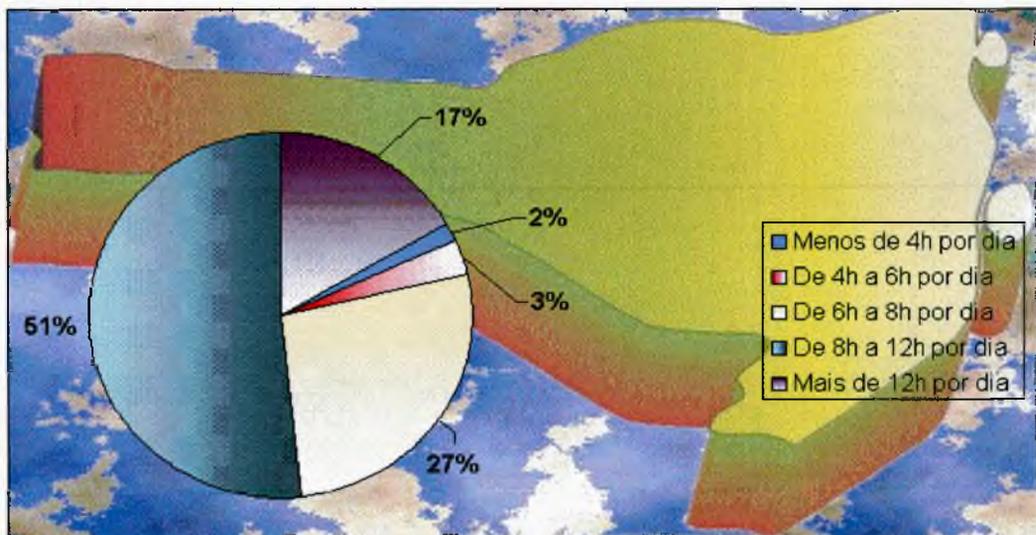
É consenso entre diferentes autores que a dedicação exclusiva, acompanhada de valorização e desenvolvimento pessoal e profissional, tem tido resultados surpreendentes, em todas as profissões, com conseqüente melhoria na qualidade dos serviços, níveis de desgaste e qualidade de vida, superiores aos que observamos atualmente, notadamente entre os "profissionais de branco".

Considerando todos os vínculos trabalhistas, 68% dos farmacêuticos trabalham acima de 8 h/dia (Gráfico 8). Somente 27% trabalham entre 6 a 8 h/dia, e apenas 5% abaixo de 6 h/dia.

Segundo Machado (1997) o trabalho médico tem como característica a intensidade do processo de trabalho, tendo em geral, jornadas longas através de atividades simultâneas em diversos locais. Sua pesquisa (1995) apontou que, 54,7% conciliam três ou mais atividades.

Os farmacêuticos de Santa Catarina padecem de um mal semelhante. Longas jornadas de trabalho através do exercício de duas ou mais atividades diárias - 81,5% dos respondentes. Este fato torna-se preocupante uma vez que subtrai qualidade de vida, oportunidade de participação política, dificuldades de aperfeiçoamento profissional, além de acentuar as conseqüências da natureza do seu trabalho, que é o convívio com a dor, o sofrimento e o stress, levando-os ao desgaste profissional.

Gráfico 8 - Jornada de trabalho diária considerando todos os vínculos trabalhistas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999



n = 296

Conforme a Tabela 17, apenas 5% do contingente dos pesquisados trabalham abaixo de 6 horas/dia, com predomínio das mulheres. A maioria dos farmacêuticos (68%) trabalham acima de 8 h/dia e a maioria absoluta acima de 6 horas/dia. Há forte predomínio das mulheres entre os 27% que trabalham entre 6 e 8 horas/dia e ocorre equiparação entre os 51,6% que trabalham entre 8 e 12 horas/dia. Somente acima de 12 horas/dia de trabalho há predomínio dos homens.

Quanto à participação feminina, é ainda interessante observar que, entre os farmacêuticos que possuem duas ou mais atividades, há predomínio das mulheres, com 55% exercendo duas funções e 53% entre os que exercem três ou mais funções.

Podemos afirmar, portanto, que as mulheres desenvolvem jornadas de trabalho tão extensas quanto aos homens, exercendo também atividades simultâneas.

Tabela 17 - Farmacêuticos distribuídos por gênero segundo carga horária. Santa Catarina - 1999

Carga Horária	Masculino		Feminino	
	v. abs.	%	v. abs.	%
Menos de 4h por dia	1	0,3%	4	1,4%
De 4h a 6h por dia	2	0,7%	7	2,4%
De 6h a 8h por dia	22	7,4%	58	19,6%
De 8h a 12h por dia	70	23,6%	83	28,0%
Mais de 12h por dia	33	11,1%	16	5,4%
TOTAL	128	43,2%	168	56,8%

Os farmacêuticos se inserem no mercado de trabalho, essencialmente no setor privado. A Tabela 18 mostra que 20% têm sua atividade principal no setor público, enquanto 80% está no setor privado.

É conveniente observar que há discrepância quando comparamos os dados da Tabela 14 com a 18. A tabela anterior mostra que 12,6% dos farmacêuticos possuem atividade principal no setor público, subindo para 30% quando exercem atividades consideradas de segundo ou terceiro plano. Esta

discrepância deve-se a percepção diferenciada dos respondentes quanto ao que lhe é principal, secundário ou terciário (melhor salário, maior carga horária de trabalho, preferência pessoal, etc); variáveis que não deixamos claras no questionário. Entretanto, acredita-se que a opção foi pela atividade melhor remunerada. Acredita-se também não invalidar a análise, uma vez que os números não apresentaram significativa diferença.

Analisando a distribuição através das seis regiões mais populosas do Estado, notamos que a participação no setor público é menor na região de laguna (AMUREL), com 5,9%. A região carbonífera (AMREC), com 27,3%, é a que detém maior número, somente superado pela região da GRANFPÓLIS, com 42,6% dos profissionais inseridos no setor público, como atividade principal. É portanto esperado, que na capital do Estado haja uma oferta e demanda maior de empregos públicos.

Segundo o Ministério da Saúde (1996), conforme exposto acima (Tabela 1), nesse ano, dentre o estoque de empregos para os farmacêuticos, apenas 11% estava no setor público. Quando comparava a inserção com outras categorias, os farmacêuticos participavam com apenas 3%, enquanto os médicos com 67%, dentistas 17% e enfermeiros 13%.

Segundo diversos autores (Médici, 1993; Machado, 1997; Paim, 1994, entre outros) o emprego público cresceu nas duas últimas décadas, fruto principalmente do processo de descentralização político-administrativa. Cresceram os empregos no aparelho estadual e, sobremaneira, no municipal. Segundo Teixeira (1996), os empregos a nível municipal cresceram, entre 1980 a 1992, na ordem de 13,9% ao ano.

A pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil" revelou que "69,7% dos médicos atuam em estabelecimentos públicos; 59,3% em estabelecimentos privados, e 74,7% mantêm atividades em consultórios privados" (Machado, 1997, p.92).

Os dados indicam que há participação significativa dos farmacêuticos no setor público, entretanto ainda é muito pequena sua inserção a nível municipal, contrariando a tendência de outras profissões de saúde. A não observância desse mercado de trabalho compromete o avanço dos espaços profissionais e a atenção farmacêutica no SUS.

Tabela 18 - Natureza administrativa da atividade principal no mercado de trabalho segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999

LOCALIDADE	PÚBLICO		PRIVADO	
	v. abs.	%	v. abs.	%
AMAI	0	0,0	7	100,0
AMARP	1	16,7	5	83,3
AMAUC	0	0,0	7	100,0
AMAVI	1	10,0	9	90,0
AMEOSC	0	0,0	6	100,0
AMERIOS	0	0,0	4	100,0
AMESC	0	0,0	5	100,0
AMFRI *	2	7,1	26	92,9
AMMOC	2	33,3	4	66,7
AMMVI *	4	15,4	22	84,6
AMNOROESTE	0	0,0	2	100,0
AMOSC	1	7,7	12	92,3
AMPLA	0	0,0	3	100,0
AMPLASC	0	0,0	2	100,0
AMREC *	3	27,3	8	72,7
AMUNESC *	3	12,5	21	87,5
AMURC	1	16,7	5	83,3
AMUREL *	1	5,9	16	94,1
AMURES	0	0,0	14	100,0
AMVALI	1	14,3	6	85,7
GRANFPOLIS *	40	42,6	54	57,4
TOTAL	60	20,1	238	79,9

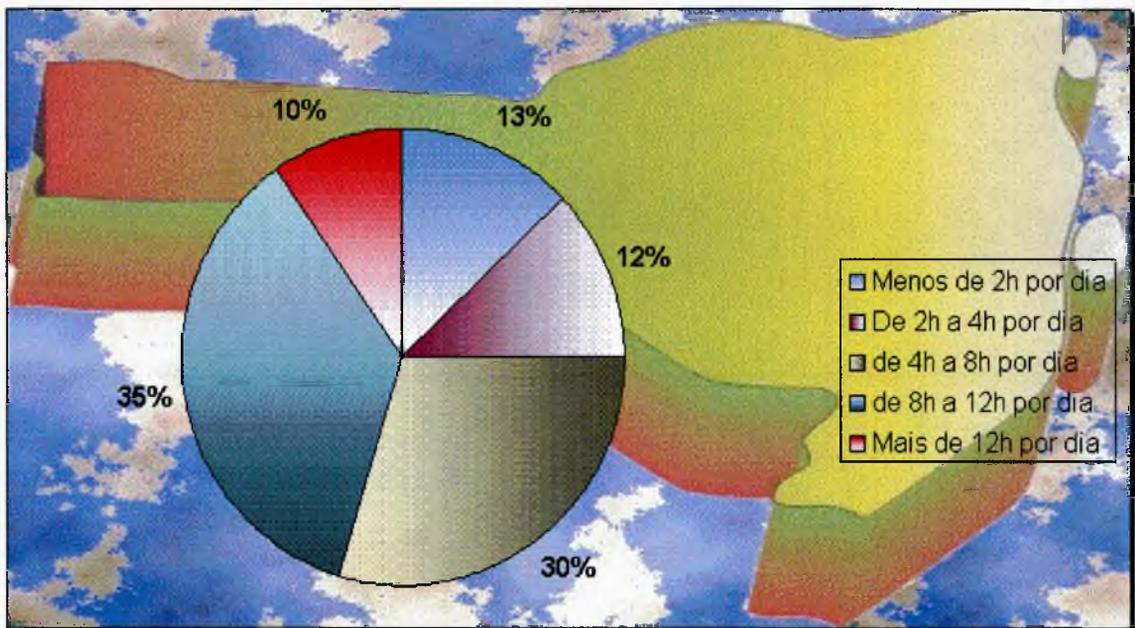
* Regiões com mais de 300.000 habitantes

A farmácia representa o principal campo profissional dos farmacêuticos e legalmente há a obrigatoriedade de sua permanência durante todo o período de funcionamento. Não obstante observa-se (Gráfico 9) que 25% declararam

dedicar-se até 4 h/dia e 30% até 8 h/dia. 45% realizam acima de 8h/dia, sendo que 10% deles possuem jornadas acima de 12 h/dia.

Através do cruzamento de dados, constatamos que os 55% que trabalham até 8 h/dia, são na sua maioria empregados. Entre os 45% que realizam acima de 8 h/dia, majoritariamente são proprietários.

Gráfico 9 - Jornada de trabalho diária dos farmacêuticos com atuação em Farmácias. Santa Catarina – 1999



n = 219

Os resultados da Tabela 19 confirmam as assertivas acima, demonstrando que 45,4% dos farmacêuticos são proprietários de farmácias. Dentre estes apenas 21,8% são proprietários individuais, 8% tem como sócio outro farmacêutico, e 15,6% têm sociedade com pessoa não habilitada ao exercício da farmácia.

Quando cotejamos, considerando as regiões acima de 300.000 habitantes, observamos algumas diferenças. Na região de Blumenau (AMMVI), 82,6% encontram-se na condição de empregados e apenas 4,3% são proprietários

individuais. Na região de Criciúma (AMREC), 63,6% são empregados e 27,3% são proprietários individuais. A região de Laguna (AMUREL) é a única em que mais de 50% dos farmacêuticos são proprietários, sendo sua participação societária com não farmacêuticos, a mais alta, 26,7%.

A legislação sanitária, segundo Zubioli (1992), conferiu ao farmacêutico, em 1931, a exclusividade sobre a farmácia, mas no mesmo ano, outro ato legislativo permitiu que a propriedade fosse mercantil, desde que o farmacêutico detivesse 30% do capital. Em 1973, ocorre a abertura, onde qualquer entidade jurídica poderia ser proprietária, fato que dura até os dias de hoje. Desta forma o ramo de comercialização de medicamentos está aberto a qualquer pessoa, desde que exista um farmacêutico responsável.

