

WITZMANN, F. A. et al. Regional protein alterations in rat kidneys induced by lead exposure. *Electrophoresis*. Alemanha, v.20 (4-5), p.943-951, abr-mai 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. IPCS. **Environmental health criteria 165** – inorganic lead. Publish under the joint sponsorship of the United Nations Environment Program, the International Labor Organization, and the World Health Organization. Genebra, 300p. 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. IPCS. **Environmental health criteria 85** – lead – environmental aspects. Publish under the joint sponsorship of the United Nations Environment Program, the International Labor Organization, and the World Health Organization. Genebra, 106p. 1989.

XIE Y. et al. Studies on lead-binding protein and interaction between lead and selenium in the human erythrocytes. *Industrial Health*. v.36, p.234-239, 1998.

DESAFIOS E OPORTUNIDADES DO FARMACÊUTICO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

AMAURI MORAES DOS SANTOS

Mestre em Saúde Pública, Rua Blumenau, 1455, Itajaí/SC – 88305-104.

E-mail amauri@melim.com.br

INTRODUÇÃO

O registro da presença de doenças remonta à antiguidade e a explicação monocausal de origem mágico-religiosa permaneceu, até a idade moderna. Fatores sobrenaturais, elementos básicos da natureza, castigos divinos, miasmas. Mais recentemente, as bactérias passaram a ser consideradas a causa, a partir de um saber elaborado da humanidade. O pensamento monocausal, agora, fundamentado cientificamente, no final do século XIX, pela descoberta das bactérias, explicou os problemas de saúde através da relação agente/hospedeiro.

Esta vertente ecológica evoluiu a partir da incorporação da multicausalidade. Múltiplos fatores (idade, sexo, renda, ocupação, etc.) vinculados ao hospedeiro, em determinado ambiente, provocam desequilíbrio, acarretando as doenças. Caracterizou-se a tríade agente / hospedeiro / ambiente.

A relação causa-efeito de cunho mono ou multicausal tem caráter individual, enfatiza a natureza biológica da doença e caracteriza o predomínio do pensamento clínico. A saúde é entendida ou representada como ausência de doença e ganha dimensão social através da visão capitalista emergente. A organização dos serviços começa a ser “medicamente definida e tem como objetivo colocar à disposição da população serviços preventivos e curativos-reabilitatórios acessíveis” (1), impulsionados, no início do século XX, através do Relatório Flexner.

Apesar da dimensão social, a prática da atenção médica exclui a integralidade e o caráter coletivo das doenças, traduzindo para a sua prática as queixas dos doentes, permitindo que “espancamentos virem hematomas, que dramas e conflitos advindos de um cotidiano violento e violentador sejam captados e tratados como patologias ou doenças mentais. Ou seja, que problemas familiares e sociais se transformem em problemas estritamente biológicos e atinentes aos atos médicos” (15). Na maioria das vezes estes atos são traduzidos em medicamentos, símbolos contemporâneos da cura e do bem-estar. Todavia, a mais de 150 anos atrás, no início da era capitalista, Villerme e Virchow propunham que os remédios para as epidemias são prosperidade, educação e liberdade.

Em 1826, na França, Louis René Villerme, estudando a mortalidade em Paris, demonstrou a relação entre problemas sociais e doença. Em 1847, Rudolf Virchow, na Alemanha, concluiu que as causas das epidemias tinham caráter social, ao investigar epidemias em distritos. No célebre estudo sobre a epidemia de cólera em Londres, John Snow, demonstrou que o foco da

doença estava localizado nas regiões mais pobres e desprovidas de saneamento básico.

Esta corrente de pensadores da época demonstraram as relações entre saúde e qualidade de vida, inspirando outros pesquisadores, técnicos e políticos até nossos dias, os quais têm se dedicado a mostrar que intervenções sobre os determinantes da saúde são geralmente não-biológicos e externos aos sistemas de saúde. Que a mortalidade e a morbidade caem quando melhoraram a disponibilidade e a qualidade da água, do alimento, da educação, as condições de trabalho, renda, lazer, preservação do meio ambiente, entre outros fatores.

