

Guilherme Daniel Pupo

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:
A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS EM UM
CURSO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (Programa em Rede) da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientadora:

Profa. Dra. Mareni Rocha Farias

Florianópolis
2019

Pupo, Guilherme Daniel

Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde:

A percepção de profissionais farmacêuticos em um Curso de educação a distância / Guilherme Daniel Pupo ; orientadora, Marení Rocha Farias - Florianópolis, SC, 2019.

185 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Rede de atenção à saúde. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Políticas Públicas de Saúde. 4. Regionalização. I. Farias, Marení Rocha. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. III. Título.

Guilherme Daniel Pupo

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:
A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS EM UM
CURSO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**

Certifico que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Florianópolis, 30 de julho de 2019.

Profa. Silvana Nair Leite Contezini, Dra.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica
Universidade Federal de Santa Catarina

Guilherme Daniel Pupo

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:
A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS EM UM
CURSO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (Programa em Rede).

Florianópolis, 31 de maio de 2016.

Banca Examinadora:

Profa. Marení Rocha Farias, Dra.
Orientadora – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Luciano Soares, Dr.
Membro (videoconferência) – Universidade da Região de Joinville

Profa. Daniela Lemos Carcereri, Dra.
Membro – Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Eliana Elisabeth Diehl, Dra.
Membro – Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Vera e Jefferlin, e irmãos, Marcos e Gustavo, por todo amor e apoio incondicional.

À orientadora Profa. Marení Rocha Farias, pela oportunidade, inspiração e aprendizado diário.

Ao grupo de pesquisa “Políticas e Serviços Farmacêuticos”, da UFSC, pelas importantes discussões – e consequentes transformações – nas áreas da Educação Farmacêutica e da Assistência Farmacêutica.

Aos amigos do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a distância (UFSC/Ministério da Saúde), com quem tenho a imensa satisfação de trabalhar, contribuindo com a qualificação da assistência farmacêutica em nosso país. Marcelo, Fernanda, Fabíola B., Luciana, Fabíola D., Bernd, Gelso, Kaite, Raphaela, Alessandra, Mônica, Samara, Juliana, Gabriela, Douglas, Angélica, Francislene, Simone, André e Bruno. Em especial à Comissão Gestora, Marení, Eliana, Silvana, Rosana e Luciano, obrigado!

Aos amigos/irmãos Renê, Gustavo, Marcelo, Eduardo, Juarez, Felipe e Juliano, pelos dias de luta e conquistas, desde o Movimento Estudantil de Farmácia, até os dias de hoje. Também às amigas Julia, Patricia, Priscilla e Vanessa, obrigado!

Aos colegas apoiadores técnicos em assistência farmacêutica, no Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), do Ministério da Saúde, pelos momentos de construção, reflexão e ação, colaborando para a integração da assistência farmacêutica no contexto da rede de atenção à saúde. Chayene, Gabriel, Joyce, Lídia, Lívia, Lucas, Marcelo, Márcia, Maristela, Melissa, Nivaldo, Patrick, Silvana, Suzana e supervisor Suetônio. Em especial ao diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS), Dr. José Miguel do Nascimento Júnior e à coordenadora Dra. Karen Sarmento Costa, obrigado!

“Educação não
transforma o mundo.
Educação muda pessoas.
Pessoas transformam
o mundo.”

Paulo Freire

RESUMO

O Decreto Presidencial n. 7.508/2011 passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão da atenção à saúde, estabelecendo um novo marco na descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde, com a organização da rede de atenção à saúde. A assistência farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica, administrativa e política, e sua inserção na rede de atenção à saúde é estratégica para o sistema de saúde. Dessa forma, propôs-se analisar a percepção de profissionais farmacêuticos, participantes de um fórum de discussão *on-line*, em um curso de pós-graduação a distância, sobre a assistência farmacêutica no contexto da rede de atenção à saúde. Utilizou-se a análise de conteúdo, a construção de grafos e as características socioeconômicas e de oferta de serviços na região de saúde para compreender e refletir as percepções dos sujeitos e sua relação no ambiente de trabalho. A análise dos dados possibilitou a identificação das categorias temáticas: Estrutura física e logística dos serviços de saúde; Governança e responsabilidade interfederativa e Gestão de pessoas, do trabalho e da educação em saúde. O investimento em estruturação, gestão e educação permanente, são essenciais para a qualificação do cuidado em saúde, integrando acessibilidade aos medicamentos, aos serviços clínicos e às necessidades do usuário na conformação das redes de atenção à saúde.

Palavras-chave: Rede de atenção à saúde. Assistência Farmacêutica. Políticas públicas de saúde. Regionalização.

ABSTRACT

The Presidential Decree n. 7508/2011 has required a new dynamic in the organization and health care management, setting a new milestone in the decentralization and the regionalization in the Brazilian Primary Health Care System, with the organization of the health care network. The Pharmaceutical services has technical, scientific, administrative and political components, and its inclusion in the health care network is strategic to the health system. In this way, it proposed to analyze the perception of pharmaceutical professionals, participants in an online discussion forum, in a postgraduate distance learning course, about the pharmaceutical services in the context of the health care network. The content analysis, graphs construction, word clouds and the socioeconomic characteristics and service provision in the health region were used to understand and reflect the perceptions of subjects and their relationship in the work environment. The data analysis enabled the identification of the themes: The physical structure and the logistics of health services; The governance and interfederal responsibility; and The management of people, of work and the health education. Investment in structuring, management and continuing education are essential for the qualification of the health care, integrating accessibility to medicines, clinical services and user needs in the shaping of the health care networks.

Keywords: Health care networks. Pharmaceutical Services. Public Health Policy. Regional Health Planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação dos pontos de atenção na rede de atenção à saúde.	31
Figura 2 – Elementos constitutivos da rede de atenção à saúde.	33
Figura 3 – Distribuição espacial dos cinco grupos de regiões de saúde, 2014.	49
Figura 4 – Polos Regionais do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.	64
Figura 5 – Tela inicial do Moodle do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.	70
Figura 6 – Perfil dos participantes da amostra, segundo gênero.	79
Figura 7 – Perfil dos participantes da amostra, segundo grupo de idade.	80
Figura 8 – Perfil dos participantes da amostra, segundo formação acadêmica.	80
Figura 9 – Perfil dos participantes da amostra, segundo participação no QualisUS-Rede e QUALIFAR-SUS.	81
Figura 10 – Perfil dos participantes da amostra, segundo esfera da instituição de trabalho.	82
Figura 11 – Perfil dos participantes da amostra, segundo tipo do vínculo empregatício.	82
Figura 12 – Número total de postagens no fórum avaliativo <i>on-line</i> “O papel do farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde” e número de intervenções do tutor no fórum, segundo Grupo de Tutor.	84
Figura 13 – T01 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	87
Figura 14 – T02 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	88
Figura 15 – T03 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	89
Figura 16 – T04 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	90
Figura 17 – T05 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	91
Figura 18 – T06 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	92
Figura 19 – T07 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	93
Figura 20 – T08 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	94
Figura 21 – T09 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	95
Figura 22 – T10 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	96

Figura 23 – T11 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	97
Figura 24 – T12– Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	98
Figura 25 – T13 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo <i>on-line</i> e nuvem de palavras mais frequentes.	99
Figura 26 – Características das regiões de saúde dos participantes dos fóruns avaliativos <i>on-line</i>	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – A regionalização no Sistema Único de Saúde, conforme ano e legislação, 1988-2006.	25
Quadro 2 – Caracterização das regiões segundo grupo, 2013.	50
Quadro 3 – Instituições sede dos Polos Regionais do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.	65
Quadro 4 – Distribuição dos Polos Regionais, segundo região de abrangência e número de tutores, do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.	66
Quadro 5 – Estruturação dos Eixos, seus respectivos Módulos e Unidades do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.	68
Quadro 6 – Interação no fórum avaliativo <i>on-line</i> e palavras mais frequentes, por Grupo de Tutor.	86
Quadro 7 – Legislação e obras consultadas de autoria BRASIL, segundo ordem cronológica.	123

LISTA DE SIGLAS

ABEF – Associação Brasileira de Educação Farmacêutica
ABENFAR – Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico
APS – Atenção Primária à Saúde
BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
EaD – Educação a Distância
GM – Gabinete Ministerial
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES – Instituição de Ensino Superior
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PGASS – Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PPI – Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde
QUALIFAR-SUS – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
QualiSUS-Rede – Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SUS – Sistema Único de Saúde
UNA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVOS	23
1.1.1 <i>Objetivo Geral</i>	23
1.1.2 <i>Objetivos Específicos</i>	23
2 FUNDAMENTAÇÃO CONTEXTUAL.....	25
2.1 A REGIONALIZAÇÃO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	25
2.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	30
2.2.1 <i>Elementos constitutivos da rede de atenção à saúde</i>	32
2.2.1.1 População e Região de Saúde	34
2.2.1.2 Estrutura Operacional da Rede de Atenção à Saúde	34
2.2.1.2.1 Atenção Primária à Saúde.....	35
2.2.1.2.2 Pontos de Atenção Secundária e Terciária	36
2.2.1.2.3 Sistemas de Apoio	37
2.2.1.2.3.1 Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	37
2.2.1.2.3.2 Sistema de Assistência Farmacêutica	38
2.2.1.2.3.3 Sistemas de Informação	38
2.2.1.2.4 Sistemas Logísticos	39
2.2.1.2.5 Sistema de Governança	39
2.2.1.3 Operacionalizando o modelo de atenção à saúde na rede.....	42
2.2.2 <i>Instrumentos de Gestão da Rede de Atenção à Saúde</i>	44
2.2.2.1 Diretrizes e estratégias para implementação da Rede de Atenção à Saúde	46
2.2.3 <i>Região e Redes: Caminho da Universalização da Saúde no Brasil</i>	47
2.2.4 <i>Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede</i>	52
2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	53
2.4 QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	57
2.4.1 <i>Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD</i>	61
2.4.1.1 Organização do Curso	63
2.4.1.2 Organização Curricular.....	67
2.4.1.3 Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem	70
2.4.1.4 Fórum de discussão on-line	71
3 PERCURSO METODOLÓGICO	73
3.1 TIPO DE PESQUISA	73
3.2 FONTE DO ESTUDO	74

3.2.1 Fórum avaliativo: O papel do farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde	74
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	75
3.4 COLETA DE DADOS	75
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	76
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	77
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA AMOSTRA	79
4.2 INTERAÇÃO DOS ESTUDANTES NO FÓRUM AVALIATIVO <i>ON-LINE</i>	85
4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO DO FÓRUM AVALIATIVO <i>ON-LINE</i>	101
4.3.1 Estrutura física e logística dos serviços de saúde.....	103
4.3.2 Governança e responsabilidade interfederativa.....	109
4.3.3 Gestão de pessoas, do trabalho e da educação em saúde	115
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE A – TEXTO “REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE”	133
APÊNDICE B – TEXTO “INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE”	159
APÊNDICE C – TEXTO “ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE”	173

1 INTRODUÇÃO

A ampliação da acessibilidade aos serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência à saúde por meio de redes de atenção à saúde, atualmente tem ocupado uma posição de destaque na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Magalhães Júnior e Silva (2008), a importância da construção de redes se justifica devido ao aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas; a maior perspectiva de avanços na integralidade e os custos crescentes do tratamento de doenças.