Segundo Santos (1993), baseada em dados do CFF, em 1986, dos 34.000 estabelecimentos farmacêuticos no Brasil, apenas 4% eram de propriedade de farmacêuticos. Atualmente, segundo o mesmo órgão, o percentual subiu para, aproximadamente, 30%.

Conforme Castro, ocorre um conflito de interesses entre o farmacêutico responsável técnico e o proprietário da farmácia, "pretendendo este último remunerar o primeiro como um comerciante, e o profissional exigindo remuneração compatível com o nível superior de instrução... recebendo, em troca,... o privilégio de não precisar permanecer no estabelecimento" (Castro, 1999).

Percebemos, nos resultados, nitidamente, a realidade exposta pela autora, quando $\frac{1}{4}$ desenvolve até 4 horas de trabalho diária, 24,8% a tem como trabalho secundário e 15,8% como trabalho de terceiro nível de importância. Ocorre ainda a figura mercantil societária, onde o sócio não é farmacêutico.

Tabela 19 - Farmacêuticos de Santa Catarina com atuação em farmácias por participação societária e vínculo empregatício segundo regiões administrativas - 1999

LOCALIDADE	EMPREGADO		SÓCIO COM NÃO FARMACÊUTICO		SÓCIO COM FARMACÊUTICO		PROPRIETÁRIO INDIVIDUAL	
	v. abs.	%	v. abs.	%	v. abs.	%	v. abs.	%
AMAI	2	28,6%	3	42,9%	0	0,0%	2	28,6%
AMARP	4	66,7%	1	16,7%	0	0,0%	1	16,7%
AMAUC	2	40,0%		0,0%	2	40,0%	1	20,0%
AMAVI	5	50,0%	1	10,0%		0,0%	4	40,0%
AMEOSC	3	60,0%	1	20,0%	1	20,0%	0	0,0%
AMERIOS	1	25,0%	1	25,0%		0,0%	2	50,0%
AMESC	4	80,0%		0,0%		0,0%	1	20,0%
AMFRI*	13	59,1%	2	9,1%	2	9,1%	5	22,7%
AMMOC	3	50,0%		0,0%	1	16,7%	2	33,3%
AMMVI*	19	82,6%	2	8,7%	1	4,3%	1	4,3%
AMNOROESTE	2	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%
AMOSC	3	30,0%	2	20,0%	1	10,0%	4	40,0%
AMPLA	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%		0,0%
AMPLASC	1	50,0%		0,0%		0,0%	1	50,0%
AMREC*	7	63,6%	1	9,1%		0,0%	3	27,3%
AMUNESC*	8	57,1%	3	21,4%	1	7,1%	2	14,3%
AMURC	3	50,0%	2	33,3%		0,0%	1	16,7%
AMUREL*	7	46,7%	4	26,7%	1	6,7%	3	20,0%
AMURES	5	50,0%	2	20,0%	1	10,0%	2	20,0%
AMVALI	4	57,1%	1	14,3%	1	14,3%	1	14,3%
GRANFPOLIS*	26	50,0%	8	15,4%	5	9,6%	13	25,0%
TOTAL	123	54,7%	35	15,6%	18	8,0%	49	21,8%

* Regiões com mais de 300.000 habitantes

Quando analisamos a participação societária e vínculo empregatício dos profissionais com atuação nas análises clínicas (Tabela 20), percebemos que o nível de assalariamento é menor que aqueles vinculados à farmácia. 54% são proprietários, sendo 24,8% sociedades entre farmacêuticos e 23,9% de propriedade individual.

A região da GRANFPÓLIS apresenta os índices mais altos de empregados com 73,3% e apenas 13,3 como propriedade individual. É sabido que nas capitais

há um monopólio do setor através de pequenos grupos, muitos deles de patologistas. A região de Itajaí (AMFRI) aparece também como detentora de parcela significativa de empregados (57,1%).

Através das proposições formuladas pelo Conselho Federal de Educação e operacionalizadas pela fixação do segundo Currículo Mínimo de 1969, até hoje vigente, foram criadas as três habilitações: Indústria, Análises Clínicas e Tecnologia de Alimentos, com privilegiamento para a opção de análises clínicas.

Com o deslocamento para áreas afins, segundo Santos (1993), em campos não privativos da profissão, houve necessariamente competição com outras profissões, ao tempo que se confundiram mercados de trabalho e atribuições, gerando conflitos na definição do monopólio de competência.

A competição com outras profissões, no campo das análises clínicas, parece acirrar-se quando observamos, o monopólio dos médicos, empresariando o setor e assalariando o farmacêutico-bioquímico. Esse fenômeno, marcante na capital do Estado, parece espalhar-se, através da Cooperativa UNIMED, de medicina supletiva, em diversas cidades catarinenses, com a recente implantação dos referidos laboratórios.

Todavia, tanto na farmácia, seu setor privativo, quanto nas análises clínicas, aproximadamente metade dos farmacêuticos são empresários, exigindo, portanto, habilidades administrativas e técnico-científicas. Por seu caráter comercial, a farmácia sempre exigiu dos farmacêuticos proprietários essas características, o que torna sua necessidade de atualização duplicada, além de seu desgaste profissional, em que pese o privilégio da autonomia técnica e econômica. A outra metade está subordinada a modalidade de assalariamento.

Entre os médicos, apenas 18,4% são empresários, conforme Machado (1997), concentrando-se na região Centro-Oeste do país, sendo o assalariamento a forma mais importante de inserção no mercado de serviços dos médicos.

Tabela 20 - Farmacêuticos de Santa Catarina com atuação em laboratórios de análises clínicas por participação societária e vínculo empregatício segundo regiões administrativas - 1999

LOCALIDADE	EMPREGADO		SÓCIO COM NÃO FARMACÊUTICO		SÓCIO COM FARMACÊUTICO		PROPRIETÁRIO INDIVIDUAL	
	v. abs.	%	v. abs.	%	v. abs.	%	v. abs.	%
AMAI		0,0%	1	16,7%		0,0%	5	83,3%
AMARP	2	100,0%	1	0,0%		0,0%		0,0%
AMAUC		0,0%		0,0%	1	33,3%	2	66,7%
AMAVI	1	20,0%	1	20,0%	2	40,0%	1	20,0%
AMEOSC	1	25,0%		0,0%	1	25,0%	2	50,0%
AMERIOS		0,0%		0,0%	1	100,0%		0,0%
AMESC		0,0%		0,0%		0,0%	2	100,0%
AMFRI*	4	57,1%		0,0%	2	28,6%	1	14,3%
AMMOC	1	33,3%	1	33,3%		0,0%	1	33,3%
AMMVI*	4	40,0%	2	20,0%	1	10,0%	3	30,0%
AMNOROESTE		0,0%		0,0%		0,0%	1	100,0%
AMOSC	1	16,7%		0,0%	3	50,0%	2	33,3%
AMPLA		0,0%	1	100,0%		0,0%		0,0%
AMPLASC	1	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%
AMREC*	1	33,3%		0,0%	2	66,7%		0,0%
AMUNESC*	6	66,7%		0,0%	3	33,3%		0,0%
AMURC	2	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%
AMUREL*	4	66,7%		0,0%	2	33,3%		0,0%
AMURES	1	12,5%		0,0%	5	62,5%	2	25,0%
AMVALI	1	33,3%		0,0%	1	33,3%	1	33,3%
GRANFPOEIS*	22	73,3%		0,0%	4	13,3%	4	13,3%
TOTAL	52	46,0%	6	5,3%	28	24,8%	27	23,9%

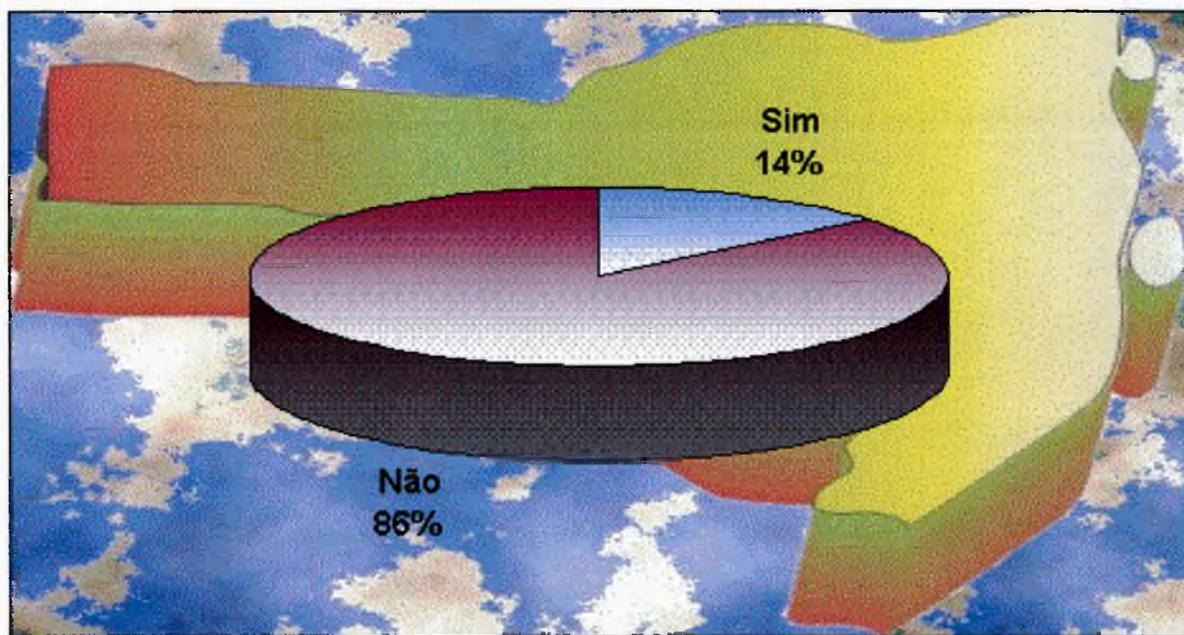
* Regiões com mais de 300.000 habitantes

De acordo com Brandão e Valladão, os interesses e necessidades de saúde, presentes na comercialização de medicamentos são subordinados a interesses de outra natureza. Medicamento virou mercadoria e seu consumo é estimulado, através de intensa publicidade, criando necessidade artificial para seu consumo e multiplicando-se produtos e pontos de venda. Portanto, a oferta compatível com o perfil epidemiológico da população é um sonho a ser alcançado.

Nesse sentido, as farmácias de dispensação, comerciais ou comunitárias, como chamam os latinos, não são consideradas organizações de saúde, passíveis de contribuir, integrada e conjuntamente, com outras unidades organizacionais de saúde para a melhoria dos níveis de saúde da população. Subordinam-se, em sua maioria, a lógica empresarial hegemônica.

Todavia a pesquisa demonstra (Gráfico 10), que apesar de incipiente, há no Estado de Santa Catarina, indicativo de uma integração, quando 14% das respostas acusam existir algum tipo de programa conjunto com o nível local, gerenciador dos SUS.

Gráfico 10 - Farmácias com programa(s) de saúde conjunto com Secretarias Municipais de Saúde. Santa Catarina – 1999



n =216

Segundo a Tabela 21, a renda mensal individual obtida com o trabalho farmacêutico, em todos os ramos de atividades, considerando todos os vínculos trabalhistas, em média, é baixa. 65,1% recebem até R\$2.000, saltando para

82,7% quando consideramos até R\$3.000. Somente 13,5% recebem de R\$3.001 a R\$8.000 e apenas 3,8% estão acima de R\$8.000.

Há disparidades salariais quando analisamos as principais regiões do Estado. A Região Carbonífera (AMREC) apresenta um acúmulo maior de indivíduos no nível de renda até R\$2.000, com 89%, e na Região de Laguna (AMUREL), 11,9% tem rendimentos acima de R\$8.000. A região da AMURES (sede em Lages), região também importante do Estado, apresentou os níveis mais bem distribuídos com 43% dos profissionais auferindo rendimentos superiores a R\$3.000. Na GRANFPOLIS 90,3% dos respondentes declaram auferir abaixo de R\$3.000.

O gênero também se constitui de uma variável onde se dá disparidades salariais. Quando analisado a distribuição por faixa de renda, observa-se que as mulheres se concentram entre as mais baixas. Na faixa de renda até R\$1.000, 81% são mulheres, entre R\$1.001 a R\$2.000, são 68%, e entre R\$2.001 a R\$3.000 são 63%. De R\$3.001 a R\$5.000 são apenas 22%.

A desigualdade de gênero é vista também sob outra forma, 83,4% das mulheres ganham até R\$2.000, sendo que apenas 43% dos homens encontram-se abaixo deste valor. Nas faixas de renda acima de R\$3.001 encontram-se 31,4% dos homens e apenas 4,9% das mulheres.