Apesar das relações entre saúde e condições de vida serem discutidas e conhecidas, há muito tempo, a saúde ainda é definida como ausência de doença, e, portanto, de conotação negativa. O modelo cartesiano biomédico predomina como prática de intervenção soberana, assentado no paradigma flexneriano cujos princípios - mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização e tecnificação, são hegemônicos. Os profissionais de saúde envolvidos nesta dimensão seguem reproduzindo o modelo capitalista ortodoxo, onde a saúde e o medicamento são considerados produtos de troca, mercadorias de intensa exploração mercantil.

Nunca se teve tanta clareza a respeito dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, e ao mesmo tempo nunca se criaram tantas condições adversas à vida. Como podemos adotar os pressupostos da promoção da saúde? Como podemos superar os desafios e aproveitar as oportunidades para a “produção social da saúde”, com a participação ampla dos recursos humanos em saúde e da sociedade? Como os farmacêuticos podem se tornar agentes de mudança na comunidade com responsabilidade social e inseridos no Sistema Único de Saúde?

PROMOÇÃO DA SAÚDE - NOVOS HORIZONTES

A promoção da saúde emerge no contexto da evolução do conceito saúde-doença evoluiu no movimento da medicina social e medicina comunitária, e no movimento da prevenção das doenças crônico-degenerativas, chamado por Terris (18) de segunda revolução epidemiológica, como um novo paradigma de conotação holística. Segundo o mesmo autor, a expressão *promoção da saúde* foi utilizada pela primeira vez por Henry Sigerist, em 1945, ao definir as quatro grandes tarefas para a medicina:

1. a promoção da saúde;
2. a prevenção da doença;

3. o restabelecimento do doente; e
4. a reabilitação.

Sigerist defendia uma ação integrada entre todos os setores organizados da sociedade, por considerar que um bom nível de vida, boas condições de trabalho, educação, cultura física, descanso e recreação eram as formas para promover a saúde.

Durante a década de 1970, os sistemas de saúde de diversos países, notadamente daqueles do primeiro mundo, foram fortemente questionados. Segundo Ferraz (6), no Canadá, através da influência Inglesa, foram consagrados os princípios da universalidade da assistência médica, e apesar do avanço social obtido sofreu muitas críticas. Marc Lalonde, respeitado epidemiólogo, e ministro de saúde canadense analisando os resultados obtidos no seu país com a universalização da assistência médica, concluiu que o declínio dos indicadores de mortalidade infantil ou a esperança de vida tinham outras determinações, visto que esses indicadores persistiam conforme a inserção social dos indivíduos, independentemente do acesso universal aos serviços de saúde.

Lalonde (7) propôs um modelo que articulasse quatro dimensões explicativas para o processo saúde-doença:

1. biologia humana;
2. estilos de vida;
3. meio ambiente (físico, social e psicológico); e
4. organização dos serviços de saúde.

Mendes (9) salienta que outros modelos mais globalizantes surgiram, que articulavam saúde e condições de vida. A exemplo, o modelo de Herzich constitui um modo de relação do tipo equilíbrio-desequilíbrio do homem com seu meio, onde intervem fatores humanos, condições ecológicas e estruturas sociais.

Mas foi o modelo de Lalonde, 1974, consagrado numa publicação do governo canadense, conhecido por Relatório Lalonde, o marco na discussão conceitual da promoção da saúde. O relatório é considerado por diferentes pensadores contemporâneos a primeira declaração teórica oriunda das reflexões sobre o impacto das doenças, principalmente as crônico-degenerativas, o crescimento dos gastos com a organização dos serviços médicos e a dimensão do processo saúde-doença.

A concepção de promoção da saúde proposta por Lalonde estava claramente entendida como medidas preventivas, ou seja, mudança de estilos de vida e comportamentos. Apesar da visão eminentemente preventiva do informe Lalonde, sua concepção significou um avanço em termos da compreensão e da incorporação de políticas de saúde e da adoção das ações intersetoriais independentes do sistema de cuidados de saúde (5).

As idéias de Lalonde, conjugadas a outros fatores, deram origem à I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada, em Ottawa, no ano de 1986, promovida pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Bem-estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública.