As redes de atenção à saúde conectam os estabelecimentos e serviços de saúde em um determinado território, organizando-os para que ocorra a articulação entre os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção à saúde para o atendimento integral aos usuários (SILVA, 2013).

A estrutura operacional da rede de atenção é composta pelos diferentes pontos de atenção, compreendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, pelos sistemas de apoio a estes serviços, pelos sistemas logísticos e pelo sistema de governança, tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado à saúde. Nessa conformação, a assistência farmacêutica é descrita como sistema de apoio na estrutura operacional da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A assistência farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica, administrativa e política, e sua inserção na rede de atenção é estratégica para o sistema de saúde, uma vez que promove a acessibilidade e o uso racional de medicamentos, por meio de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial.

Para desenvolver e aplicar as diretrizes propostas no aprimoramento da assistência farmacêutica à rede de atenção à saúde, a qualificação dos profissionais se faz necessária.

Entre as iniciativas voltadas à qualificação da assistência farmacêutica, o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD foi promovido pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, coordenado e ofertado pela Universidade Federal de Santa Catarina, formando profissionais com uma visão crítica sobre a realidade do trabalho em saúde, para atuação em prol da gestão da assistência farmacêutica.

Uma das atividades desenvolvidas no Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, no Módulo 2 – Políticas de saúde e acesso a medicamentos – compreendeu um fórum de discussão *on-line* sobre o papel do farmacêutico na rede de atenção à saúde.

Considerando que, no atual estágio de desenvolvimento do SUS, o estudo da assistência farmacêutica no contexto da rede de atenção à saúde torna-se fundamental para a identificação de avanços e perspectivas, foi realizada a análise do material produzido nesta atividade.

A motivação para realizar este estudo ocorreu partir da aproximação do autor com o tema sobre redes de atenção à saúde, proporcionado pela participação como apoiador técnico em assistência farmacêutica no Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) e enquanto coordenação técnica no Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Nesse sentido, o presente estudo visa aprofundar a discussão sobre a assistência farmacêutica, na ótica do profissional farmacêutico, de acordo com os pressupostos da rede de atenção à saúde, superando a fragmentação da atenção e da gestão no SUS.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a assistência farmacêutica no contexto da rede de atenção à saúde, a partir da percepção de profissionais farmacêuticos participantes de um fórum de discussão *on-line*, em um curso de pós-graduação a distância.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos profissionais farmacêuticos participantes de um fórum de discussão *on-line*, em um curso de pós-graduação a distância;
- Contextualizar os participantes do fórum de discussão *on-line* conforme características socioeconômicas e de oferta de serviços na região de saúde;
- Analisar a potencialidade do fórum de discussão *on-line* enquanto ferramenta para o compartilhamento de experiências;
- Compreender a percepção dos farmacêuticos sobre a estruturação da rede de atenção à saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO CONTEXTUAL

2.1 A REGIONALIZAÇÃO NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituem a regionalização na estruturação do serviço de saúde e, entre 1988 e 2006, diversos instrumentos normativos foram propostos visando a sua implantação (Quadro 1).

Quadro 1 – A regionalização no Sistema Único de Saúde, conforme ano e legislação, 1988-2006.

(continua)

Ano	Legislação
1988	<p>Constituição da República Federativa do Brasil de 1988</p> <p>Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral, participação da comunidade (BRASIL, 1988).</p>
1990	<p>Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990</p> <p>As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...] (BRASIL, 1990).</p>

Quadro 1 – A regionalização no Sistema Único de Saúde, conforme ano e legislação, 1988-2006.

(continua)

Ano	Legislação
1993	<p>Norma Operacional Básica – NOB-SUS 01/93</p> <p>A regionalização deve ser entendida como articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993).</p>
1996	<p>Norma Operacional Básica – NOB-SUS 01/96</p> <p>A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 1996).</p>
2001	<p>Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001</p> <p>O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001).</p>

Quadro 1 – A regionalização no Sistema Único de Saúde, conforme ano e legislação, 1988-2006.

(conclusão)

Ano	Legislação
2002	<p>Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002</p> <p>Instituir o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2002).</p>
2006	<p>Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS</p> <p>A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.</p> <p>Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) (BRASIL, 2006a).</p>

Fonte: Elaborado pelo autor com base na legislação citada (grifo nosso).

Na década de 1990, a implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) transferiu responsabilidades para os estados e, principalmente, para os municípios, com o objetivo de operacionalizar o SUS, definindo o papel de cada esfera de governo. A municipalização enfatizou uma transferência significativa de poder de decisão aos municípios, possibilitando a gestão das políticas públicas em seu território.

Apesar da descentralização e, especialmente, a municipalização serem apontadas como o caminho a ser seguido ao longo da construção do SUS, as especificidades de cada município no país são um grande desafio aos gestores públicos. As desigualdades regionais de acesso, de

infraestrutura, de financiamento dos serviços de saúde, não foram superadas apenas com a descentralização.

Nos anos 2000, a regionalização passou a ser priorizada como estratégia organizativa na implantação SUS, visando aprimorar as limitações decorrentes da descentralização.

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) propôs as seguintes estratégias: ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2002).

Entretanto, é preciso registrar que as Normas Operacionais, por vezes, imprimiam aos municípios a assunção de responsabilidade sem que houvesse necessariamente a condição para realizá-la, vinculado ao recebimento de recursos, inibindo a autonomia gestora dos governos locais. Essa lógica foi reformulada com o Pacto pela Saúde.

A partir de 2006, o Pacto pela Saúde retoma a regionalização como eixo central, estabelecendo um compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo, visando qualificar a gestão do SUS. Estabelece compromissos com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira (Pacto pela Vida), com os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS (Pacto em Defesa do SUS) e com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde (Pacto de Gestão) (BRASIL, 2006a).

Em 2010, a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece novas diretrizes para estimular a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o processo de regionalização no âmbito do SUS. A Portaria define rede de atenção à saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão,

buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). A integralidade

(...) é um dos princípios constitucionais do SUS que garante ao cidadão o direito de acesso à atenção à saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral (BRASIL, 2008b, p. 62).

Em 2011, foi publicado o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências.

O Decreto passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão da atenção à saúde, estabelecendo um novo marco na descentralização e regionalização do SUS, considerando: a Região de Saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, as Portas de Entrada, as Comissões Intergestores, o Mapa da Saúde, a Rede de Atenção à Saúde, os Serviços Especiais de Acesso Aberto, e o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (BRASIL, 2011).

O Decreto demandou uma nova conformação na organização de ações e serviços de saúde, por municípios com similaridades regionais, aprofundando as relações e responsabilidades interfederativas e a gestão compartilhada na formação das redes de atenção à saúde.

2.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE¹

Para Mendes (2011), as redes de atenção à saúde são sistemas integrados, que se propõem a prestar atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade, com o custo adequado e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita.

A proposta de redes de atenção à saúde tem origem nos sistemas integrados de saúde, nos anos 90, nos Estados Unidos e posteriormente na Europa e Canadá (MENDES, 2011).

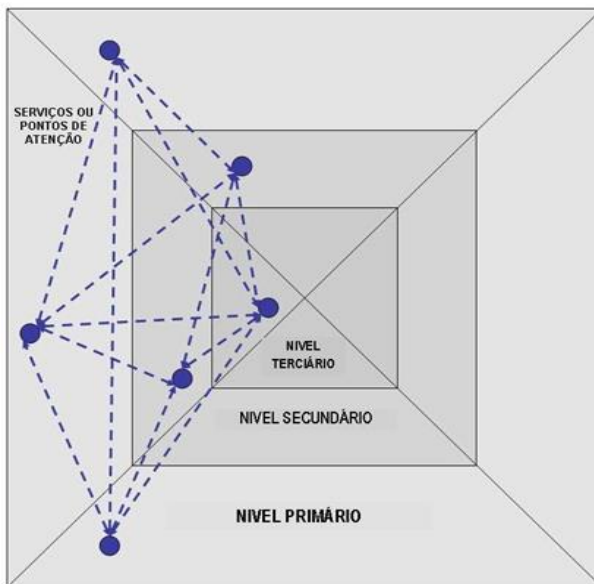
O objetivo da rede de atenção à saúde, definido na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

As redes caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção², como os domicílios, as unidades básicas de saúde, os ambulatórios especializados, as policlínicas, as maternidades, os hospitais, entre outros, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários aos demais pontos de atenção (Figura 1). Nessa perspectiva, enfatiza-se a função resolutiva dos cuidados na Atenção Primária à Saúde sobre os problemas de saúde, a partir dos quais se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

¹ Este texto foi adaptado à linguagem de EaD e publicado em: PUPO, Guilherme Daniel; LEITE, Silvana Nair; DIEHL, Eliana Elisabeth; SOARES, Luciano; FARIAS, Mareni Rocha; SANTOS, Rosana Isabel dos. *Rede de Atenção à Saúde*. [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3250>>. Acesso em: 04 maio 2016.

² Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010).

Figura 1 – Representação dos pontos de atenção na rede de atenção à saúde.



Fonte: LAVRAS (2011).

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde se inicia, no sistema de saúde, pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde os serviços (BRASIL, 2011):

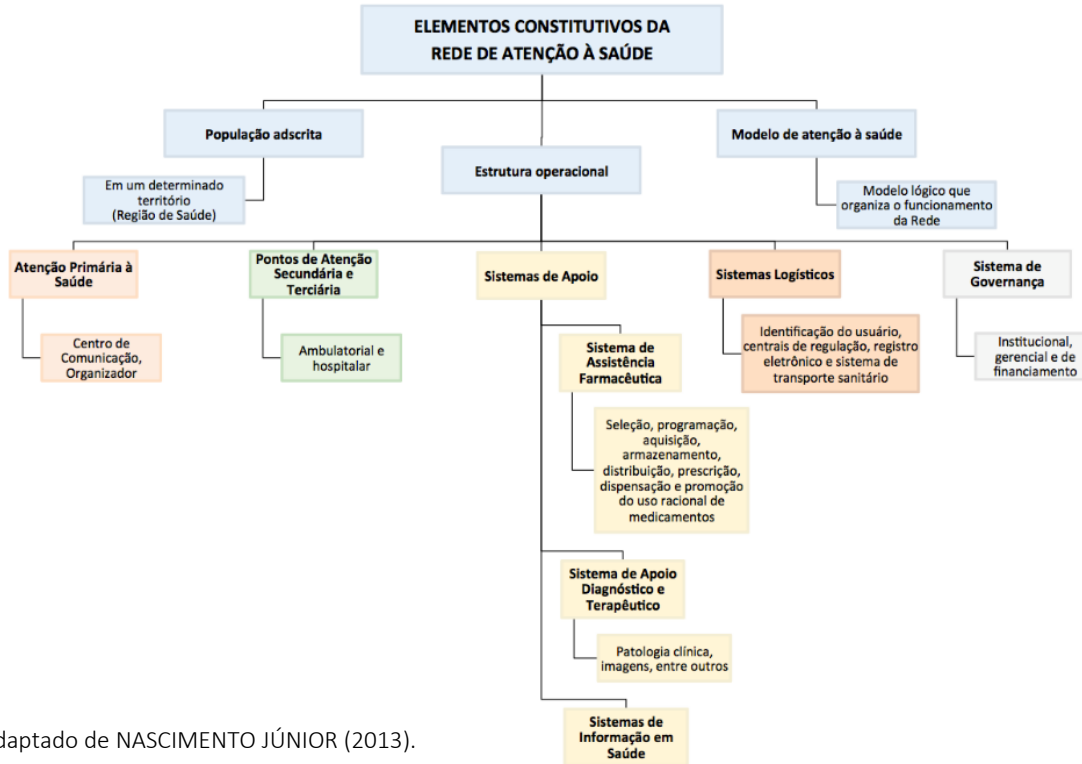
- De atenção primária à saúde;
- De atenção de urgência e emergência;
- De atenção psicossocial;
- Especiais de acesso aberto.³

³ Os Serviços Especiais de Acesso Aberto são serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravamento ou de situação laboral, necessita de atendimento especial (BRASIL, 2011).

2.2.1 Elementos constitutivos da rede de atenção à saúde

A operacionalização da rede de atenção à saúde ocorre pela interação de três elementos constitutivos: I) a população e Região de Saúde; II) a estrutura operacional; e III) um modelo de atenção à saúde, conforme demonstra a Figura 2, adaptada de Nascimento Júnior (2013), de acordo com a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

Figura 2 – Elementos constitutivos da rede de atenção à saúde.



Fonte: adaptado de NASCIMENTO JÚNIOR (2013).

2.2.1.1 População e Região de Saúde

O ponto de partida para a organização da rede de atenção à saúde é a definição da população. Esta é estabelecida com a análise das condições de vida, de ambiente e de acesso aos serviços de saúde. A partir disso é definido o território em uma Região de Saúde, que ficará sob responsabilidade da rede.

A análise do território permite a coleta de dados que irão apontar as situações problemáticas, as necessidades e a situação de saúde da população em uma determinada região.

A Região de Saúde é formada por agrupamentos de municípios limítrofes, considerando identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

2.2.1.2 Estrutura Operacional da Rede de Atenção à Saúde

O segundo elemento constitutivo é a estrutura operacional da rede de atenção à saúde. Os diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde, e as ligações que os comunicam definem a estrutura. Os componentes que estruturam a rede de atenção à saúde incluem:

- Atenção Primária à Saúde - centro de comunicação;
- Pontos de atenção secundária e terciária;
- Sistemas de apoio;
- Sistemas logísticos; e
- Sistema de governança.

2.2.1.2.1 Atenção Primária à Saúde

É constituída pelas unidades básicas de saúde, ou a Estratégia de Saúde da Família, onde se deseja que o usuário tenha o primeiro contato com o sistema de saúde.

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três papéis fundamentais (MENDES, 2011):

- Papel resolutivo: Deve resolver os problemas de saúde da população para os quais essa for a estratégia mais adequada para obter um resultado positivo em saúde; estima-se que a maioria dos problemas podem ser resolvidos aqui.
- Papel organizador: Deve exercer a função de centro de comunicação, coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde.
- Papel de responsabilização: Deve corresponsabilizar-se pela saúde das pessoas, em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Na Atenção Primária à Saúde exerce-se um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção, prevenção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. E, para que essas ações sejam realizadas, a Atenção Primária à Saúde deve contar com a incorporação de recursos humanos qualificados em uma equipe multiprofissional; de tecnologias adequadas; de estrutura física e de ambiência muito bem equipadas e planejadas.

2.2.1.2.2 Pontos de Atenção Secundária e Terciária

Esses pontos de atenção à saúde se distribuem de acordo com o processo de territorialização. Os pontos de atenção secundária devem estar situados nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias. Em geral, os pontos de atenção secundária e terciária são constituídos por unidades ambulatoriais e por unidades hospitalares.

Todos os pontos de atenção primária, secundária e terciária à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, diferenciando-se, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas (físicas ou sociais) que os caracterizam (BRASIL, 2010).

A modelagem dos pontos de atenção secundária e terciária é articulada pelas Linhas de Cuidado⁴ e pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas⁵, viabilizando a comunicação entre as equipes e os serviços, a programação de ações e a padronização de determinados recursos. Dessa forma, ficam estabelecidos os papéis das equipes de Atenção Primária à Saúde em relação a cada condição de saúde, e as situações em que as pessoas devem ser referenciadas ao ponto de atenção secundária ou terciária de uma rede de atenção à saúde, tendo como consequência, o retorno do sujeito para os serviços da Atenção

⁴ As Linhas de Cuidado são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientada por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada Região de Saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa a coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e da conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais (BRASIL, 2010).

⁵ O Protocolo Clínico e a Diretriz Terapêutica estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2010).

Primária à Saúde, visando seu acompanhamento enquanto for necessário.

2.2.1.2.3 Sistemas de Apoio

O terceiro subcomponente da rede de atenção à saúde é configurado pelos sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2010).

2.2.1.2.3.1 Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia, parasitologia etc.), entre outros.

Uma importante ferramenta de apoio ao diagnóstico, para solucionar dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, é o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. O Telessaúde é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da Atenção Primária à Saúde no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação.

2.2.1.2.3.2 Sistema de Assistência Farmacêutica

Pela Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS), e para alguns autores, a assistência farmacêutica é vista como um sistema de apoio à rede de atenção à saúde, englobando: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

2.2.1.2.3.3 Sistemas de Informação

Os Sistemas de Informação são fundamentais para o diagnóstico de situações de saúde com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população.

Esses sistemas consistem em um conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação, procedimentos e métodos, que devem permitir à gestão dispor, em tempo real, das informações de que necessita para auxiliar e fundamentar a tomada de decisão (BRASIL, 2006b).

Entre os sistemas de informação existentes, o Ministério da Saúde desenvolveu o Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, com o objetivo de contribuir para a qualificação da assistência farmacêutica e dos serviços farmacêuticos, aprimorando as atividades de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação.

2.2.1.2.4 Sistemas Logísticos

Os Sistemas Logísticos são responsáveis pelos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas redes. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação; o registro eletrônico em saúde (prontuário clínico); e os sistemas de transportes em saúde, organizando os fluxos de pessoas em busca da atenção à saúde e estruturando o transporte de exames complementares.

2.2.1.2.5 Sistema de Governança

O Sistema de Governança na rede de atenção à saúde é compreendido como o arranjo organizativo, envolvendo diferentes sujeitos, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada de todos os componentes das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A gestão compartilhada é realizada pelas Comissões Intergestores, por meio da pactuação, da organização e do funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em rede, sendo (BRASIL, 2011):

- Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos

administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

A CIR, que, anteriormente ao Decreto n. 7.508/2011, denominava-se Colegiado de Gestão Regional, desempenha um importante papel como um espaço permanente de pactuação, onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos entre os gestores estadual e municipais, para a organização e resolução dos problemas comuns de uma Região de Saúde (BRASIL, 2010).

As Comissões Intergestores devem pactuar (BRASIL, 2011):

- Aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde;
- Diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e dos serviços de saúde entre os entes federativos;
- Diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federativos;
- Responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;

- Referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

A Resolução n. 1, de 29 de setembro de 2011, da CIT, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS, nos termos do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, descreve como competências da CIR (BRASIL, 2012):

I - Pactuar sobre:

- a) Rol de ações e serviços que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases)⁶;
- b) Elenco de medicamentos que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)⁷;
- c) Critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços;
- d) Planejamento regional de acordo com a definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde;
- e) Diretrizes regionais a respeito da organização das redes de atenção à saúde, de acordo com a Portaria n. 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federativos na Região de Saúde;

⁶ A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) compreende todas as ações e os serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde, na Região de Saúde.