Portanto, concluímos que as farmacêuticas possuem jornadas de trabalho semelhantes, predominam entre aqueles que desenvolvem duas ou mais atividades, mas se encontram em faixas de renda menores.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Machado, entre os médicos. "Enquanto 66,2% delas ganham até dois mil dólares, apenas 34,0% dos homens se encontram nesta situação. Ocorre o oposto nas faixas de renda mais elevadas: 20,7% dos homens percebem renda entre 4.001 e oito mil dólares, ao passo que somente 5,2% das mulheres têm esse rendimento" (Machado, 1997, p.154).

Tabela 21 - Nível de renda (R\$) segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999

LOCALIDADE	Até 1.000 %	1.001 a 2.000 %	2.001 a 3.000 %	3.001 a 5000 %	5.001 a 8.000 %	R\$ 8001 a R\$ 12.000 %	ACIMA DE R\$ 12.000 %
AMAI	16,7	16,7	50,0	16,7	0,0	0,0	0,0
AMARP	16,7	33,3	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0
AMAUC	14,3	42,9	0,0	28,6	14,3	0,0	0,0
AMAVI	10,0	80,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0
AMEOSC	0,0	50,0	0,0	33,3	16,7	0,0	0,0
AMERIOS	50,0	25,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0
AMESC	20,0	20,0	40,0	20,0	0,0	0,0	0,0
AMFRI *	28,6	35,7	17,9	10,7	7,1	0,0	0,0
AMMOC	16,7	33,3	33,3	0,0	16,7	0,0	0,0
AMMVI *	20,0	48,0	12,0	12,0	4,0	0,0	4,0
AMNOROESTE	50,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0
AMOSC	9,1	36,4	36,4	18,2	0,0	0,0	0,0
AMPLA	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0
AMPLASC	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
AMREC *	63,6	18,2	9,1	9,1	0,0	0,0	0,0
AMUNESC *	4,3	60,9	13,0	13,0	4,3	0,0	4,3
AMURC	33,3	50,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0
AMUREL *	41,2	29,4	5,9	11,8	0,0	5,9	5,9
AMURES	28,6	21,4	7,1	14,3	7,1	14,3	7,1
AMVALI	16,7	50,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
GRANFPOLIS *	17,2	51,6	21,5	4,3	1,1	1,1	3,2
TOTAL	21,5	43,6	17,6	10,4	3,1%	1,4	2,4

* Regiões com mais de 300.000 habitantes

U\$1,00 = R\$1,77

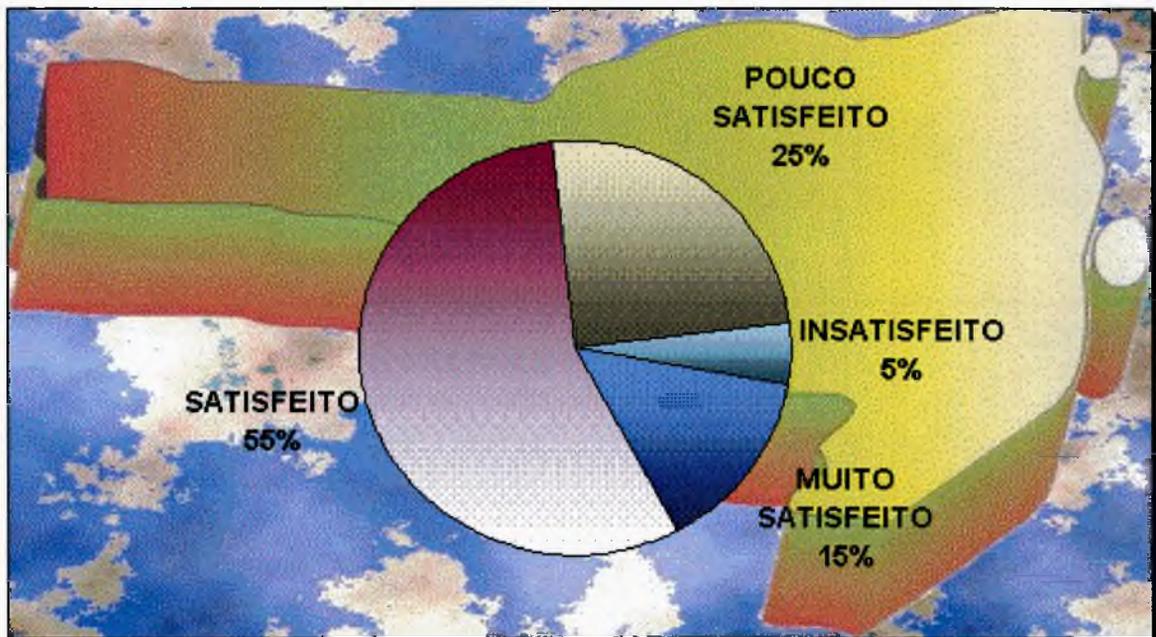
n = 289

Apesar de expostos a uma carga horária exaustiva de trabalho e 65% receberem até R\$2.000 por mês, a grande maioria dos farmacêuticos (70%) declararam estar satisfeitos com a profissão (Gráfico 11). Apenas 5% estão completamente insatisfeitos e 25% medianamente insatisfeitos.

Não dispomos de dados qualitativos para analisar as razões da insatisfação, todavia, as declarações não aparentam estar relacionadas à renda auferida pela categoria. Outras razões os fazem estar mais ou menos satisfeitos com a profissão.

Machado (1995), diz que “o trabalho em saúde não deixa ninguém impune”, impondo, diferentemente de outros ramos da economia, forte envolvimento emocional e ético com a pessoa que busca assistência médica. Como todos os RHS, há um compromisso com a saúde dos pacientes, sendo particular aos farmacêuticos o compromisso ético com as análises clínicas, os alimentos, e principalmente com os medicamentos, última instância do tratamento terapêutico, além de suas funções na promoção e proteção à saúde.

Gráfico 11 - Nível de satisfação com a profissão. Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999



n= 303

5.5 Adesão às entidades representativas da sociedade

A vigésima oitava Assembléia Mundial da Saúde, segundo Bonfim (1997), afirmou que estava convencida da necessidade de desenvolvimento de políticas de medicamentos que ligassem a pesquisa de fármacos, produção e distribuição

com reais necessidades de saúde. No mundo contemporâneo, talvez este foi a mais contundente constatação da irracionalidade, da pesquisa à dispensação do medicamento, principalmente nos países do terceiro mundo.

O medicamento, objeto primeiro do trabalho farmacêutico, 25 anos depois da referida constatação, encontra-se muito mais aliado aos interesses mercadológicos que outrora, em detrimento do seu papel para solução dos reais problemas do processo saúde/doença, distante de ter sua fabricação, distribuição e uso, indicado pelo perfil epidemiológico da população.

A indução ao consumo desnecessário e irracional, a presença de um número exagerado no mercado, práticas promocionais e de vendas idênticas a qualquer produto no mercado, a falta de acesso da maioria da população e o consumo exagerado de pequena parcela. A oligopolização e cartelização em seu fabrico por empresas transnacionais, seu papel de instrumento de dominação técnica e econômica, a inexistência de políticas específicas, são alguns dos graves problemas enfrentados do mercado de medicamentos.

Quanto à profissão, ocorreu um distanciamento de sua atividade privativa, migrando para áreas afins e disputadas por outras profissões, deixando o seu objeto de trabalho nas mãos inescrupulosas do mercado e, portanto, distanciando-se do seu papel de produtor de medicamentos e prestador da atenção farmacêutica. O afastamento da pesquisa, produção e dispensação, com a perda da qualidade na sua formação e qualificação, do seu "monopólio de competência", de sua identidade e conseqüente visibilidade social, são alguns dos entraves que os profissionais enfrentam.

O contexto da saúde, nele incluído o medicamento, na sociedade, bem como os problemas da profissão são fatos estreitamente associados, que somente com a participação política, planejada estrategicamente e conduzida de forma persistente, haverá de provocar transformações rumo a um sistema digno de saúde, onde o medicamento e o farmacêutico estejam inseridos, através de modelos assistenciais voltados à promoção da saúde, onde a atenção farmacêutica seja exercida de forma responsável e voltada aos interesses de toda a população.

Quando mensurado a filiação ou associação dos farmacêuticos as suas entidades representativas, com exceção do Conselho Regional (Tabela 22), nota-se que um pouco mais da metade deles não possuem nenhuma vinculação. Dentre os 45% filiados, distribuem-se desigualmente entre as regiões mais representativas do Estado. A Região da Foz do Rio Itajaí (AMFRI) aparece como a região onde existe maior adesão (69%). A GRANFPÓLIS, cuja sede é a capital, possui apenas 36,8%. O menor índice (34,6%) é apresentado pela AMMVI, Região do Médio Vale do Itajaí, região bastante industrializada e com forte participação sindical nos demais ramos da economia. Paradoxalmente apresentou o maior percentual de farmacêuticos assalariado - 82,6% (Tabela 20).

Tabela 22 - Adesão à entidades representativas da categoria (exceto CRF) segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina – 1999

LOCALIDADE	SIM		NÃO	
	v. abs.	%	v. abs.	%
AMAI	3	42,9	4	57,1
AMARP	3	50,0	3	50,0
AMAUC	4	57,1	3	42,9
AMAVI	3	30,0	7	70,0
AMEOSC	4	66,7	2	33,3
AMERIOS	1	25,0	3	75,0
AMESC	3	60,0	2	40,0
AMFRI *	20	69,0	9	31,0
AMMOC	2	33,3	4	66,7
AMMVI *	9	34,6	17	65,4
AMNOROESTE	0	0,0	2	100,0
AMOSC	6	46,2	7	53,8
AMPLA	2	66,7	1	33,3
AMPLASC	1	50,0	1	50,0
AMREC *	7	58,3	5	41,7
AMUNESC *	10	41,7	14	58,3
AMURC	4	66,7	2	33,3
AMUREL *	6	37,5	10	62,5
AMURES	7	46,7	8	53,3
AMVALI	5	83,3	1	16,7
GRANFPOLIS *	35	36,8	60	63,2
TOTAL	135	45,0	165	55,0

* Regiões com mais de 300.000 habitantes

Na Tabela 23 estão relacionadas as principais entidades indicadas pelos 300 respondentes da questão anterior. O Sindicato dos Farmacêuticos - SINDFAR ficou com a preferência – 32,3%. A Associação Catarinense de Profissionais de Farmácia e Bioquímica – ACPFB ficou em segundo lugar, com 8,3% e o Sindicato dos Laboratórios de Análises Clínicas - SINDLAB, de origem patronal, em terceiro, com 5% da preferência. As Associações Regionais são várias, encontrando-se espalhadas pelo Estado. Muitos profissionais assinalaram duas ou mais entidades.

Buscando os dados reais nas referidas instituições, concluímos que os percentuais se aproximam dos achados na pesquisa, com exceção do SINDFAR, ao qual, no período da pesquisa, apenas 14% dos farmacêuticos do Estado eram filiados. Deve-se talvez ao fato dos respondentes estar entre aqueles mais interessados, considerando o universo de estudo, uma vez que duplicamos a amostra para obter o número desejado. Teoricamente os sindicalizados são os mais politizados.

A Associação dos Farmacêuticos Proprietários de Farmácias e Drogarias do Estado de Santa Catarina, criada em 1998, já conta 3,7% de associados. Esta forma de associativismo vem crescendo no Brasil, através de iniciativas regionais, com o objetivo primeiro, de preservar e estimular a farmácia de farmacêuticos. Defender os interesses comerciais dos seus associados, principalmente pela ameaça das grandes redes de farmácia, além de aperfeiçoamento profissional, convívio e estreitamento dos laços corporativos.

A Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais (ANFARMAG) possui adesão de 2,7% dos farmacêuticos do Estado. Fundada em 1986, conta atualmente com 3.000 associados no Brasil, representando, aproximadamente 5% dos farmacêuticos do país. Além do seu papel na defesa das farmácias e farmacêuticos magistrais, e da saúde pública, “tem uma grande responsabilidade na normatização e na qualificação do segmento, para que ele possa crescer de maneira sustentada” (Perino, 2000).

Caetano (1993), revela que, entre os dentistas pesquisados, a adesão a Associação Brasileira de Odontologia era de 80% e 43% declararam pertencentes ao Sindicato dos Dentistas.

Machado, em sua pesquisa entre os médicos, concluiu que 44,9% estão filiados ao sindicato da categoria e diz que, “no Brasil, o fenômeno da sindicalização entre os profissionais mais qualificados tem aumentado nas últimas décadas. Médicos, odontólogos, engenheiros, advogados, psicólogos, economistas, entre outros profissionais liberais, têm buscado se organizar em sindicatos” (1997, p.188).

Concluimos, sem dispor de dados que nos permitam explicar as causas, que a adesão aos principais organismos de defesa da categoria é extremamente baixa, com ênfase à sindicalização por representar a instituição maior de defesa, notadamente do segmento assalariado.