A Carta de Ottawa, resultado da Conferência, é um dos mais importantes documentos da saúde pública moderna. Assinala que "a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento pessoal, econômico e social, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, de meio ambiente, de comportamentos e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde" (4). Assim, as ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis e que as escolhas saudáveis sejam as mais fáceis.

O documento estabelece que os pré-requisitos para a saúde são "a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade." Segue afirmando que "alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. Suas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde."

A carta de Ottawa define promoção da saúde como um "processo que confere às populações os meios de assegurar um grande controle sobre sua própria saúde" e preconiza cinco campos de ação para a promoção da saúde:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis a saúde;
- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais; e
- reorientação dos serviços sanitários.

Outras conferências se seguiram. Conferência de Adelaide (1988), Sudsval (1991), Santafé de Bogotá (1992), Jakarta (1997), e por último, Cidade do México (2000). A Conferência de Santa Fé de Bogotá - Colômbia, foi a primeira que tratou do tema na América Latina. A Declaração de Santa Fé de Bogotá (5), assinada por 21 países, enfatizou a relação entre saúde e desenvolvimento e a solidariedade e igualdade social para postular a criação de uma cultura para a saúde na América Latina e considerou inaceitáveis as enfermidades resultantes da marginalidade, da desigualdade e da destruição do meio ambiente, relacionando saúde e desenvolvimento, alcançados através da solidariedade e igualdade social.

A evolução do paradigma da promoção da promoção da saúde, o envolvimento crescente da participação das comunidades e dos municípios na elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, na América do Norte e Europa, fundamentou a concepção de cidades saudáveis e comunidades saudáveis.

Segundo Ferraz (6) o termo *Cidade Saudável* foi cunhado por Duhl e Hancock, em 1984, ao formularem ideias sobre o papel dos municípios na formulação de políticas públicas favoráveis a saúde, passando a chamar-se *cidades saudáveis*, e definiram como "aquelas que colocam em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade".

Passamos, portanto, de uma concepção negativa da saúde para uma perspectiva mais global. Ações e serviços abrangentes comprometidos com a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Do paradigma biológico para o paradigma da promoção da saúde - uma concepção positiva.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E MODELO ASSISTENCIAL

A reforma sanitária, no Brasil, desenvolveu-se, a partir da década de 1970, no mesmo período do debates da promoção da saúde. Ocorreu a partir 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; propondo 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 voltada a força de trabalho, como vivemos durante quase todo o século XX.

A construção do SUS interpõe-se ao modelo excludente e seus princípios doutrinários delineiam a reformulação das práticas assistenciais e sanitárias em direção a um novo modelo assistencial, nele incluído um novo modelo de assistência farmacêutica. Um modelo capaz de contemplar as ações de promoção, de prevenção e também curativas, tão necessárias, principalmente por tratar-se de um país com tantos problemas como o nosso, onde a dor convive lado a lado com os indivíduos, subtraindo-lhes a qualidade de vida.

Vilaça (8) classifica os modelos assistenciais vigentes em modelo médico assistencial privatista, modelo sanitarista e modelo da vigilância da saúde. Apesar dos avanços do SUS, convivemos ainda com o 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" (16).

Segundo Santos (13) o modelo curativo, incorporador incondicional de tecnologias, fragmentado nas especialidades, impositor da medicalização, tem trazido grandes avanços na terapêutica, mas tem imposto grandes sacrifícios de ordem financeira, discriminatória e excludente, além de gerar novos problemas.

Este modelo hegemônico convive em paralelo com o modelo sanitário 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 em saúde, saneamento, controle de vetores, imunizações, etc.)" (17).

O modelo da vigilância da saúde "propõe 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" (17).

Na prática a vigilância da saúde é um modelo voltado para o enfrentamento dos problemas nos diferentes períodos do processo saúde-enfermidade. Pauta-se no conceito positivo de saúde e no paradigma da promoção da saúde. Um modelo que "não incide só sobre os produtos finais deste processo, qual sejam, mortes, seqüelas, 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" (3).