⁷ A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

- f) Responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na Região de Saúde, a serem incluídas no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), definidas a partir da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro;
- g) Diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o fortalecimento da cogestão regional;

II - Monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde e, em particular, o acesso às ações e aos serviços de saúde;

III - Incentivar a participação da comunidade, em atenção ao disposto no art. 37 do Decreto n. 7.508/2011;

IV - Elaborar seu regimento interno;

V - Criar câmaras técnicas permanentes para assessoramento, apoio e análise técnica dos temas da pauta da Comissão Intergestores Regional.

2.2.1.3 Operacionalizando o modelo de atenção à saúde na rede

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico, que organiza o funcionamento das redes, articulando as relações entre os seus componentes e as intervenções sanitárias (MENDES, 2011).

Ao longo dos anos, a construção da rede de serviços de saúde foi realizada na lógica da oferta, orientada pelas condições agudas, promovendo a cura e amenizando sintomas, e não na necessidade de saúde da população. Essa lógica de organização não se aplica às condições crônicas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as condições crônicas têm aumentado em ritmo acelerado em todo o mundo. No Brasil, cerca de 75% da carga de doença é resultado das condições crônicas (MENDES, 2011).

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS contrapõe o modelo atual, que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea, e nas manifestações agudas das condições crônicas (BRASIL, 2010). É importante manter o modelo de atenção às condições agudas, uma vez que estas permanecem como problemas de saúde, mas há de se aplicar novos modelos de atenção às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde, com envolvimento de profissionais, do usuário e da comunidade.

O processo de envelhecimento da população se desenvolve em decorrência da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida, constituindo-se fatores demográficos importantes nas últimas décadas, que contribuem para o crescimento das condições crônicas.

A Estratégia Saúde da Família é o principal modelo de atenção às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde no SUS, e seu constante aprimoramento torna-se essencial para o estabelecimento da rede de atenção à saúde.

A operacionalização inicial da atenção em rede está acontecendo pela priorização de algumas Redes Temáticas. A rede temática de atenção à saúde se estrutura a partir da necessidade de enfrentamento, por meio de um ciclo completo de atendimento, de uma condição de saúde específica.

Em 2011, após pactuação tripartite, o Ministério da Saúde priorizou as seguintes redes temáticas:

- Rede Cegonha;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Rede de Atenção Psicossocial;
- Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas;
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

2.2.2 Instrumentos de Gestão da Rede de Atenção à Saúde⁸

A organização da rede de atenção à saúde ocorre por meio de instrumentos operacionais como os roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistemas de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas etc. (BRASIL, 2010).

Para assegurar a viabilização de alguns desses mecanismos, os gestores podem se associar, na forma de consórcio público de saúde, para uma possibilidade legal de obter economia de escala na administração de serviços. O consórcio constitui uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa no desenvolvimento de ações conjuntas para alcançar objetivos comuns, superando dificuldades regionais no processo de implementação e operacionalização da rede de atenção à saúde.

A economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Dessa forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos, ou humanos, relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente (BRASIL, 2010).

⁸ Este texto foi adaptado à linguagem de EaD e publicado em:

PUPO, Guilherme Daniel; LEITE, Silvana Nair; DIEHL, Eliana Elisabeth; SOARES, Luciano; FARIAS, Mareni Rocha; SANTOS, Rosana Isabel dos. *Instrumentos de Gestão da Rede de Atenção à Saúde*. [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3251>>. Acesso em: 04 maio 2016.

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde é firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A primeira etapa de adesão ao COAP é o planejamento regional integrado, realizado com base nos Planos de Saúde dos entes federativos. Deve-se elaborar o Mapa da Saúde da Região, definindo a relação das ações e dos serviços ofertados, observada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as correspondentes responsabilidades. Deve-se definir, também, a pactuação de metas regionais e as responsabilidades individuais, orçamentárias e financeiras.

O Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde (BRASIL, 2011).

A partir da Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde (PGASS), os gestores negociam e pactuam, na Comissão Intergestores Regional, o quantitativo físico e financeiro das ações e dos serviços de saúde a serem desenvolvidos na Região de Saúde, contemplando os fluxos de referência para sua execução. A partir desse processo, ocorre a identificação e priorização dos investimentos necessários para a conformação da rede de atenção à saúde.

A coordenação do processo de elaboração do COAP é responsabilidade do Estado, cabendo a ele organizar as discussões, negociações e os esclarecimentos nas Regiões de Saúde.

O COAP é assinado por Região de Saúde, firmado com todos os prefeitos e secretários municipais de saúde, pelo governador e secretários estaduais de saúde e pelo ministro da saúde.

Nestes espaços de negociação, a participação social é elemento estruturante e democratizante das políticas públicas de saúde. O controle social deve fazer parte das decisões, garantindo transparência e eficiência das políticas públicas, contribuindo com a implementação das redes de atenção à saúde.

2.2.2.1 Diretrizes e estratégias para implementação da Rede de Atenção à Saúde

A transição entre o que é preconizado na rede de atenção à saúde e a sua efetiva concretização ocorre por meio de um processo contínuo que, adotando estratégias de integração, permite desenvolver, sistematicamente, os elementos constituintes da rede até que o sistema esteja integrado.

A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece sete diretrizes estratégicas para a implementação da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2010):

- I. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção;
- II. Fortalecer o papel da Comissão Intergestores Regional no processo de governança da rede de atenção à saúde;
- III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e ao acompanhamento da

- rede de atenção à saúde e ao gerenciamento de risco e de agravos à saúde;
- IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na rede de atenção à saúde;
 - V. Implementar o Sistema de Planejamento da rede de atenção à saúde;
 - VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da rede de atenção à saúde;
 - VII. Rediscutir o Financiamento do Sistema na perspectiva da rede de atenção à saúde.

Para avaliar e qualificar a implementação das redes de atenção à saúde, o Ministério da Saúde tem desenvolvido algumas iniciativas. Entre elas, a pesquisa nacional *“Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil – Região e Redes”* e o *“Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede”*.

2.2.3 Região e Redes: Caminho da Universalização da Saúde no Brasil

Esta pesquisa tem como principal objetivo avaliar, sob a perspectiva de diferentes abordagens teórico-metodológicas, os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, além de seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no SUS.

Para divulgar os resultados, foi criada a página eletrônica *Região e Redes: caminho da universalização da saúde no Brasil*⁹ (REGIÃO E REDES, 2014). Na página eletrônica encontram-se diversas bibliografias, entrevistas, publicações e um banco de indicadores das regiões de saúde,

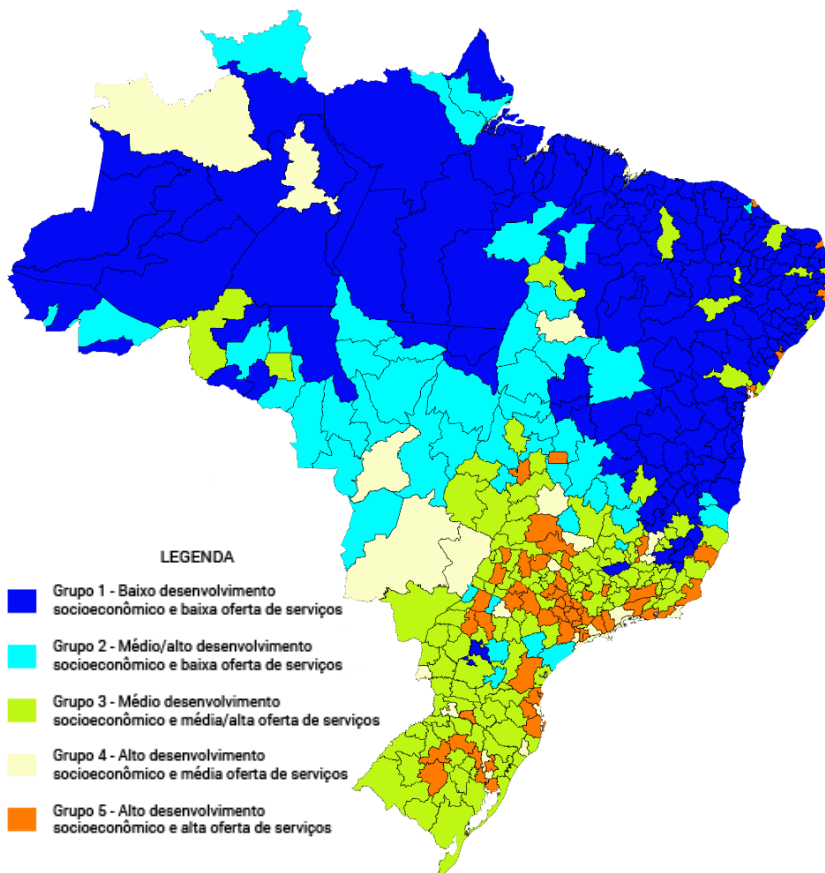
⁹ Página eletrônica Região e Redes: caminho da universalização da saúde no Brasil: <http://www.resbr.net.br/>

fruto da pesquisa nacional *“Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”*, coordenada pela Universidade de São Paulo, com a participação de mais de 130 pesquisadores de diferentes instituições no Brasil.

Entre as publicações, está a *“Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil”* (VIANA et al., 2015), onde as regiões de saúde foram classificadas de acordo com suas características socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde, identificando cinco grupos (Figura 3):

- Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços);
- Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços);
- Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços);
- Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços); e
- Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços).

Figura 3 – Distribuição espacial dos cinco grupos de regiões de saúde, 2014.



Fonte: adaptado de VIANA et al. (2015).

As características dos cinco grupos são descritas a seguir (Quadro 2):

Quadro 2 – Caracterização das regiões segundo grupo, 2013.

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Número de regiões de saúde	175	53	123	35	50
% no total de regiões	40,1	12,2	28,2	8	11,5
Número de municípios	2.159	590	1.803	388	630
% no total de municípios	38,8	10,6	32,4	7	11,3
População (projeção 2013)	45.466.120	14.063.158	38.722.577	24.786.600	77.994.259
% no total da população	23,6	7,3	20,1	12,9	40,5
Média de municípios por Região	12	11	15	11	13
Média da população por município	21.059	23.836	21.477	63.883	123.800
Beneficiários de plano de saúde na população %	5,7	14,7	24,6	40,3	59,7
Médicos por mil habitantes	0,57	0,85	1,33	1,49	2,54
Médicos SUS no total de médicos (%)	92,3	86,7	83,5	77,9	71,1
Leitos por mil habitantes	1,7	1,7	2,5	1,9	2,6
Leitos SUS no total de leitos (%)	89,3	76,9	73,6	69,1	62,7

Fonte: VIANA et al. (2015).