Tabela 23 - Adesão às principais entidades representativas da categoria. Farmacêuticos Santa Catarina – 1999

ENTIDADE	v. abs.	%
SINDFAR/SC	97	32,3
ACPFBSC	25	8,3
ASSOCIAÇÕES REGIONAIS	16	5,3
ANFARMAG	8	2,7
COOPERFARMA	11	3,7
SINDLAB/SC	15	5,0
OUTRAS	4	1,3

n = 300

O nível de satisfação com as entidades locais que representam os farmacêuticos (Tabela 24), agora incluindo o Conselho Regional de Farmácia, apresenta-se bastante comprometido. Foi solicitado aos respondentes dar uma

nota de 0 a 5. A ACPFBSC recebeu 70% das notas abaixo de 2 e apenas 5,1% deram nota 5. O CRF/SC foi reprovado por mais da metade dos profissionais (56,7). O SINDFAR demonstrou que possui o maior nível de credibilidade quando 42,4% deram nota abaixo de 2, e, ao contrário do CRF, 56,7% atribuíram notas acima de 3.

Os baixos rendimentos, jornadas longas de trabalho, alto nível de assalariamento, entre outras condições adversas no mercado de trabalho, não são relacionados à sindicalização e o associativismo, por parcela significativa dos farmacêuticos, ou não demonstram credibilidade nas entidades para o encaminhamento das lutas por melhores condições salariais e de trabalho, entre outras.

Tabela 24 - Nível de satisfação com as principais entidades representativas da categoria. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999

ENTIDADE	NOTA	0	1	2	3	4	5
CRF/SC		14,0%	14,7%	28,0%	21,3%	14,0%	8,0%
SINDFAR/SC		9,9%	14,1%	19,4%	22,5%	21,5%	12,7%
ACPFBS		24,6%	20,8%	24,6%	18,6%	6,4%	5,1%

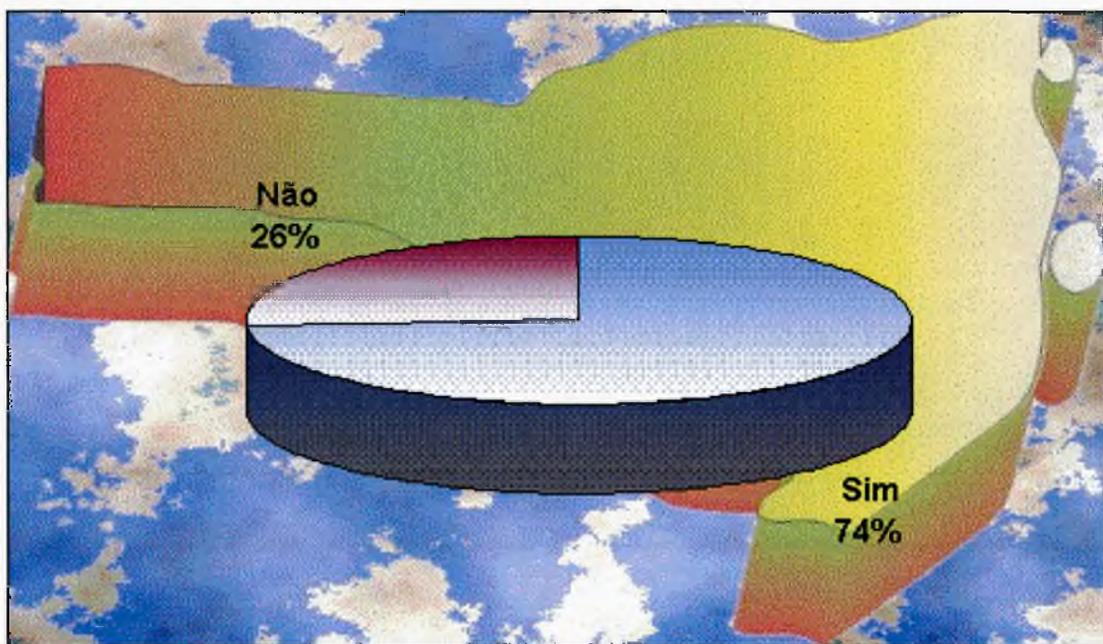
n = 300

O Código de Ética dos farmacêuticos foi elaborado em 1962 e atualizado após 30 anos, objetivando adequá-lo à nova realidade legislativa do país, principalmente referente aos marcos legais atuais como a Constituição, Lei Orgânica da Saúde e Código de Defesa do Consumidor, entre outros.

Para Santos (1993) o código tem por finalidade proteger a corporação daqueles inescrupulosos, reduzir a competição interna, zelando pela qualidade do desempenho profissional junto à sociedade e garantindo o pleno exercício da profissão. Deve ser, portanto, do conhecimento de todos.

Todavia, esta não é a realidade entre as profissões, e um número significativo (74%) declarou conhecer o seu código, conforme o Gráfico 12.

Gráfico 12 - Conhecimento dos dispositivos do código de ética da profissão. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999



n = 300

Entre os princípios dos SUS, o mais importante e talvez o único que avançou significativamente foi à descentralização – das ações, do planejamento e dos recursos financeiros. Ao município cabe a responsabilidade da gestão, conhece seus problemas e deverá encontrar as soluções. A criação dos Conselhos a nível federal, estadual e municipal, não representa somente um ato legal, mas a garantia da participação de todos os segmentos envolvidos na busca das respostas aos problemas existentes. A participação efetiva dos envolvidos, respeitando a correlação de forças e a democratização das informações, gera a transformação esperada em cada momento histórico.

Os farmacêuticos, bem como outros RHS, tem interesses sob três formas: como cidadãos, como trabalhadores de saúde e como prestadores de serviços.

O conhecimento dos objetivos e funções dos Conselhos (Tabela 25), declarados foi equilibrado. Metade dos farmacêuticos desconhecem a importância política desse instrumento da democracia. Quando analisado a distribuição nas regiões com mais de 300.000 habitantes, não observamos diferenças que justificasse o maior ou menor nível de conhecimento. Apenas na região de Laguna observa-se um nível de conhecimento um pouco maior, 62,5% e na região da GRANFPOLIS apenas 41,4% declararam conhecer.

Tabela 25 - Conhecimento dos objetivos e funções do Conselho Municipal de Saúde segundo regiões administrativas. Farmacêuticos Santa Catarina – 1999

LOCALIDADE	SIM		NÃO	
	v. abs.	%	v. abs.	%
AMAI	5	71,4	2	28,6
AMARP	3	50,0	3	50,0
AMAUC	3	42,9	4	57,1
AMAVI	7	70,0	3	30,0
AMEOSC	5	83,3	1	16,7
AMERIOS	2	50,0	2	50,0
AMESC	3	60,0	2	40,0
AMFRI *	14	48,3	15	51,7
AMMOC	5	83,3	1	16,7
AMMVI *	12	46,2	14	53,8
AMNOROESTE	1	50,0	1	50,0
AMOSC	6	46,2	7	53,8
AMPLA	1	33,3	2	66,7
AMPLASC	1	50,0	1	50,0
AMREC *	5	41,7	7	58,3
AMUNESC *	11	47,8	12	52,2
AMURC	4	66,7	2	33,3
AMUREL*	10	62,5	6	37,5
AMURES	9	60,0	6	40,0
AMVALI	3	42,9	4	57,1
GRANFPOLIS *	41	41,4	58	58,6
TOTAL	151	49,7	153	50,3

* Regiões com mais de 300.000 habitantes

Quanto à participação nos conselhos municipais de saúde, é ainda menor. A quarta parte dos farmacêuticos participa ou participou de seus trabalhos (Tabela 26). Salieta-se que os conselhos têm participação livre, sendo que somente o seu membro efetivo tem direito a voto.

Aqui também não houve diferenças marcantes entre as regiões mais importantes em população do Estado. O que chama atenção é o fato da região da GRANFPOLIS também apresentar um dos mais baixos índices de participação.

Tabela 26 - Participação no Conselho Municipal de Saúde segundo regiões administrativas. Farmacêuticos Santa Catarina – 1999

LOCALIDADE	SIM		NÃO	
	v. abs.	%	v. abs.	%
AMAI	5	71,4	2	28,6
AMARP	2	33,3	4	66,7
AMAUC	2	28,6	5	71,4
AMAVI	4	40,0	6	60,0
AMEOSC	3	50,0	3	50,0
AMERIOS	2	50,0	2	50,0
AMESC	2	40,0	3	60,0
AMFRI *	6	20,7	23	79,3
AMMOC	3	42,9	4	57,1
AMMVI *	5	19,2	21	80,8
AMNOROESTE	1	50,0	1	50,0
AMOSC	4	30,8	9	69,2
AMPLA	2	66,7	1	33,3
AMPLASC	0	0,0	2	100,0
AMREC *	3	25,0	9	75,0
AMUNESC *	7	30,4	16	69,6
AMURC	3	50,0	3	50,0
AMUREL *	3	18,8	13	81,3
AMURES	4	26,7	11	73,3
AMVALI	3	42,9	4	57,1
GRANFPOLIS *	13	13,4	84	86,6
TOTAL	77	25,4	226	74,6

* Regiões com mais de 300.000 habitantes

A Tabela 27 nos mostra que a participação político-partidária dos farmacêuticos no estado, segundo a pesquisa, atinge 11,7%. A região da AMFRI apresenta, praticamente, metade da adesão a partidos políticos que a média estadual. A região do médio vale do Itajaí (AMMVI), que detém o maior número de empregados, dentre as regiões analisadas, o menor nível de adesão às entidades representativas da categoria, também apresenta apenas 3,8% de inserção nas agremiações político-partidárias. As demais regiões em análise ficaram próximas da média estadual.

Tabela 27 - Participação político-partidária segundo regiões administrativas. Farmacêuticos de Santa Catarina - 1999

LOCALIDADE	SIM		NÃO	
	v. abs.	%	v. abs.	%
AMAI	4	57,1	3	42,9
AMARP	0	0,0	6	100,0
AMAUC	1	14,3	6	85,7
AMAVI	0	0,0	10	100,0
AMEOSC	1	16,7	5	83,3
AMERIOS	0	0,0	4	100,0
AMESC	0	0,0	5	100,0
AMFRI *	2	6,9	27	93,1
AMMOC	4	57,1	3	42,9
AMMVI *	1	3,8	25	96,2
AMNOROESTE	1	50,0	1	50,0
AMOSC	2	15,4	11	84,6
AMPLA	0	0,0	3	100,0
AMPLASC	0	0,0	2	100,0
AMREC *	1	8,3	11	91,7
AMUNESC *	2	8,7	21	91,3
AMURC	0	0,0	6	100,0
AMUREL *	2	11,8	15	88,2
AMURES	3	20,0	12	80,0
AMVALI	0	0,0	7	100,0
GRANFPOLIS *	12	12,0	88	88,0
TOTAL	36	11,7	271	88,3

* Regiões com mais de 300.000 habitantes

Somente através de um processo de discussão com os pares e o conjunto da sociedade será possível inscrever uma "agenda", que através de metas e estratégias, possam promover transformações benéficas aos farmacêuticos e a população, apontando soluções para os graves problemas que cercam a saúde coletiva, a profissão e os medicamentos nelas inserido. O acompanhamento das políticas públicas e do setor é imprescindível para identificação e avaliação das estratégias aplicadas. Somente com a ampla participação dos Recursos Humanos em Saúde, através de todas as formas de organização social, lograremos, o consenso da transformação em busca da justiça social.

6 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos permitem algumas conclusões relativas ao perfil do profissional farmacêutico do Estado de Santa Catarina, objeto da presente dissertação.

Sob o ponto de vista sócio-demográfico podemos afirmar que:

- a) Estão inseridos num território extremamente fragmentado sob o aspecto político-geográfico, onde a maioria absoluta das cidades possui até 20.000 habitantes e quase metade da população encontra-se nas cidades pólos das regiões que compõem as Associações dos Municípios.
- b) Encontram-se desproporcionalmente distribuídos entre as regiões administrativas do Estado, com forte concentração na região da Grande Florianópolis e baixa nas regiões do extremo oeste catarinense, planalto norte e sul. Considerando ainda que, aproximadamente um terço das cidades, todas com menos de 5.000 habitantes, não possuem farmacêuticos residentes, podemos afirmar que a atenção farmacêutica encontra-se comprometida no estado e a "urbanização" destes profissionais está consolidada. A relação farmacêutico/habitante é semelhante a nacional, porém muito inferior à média brasileira entre os médicos.
- c) Há um processo de "rejuvenescimento" e "feminilização" da profissão. A média da idade é de 37 anos com predomínio abaixo de 40 anos de idade entre os profissionais. A crescente participação feminina, a partir

dos anos 70, superou a masculina, na década de 80, ocorrendo o que Machado (1997) chama de "transição de gênero".