O SUS foi criado constitucionalmente sob a égide da concepção moderna da promoção da saúde - "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação." (2). Através de seus princípios legais e doutrinários e da sua prática, o SUS vem promovendo, ainda que lentamente, devido, basicamente a questões históricas, políticas, ideológicas e culturais, e ainda a hegemonia da "indústria da doença" e do distanciamento do aparelho formador, a reorientação do modelo assistencial, num amplo esforço relativo a organização dos serviços de saúde. O Programa Saúde da Família - PSF e o Programa de Agentes Comunitários - PACs são as principais estratégias para a mudança.

A vigilância da saúde suscita várias questões para sua operacionalização. Duas delas merecem destaque. A primeira diz respeito à dimensão de território. Santos (11), com muita propriedade define território como "um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento".

Este território possui uma rede complexa de objetos sociais disponíveis a população que deve trazer fomento a vida e a solução para dos problemas, conseqüente a estruturação social vigente - analfabetismo, analfabetismo funcional, acidentes de trânsito, de trabalho, câncer, hipertensão, diabetes, tabagismo, alcoolismo, o abuso de drogas ilícitas, deficiências físicas e mentais, deficiências da escola, stress, falta de lazer, violência, hábitos alimentares, doenças respiratórias, degradação ambiental, uso irracional de medicamentos etc.

Exigem, portanto ações intersetoriais para solução e/ou controle. Não pela soma dos setores, mas de forma holística, interativa. Para Mendes (9), "a ação intersetorial, para ser conseqüente, implica tomar problemas concretos, de gentes concretas, em territórios concretos". Este território, palco da vida, de interesses conflitantes, configura-se como arena de diálogos, de consensos, de projetos, de estratégias, enfim de espaços de construção da vida em sociedade.

Outra questão fundamental diz respeito à comunicação social. A organização de operações dirigidas ao enfrentamento de problemas específicos em territórios delimitados através da ação coletiva, de maneira interdisciplinar, exige fundamentalmente de seus atores amadurecimento político, a ruptura das divisões dos saberes e a sua interatividade, incluindo o popular, e fundamentalmente um grande esforço de comunicação através do diálogo, tendo como pano de fundo o respeito à pluralidade e os preceitos democráticos. A interdisciplinaridade possibilita aprofundar a interpretação da realidade complexa e a intersetorialidade instrumentaliza para a mudança.

Para a comunicação plena encontramos alguns desafios. A relação conflitante entre o saber popular e o saber científico, o nível de consciência a respeito dos problemas e dos seus condicionantes, o grau de informações que ambos os saberes dispõem, a forma de abordagem no diálogo a ser travado e a cultura do consumo, determinado pelo modo de produção capitalista, onde geralmente temos também os vendedores de informações e os consumidores destas.

A consolidação do modelo da vigilância da saúde tem, talvez, na comunicação seu maior desafio. O desafio do diálogo entre os saberes técnicos e destes com os populares, com o fim de transformar os pacientes/clientes/indivíduos/usuários em cidadãos e os territórios em comunidades e municípios saudáveis.

O FARMACÊUTICO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A partir do novo cenário mundial, onde diversos países buscam novos sistemas de saúde e novos modelos de atenção, alternativos aqueles embasados na atenção médica curativa, buscando na promoção da saúde, antes da prevenção e da recuperação, a Organização Mundial da Saúde organizou diversos encontros para analisar o "papel do farmacêutico no sistema de atenção a saúde". Dois se destacam: o primeiro encontro ocorreu em Nova Delhi, em 1988 (11) e o segundo em Tóquio (12), em 1993, sendo nessa oportunidade, elaborado pela Federação Internacional Farmacêutica, um manual denominado "Boas práticas da Farmácia: normas de qualidade de serviços farmacêuticos". Os resultados do encontro, juntamente com o manual ficaram conhecidos como a Declaração de Tóquio.