Conforme Viana e colaboradores (2015, p. 418),

o Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços) inclui 175 regiões, 2.159 municípios e 23,6% da população do Brasil. É o grupo com os menores percentuais de beneficiários do sistema privado, médicos e leitos por mil habitantes. É evidente sua concentração nas macrorregiões Norte e Nordeste.

O Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços) é composto por 53 regiões e 590 municípios, respondendo pela menor parcela da população brasileira (7,3%). A maioria dessas regiões está localizada nos estados de Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Tocantins. (...)

O Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) inclui 123 regiões, 1.803 municípios e 20,1% da população brasileira, predominantemente nas regiões Sudeste e Sul. Observa-se aumento do número de leitos, em comparação com os grupos 2 e 3, mas, paralelamente, o percentual de leitos SUS em relação ao total é menor.

O Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) inclui 35 regiões, 388 municípios e 12,9% da população, predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

O Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços) inclui 50 regiões, 630 municípios e 40,5% da população do Brasil. Destacam-se nesse grupo as regiões metropolitanas e as demais áreas de alto dinamismo econômico. Reflexo desse dinamismo é o alto peso do setor privado, que alcança quase 60% da população.

A caracterização das regiões de saúde, a partir da tipologia do estudo, pode servir de subsídio para novas investigações no planejamento de sistemas de saúde regionais.

2.2.4 Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede

O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, com o apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), instituição financeira do Banco Mundial, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão no âmbito do SUS, por meio do desenvolvimento de tecnologias e do apoio à organização das redes de atenção à saúde.

O projeto envolve três componentes. O Componente 1 é a parte central do QualiSUS-Rede e abrange o apoio às iniciativas de qualificação do cuidado e à organização de redes de atenção à saúde em 15 regiões de saúde por meio de Subprojetos regionais. O Componente 2 tem por finalidade desenvolver um conjunto de intervenções sistêmicas de apoio às redes de atenção à saúde e à qualificação do cuidado em saúde por meio de iniciativas que configuram prioridades de caráter nacional. O Componente 3 compreende ações referentes à administração geral do Projeto, incluindo assessoria técnico-operacional para viabilizar a execução das atividades previstas nos Componentes 1 e 2.

No Componente 2, o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS) elaborou o subprojeto *“Intervenção Sistêmica da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde das Regiões Selecionadas do Projeto QualiSUS-Rede”*, com o objetivo de qualificar a gestão da assistência farmacêutica das regiões do projeto QualiSUS-Rede, por meio da formação profissional, informatização das unidades de saúde e utilização do Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica como um dos

instrumentos de gestão e qualificação do cuidado na rede de atenção à saúde.

Foram definidos os objetivos específicos, dentre eles a realização de um diagnóstico situacional *in loco* nas regiões do projeto, compondo a pesquisa “*Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do projeto QualiSUS-Rede*”, com a proposição de avaliar a estrutura e o processo da assistência farmacêutica nas regiões do QualiSUS-Rede, com priorização aos sistemas de apoio e pontos de atenção.

2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE¹⁰

A assistência farmacêutica constitui um conjunto de serviços disseminado por toda a rede de serviços do SUS. Conforme Santos (2012), diversas ações, que priorizam o cuidado na Atenção Primária à Saúde, por exemplo, nas Linhas de Cuidado com as redes temáticas, nas pactuações consolidadas pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, nos objetivos da rede de atenção à saúde, entre outros, permitem visualizar diferentes cenários para a implementação da assistência farmacêutica como um importante conjunto de ações, que visam garantir a integralidade.

O modelo vigente da assistência farmacêutica, que ainda valoriza muito a disponibilidade do medicamento, não atende aos princípios propostos pela rede de atenção à saúde em sua totalidade. Assim, é preciso superar a fragmentação das ações e serviços da assistência farmacêutica, avançando conjuntamente na perspectiva de rede.

¹⁰ Este texto foi adaptado à linguagem de EaD e publicado em: PUPO, Guilherme Daniel; LEITE, Silvana Nair; DIEHL, Eliana Elisabeth; SOARES, Luciano; FARIAS, Mareni Rocha; SANTOS, Rosana Isabel dos. *Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde*. [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3252>>. Acesso em: 04 maio 2016.

A assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde exige uma maior integração entre a disponibilidade do medicamento (acessibilidade) e a provisão de serviços clínicos à comunidade (cuidado), a partir do serviço especializado prestado pelo farmacêutico.

Serviços clínicos são aqueles em que ocorre a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a melhoria do uso do medicamento ou a obtenção de resultados terapêuticos definidos, voltados à manutenção ou à melhoria da qualidade de vida (CORRER; OTUKI, 2013; CAMPESE et al., 2016, no prelo; PEREIRA, 2016a, no prelo; PEREIRA 2016b, no prelo).

O Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, na publicação “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica” (BRASIL, 2014) propõe uma reflexão da Portaria n. 4.219/2010, considerando que a assistência farmacêutica desenvolve (ou pelo menos deveria desenvolver), além dos serviços de abastecimento (Sistema de Apoio, que têm a finalidade de disponibilizar o medicamento ao usuário), também os serviços clínicos assistenciais nos pontos de atenção, propiciando o uso racional dos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva para o indivíduo, a família e a comunidade.

As atividades da assistência farmacêutica organizam-se no âmbito dos distintos componentes da estrutura operacional de uma rede de atenção à saúde, presumindo as seguintes diretrizes (COSTA, 2011):

Nos Sistemas de Apoio:

- Promover a seleção de medicamentos baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), por meio de um trabalho articulado com profissionais de saúde e atendendo às singularidades das regiões de saúde;
- Qualificar o sistema de abastecimento de medicamentos e insumos estratégicos (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição);

- Integrar os sistemas de informação em saúde da rede de atenção à saúde com o Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica;
- Induzir o desenvolvimento e a implantação de infraestrutura necessária à qualificação das atividades da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde;
- Induzir a criação de programas de capacitação, fixação e valorização de recursos humanos necessários ao desenvolvimento e qualificação das atividades da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde.

Nos Pontos de Atenção:

- Desenvolver serviços farmacêuticos clínicos (cuidado em saúde) para compor o ponto de atenção à saúde;
- Fortalecer as atividades de farmacovigilância e farmacoepidemiologia;
- Desenvolver e aplicar instrumentos que auxiliem na organização, agilização e qualificação dos serviços clínicos, tais como:
 - Protocolo de classificação de riscos para problemas relacionados aos medicamentos;
 - Documento de notificação de falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
 - Documento de notificação de reação adversa a medicamentos.
- Aumentar a adesão ao tratamento e reforçar a compreensão dos usuários sobre os medicamentos;
- Reduzir erros de medicação/prescrição;

- Responsabilizar-se pelo usuário nos diferentes pontos de atenção, minimizando erros de aplicação/administração de medicamentos.

Nos Pontos de Apoio Terapêutico:

- Apoiar os profissionais no Telessaúde, por meio da Segunda Opinião Formativa, da Teleconsultoria, e da Tele-educação, esclarecendo dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, ampliando a capacidade resolutiva das equipes de saúde.

Nos Sistemas de Governança:

- Contribuir com a Governança da rede de atenção à saúde por meio de informações e indicadores de assistência farmacêutica, de forma que contribuam no diagnóstico, monitoramento, na avaliação e qualificação dos serviços farmacêuticos;
- Desenvolver instrumentos que auxiliem na organização, agilização e qualificação da gestão da assistência farmacêutica;
- Apoiar iniciativas que contribuam para a implantação de processos de certificação de acreditação da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde.

Para contribuir com o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde, com ênfase em sua inserção nas redes de atenção à saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – QUALIFAR-SUS (BRASIL, 2012).

O QUALIFAR-SUS estrutura-se em quatro eixos, com os seguintes objetivos (BRASIL, 2012):

- **Eixo Estrutura:** contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na assistência farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos;
- **Eixo Educação:** promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da assistência farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das redes de atenção à saúde;
- **Eixo Informação:** produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da assistência farmacêutica;
- **Eixo Cuidado:** inserir a assistência farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

Para desenvolver e aplicar as diretrizes propostas no aprimoramento da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde, a necessidade de profissionais qualificados se faz presente.

2.4 QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Fazer da proposta de organização da atenção à saúde em rede uma realidade é, certamente, um grande desafio do SUS. E, para que isso ocorra, a qualificação do profissional é fundamental.

A formação de profissionais capazes de oferecer um cuidado integral, com uma abordagem multiprofissional, que mude o foco apenas

do medicamento e passe a ser centrado no indivíduo, na família e na comunidade, considerando a autonomia do ser humano, a sua singularidade e o contexto em que vive, é imprescindível na atenção à saúde.

Reconhecer a conexão entre a esfera do trabalho e da educação implica na ampliação do conceito de saúde, reconhecendo suas interfaces com outros temas e com a riqueza de valores e processos, somados à diversidade de olhares e subjetividades deste complexo sistema (...) (BRASIL, 2007, p. 8).

A Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada de 15 a 18 de setembro de 2003, identificou a necessidade de uma política de formação de recursos humanos em assistência farmacêutica no SUS, em nível de graduação e pós-graduação, nas propostas:

- *Incentivar financeiramente, por intermédio do Ministério da Saúde, a formação e a capacitação, em nível de pós-graduação, de recursos humanos em Assistência Farmacêutica nas instituições federais de ensino superior (BRASIL, 2005, p. 72).*
- *Estabelecer políticas de formação, nos cursos de graduação e pós-graduação em farmácia, visando ao desenvolvimento de pesquisa e tecnologias orientadas para a Assistência e Atenção Farmacêutica no âmbito do SUS (BRASIL, 2005, p. 140).*

Nesse sentido, destacam-se algumas iniciativas voltadas para a qualificação da assistência farmacêutica (IVAMA-BRUMMELL; LYRA JUNIOR; SAKAI, 2014):

- Criação do Mestrado Profissional em Gestão da Assistência Farmacêutica, por meio do termo de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005-2007);
- Lançamento do Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DAF n. 54/2005, com o objetivo de contribuir para a produção do conhecimento científico na área da assistência farmacêutica (2005);
- Realização do Curso de Especialização em Gestão Pública em Assistência Farmacêutica, pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de Brasília (2007);
- Inclusão da Farmácia no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, com o objetivo de integrar o ensino e o serviço, visando à reorientação da formação profissional (2008);
- Realização de 13 cursos presenciais e regionalizados de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica, financiados pelo Ministério da Saúde, em parceria com universidades públicas e privadas (2008);
- Realização do Curso “Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde: construindo uma relação integral”, pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2010);
- Criação do Programa Nacional de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, por meio da associação de instituições de ensino superior, pela Rede Brasileira de Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária, com a aprovação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), do Ministério da Educação (2010);

- Realização do curso a distância em “Serviços Farmacêuticos Baseados em Atenção Primária em Saúde para Gestores”, pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2010-2012-2013);
- Realização do curso a distância “Fitoterapia para Médicos do SUS”, pelo Ministério da Saúde, em parceria com Associação Brasileira de Fitomedicina (2012-2015);
- Realização do curso “Farmacêuticos na Atenção Básica/Primária à Saúde: Trabalhando em Rede”, pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – QUALIFAR-SUS (2014-2015-2016);
- Realização do “Curso de Qualificação Nacional em Assistência Farmacêutica e Utilização do Sistema Hórus”, promovido pelo Ministério da Saúde, por meio do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede (2015-2016).

Em 2009, a avaliação realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), do Ministério da Saúde, apontou a necessidade de ampliar a capacitação dos farmacêuticos em todo o Brasil na área da assistência farmacêutica. Assim, no período de 2010 a 2013, foi ofertado o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização a distância, coordenado pela Universidade Federal de Santa Catarina, integrando a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)¹¹. Cerca de 5.200 farmacêuticos, atuantes nos serviços públicos de saúde, de todo o Brasil,

¹¹ A UNA-SUS, coordenada pelo Ministério da Saúde, tem a finalidade de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS, por meio do desenvolvimento da modalidade de educação a distância na área da Saúde.

inscreveram-se para as 2.000 vagas ofertadas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2014).

A avaliação positiva da primeira edição do Curso, a grande demanda por formação em gestão da assistência farmacêutica e a necessidade de articulação entre o ensino e o serviço, visando responder às diretrizes do SUS, motivaram a oferta de uma segunda edição do Curso.

2.4.1 Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD

O Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, em sua segunda edição, foi promovido nacionalmente pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, coordenado e ofertado pela Universidade Federal de Santa Catarina, nos anos de 2014 e 2015.

O Curso foi ofertado no nível de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de educação a distância, via internet¹².

A principal meta do Curso foi

formar profissionais com uma visão crítica sobre a realidade do trabalho em saúde, que atuem em prol da gestão da assistência farmacêutica, considerando as necessidades sociais. Busca-se, acima de tudo, a qualificação do farmacêutico para a gestão dos serviços e das políticas, com competência de liderança, criatividade e comprometimento com os resultados do seu trabalho e do sistema de saúde (FARIAS e REIBNITZ 2015, p. 21).

¹² Página eletrônica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD: unasus.ufsc.br/gestaofarmacaceutica/

O processo seletivo do Curso contou com 1.200 vagas para farmacêuticos que exerciam atividade profissional em serviço público de saúde e 400 vagas para farmacêuticos que exerciam atividade docente em disciplinas de Curso de Graduação em Farmácia.

O número de vagas e os critérios de seleção foram estabelecidos em conjunto com o DAF/SCTIE/MS e pactuados com os gestores estaduais, representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Os critérios de seleção para os farmacêuticos que exerciam atividade profissional em serviço público de saúde foram discutidos com o DAF/SCTIE/MS, sendo priorizados os farmacêuticos:

- Que aderiram ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – QUALIFAR-SUS ou
- Integrantes das regiões participantes do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede ou
- Aderiram ao Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus.

Os critérios para seleção dos farmacêuticos que exerciam atividade docente em disciplinas de Curso de Graduação em Farmácia foram discutidos com a Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico – ABENFAR¹³, de acordo com a categoria administrativa da Instituição de Ensino Superior e o conteúdo ministrado pelo docente.

¹³ Em 5 de outubro de 2013 a ABENFAR foi extinta, sendo sucedida pela Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF).

2.4.1.1 Organização do Curso

O Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD foi operacionalizado por meio de 13 Polos Regionais em todo o Brasil (Figura 4)

Figura 4 – Polos Regionais do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.



Fonte: FONTANA et al. (2013).

Em cada uma das regiões foram identificadas instituições para sediar os Polos Regionais (Quadro 3).

Quadro 3 – Instituições sede dos Polos Regionais do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.

Polo Regional	Instituição Sede
Brasília/DF	Universidade de Brasília – UnB
Divinópolis/MG	Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ
Fortaleza/CE	Universidade Federal do Ceará – UFC
Goiânia/GO	Universidade Federal de Goiás – UFG
Manaus/AM	Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Natal/RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Ribeirão Preto/SP	Universidade de São Paulo – USP/RP
Salvador/BA	Universidade Federal da Bahia – UFBA
São Luís/MA	Universidade Federal do Maranhão – UFMA
São Paulo/SP	Universidade de São Paulo – USP/SP
Vitória da Conquista/BA	Universidade Federal da Bahia – UFBA/VDC

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (2014).

Cada Polo Regional era vinculado a uma determinada área de abrangência, contava com um coordenador local e uma equipe de tutores, variando de três a cinco, conforme disposto no Quadro 4.

O tutor era um profissional farmacêutico selecionado para atuar como facilitador, mediador e promotor do processo de aprendizagem do referido Curso, sendo responsável por um grupo de estudantes.

Quadro 4 – Distribuição dos Polos Regionais, segundo região de abrangência e número de tutores, do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.

Polo Regional	Estados atendidos	Número de tutores
Brasília/DF	Distrito Federal, Minas Gerais e Tocantins	4
Curitiba/PR	Paraná e Santa Catarina	4
Divinópolis/MG	Espírito Santo e Minas Gerais	5
Fortaleza/CE	Ceará, Paraíba e Pernambuco	5
Goiânia/GO	Goiás e Mato Grosso	3
Manaus/AM	Acre, Amazonas, Pará, Rondônia e Roraima	3
Natal/RN	Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte	5
Porto Alegre/RS	Rio Grande do Sul e Santa Catarina	3
Ribeirão Preto/SP	Mato Grosso do Sul e São Paulo	3
Salvador/BA	Alagoas, Bahia e Sergipe	5
São Luís/MA	Amapá, Maranhão, Pará e Piauí	5
São Paulo/SP	Rio de Janeiro e São Paulo	5
Vitória da Conquista/BA	Bahia, Espírito Santo e Minas Gerais	3
Total		53

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (2013).

No início do Curso, cada tutor era responsável por um grupo de até 40 estudantes.

Para criar os grupos de estudantes em um Polo Regional, procurou-se considerar as mesorregiões¹⁴ dos Estados, agrupando estudantes de municípios com similaridades.

2.4.1.2 Organização Curricular

O Curso foi estruturado em três modalidades: Estudos de Aprofundamento (Eixo 1), Aperfeiçoamento (Eixo 2) e Especialização (Eixo 3).

Para concluir o Eixo 1 – Estudos de Aprofundamento – o estudante deveria integralizar 75 horas/aula.

Para concluir o Eixo 2 – Aperfeiçoamento – o estudante deveria integralizar o Eixo 1 e as 225 horas/aula do Eixo 2, totalizando 300 horas/aula, além de realizar um Plano Operativo.

Para concluir o Eixo 3 – Especialização – o estudante deveria integralizar o Eixo 1, o Eixo 2, com a realização do Plano Operativo, e mais 60 horas/aula do Eixo 3, totalizando 360 horas/aula, além de realizar o Trabalho de Conclusão de Curso.

Em cada Eixo, os conteúdos estavam distribuídos em Módulos, e estes organizados em Unidades de ensino-aprendizagem, conforme o Quadro 5 a seguir.

¹⁴ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mesorregiões são unidades homogêneas a nível maior que as microrregiões, porém, menor que o estado ou território. Foram criadas com o objetivo de permitir a elaboração de estatísticas mais detalhadas em unidades territoriais maiores, obedecendo ao mesmo princípio da classificação microrregional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1980).

Quadro 5 – Estruturação dos Eixos, seus respectivos Módulos e Unidades do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.

(continua)

Eixo	Módulo	Unidade
Eixo 1 - Políticas de saúde e acesso a medicamentos	Módulo 1 - Introdução ao Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - Educação a distância	Unidade 1 - Conhecendo o Curso
		Unidade 2 - Introdução à gestão da assistência farmacêutica
		Unidade 3 - Hórus
	Módulo 2 - Políticas de saúde e acesso a medicamentos	Unidade 1 - O processo saúde-doença-cuidado
		Unidade 2 - Saúde e cidadania
Eixo 2 - Serviços Farmacêuticos	Módulo Transversal - Gestão da Assistência Farmacêutica	Unidade 1 - Gestão da assistência farmacêutica
		Unidade 2 - Planejamento em saúde
		Unidade 3 - Avaliação em saúde e avaliação da assistência farmacêutica
		Unidade 4 - Operacionalização de um processo de planejamento
		Unidade 5 - As ferramentas necessárias para a gestão
	Módulo 3 - Seleção de medicamentos	Unidade 1 - O uso de ferramentas da epidemiologia na assistência farmacêutica
		Unidade 2 - Seleção de medicamentos
	Módulo 4 - Logística de medicamentos	Unidade 1 - Programação de medicamentos
		Unidade 2 - Aquisição de medicamentos
		Unidade 3 - Armazenamento e distribuição de medicamentos

Quadro 5 – Estruturação dos Eixos, seus respectivos Módulos e Unidades do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.