Quanto à formação e qualificação profissional concluímos que:

- a) A maioria é oriunda do próprio Estado e cursaram neste, sua graduação, indicando pequena pressão externa no mercado. A maioria formou-se em escolas públicas, entretanto, cresce o número daqueles oriundos das escolas privadas. Seis escolas de farmácia, todas privadas, foram fundadas nos anos 90, indicativo de transição em breve, ou seja, o processo de privatização do ensino de farmácia no Estado de Santa Catarina, é um fato;
- b) Grande parte dos egressos, a partir dos anos 70, preferiu uma habilitação, sendo as Análises Clínicas a preferida de dois terços, com poucos profissionais optantes pela Tecnologia de Alimentos e Farmácia Industrial. No entanto houve o retorno ao trabalho na farmácia para a maioria dos farmacêuticos. Em que pese à contribuição das habilitações ao exercício do trabalho na farmácia, constitui-se um paradoxo;
- c) A velocidade da produção e o conseqüente desgaste dos conhecimentos adquiridos na graduação, não estimularam mais da metade dos respondentes à continuidade dos estudos. Há, entretanto um contingente considerável de mestres e especialistas. Apenas 8,4% fizeram especialização na área de farmácia, sendo que 54,3% a exercem como atividade principal. O número de cursos de aperfeiçoamento e especialização existente no Brasil é muito pequeno, comprometendo a principal condição necessária para o aprimoramento técnico-científico profissional.

Em relação ao acesso às informações técnico-científicas, verificamos que:

- a) Consiste os Congressos, fonte importante de captação de informações, com significativa produção de trabalhos científicos. Todavia é baixa a adesão as sociedades científicas. A maioria pertence à Sociedade Brasileira de Análises Clínicas;

- b) Os farmacêuticos, envolvendo todas as faixas etárias e ambos os sexos, desejam aprimorar seus conhecimentos através de cursos de pequena duração ou realizando apenas estágio. Os cursos de aperfeiçoamento e de especialização foram solicitados por 41%, sendo que um número significativo deseja realizar mestrado ou doutorado, e
- c) A “cultura” da utilização da Internet como importante fonte de informações, aparentemente se consolidou para metade dos pesquisados.

Considerando o mercado de trabalho, identificamos que:

- a) A maioria absoluta está na ativa e o nível de desemprego é praticamente nulo. Um quarto deles buscam complementação de renda fora do âmbito profissional, sendo que dois terços, igualmente distribuídos, entre homens e mulheres, exercem jornadas de trabalho exaustivas;
- b) O campo de trabalho principal é a farmácia de dispensação, todavia é exercida como segunda e terceira opção entre grande parcela que possuem duas ou mais atividades. As análises clínicas representam outro segmento importante no mercado de trabalho, sendo a farmácia industrial e tecnologia de alimentos áreas com pequena participação. É reduzida também a inserção do profissional no setor público. A docência já representa uma fatia importante, principalmente como segunda e terceira opção de emprego;
- c) Entre aqueles dedicados as atividades de farmácia, mais da metade são assalariados trabalhando entre duas a oito diárias. A propriedade é também exercida por aproximadamente metade dos farmacêuticos, os quais exercem jornadas de trabalho acima de oito horas dia. Quanto àqueles que possuem vínculo com os laboratórios, à relação propriedade/vínculo empregatício é semelhante. Ocorre, entretanto forte concentração de assalariados na região da Grande Florianópolis; e
- d) Os farmacêuticos estão satisfeitos com a profissão apesar dos rendimentos concentrarem-se na faixa de renda abaixo de R\$2.000,00,

com significativas diferenças regionais. Não obstante, encontra-se maior concentração de mulheres nesta faixa de renda, e os homens nas faixas superiores. Todavia, o grupo feminino trabalha tanto quanto o masculino, tendo jornadas de trabalho e atividades muito semelhantes.

Com respeito à adesão às entidades representativas da sociedade, concluímos que:

- a) A filiação às entidades representativas da categoria não é preocupação de todos. O Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina possui mais adeptos, comparado as demais instituições. A Associação Catarinense de Profissionais de Farmácia e Bioquímica do Estado de Santa Catarina apresentou o maior índice de rejeição – 70%, seguido do Conselho Regional com 57% e Sindicato com 43%. Portanto, os dados indicam a falta de credibilidade das principais entidades representativas junto à categoria; e
- b) O Código de Ética dos farmacêuticos é bem conhecido e a participação nos conselhos municipais de saúde, é ou já foi exercido por um quarto dos profissionais. A filiação político-partidária é exercida por 11% dos entrevistados, estando próximo do porcentual encontrado na sociedade.

Sintetizando, concluímos que:

Os farmacêuticos de Santa Catarina, a exemplo do que acontece nacionalmente com os demais RHS, encontram-se desproporcionalmente distribuídos no território, obedecendo à lógica do mercado de consumo de massas em detrimento das necessidades epidemiológicas. Questiona-se, portanto o papel do estado no planejamento do mercado e a função social dos serviços de saúde, particularmente o papel social do medicamento e da farmácia no contexto do SUS. A desarticulação e as práticas desencontradas do público e do privado causam descompassos, comprometendo o financiamento, a universalidade e a equidade das ações e serviços. As farmácias do setor público são, normalmente, meros depósitos e as do setor privado, completamente dissociadas das políticas de saúde, caracterizam-se como “entrepostos comerciais”.

Estão inseridos no mercado de forma múltipla e diversificada. Como proprietários de estabelecimentos (farmácias ou laboratórios de análises clínicas) ou assalariados, em sua maioria estão no setor privado. A renda média declarada é baixa, apesar de desenvolverem longas jornadas de trabalho e múltiplos empregos, muitas vezes fora de seu âmbito profissional. Sofrem dos problemas estruturais da força de trabalho no Brasil.

A maioria é jovem, abaixo dos 40 anos e a presença da mulher superou a masculina. A jovialidade e feminilização da profissão indica novos horizontes. As mulheres encontram-se concentradas nas faixas de renda inferiores, apesar de afirmarem desenvolver as mesmas atividades e jornadas de trabalho tão longas quanto os homens. Considerando que o sexo feminino possui outras tarefas inerentes as suas vidas privadas, há premência na reflexão de novas conformações nas condições de trabalho. A grande massa de jovens cria novas perspectivas à profissão, devido ao ímpeto das novas gerações; não obstante, indica tendência de um contingente de idosos para as próximas décadas.

O objeto de trabalho do farmacêutico é complexo, a atenção farmacêutica exige conhecimento, a exemplo daquelas destinadas aos grupos de riscos: crianças (pediatria), hipertensos (cardiologia), diabetes (endocrinologia), idosos (geriatria) e outras como infectologia, além daquelas clássicas da profissão (farmácia hospitalar, de manipulação, clínica, análises clínicas, etc.). Entretanto nem as universidades, nem o mercado, ofertaram cursos afins, para capacitar os farmacêuticos ao seu trabalho privativo. Todavia, um grande contingente mostra desejo de desenvolver cursos de capacitação. A necessidade da especialização é fruto da complexidade técnica e científica. Não se pode, no entanto, perder a dimensão do trabalho voltado a integralidade das ações e dos indivíduos. Para tanto necessita de informações, de novas tecnologias, de lançar mão dos avanços das telecomunicações, da informática, de técnicas de comunicação, de metodologias construídas a partir de práticas inovadoras.

Número significativo de profissionais dedicam-se as farmácias e em menor proporção às análises clínicas. Todavia, a formação encontra-se na contramão, uma vez que a maioria está habilitada para o exercício desta última. Aparentemente,

ocorre a formação acadêmica, estimulada historicamente pela habilitação, e devido à falta de espaço no mercado de trabalho, se voltam, sem preparação especializada, à farmácia; fato que pressupõe uma volta à origem. Observa-se o distanciamento do aparelho formador, que por inexistência de diretrizes, vontade política, determina a desqualificação técnica e social do trabalho em saúde, corroborando para o modelo “médico-assistencial privatista”, de conteúdo ideológico hegemônico.

As necessidades da atenção farmacêutica, em face da complexidade do objeto que lhe é caro, são inquestionáveis. Somente a capacitação técnica e política, e a participação dos profissionais em todas as etapas do processo (técnico e político), contribuirá para a consolidação de sua base cognitiva, e a partir daí a (re)conquista do mercado de trabalho e da visibilidade social deturpada. Em outras palavras, começará a ser recomposta a ruptura da identificação do farmacêutico com o medicamento, por parte da sociedade e principalmente do seu próprio prisma. A população parece demonstrar crescente interesse pela questão, exigindo segurança nos produtos que consome e informações precisas a respeito deles. Somente, a partir daí vislumbra-se sua inserção, de forma diversificada, inerente ao seu espectro de ação, e transdisciplinar; na estruturação do novo sistema de saúde, pautado em modelos assistenciais que priorizem a promoção e a prevenção dos riscos, onde o medicamento seja produzido, prescrito, dispensado e usado de forma racional e responsável.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das conclusões obtidas e do referencial teórico desenvolvido, alguns comentários e sugestões parecem pertinentes:

A importância dos Recursos Humanos em Saúde deve ser reconhecida como alicerce para a construção do SUS, implicando em permanente processo de formação e capacitação adequadas a realidade social, com gerenciamento e instrumentos de planejamento exigidos pelas sociedades modernas, desenvolvendo e valorizando-os; como permanentes mecanismos de estímulos, para alcançar o pleno exercício do trabalho e da cidadania.

A necessidade do entendimento, da crise estrutural do país, que se agrava a cada dia, levando a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. A adoção do modelo neoliberal e a conseqüente internacionalização ou globalização da economia têm como objetivo a expansão do mercado consumidor dos países ricos e como conseqüência à acumulação ainda maior do capital das mega corporações em detrimento do processo de igualdade entre os países.

O Estado Mínimo como recomendação/determinação principal do Banco Mundial (1993), porta voz dos países desenvolvidos, passa pela abertura das fronteiras nacionais aos investimentos externos, com conseqüente endividamento; privatização das empresas estatais estratégicas, privatização do ensino, da previdência, da saúde; desregulamentação dos direitos sociais, notadamente dos direitos trabalhistas; corte dos investimentos em ciência e tecnologia; entre outras explícitas e implícitas.

A privatização segue a lógica da entrega das grandes empresas ao capital internacional, e o dinheiro da venda ao pagamento da dívida externa, o qual vai fomentar o grande capital, num círculo perverso de dominação e dependência.

O Estado Mínimo pressupõe a entrega das funções estratégicas do estado a iniciativa privada, que responde com a oferta dos serviços essenciais à custa de pagamentos. Não obstante, a crise fiscal do Estado agudiza os problemas sociais através do aumento indiscriminado dos tributos e do baixo retorno proporcionado à sociedade, reduzindo ainda mais ao acesso da população aos produtos e serviços essenciais. População, em sua maioria pobre, com níveis de desempregos e subempregos elevados, excluídos das condições mínimas de cidadania, em função da concentração de renda cada vez maior.

O aparelho formador, instância máxima da produção de conhecimentos para a solução dos problemas da sociedade, para a redução das iniquidades, para a libertação, atrela-se cada vez mais ao modelo econômico hegemônico, servindo como gerador de mão de obra para o mercado.

O distanciamento entre o aparelho formador e utilizador que perdurou durante décadas no Brasil, especialmente na Farmácia, em face da não serventia de profissionais qualificados ao sistema de distribuição e dispensação de medicamentos, parece aplacar-se, quando se observa o pacto da formação de elementos para a indústria médico supletiva, em franca ascensão nas últimas décadas. Portanto, alavancado pelo processo de privatização do ensino, a escola se aperfeiçoa para atender os serviços de saúde privados, reproduzindo seus conteúdos ideológicos.

A saúde da população entendida como mercadoria, que necessita de outras mercadorias na forma de produtos e serviços, para sua manutenção, consolidou-se como setor econômico de alta lucratividade. Este entendimento neoliberal conspira para a desestabilização do SUS, continuando o sucateamento deliberado do setor público, protagonizado pelos seus representantes. Um sistema público eficiente contraria os interesses ideológicos privatizantes e os lucros decorrentes. Entretanto deve existir, de forma incipiente, para cobrir aqueles que não podem pagar – serviços básicos para os pobres e serviços

especializados para quem pode pagar.

A assistência farmacêutica, como área fundamental da assistência à saúde, se insere nesse contexto estrutural adverso do país. Reconhecê-lo, traçar metas e estratégias para superação dos enormes obstáculos, que devem ser transpostos pelos RHS e todos os segmentos populacionais, é fundamental.

A necessidade de repensar a escolarização plena dos cidadãos, a formação dos farmacêuticos e demais RHS, através de planos didático-pedagógicos voltados às transformações sociais, devem indicar novos horizontes. Indivíduos competentes técnica e politicamente, críticos, atores da ação coletiva e sujeitos do controle social são os protagonistas da implementação de um sistema de saúde único, solidário e eficiente. Buscar, na prática, a universalidade da atenção à saúde, com equidade, ética e responsabilidade é um processo contra-hegemônico, um desafio em favor da saúde de toda a nação, entendida como o conjunto de seus habitantes, possuidores de peculiaridades sociais, econômicas e políticas.