A primeira reunião trouxe contribuições fundamentais relativas as diversas atribuições do farmacêutico e as conseqüentes necessidades em termos de educação e recursos humanos. A Declaração de Tóquio abordou as responsabilidades do farmacêutico quanto às necessidades assistenciais do paciente e da comunidade. 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 os fatores que influem na prestação da assistência sanitária, o uso racional de medicamentos e o desenvolvimento da assistência farmacêutica: fatores demográficos, econômicos, tecnológicos, sociológicos, políticos, profissionais e de prestação de assistência sanitária. Entre inúmeras outras contribuições, elencou os papéis tradicionais do profissional, e relacionou os papéis não tradicionais do farmacêutico: promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção primária a 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.

O documento traz ainda a definição de Atenção Farmacêutica, com base nos conceitos de Hepler e Strand: "Conceito de prática profissional onde o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é uma somatória das atitudes, dos comportamentos, compromissos, inquietudes, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente". Embora estenda o benefício da prestação da farmacoterapia ao público, o seu conjunto não incorpora as ações de promoção da saúde, dando um caráter individual, direcionando a atenção farmacêutica, unicamente ao paciente.

A Organização Pan-americana de Saúde e diversas instituições brasileiras, num esforço de diversos profissionais envolvidos, com o objetivo de promover a atenção farmacêutica, no Brasil, e sistematizar o conceito, elaboraram um magnífico documento, intitulado "Atenção Farmacêutica, no Brasil: Trilhando Caminhos" (10), onde a promoção da saúde foi inserida na atenção farmacêutica, assim definida: "modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada a equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde".

Estas contribuições permitem o entendimento da importância dos farmacêuticos como profissionais da saúde, comprometidos, na sua plenitude, com o caráter técnico, social e político do ofício que exercem e a necessidade de interação com os demais recursos humanos em saúde e sociedade. Sua inserção no sistema de saúde vigente e seu comprometimento profissional e ético com as necessidades da população.

De acordo com as recomendações da Declaração de Tóquio e figurando como primeiro elemento constitutivo da prática da Atenção Farmacêutica no documento brasileiro citado acima, a Educação em Saúde figura entre as principais ferramentas para consecução dos seus objetivos.

A educação sanitária, voltada exclusivamente às mudanças de hábitos e costumes da sociedade e, portanto, de caráter essencialmente preventivo, criticada a partir da década de 1970, transforma-se ao incorporar as dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais na vida das pessoas. O conceito de educação sanitária evolui transformando-se em instrumento de condução dos pressupostos da promoção da saúde. Educação como instrumento de conscientização e libertação.

A mudança do enfoque preventivo como ramo do modelo médico, baseado na mudança de hábitos e comportamentos dos indivíduos para outro baseado na "produção social da saúde" e, portanto, na mobilização social, segundo Valla e Stotz (19) não significa que os profissionais de saúde devem, como técnicos traçar planos para a mudança social." Mas podem atuar como sujeitos de mudança, transformadores e passíveis de transformação através de um processo dialógico com a comunidade. Os mesmos autores afirmam que "a meta não seria apenas 'explicar', mas também ajudar indivíduos e grupos a examinar as bases sociais de suas vidas e trabalho enquanto condições adversas à saúde, e a identificar os problemas de saúde em suas comunidades (no bairro, na fábrica, na escola, etc.)."

A educação em saúde é fundamental no modelo assistencial da vigilância da saúde, transpassando todas as etapas do modelo. Busca o compromisso dos profissionais, usuários, empresas e outros organismos inscritos em um território, com as condições

de vida saudáveis e instrumentaliza as ações de prevenção e também de recuperação da saúde buscando resolver ou antecipar-se aos problemas individuais ou de grupos populacionais através do enfoque de risco.

Democratizar a informação com técnicas de comunicação e a utilização de processos pedagógicos pertinentes a cada grupo, sempre culturalmente diferentes, é o compromisso social que conduz a transformação. Educação em saúde como estratégia de formação de condutas, mas fundamentalmente para construir processos de participação popular visando a organização da vida cotidiana. Fazer educação em saúde é também participar de um processo de aprendizagem contínua.

O bom senso, a implantação e implementação do SUS, as recomendações da OMS/OPAS, a mobilização da categoria e os reclames da sociedade, fornecem estímulos e subsídios 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" (13).