(conclusão)

Eixo	Módulo	Unidade
Eixo 2 - Serviços Farmacêuticos	Módulo 5 - Dispensação de medicamentos	Unidade 1 - Contexto sociocultural do uso de medicamentos
		Unidade 2 - Dispensação de medicamentos
		Unidade 3 - Farmacovigilância
Eixo 3 - Estudos complementares	Módulo 6 - Metodologia da pesquisa	Unidade 1 - Metodologia da pesquisa
	Módulo 7 - Tópicos especiais em ética, avaliação de tecnologias em saúde e aspectos técnicos e legais relacionados aos medicamentos alopáticos	Unidade 1 - Ética e medicalização
		Unidade 2 - Avaliação econômica de tecnologias em saúde
		Unidade 3 - Estudos dos aspectos técnicos e legais relacionados aos medicamentos e seus impactos na assistência farmacêutica
	Módulo 8 - Tópicos especiais em ética, educação em saúde e aspectos técnicos e legais relacionados aos medicamentos homeopáticos	Unidade 1 - Ética e medicalização
		Unidade 2 - Educação em saúde
		Unidade 3 - Estudos dos aspectos técnicos e legais relacionados aos medicamentos homeopáticos e seus impactos na assistência farmacêutica
	Módulo 9 - Tópicos especiais em ética, educação em saúde e modelos de seguimento farmacoterapêutico	Unidade 1 - Ética e medicalização
		Unidade 2 - Educação em saúde
		Unidade 3 - Modelos de seguimento farmacoterapêutico

Fonte: Adaptado de FARIAS e REIBNITZ (2015).

O Curso foi realizado com a utilização das tecnologias da informação e da comunicação, mediante múltiplas mídias e recursos.

Para potencializar as atividades de aprendizado, via internet, os Ambientes Virtuais de Ensino e Aprendizagem configuram espaços que permitem a interação dos usuários e o compartilhamento do conhecimento.

2.4.1.3 Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem

A Universidade Federal de Santa Catarina utiliza a plataforma Moodle¹⁵ para a gestão das atividades educacionais em ambientes virtuais (Figura 5).

Figura 5 – Tela inicial do Moodle do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, 2014-2015.



Fonte: Elaborada pelo autor.

¹⁵ Acrônimo de *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment* (Ambiente de Aprendizagem Dinâmico e Modular Orientado a Objetos).

O Moodle foi o local onde os estudantes acompanhavam as atividades do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, por meio do conteúdo instrucional (conteúdo teórico *on-line* e no formato PDF, vídeos e materiais de apoio), das ferramentas de interação (bate-papo, fóruns de conversa e fóruns de notícias) e das ferramentas de avaliação (fóruns de discussão, atividades avaliativas e enquetes).

Seguindo os pressupostos da avaliação formativa e somativa, ao final de cada Módulo no Curso, o estudante era avaliado a partir dos registros das participações e interações nas atividades propostas. Dentre as atividades avaliativas, encontrava-se o fórum de discussão *on-line*.

2.4.1.4 Fórum de discussão on-line

O fórum de discussão *on-line* é uma ferramenta virtual assíncrona (onde a comunicação ocorre em tempos distintos) realizado por meio da troca de mensagens e arquivos. Também é conhecido como “lista de discussão” ou “grupo de discussão”. No fórum, todas as mensagens ficam dispostas de forma cronológica e salvas para consulta posterior. Desta forma, permite a reflexão coletiva sobre uma questão norteadora, possibilitando a troca de experiências e informações entre os participantes.

Para mediar toda essa interlocução, no Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, o fórum era coordenado pelo tutor.

Enquanto atividade avaliativa, o fórum de discussão abordava um assunto específico, escolhido pelos conteudistas do Curso, para diálogo entre o grupo de estudantes dos tutores.

Como suporte ao tutor, cada atividade avaliativa do Curso contava com um fórum específico para os tutores interagirem com um conteudista de referência do Módulo. Esse espaço era disponível durante o período de realização da atividade para esclarecimento de dúvidas dos tutores relacionadas ao conteúdo e discussão da temática proposta na atividade avaliativa.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, utilizando a abordagem quali-quantitativa.

Os estudos descritivos e exploratórios proporcionam familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, descrevendo características de uma determinada população ou fenômeno (GIL, 2010).

Quanto à forma de abordagem, segundo Minayo (2011), a pesquisa qualitativa

trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas a pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes (MINAYO, 2011, p. 21).

Já a pesquisa quantitativa permite verificar e explicar a influência de variáveis mediante a análise da frequência de incidências e correlações estatísticas em um estudo (CHIZZOTTI, 2010).

Desta forma, o uso integrado das abordagens qualitativa e quantitativa é compreendido como um processo de complementaridade, onde as informações de um método podem auxiliar no desenvolvimento do outro, não havendo oposição entre eles.

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, a pesquisa adotou a forma de estudo de caso, que possibilita, segundo Gil (2010), a análise em profundidade de um fenômeno, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento.

3.2 FONTE DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um fórum de discussão *on-line*, presente no Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, conforme descrito a seguir:

3.2.1 Fórum avaliativo: O papel do farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde

A atividade avaliativa do Módulo 2 – Políticas de saúde e acesso a medicamentos, do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, abordou, em um fórum de discussão *on-line*, o papel do farmacêutico na rede de atenção à saúde.

Este fórum ocorreu da meia-noite do dia 13 de maio de 2014 às 23h55min do dia 26 de maio de 2014.

Para subsidiar a discussão dos estudantes, utilizou-se o conteúdo do Curso presente na Unidade 2 – Saúde e cidadania¹⁶, e os textos complementares de Pupo e colaboradores (2014a, 2014b, 2014c), produzidos a partir do conteúdo da Fundamentação Contextual desta dissertação: “Rede de Atenção à Saúde” (APÊNDICE A); “Instrumentos de Gestão da Rede de Atenção à Saúde” (APÊNDICE B) e “Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde” (APÊNDICE C).

A questão norteadora do fórum foi: “Considerando o desenvolvimento da política expressa na Portaria n. 4.279/2010, no Decreto n. 7.508/2011 e o debate nacional em torno da reorganização do sistema de saúde, qual é o papel dos farmacêuticos na Rede de Atenção à Saúde?”.

¹⁶ A Unidade 2 – Saúde e cidadania, do Módulo 2 – Políticas de saúde e acesso a medicamentos, abordou os assuntos: Saúde como direito; Políticas sociais; Modelos de proteção social; Políticas de saúde no Brasil; Assistência farmacêutica e Sistema Único de Saúde (SANTOS; SOARES; PUPO, 2015).

Nesse cenário, o presente estudo foi realizado analisando não somente o papel do farmacêutico no contexto da rede de atenção à saúde, mas também o papel da assistência farmacêutica nesta conjuntura, enquanto política norteadora para a formulação de políticas setoriais.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Após a confirmação da matrícula, o Curso totalizou 1.821 estudantes matriculados¹⁷, entre farmacêuticos que exerciam atividade profissional em serviço público de saúde e farmacêuticos que exerciam atividade docente em disciplinas de Curso de Graduação em Farmácia.

A amostra foi calculada em 520 estudantes, compreendendo uma seleção não probabilística, na qual foi escolhido aleatoriamente um grupo de estudantes de cada um dos 13 tutores, sendo um tutor de cada Polo Regional do Curso.

O plano amostral foi baseado no caráter exploratório deste estudo, não havendo a intenção de generalizar os dados obtidos na amostra.

Somente foram considerados participantes do estudo os grupos de estudantes onde todos aceitaram participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4 COLETA DE DADOS

Além da análise da discussão dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* “*O papel do farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde*”, presente no Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem do Curso de Gestão da

¹⁷ De acordo com o Edital do processo seletivo, um número maior de candidatos foi chamado visando compensar uma possível evasão ao longo do Curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2013).

Assistência Farmacêutica – EaD, utilizou-se os dados da ficha de inscrição dos estudantes no Curso, para traçar o perfil dos participantes.

Os dados foram coletados e analisados a partir de setembro de 2015.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Na abordagem quantitativa, analisou-se a frequência de incidências e correlações estatísticas dos dados presentes na ficha de inscrição dos estudantes no Curso, traçando o perfil da amostra. Foram analisadas as variáveis: gênero, idade, formação acadêmica, envolvimento com o QualiSUS-Rede e/ou QUALIFAR-SUS, esfera da instituição de trabalho, tipo de vínculo empregatício e setor de atuação. Analisou-se também o número de postagens no fórum avaliativo *on-line*. Para a análise, utilizou-se o programa Microsoft® Excel® 2013.

Na abordagem qualitativa, utilizou-se a Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin (2010). Definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Possibilitando, assim, analisar a estrutura de um texto, compreendendo as motivações, atitudes, valores e construções ideológicas (BARDIN, 2010; TRIVIÑOS, 2006).

Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se o programa NVivo® 11 Plus, realizando o processamento e leitura flutuante do material; a organização e construção das categorias para análise; o registro de interpretações e a geração das representações gráficas dos dados trabalhados, seguindo o método de análise de conteúdo de Bardin (2010).

Utilizou-se o recurso gráfico da nuvem de palavras para descrever os termos mais frequentes utilizados nos fóruns avaliativos *on-line*.

Para incorporar elementos do contexto do estudante, na análise da participação no fórum avaliativo *on-line*, utilizou-se outros dois programas: o Gephi® 0.8.2 e o IpeaGEO® 2.1.

No programa Gephi® 0.8.2, utilizou-se os dados de interação dos estudantes, obtidos a partir do programa NVivo® 11 Plus, para gerar os grafos¹⁸ dos grupos de estudantes selecionados na amostra, possibilitando, assim, o estudo entre os elementos de cada conjunto.

Os dados de geolocalização (latitude e longitude) dos municípios dos participantes foram projetados em mapas, utilizando o programa IpeaGEO® 2.1, considerando a tipologia das regiões de saúde no Brasil, de acordo com as características socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde, segundo Viana e colaboradores (2015). Trazendo, desta forma, algumas características do contexto dos estudantes para a análise.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer n. 1.231.402 (CAAE: 46912815.0.0000.0121), integrando o Projeto “*Serviços farmacêuticos desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde e a capacitação na modalidade EaD*”.