No decorrer da elaboração do presente trabalho, que teve o profissional farmacêutico como tema central, inserido nos RHS, que por sua vez, são participantes como sujeitos da ação técnica-científica, social e política, em favor da melhoria da qualidade de vida da população, surgiu uma série de interrogações ou necessidades de aprofundamento de nossas análises, as quais poderiam ser temas de outras investigações. Focalizando somente o objeto de nosso estudo sugerimos, entre outras:

- a) Estrutura e dinâmica do mercado de trabalho;
- b) O novo processo de trabalho;
- c) Nível de conhecimento técnico e científico frente ao seu objeto de estudo;
- d) Impacto da crescente participação feminina no mercado de trabalho;
- e) Reação do profissional frente à falta de visibilidade social;

- f) Relações entre formação, prática profissional e modo de produção econômica;
- g) Perspectivas do mercado de trabalho dos analistas clínicos, tecnólogos de alimentos e farmacêuticos industriais;
- h) Mecanismos de avaliação e controle dos serviços executados;
- i) Relação entre produção de serviços e incorporação de tecnologias;
- j) Razões da Insatisfação com a profissão;
- k) Impactos da inexistência nas farmácias de pessoal auxiliar qualificado;
- l) Características do processo de profissionalização;
- m) O processo de terceirização nos serviços farmacêuticos; e
- n) Divisão social de funções, subordinação técnica e cognitiva.

O presente trabalho objetiva, em último plano, contribuir para novas possibilidades de análise e servir de estímulo para outras investigações.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILERA, Carlos Eduardo; BAHIA, Lígia. A história das políticas de saúde no Brasil. In: Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. II, n. 1/2:5-20, 1997.
- BERMUDEZ, Jorge A. Z. Remédio: saúde ou Indústria? A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- _____. Indústria Farmacêutica. Estado e Sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: HUCITEC-SOBRAVIME, 1995.
- _____. Medicamentos: acesso e perspectivas na virada do século. In: Boletim da ABRASCO. Rio de Janeiro, a. XVII, jan./mar., 2000.
- BOLETIM SOBRAVIME. O controle da promoção farmacêutica (editorial). São Paulo, n. 33:1-2, 1999.
- BONFIM, José R. A. Os dédalos da política brasileira de medicamentos. In: A construção da política de medicamentos. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1997. p. 26-48.
- BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes de. Saúde e Previdência: estudos de política social. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- BRANDÃO, Maria de Lourdes C. B.; VALLADÃO, Maria de Lourdes F. Farmácia, farmacêuticos e ensino, riscos e advertências. Revista Infarma, v. 7, n. 1/2, p. 20-21, 1998.
- BRASIL. Manifesto dos estudantes e profissionais de Farmácia presentes na VII Semana Acadêmica de Estudos Farmacêuticos. Porto Alegre/RS, 20-25/07/1980.

- BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- BUSS, Paulo Marchiori. Recessão Agrava Crise na Saúde. In: Jornal Proposta. RADIS-ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro: setembro 1991.
- CAETANO, João Carlos. Formação profissional, força e mercado de trabalho em odontologia: tendências e perspectivas em Santa Catarina. Rio de Janeiro, 1993. [Tese de Doutorado] Universidade Federal Fluminense.
- CASTRO, Lia Lusitana Cardoso. Elementos para a discussão da formação do farmacêutico voltado para a realidade brasileira. Revista Pharmácia Brasileira, a. II, n. 17, p. 16-17, 1999.
- COELHO, Clair Castilhos. Contribuição para uma política nacional de medicamentos. São Paulo: 1980. [Dissertação de Mestrado] Universidade de São Paulo.
- COELHO, Elza S.; Westrupp. Maria Helena B.; VERDI, Marta. Da velha à nova república: a evolução das políticas de saúde no Brasil. Florianópolis, (mimeo), 1996.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1a, Brasília, 1986. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- _____. 2a, Brasília, 1993. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- CORREIA Jr. O Farmacêutico na Equipe Multiprofissional de Saúde e a Interprofissionalidade. In: Revista Infarma, Brasília: CRF, V.6, n. 1/2, p.10-12,
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Perfil do Ensino de Farmácia e Bioquímica no Brasil. Brasília: CFF, 1974.
- CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SC. Assistência Farmacêutica no Brasil. Florianópolis, 1998.
- COSTA, Nilson Rosário da. Lutas urbanas e controle sanitário. Petrópolis (RJ): Vozes-Abrasco, 1992.
- FENAFAR e ENEFAR. Proposta de reformulação do ensino de Farmácia no Brasil. Brasília: EIKONGRAFIC'S, 1996.
- FENAFAR. Boletim de Divulgação. Brasília, Boletim Especial, 1999.
- FREIDSON, E. La Profesión Médica: un estudio dei la sociologia del conocimiento aplicado. Barcelona, Ediciones Península, 1978.
- FREITAS, Sérgio Fernando Torres. Algumas Considerações sobre Recursos Humanos em Odontologia no Estado de Santa Catarina. In: Encontro Catarinense de Odontologia em Saúde Coletiva, 2º. Florianópolis: UFSC, 1996. p.45-48.

- GARRAFA, Volnei. Desafios Éticos na Política de Recursos Humanos Frente às Necessidades de Saúde. In: Cadernos RH saúde. Brasília: Ministério da Saúde, a. I, v. I, n. 3:9-18, 1993.
- GIRARDI, S. N. O Perfil do "Emprego" em Saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, n. 2:423-39, 1986.
- GORZ, André. Crítica da divisão do trabalho. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- GRAMSCI, Antonio. Maquiavel, a política e o Estado moderno. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
- GUERRA DE MACEDO, C. Recursos humanos para a saúde. In: Congresso Brasileiro de Higiene, 19^o Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo, 1977. Temas oficiais: documentos básicos. São Paulo: 1977.
- I e II Encontros Nacional de Professores de Higiene Social/Saúde Pública dos Cursos de Farmácia. Relatório Final. São Paulo, mimeo, 1996.
- JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A Gestão de Recursos Humanos e a Municipalização da Saúde. In: Cadernos RH saúde, Brasília: Ministério da Saúde, a. I, v. I, n. 3:63-66, 1993.
- LEOPARDI, Graça. Entrevista à Revista Pharmácia Brasileira. Brasília, a. II, n. 16, 1999, p.6-9.
- LIEDKE, Elida Bubini. Processo de Trabalho. In: CATTANI, Antônio David (Org.). Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. 2.ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1997.
- LUCENA, Maria Diva da Salette. Planejamento de recursos humanos. São Paulo: Ed. Atlas S.A., 1991.
- MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores de Saúde: um bem público. Revista Saúde em Debate, n. 48:54-57, 1995.
- _____. Sociologia da profissões: uma contribuição para o debate. In: Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p.11-33.
- _____. As Profissões e o SUS – arenas conflitivas. In: Revista Divulgação em Saúde para Debate. Londrina, n.14:44-47, 1996.
- MACHADO, Maria Helena (Org.). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- MARX, Karl. O capital. 7.ed, v. 1, Livro 1. Rio de Janeiro: DIFEL, 1982.
- MEDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. El mercado de tabaio en salud: aspectos teóricos, concepatuales y metodológicos. Educ. Med. Salud, 25:1-14, 1991.

- _____. O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1992.
- MEDICI, André César. Emprego em Saúde na Conjuntura Recente: Lições para a Reforma Sanitária. In: Textos de Apoio - Planejamento - Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP-ABRASCO, 1987. p.143-152.
- _____. Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. In: Cadernos RH saúde, Brasília: Ministério da Saúde. a. I, v. I, n. 3:41-46, 1993.
- MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. Medicina e História: raízes do trabalho médico. São Paulo: 1979. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Medicina da USP.
- _____. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: 1986. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Medicina da USP.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Anais. Brasília, 1987.
- _____. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Formação Superior no Brasil: tendências da graduação no período 1985/1991. Cadernos RH saúde, v. 1, n. 2. Brasília: 1993.
- _____. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Boletim de Análise do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. n. 1. Brasília: 1996.
- _____. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Boletim de Análise do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. n. 2. Brasília:1996.
- MORAES, Nilson Alves de. Transdisciplinaridade, Saúde Coletiva e História. In: Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. II, n. 1/2:31-35, 1997.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994.
- _____. A Força de Trabalho em Saúde no Contexto da Reforma Sanitária. In: Textos de Apoio: Planejamento - Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP/ABRASCO, 1987. p.153-158.

- _____. A Força de Trabalho em Saúde. In: Textos de Apoio: Planejamento - Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro: ENSP-ABRASCO, 1987, p.15-16.
- _____. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. Cad. Saúde Pública, 3:332-42, 1977.
- NUNES, Tânia Celeste Matos. Recursos Humanos em Saúde e a Municipalização: Um novo ciclo de descentralização?. Rio de Janeiro: CONCURD/ENSP, 1991.
- OLIVEIRA, Carlos R. História do trabalho. São Paulo: Ática, 1987.
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. (IM)Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.
- OPS/OMS. El papel del farmacêutico en el sistema de atención de salud. Informe de un grupo de consulta de la OMS. Nueva Delhi, 12-16 Diciembre 1988. Ginebra: OMS, 1990; WHO/PHARM/DAP/90.1.
- _____. El papel dei farmacêutico en el sistema de atención de salud. Informe de la reunión de la OMS. Buenas prácticas de farmacia: normas de calidad de servicios farmacêuticos. La Declaración de Tokio, 1993 - Federación Internacional Farmacêutica. OPS/HSS/HSE/95.1.
- _____. El papel del farmacêutico en el sitema de atención de salud. Buenas Prácticas de Farmacia. Washington: OPS, 1995. HSS/HSE/95.01.
- _____. The role of the pharmacist en the health care system. Preparing the futute pharmacist: curricular developmnet. Report of a third WHO Consultative Group on the role of the pharmacist. Vancouver, Canada, 27-29 August 1997. WHO/PHARM/97/599.
- PAIM, Jairnilson Silva. Recursos Humanos no Brasil - problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994.
- PERINI, Edson. A questão do farmacêutico: remédio ou discurso? In: A construção da política de medicamentos. São Paulo: HUCITEC, 1999, p. 323-334.
- PERINO, Marco Antônio. Entrevista à Revista ANFARMAG, São Paulo, a. VI, n. 26, 2000, p.16-18.
- PIERANTONI, Célia Regina; MACHADO, Maria Helena. Profissões de Saúde: a formação em questão. In: Cadernos RH Saúde. Brasília, Ministério da Saúde. a. I, v. I, n. 3:23-34, 1993.
- PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: ANNABLUME, 1998.

- QUADRA, Antônio Augusto; AMANCIO, Aloisio. O Planejamento e a formação de Recursos Humanos para a Saúde. In: Saúde e Medicina no Brasil: contribuindo para o debate. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- RECH, Norberto; SILVA, Nemésio C.; Nascimento Jr., José Miguel. Análise da situação farmacêutica no Brasil e proposições. Florianópolis: CRF, 1987.
- REVISTA DADOS. Programa RADIS/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, n.20, 1996.
- REVISTA PHARMÁCIA BRASILEIRA. Brasília: CRF, a. 1, n. 3:37-40, 1996.
- REVISTA SÚMULA. Programa RADIS/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, n.75, 1999.
- ROVERE, Mário R. Capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos. Aportes para una metodología de planificación estratégica de recursos humanos en salud. Educ. Med. Salud., 26:177-90, 1992.
- SABOIA, João. O terciário: um setor em crescimento no Brasil. São Paulo em Perspectiva. Revista da Fundação SEADE. Setor terciário, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 25-26, jul./set.
- SALUM e cols. Necessidades de aperfeiçoamento dos enfermeiros da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo diante do Sistema Único de Saúde. Revista Saúde em Debate. Londrina, CEBES, 1996, n. 51, p.50-58.
- SANTANA, J. Paranaguá de. A Gestão do Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde: elementos para uma proposta. In: Cadernos RH saúde, Brasília: Ministério da Saúde. a. I, v. I, n. 3:51-62, 1993.
- SANTOS, Maria Ruth. Do Boticário ao Bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutico no Brasil. Rio de Janeiro: 1993 [Dissertação de Mestrado] Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.
- _____. Os farmacêuticos em profissionalização: o caso Brasil e a experiência internacional. In: Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p.63-182.
- SANTOS, Rosângela Verônica dos. O processo histórico-social do trabalho e sua repercussão sobre a saúde. Revista Saúde em Debate, 36:51-57, 1992.
- SCHAIBER, Lília Blima. O médico e o seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- SOBRINHO, J. R. F. 140 anos de ensino farmacêutico no Brasil: 1832-1972. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 1973.
- TEIXEIRA, Carmem Fontes. Formação de Recursos Humanos para o SUS: desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção à saúde. In: Revista Saúde em Debate. n. 41:20-23, 1993.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Formação de Recursos Humanos em Saúde: conjuntura atual e perspectivas. Revista Divulgação em Saúde para Debate, n. 12:19-23, 1996.