O processo de trabalho do farmacêutico, nele inseridas as ações de promoção da saúde, precisa ser amplamente discutido. Todavia entende-se que além do envolvimento político direcionado para os fatores condicionantes da "produção social da doença" no território de abrangência de cada profissional (educação, alimentação, trabalho, renda, lazer, etc.), as atividades dos farmacêuticos devem focar os fatores determinantes do processo saúde-doença, entre outros:

- garantia de acesso aos serviços de saúde, e aos medicamentos;
- promoção do uso racional de medicamentos;
- informação e educação para a escolha de estilo de vida e comportamentos saudáveis;
- promoção de tratamentos não-farmacológicos;
- promoção da conservação dos recursos naturais.
- ações dirigidas a indivíduos, grupos ou comunidade buscando erradicar ou minorar os danos e o(s) risco(s) peculiar(es) daquele território onde o serviço está inserido.

As ações dirigidas à população para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva, bem como aqueles de cunho preventivo e curativo, exigem a participação inter e intra-setorial, através de políticas saudáveis e atividades profissionais concretas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para atingir os pressupostos da promoção da saúde inseridos no Sistema Único de Saúde, o farmacêutico encontra muitos desafios e possui muitas oportunidades. Os limites por vezes se confundem, pois os desafios podem ser tomados como oportunidades e estas, por desafios a serem alcançados. Numa tentativa de separação e sistematização, apresentam-se alguns desafios mais relevantes:

- culto ao individualismo, característica maior do nosso tempo, com comprometimento da ação interdisciplinar, intersetorial e participação social;
- fragmentação dos saberes compartimentados entre disciplinas, enquanto os problemas cada vez mais complexos exigem a conjugação de diversos saberes;
- visão assistencialista dos profissionais e da própria população com distorção da concepção de necessidades, ímpeto de consumir serviços de saúde e medicamentos, estimulados pelos instrumentos sociais de consumo de massa;

- compromisso das universidades em formar profissionais para o mercado de trabalho, sem a preocupação do modelo capitalista excludente deste mercado. Formação tecnicista com deficiências nas áreas humanas e sociais e também na área clínica. Baixas atividades multidisciplinares e ausência daquelas de cunho intersetoriais;
- afastamento do profissional farmacêutico da equipe multiprofissional de saúde, a partir da moderna divisão social do trabalho em saúde, determinada pelas novas bases tecnológicas;
- falta de visibilidade social, redução do monopólio de competência e base técnico-científica, com conseqüente crise de identidade do farmacêutico;
- problemas estruturais dos recursos humanos em saúde - má distribuição geográfica, inadequação e multiplicidade de formas de inserção e remuneração, desqualificação com desvalorização técnica e social, entre outras;
- priorização dos interesses econômicos em detrimento das reais necessidades da população. As farmácias tornaram-se entrepostos comerciais de mercadorias, embaladas de algumas informações, muitas vezes distorcidas;
- exigência de tarefas gerenciais no processo de trabalho do farmacêutico, especialmente nas farmácias, em detrimento das atividades sociais e da educação em saúde;
- baixa articulação com outros recursos humanos em saúde, universidades, setor público, organismos sociais da comunidade como escolas, creches, fábricas, comércio, associação de moradores, conselhos municipais de saúde, etc.

As farmácias qualificam-se como o campo de atuação profissional mais significativo e de fundamental importância social. O maior desafio dos farmacêuticos recai na transformação destes estabelecimentos, públicos ou privados, em Farmácias Saudáveis com a responsabilidade social, também como unidade organizacional pública ou empresa, de transformação do território que estão sediadas, em comunidades saudáveis. Farmácias Saudáveis entendidas como estabelecimentos de saúde integrados ao Sistema Único de Saúde, caracterizando-se por possuir, no mínimo, cinco programas em funcionamento:

1. programa de qualidade dos processos para a excelência no atendimento;
2. programa de educação continuada para o(s) farmacêutico(s) e funcionário(s);
3. programa de boas práticas de dispensação para farmácias e drogarias;
4. programa de Atenção Farmacêutica de caráter individual (voltado a farmacoterapia);
5. programa de Atenção Farmacêutica de caráter coletivo (voltado à prevenção e promoção da saúde).