TEIXEIRA, Márcia e cols. Trabalho e gestão em saúde – algumas considerações no contexto do SUS. In: Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1996.

TUMA, Ilenir Leão. Perspectiva da assistência farmacêutica no novo contexto da saúde. Revista Farmácia Brasileira, a. III, n. 18, p.47.

VALLADÃO, Maria de Lourdes F. et al. Os (Des)Caminhos do Ensino de Farmácia no Brasil. Revista de Farmácia e Bioquímica da UFMG, Belo Horizonte: 7:63-74, 1986.

VIANNA, Cid M. de Mello. Indústria Farmacêutica: uma análise da estrutura e evolução industrial. Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social, 1995.

VIEIRA, João Paulo S. A produção e a falsificação de medicamentos no Brasil. In: Revista Farmácia Militar. Rio de Janeiro. a. I, n. 1, 1999. p. 9-11.

ZUBIOLI, Arnaldo. Profissão: farmacêutico. E agora?. Curitiba: Lovise, 1992.

9 ANEXOS

ANEXO I
QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

- QUESTIONÁRIO DA PESQUISA -
FARMACÊUTICOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA:
- PERFIL PROFISSIONAL -

01- Sexo:

01- Masculino 02- Feminino

02- Idade (em anos): _____

03- Nacionalidade:

01- Brasileira 02- Estrangeira

04- Naturalidade (Sigla da Unidade da Federação): _____

05- Cidade de residência atual: _____

06- No seu domicílio, quantas pessoas de seu círculo familiar tem trabalho remunerado?

01- Um
02- Dois
03- Três ou mais

07- Seu pai, mãe ou pessoa responsável têm (ou tinham) curso superior completo?

01- Sim 02- Não

08- Nome da instituição onde você concluiu a sua graduação:

09- Estado da federação onde você concluiu a sua graduação:

01- Brasil (sigla da Unidade da Federação): _____
02- Outro país (assinale com X)

10- A entidade onde você concluiu a sua graduação era:

01- Pública 02- Privada

11- Ano em que você concluiu a sua graduação: _____

12- Você graduou-se somente em Farmácia ou optou por alguma habilitação?

01- Somente Farmácia
02- Análises Clínicas
03- Tecnologia de Alimentos
04- Farmácia Industrial

13- Possui pós-graduação?

01- [] Curso de aperfeiçoamento (entre 180 e 360h de duração)

02- [] Curso de especialização (c/ mais de 360h de duração)

03- [] Mestrado

04- [] Doutorado

05- [] Não

14- Você tem título de especialista?

01- [] Sim 02- [] Não

15- Se a resposta anterior for Sim, qual(is) o(s) título(s)?

16- Depois que se formou, fez algum estágio na área onde trabalha que considera fundamental para sua vida profissional?

01- [] Sim 02- [] Não

17- Se a resposta anterior for Sim, especifique o(s) estágio(s) e as horas de duração.

_____ hs.
_____ hs.
_____ hs.

18- Participou de algum Congresso científico nos últimos 3 (três) anos, enquanto profissional, relacionado a atividade farmacêutica?

01- [] Sim

02- [] Não

03- [] Formado a menos de três anos

19- Se a resposta anterior for Sim, qual a forma de participação?

01- [] Assistente

02- [] Palestrante

03- [] Apresentação de trabalho científico

20- Qual(is) o(s) jornal(is) ou revista(s) científica, que possui relação com sua atividade profissional, que você lê?

21- Se a resposta anterior for sim, qual a periodicidade com que você lê?

01- [] Mensalmente

02- [] Bimensalmente

03- [] Trimestralmente

04- [] Raramente

22- É membro de alguma sociedade científica?

01- [] Sim 02- [] Não

23- Se a resposta anterior for Sim, qual(is) a(s) Sociedade(s)?

24- Você sente necessidade de aprimorar seus conhecimentos?

01- [] Sim 02- [] Não

25- Se a resposta anterior for Sim, qual a modalidade que você escolheria?

01- [] Curso de pequena duração

01- [] Curso de aperfeiçoamento (entre 180 e 360h de duração)

02- [] Curso de especialização (com mais de 360h de duração)

03- [] Mestrado/Doutorado

04- [] Trabalhando ou estagiando em outra instituição

26- Você é usuário da Internet?

01- [] Sim 02- [] Não

27- Sua situação profissional atual é:

01- [] Ativo

02- [] Aposentado

03- [] Afastado temporariamente

04- [] Desempregado

05- [] Abandonou a profissão

28- Assinale o(s) ramo(s) de atividade(s) que desenvolve, em nível de importância financeira. (utilize o Anexo I e preencha com o código apropriado)

01- Principal []

02- Secundário []

03- Terciário []

29- O exercício da profissão farmacêutica, considerando todos os ramos de atividades, é sua única fonte de renda?

01- [] Sim 02- [] Não

30- Considerando todos os vínculos trabalhistas, qual sua jornada de trabalho?

01- [] Menos de 4h / dia

02- [] De 4 a 6h / dia

03- [] De 6 a 8h / dia

04- [] De 8 a 12h / dia

05- [] Mais de 12h / dia

31- Qual o setor no qual você têm atuação principal?

01- [] Setor público (de propriedade do poder municipal, estadual ou federal)

02- [] Setor privado (de propriedade particular)

32- Se você tem atividade em Farmácia, qual sua jornada real de trabalho?

- 01- [] Menos de 2h / dia
- 02- [] De 2 a 4h / dia
- 03- [] De 4 a 8h / dia
- 04- [] De 8 a 12h / dia
- 05- [] mais de 12h / dia

33- Se você tem atividade em Farmácia, qual o vínculo que mantêm?

- 01- [] Empregado
- 02- [] Sócio com não Farmacêutico
- 03- [] Sócio com Farmacêutico
- 04- [] Proprietário individual

34- Se você tem atividade em Laboratório de Análises Clínicas, qual o vínculo que mantêm?

- 01- [] Empregado
- 02- [] Sócio com não Farmacêutico
- 03- [] Sócio com Farmacêutico
- 04- [] Proprietário individual

35- Se você tem atividade em Farmácia, esta Farmácia possui algum programa de saúde em conjunto com a Secretaria de Saúde do município?

- 01- [] Sim 2- [] Não

36- Se você tem atividade em Laboratório de Análise Clínicas, este laboratório possui algum programa de saúde em conjunto com a Secretaria de Saúde do município?

- 01- [] Sim 2- [] Não

37- Qual o seu rendimento médio mensal? (renda individual obtida com o trabalho farmacêutico, em todas os ramos de atividades, considerando todos os vínculos)

- 01- [] Até R\$ 1000,00
- 03- [] De R\$ 1001,00 até R\$ 2000,00
- 04- [] De R\$ 2001,00 até R\$ 3000,00
- 05- [] De R\$ 3001,00 até R\$ 5000,00
- 06- [] De R\$ 5001,00 até R\$ 8000,00
- 07- [] De R\$ 8001,00 até R\$ 12000,00
- 08- [] acima de R\$ 12001,00

38- Qual seu grau de satisfação com a profissão?

- 01- [] Muito satisfeito
- 02- [] Satisfeito
- 03- [] Pouco satisfeito
- 04- [] Insatisfeito

39- É filiado ou associado a alguma entidade representativa de farmacêuticos (sindicatos, associações, etc.), com exceção do Conselho Regional de Farmácia?

- 01- [] Sim 02- [] Não

40- Se a resposta anterior for Sim, qual(is) a(s) entidade(s)?

41- Você lê algum jornal ou revista impresso por alguma entidade representativa dos farmacêuticos?

01- Sim 02- Não

42- Se a resposta anterior for Sim, qual(is) o(s) jornal(s) ou revista(s) que você lê?

43- Conhece os dispositivos do Código de Ética da profissão em vigor?

01- Sim 02- Não

44- Participa ou participou do Conselho Municipal de Saúde da sua cidade?

01- Sim 02- Não

45- Conhece os objetivos e as funções do Conselho Municipal de Saúde?

01- Sim 02- Não

46- É filiado a algum partido político?

01- Sim 02- Não

47- Qual o seu grau de satisfação com as principais entidades que representam o farmacêutico? Dê uma nota de 0 a 5 pontos.

01- Conselho Federal de Farmácia	[]
02- Conselho Regional de Farmácia de SC	[]
03- Federação Nacional dos Farmacêuticos	[]
04- Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de SC	[]
05- Assoc. Catarinense dos Profissionais de Farmácia e Bioquímica	[]

ANEXO AO QUESTIONÁRIO

RELAÇÃO DOS RAMOS DE ATIVIDADES DO FARMACÊUTICO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
01	Farmácia comercial de alopatia
02	Farmácia comercial de homeopatia
03	Farmácia comercial de manipulação
04	Farmácia privativa ¹
05	Farmácia hospitalar pública ²
06	Farmácia hospitalar privada ³
07	Laboratório de análises clínicas público
08	Laboratório de análises clínicas privado
09	Laboratório de análises bromatológicas público
10	Laboratório de análises bromatológicas privado
11	Laboratório de toxicologia público
12	Laboratório de toxicologia privado
13	Laboratório de citopatologia público
14	Laboratório de citopalogia privado
15	Laboratório industrial farmacêutico público
16	Laboratório industrial farmacêutico privado
17	Assistência farmacêutica ⁴ no SUS estadual
18	Assistência farmacêutica no SUS municipal
19	Vigilância Sanitária
20	Vigilância Epidemiológica
21	Gestão de serviços públicos
22	Docência vinculada a área farmacêutica
23	Pesquisa vinculada a área farmacêutica
24	Outra

- Notas:**
- 1 - Farmácia privativa é aquela destinada ao atendimento exclusivo a determinado grupo de usuários.
 - 2 - Público(a): de propriedade de uma instância do poder municipal, estadual ou federal.
 - 3 - Privado(a): de propriedade particular ou de entidade filantrópica.
 - 4 - Assistência farmacêutica: trabalho ligado exclusivamente com medicamentos ou imunobiológicos.

ANEXO II

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE SC – REGIONAIS E SEDES

ANEXO III

**EMPRESAS REGISTRADAS NO CRF/SC SEGUNDO A ATIVIDADE -
MAIO DE 1999**

**EMPRESAS REGISTRADAS NO CRF/SC SEGUNDO ATIVIDADE -
MAIO DE 1999**

FARMÁCIA PÚBLICA	1792
FARMÁCIA PRIVATIVA	168
FARMÁCIA HOSPITALAR	178
FARMÁCIA HOMEOPÁTICA	30
FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO	55
FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO E HOMEOPATIA	04
FARMÁCIA DROGARIA E HERVANÁRIO	01
LABORATÓRIO DE MANIPULAÇÃO	01
DROGARIA	101
POSTO DE MEDICAMENTOS	129
ERVANÁRIO	03
CONTROLE DE PSICO. E ENTORPECENTES	01
DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS	52
DISTRIBUIDORA DE VACINAS	01
DISTRIBUIDORA DE COSMÉTICOS	02
DISTRIBUIDORA DE ART. MÉDICOS E HOSPITALARES	11
IMPORTADORA	06
IMPORTADORA E EXPORTADORA	08
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	499
LABORATÓRIO DE AC E CITO ANATOMO PATOLÓGICO	02
LABORATÓRIO INDUSTRIAL	49
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA	03
INDÚSTRIA DE ALIMENTOS	16
INDÚSTRIA DE ARTIGOS DE MATERIAL MAGN	01
INDÚSTRIA E COM. DE PRODUTOS QUÍMICOS	01
INDÚSTRIA E COM. DE CHÁS	02
INDÚSTRIA DE COSMÉTICOS	01
INDÚSTRIA QUÍMICA TERAPÊUTICA VETERINÁRIA	01
PRESTAÇÃO DE SERV. DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	01
TRATAMENTO DE ÁGUA	13
CONSULTORIA EM ANÁLISES CLÍNICAS	01
TOTAL	3.133

ANEXO IV

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA
SANITÁRIA, O USO RACIONAL DOS MEDICAMENTOS E O
DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

FATORES QUE INFLUEM NA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SANITÁRIA, O USO RACIONAL DOS MEDICAMENTOS E O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Fatores demográficos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ envelhecimento das populações ▪ população infantil vulnerável ▪ crescimento populacional ▪ mudanças nas características epidemiológicas ▪ distribuição geográfica da população
Fatores econômicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ aumento dos custos da assistência sanitária ▪ economia nacional e mundial ▪ crescente desigualdade entre ricos e pobres
Fatores tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ desenvolvimento de novos medicamentos ▪ novas técnicas de divulgação da informação e de novos dados sobre os medicamentos existentes ▪ medicamentos mais potentes e de mecanismos de ação mais complexos ▪ biotecnologia
Fatores sociológicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ expectativas e colaboração dos consumidores ▪ abuso e uso incorreto dos medicamentos ▪ utilização da medicina tradicional
Fatores políticos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prioridades na aplicação dos recursos nacionais (direcionado para a saúde) ▪ mudanças na política econômica ▪ critério das instâncias normativas em assuntos de farmácia ▪ regulamentação farmacêutica ▪ políticas farmacêuticas nacionais; listas de medicamentos essenciais
Fatores profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ diversidade no ensino e na formação impostas aos farmacêuticos ▪ distribuição do pessoal auxiliar de farmácia ▪ falta de critérios uniformes no que diz respeito à atenção dispensada ao paciente na farmácia ▪ base de remuneração dos farmacêuticos
Fatores de prestação de assistência sanitária	<ul style="list-style-type: none"> ▪ acesso à assistência sanitária ▪ aumento do tratamento de doenças graves fora dos hospitais

Fonte: OMS - OPS informe de la reunión de la OMS, Tokio, Japón 31 de agosto al 03 de setiembre de 1993 (OPS/HSS/HSE/95.01) (extraído do livro Profissão Farmacêutica no Brasil: História, Ideologia e Ensino, 1995, p.105)

ANEXO V

PAPÉIS TRADICIONAIS E NÃO-TRADICIONAIS DO FARMACÊUTICO

PAPÉIS TRADICIONAIS E NÃO-TRADICIONAIS DO FARMACÊUTICO

<p>Papéis tradicionais do farmacêutico, voltados aos medicamentos (manipulação, dispensação e comercialização) e desempenhados no campo da saúde</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ formulação▪ produção oficial e industrial▪ controle de qualidade▪ armazenamento e distribuição▪ dispensação▪ farmácia comunitária e assistencial▪ informação científica voltada para a comercialização
<p>Papéis não-tradicionais do farmacêutico ao campo da saúde a serem incorporados aos tradicionais e com a concepção de que deveriam estar voltados para o indivíduo e comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ promoção da saúde▪ prevenção de doenças▪ atenção primária à saúde▪ referência da atenção▪ educação em saúde▪ informação farmacológica, terapêutica e toxicológica▪ farmacovigilância▪ administração dos serviços de saúde▪ formulação de políticas e planejamento em saúde

Fonte: OMS - OPS informe de la reunión de la OMS, Tokio, Japón 31 de agosto ai 03 de setiembre de 1993 (OPS/HSS/HSE/95.01) (extraído do livro Profissão Farmacêutica no Brasil: História, Ideologia e Ensino, 1995, p.106)

ANEXO VI

PROCEDIMENTOS ADICIONAIS À ATENÇÃO FARMACÊUTICA

PROCEDIMENTOS ADICIONAIS À ATENÇÃO FARMACÊUTICA

<p>Uso racional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ elaboração de catálogos de medicamentos básicos ▪ padronização de medicamentos ▪ formulários terapêuticos ▪ informação farmacológica (centros de informação e publicação de informativos) ▪ readequação da educação e educação continuada do pessoal de saúde ▪ definição de critérios éticos para a promoção e divulgação de medicamentos ▪ estudos de utilização de medicamentos em função da relação benefício/custo
<p>Serviços farmacêuticos (procedimentos que compreendem o fornecimento de medicamentos em todas as suas etapas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conservação e controle de qualidade ▪ segurança e eficácia terapêutica ▪ acompanhamento e avaliação do uso do medicamento ▪ obtenção e divulgação de informações ▪ educação permanente à equipe de saúde, ao paciente e à comunidade
<p>Desenvolvimento de serviços farmacêuticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ presença de farmacêutico ou pessoas treinadas e supervisionadas pelo farmacêutico ▪ comitês de farmácia e terapêutica ▪ formulário terapêutico ▪ serviços de informação sobre medicamentos e substâncias tóxicas ▪ administração eficiente dos recursos econômicos (planejamento de necessidades, controle de balanços e inventários) ▪ sistema de doses unitárias ▪ farmacovigilância ▪ estudo de utilização de medicamentos ▪ integração com a equipe de saúde
<p>Medicamentos essenciais (princípios para se buscar a universalidade e a equidade)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ acesso de toda a população aos medicamentos necessários ▪ preços acessíveis à sociedade e ao indivíduo ▪ prioridade para os medicamentos que respondem às necessidades da maioria da população ▪ distribuição equitativa entre áreas urbanas e rurais ▪ garantia sobre a eficácia, seguridade e qualidade ▪ capacitação adequada dos prescritores ▪ acesso à informação objetiva ▪ permitir aos consumidores capacidade de ação através da educação e informação ▪ participação da comunidade ▪ desenvolvimento de fármacos apropriados ao quadro nosológico regional ▪ produção com assunção da responsabilidade ▪ promoção e comercialização ética ▪ interrupção de doações de produtos ineficazes ou perigosos

Fonte: Dr. Henrique Feffer, coordenador do programa de medicamentos essenciais e tecnologia - OPS/OMS - Conferência ministrada no Seminário Internacional de Farmacêuticos, São Paulo, 20 a 24 de maio de 1995. (extraído do livro Profissão Farmacêutica no Brasil: História, Ideologia e Ensino, 1995, p.107)

ANEXO VII

**PERFIL DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO
(CONSTRUINDO SUA "NETWORK")**

PERFIL DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO (CONSTRUINDO SUA "NETWORK")

ASPECTOS	QUALIDADES
COMUNICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ estar sempre informado ▪ ser especialista em prestar informações
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conhecer as aspirações da população ▪ compromisso com a qualidade total (produtos e serviços)
POLÍTICO/ECONÔMICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ especialista em redução de custos ▪ ser flexível (adaptável às mudanças)
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ser comunicativo (educador por excelência) ▪ ético
ORGANIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ter planejamento (metas escritas e estratégias para alcançá-las) ▪ proceder registro das ações
TÉCNICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ser competente ▪ estar integrado na equipe ▪ participar das instâncias colegiadas
PESSOAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inspirar confiança ▪ destacar-se como profissional (capacitar-se para dar resolubilidade)

Fonte: Ilenir Leão Tuma, Secretária Geral do CRF-GO. Artigo "Perspectiva da assistência farmacêutica no novo contexto da saúde. Revista Pharmacia Brasileira, a. III, n. 18, jan./fev., 2000, p. 47.

ANEXO VIII

**NÚMERO DE FARMÁCIAS E DROGARIAS EM COMPARAÇÃO COM O
NÚMERO DE FARMACÊUTICOS E ESCOLAS, NOS ESTADOS
BRASILEIROS E A PROJEÇÃO DO NÚMERO DE FARMACÊUTICOS
PARA OS PRÓXIMOS ANOS - BRASÍLIA MAIO/2000**

NÚMERO DE FARMÁCIAS E DROGARIAS EM COMPARAÇÃO COM O NÚMERO DE FARMACÊUTICOS E ESCOLAS, NOS ESTADOS BRASILEIROS E A PROJEÇÃO DO NÚMERO DE FARMACÊUTICOS PARA OS PRÓXIMOS ANOS - BRASÍLIA MAIO/2000

Estado	População	Total Farmácias e Drogarias	População /Farmácias	Número de Farmacêuticos	Número de escolas de farmácia	Projeção do número de farmacêuticos para os próximos anos a partir das novas formaturas*				
						2000	2001	2002	2003	2004
AL	2.633.251	2668	3.428	230	2	250	370	510	750	990
AM/PR	2.636.410	646	4.081	681	1	731	781	831	881	931
BA	12.541.675	2754	4.553	2392	2	2522	2652	2782	2912	3042
CE	6.809.290	1456	4676	1881	2	2091	2301	2511	2721	2931
DF	1.821.946	605	3011	944	2	1084	1224	1364	1504	1644
ES	2.802.707	1140	2.458	963	4	1180	1220	1470	1720	1970
GO	4.514.967	1746	2.585	1875	3	2070	2265	2535	2805	3075
MA	5.222.183	841	6.209	1028	2	1058	1188	1318	1448	1578
MG	16.672.613	5677	2.936	7244	13	8144	9144	10344	11544	12744
MS	1.927.834	905	2.130	1008	3	1158	1308	1578	1848	2118
MT	2.235.832	853	2.621	1007	2	1107	1132	1157	1282	1307
PA/AP	5.871.308	1411	4.168	1203	2	1273	1343	1483	1623	1763
PB	3.305.616	1043	3.169	1588	2	1768	1948	2128	2308	2488
PE	7.399.071	1904	3.886	1660	1	1730	1810	1880	1950	2020
PJ	2.673.085	1076	2.484	294	1	344	394	444	494	544
PR	9.003.804	3346	2.690	6336	15	7236	8436	9836	11236	12636
RJ	13.406.308	4384	3058	5282	5	5532	5782	6102	6422	6742
RN	2.558.660	918	2.787	1220	2	1370	1540	1710	1880	2050
RO/AC	1.712.899	555	3086	299	0	-	-	-	-	-
RS	9.634.688	9322	2.456	5259	15	5709	6159	6959	7759	8559
SC	4.875.244	2090	2.332	2848	8	3068	3288	3788	4288	4788
SE	1.624.020	1231	1.319	186	1	-	276	366	456	546
SP	34.119.110	14293	2.387	18436	36	20936	23736	26536	29336	32136
TO	1.048.642	384	2.730	218	0	-	-	-	-	-
TOTAL	157.070.173	53848	2.907	64062	123	70111	77902	87097	96292	105587

Fonte: Conselho Federal de Farmácia

* Nessa projeção, foi considerado apenas o número de farmacêuticos que se formarão naquele ano, sem considerar as migrações ou falecimentos.

ANEXO IX

NATUREZA DA ATIVIDADE FARMACÊUTICA POR ESTADO - BRASIL 1999/2000

NATUREZA DA ATIVIDADE FARMACÉUTICA POR ESTADO - BRASIL 1999/2000

ESTADOS	DATA	FCIAD	DROG	MANIP	HOMEO	TOTFC	HOSP	LAC	OULA	INDFA	OUIND	DIST
AL	01/2000	270	381	11	6	668	39	17	-	02	-	29
AM/RR	08/99	-	561/74	09/-	02/-	646	34/04	48/12	01/-	-	23/-	127/13
BA	02/2000	2455	241	39	19	2754	103	338	03	18	-	140
CE	02/2000	1170	272	08	06	1456	209	188	06	07	08	104
DF	11/99	29	519	28	29	605	43	63	04	06	-	67
ES	02/2000	168	906	55	11	1140	80	253	-	13	-	155
GO	01/2000	322	1266	127	31	1746	133	236	-	40	-	107
MA	08/99	501	322	13	05	841	144	227	-	13	-	63
MG	02/2000	1024	4495	*	158	5677	1087	1542	-	72	28	260
MS	02/2000	439	428	31	07	905	148	124	02	03	08	19
MT	01/2000	96	718	28	11	853	133	235	-	03	-	48
PA/AP	12/99	871	507	07	26	1411	49	166	-	11	01	116
PB	05/99	984	33	13	13	1043	93	???	???	???	???	35
PE	02/2000	1846	05	43	10	1904	219	94	-	41	07	228
PI	12/99	52	1012	05	07	1076	40	52	02	04	04	26
PR	12/99	3180	-	110	56	3346	221	728	76	34	159	158
RJ	02/2000	1698	2179	333	174	4384	671	209	-	173	28	509
RN	01/2000	343	552	18	05	918	65	242	-	12	05	72
RO/AC	02/2000	-	536	16	03	555	13	77	01	03	01	48
RS	01/2000	1946	1823	112	41	3922	362	886	01	46	105	259
SC	01/2000	1908	84	57	41	2090	187	511	02	41	34	71
SE	02/2000	1183	38	04	06	1321	44	159	-	02	-	86
SP	01/2000	1462	11075	1439	317	14293	842	515	05	285	199	448
TO	12/99	147	225	09	03	384	37	43	-	-	-	24
TOTAL		22094	28252	2515**	987	53848	5000	5965	103	829	610	3212

Fonte: Conselho Federal de Farmácia

* As farmácias de manipulação no Estado de Minas Gerais estão incluídas junto às farmácias de dispensação.

** O número total de farmácias de manipulação, deve ainda somar o número de estabelecimentos com manipulação no Estado de Minas Gerais, aproximadamente 1000 estabelecimentos, perfazendo então um total de 3.500 farmácias de manipulação.

Legenda: FCIAD - Farmácia de dispensação
DROG - Drogeria
MANIP - Farmácia de manipulação
HOMEO - Farmácia homeopática
TOTFC - Total de farmácias e drogerias
HOSP - Farmácia hospitalar
LAC - Laboratório de Análises Clínicas
OULA - Outros laboratórios
INDFA - Indústria farmacêutica
OUIND - Outras indústrias farmacêuticas
DIST - Distribuidores