Quanto às oportunidades destacam-se:

- experiência técnica e política dos farmacêuticos acumuladas nas lutas pelo resgate da profissão através de debates e eventos nos últimos anos, com conquistas significativas no campo ideológico, legal e institucional;
- novas bases da educação em saúde, voltadas ao popular, com novos modelos pedagógicos que podem ser incorporados e adicionados à vasta experiência dos farmacêuticos na orientação das pessoas ao longo da história da farmácia;
- descentralização dos estabelecimentos farmacêuticos, numa verdadeira rede capilar, caracterizando-se por possuir uma base populacional e um território definido;

- melhoria da qualificação nas diferentes especialidades do âmbito profissional com repercussão na sociedade;
- crescimento das experiências voltadas ao ensino, sistematização e a prática da atenção farmacêutica entendida como ações de cunho individual e coletivo;

Entre inúmeras outras oportunidades/desafios para a incorporação da concepção de promoção da saúde e construção do modelo de vigilância da saúde, consideram-se de suma importância, pelo seu caráter prospectivo, aquelas encontradas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (1). Ao estabelecer os objetivos da formação do farmacêutico relativos à qualidade da assistência prestada à população, ou seja, dotá-los de competências e habilidades para atenção à saúde, propõe: "os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção a saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema da saúde, tanto individual como coletivo."

Considerando esta nova prática sanitária, alicerçada em políticas saudáveis, com controle social, envolvendo diversos saberes, aproveitando-se da pluralidade, solidariedade e das respectivas experiências locais. Neste novo cenário interdisciplinar e intersetorial de busca de melhores condições de vida, de proteção da saúde e também de providências para o alívio da dor e do sofrimento, que se vislumbra a inserção do profissional farmacêutico. Sujeito de mudança para a qualidade de vida da comunidade. Profissional interativo, focando o cuidado e não a cura, o cidadão e não a doença.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 2/2002**. Brasília: Diário Oficial da União, seção I, p. 9, mar/4, 2002.
2. BRASIL. **Constituição federal**. Brasília, 1998.
3. BUSS, Paulo Marchiori. **Saúde e qualidade de vida**. In: Política de saúde e inovação institucional. Rio de Janeiro: ENS/FIOCRUZ, 1996.
4. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. **Carta de Ottawa para la promoción de la salud**. Ottawa, 1986.
5. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. **Declaración de Santa Fé de Bogotá**. Santa Fé de Bogotá, 1992.
6. FERRAZ, Sônia Terra. **Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000**. Brasília: Paralelo 15, 1999.
7. LALONDE, Marc. **El pensamiento do Canadá respecto de las estrategias epidemiológicas em salud**. Boletim da Oficina Sanitária Panamericana, 84 (3), 1978.
8. MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
9. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
10. MITSUE, Adriana et al. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Relatório 2001-2002. Brasília: OPAS, 2002.
11. OMS (grupo de consulta). **El papel dei farmacêutico em el sistema de atención de salud**. NovaDelhi, 12-16, diciembre/1988. Ginebra: OMS, 1990, WHO/PHARM/DAP/90.1.

12. OPS/OMS. **El papel dei farmacêutico en el sistema de atención de salud.** Buenas Práticas de Farmácia. Washington: OPS, 1995. HSS/HSE/95.1.
13. SANTOS, Amauri Moraes dos. **Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina: perfil profissional.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
14. SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado.** São Paulo: Hucitec, 1991.
15. SOUZA, M. de F. M.; KALICHMAN, A. O. **Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida.** São Paulo: Cadernos CEFOR, série textos, n.2, p.8, 1992.
16. TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Formação de recursos para o SUS: desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção à saúde.** In: Revista em Debate, n. 41:20-23, 1993.
17. TEIXEIRA, Carmen Fontes et al. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde.** In: Informe Epidemiológico do SUS. Ano VII, 2:7-28, 1998.
18. TERRIS, M. **Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades em la teoria de la salud publica.** In: Measurements in health promotion and protection. Genebra: OMS, 1987.
19. VALLA, Victor; STOTZ, Eduardo Navarro. **Participação popular: educação em saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.