¹⁸ Oriundo da Teoria dos Grafos, os grafos são estruturas matemáticas utilizadas para modelar as relações entre os objetos em um determinado grupo. O grafo é composto por vértices, nós ou pontos que são ligados por arestas, arcos ou linhas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

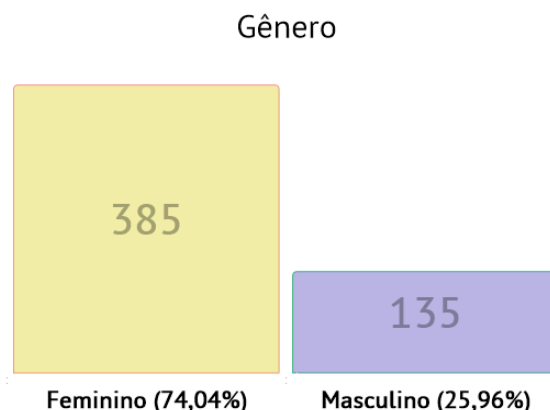
Os resultados e a discussão são apresentados em três seções: 1) Perfil dos participantes da amostra; 2) Interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line*, descritos a partir dos grafos e da nuvem de palavras; e 3) Análise de conteúdo do fórum avaliativo *on-line*.

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA AMOSTRA

Dos 520 participantes da amostra, 489 eram farmacêuticos que exerciam atividade profissional em serviço público de saúde e 31 eram farmacêuticos que exerciam atividade docente em disciplinas de Curso de Graduação em Farmácia.

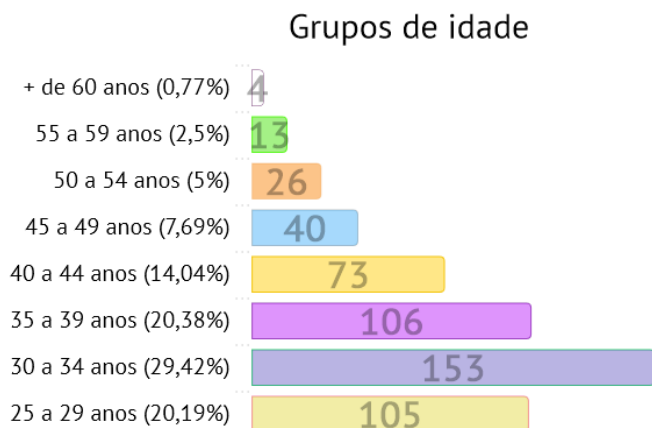
A maioria dos participantes eram mulheres (74,04%), com idade entre 30 e 34 anos (29,42%), e possuíam a Graduação (68,08%) como maior nível na formação acadêmica, seguido da Especialização (22,5%) (Figuras 6, 7 e 8).

Figura 6 – Perfil dos participantes da amostra, segundo gênero.



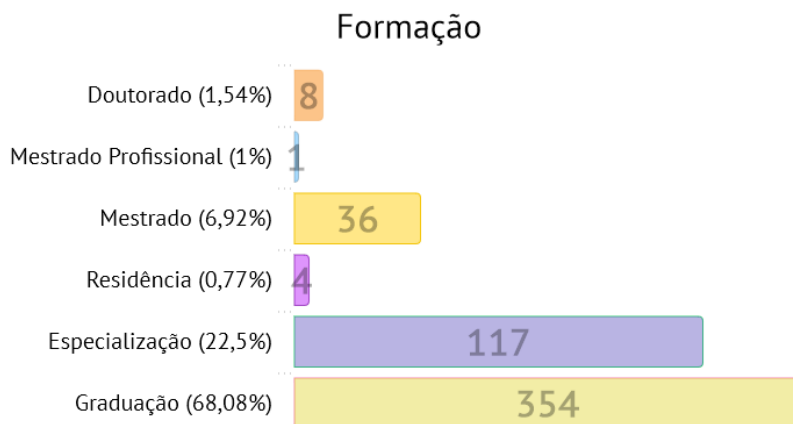
Fonte: Elaborada pelo autor, com base nos dados da ficha de inscrição no Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 7 – Perfil dos participantes da amostra, segundo grupo de idade.



Fonte: Elaborada pelo autor, com base nos dados da ficha de inscrição no Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 8 – Perfil dos participantes da amostra, segundo formação acadêmica.

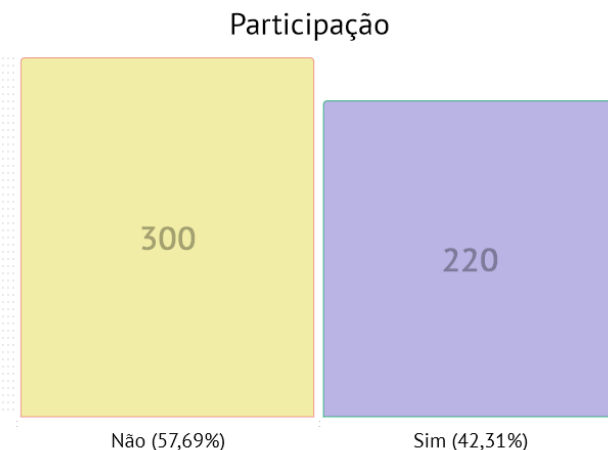


Fonte: Elaborada pelo autor, com base nos dados da ficha de inscrição no Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Estes dados mostram um grupo relativamente jovem, que possui como formação profissional apenas a graduação em Farmácia.

Quanto ao envolvimento dos profissionais farmacêuticos com o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) e/ou com o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), 42,31% afirmaram a participação (Figura 9).

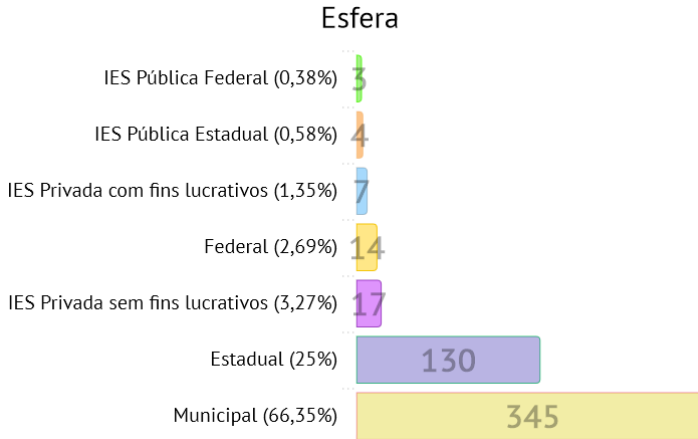
Figura 9 – Perfil dos participantes da amostra, segundo participação no QualiSUS-Rede e QUALIFAR-SUS.



Fonte: Elaborada pelo autor, com base nos dados da ficha de inscrição no Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Entre os farmacêuticos que exerciam atividade profissional em serviço público de saúde, 66,35% trabalhavam na esfera Municipal, com vínculo empregatício Estatutário (53,46%), atuando, a maioria, na farmácia de unidade básica de saúde (16,15%), na farmácia hospitalar (15,38%) ou na equipe de gestão da assistência farmacêutica (14,62%). A maioria dos docentes inscritos tinham vínculo com instituições de ensino superior privada, sem fins lucrativos (3,27%). Dez por cento dos participantes eram gestores da assistência farmacêutica em seus municípios (Figuras 10 e 11).

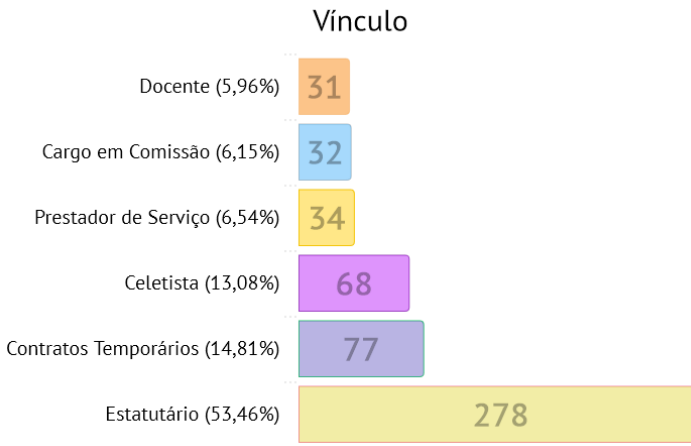
Figura 10 – Perfil dos participantes da amostra, segundo esfera da instituição de trabalho.



Fonte: Elaborada pelo autor, com base nos dados da ficha de inscrição no Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Legenda: IES – Instituição de Ensino Superior.

Figura 11 – Perfil dos participantes da amostra, segundo tipo do vínculo empregatício.



Fonte: Elaborada pelo autor, com base nos dados da ficha de inscrição no Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

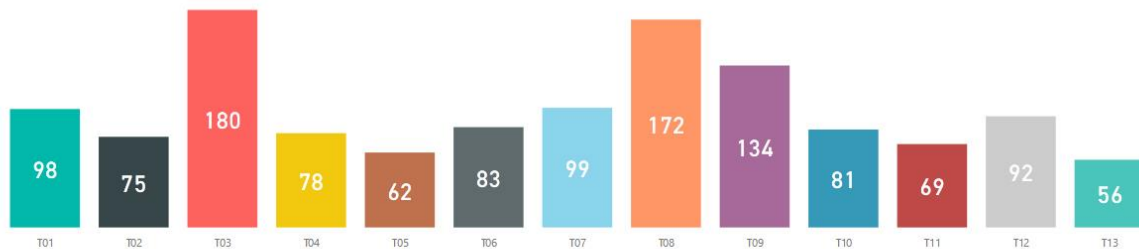
Os critérios de seleção do Curso priorizaram farmacêuticos de municípios que participam do QualiSUS-Rede e/ou QUALIFAR-SUS, mostrando que a meta foi atingida. Por outro lado, apesar da maioria possuir vínculo estatutário, um percentual considerável possui vínculos precários de contratos de trabalho, o que pode comprometer um planejamento de médio a longo prazos.

Quanto à participação no fórum avaliativo *on-line*, os 13 grupos de estudantes da amostra resultaram em 1.279 postagens, com uma média de 98 postagens em cada grupo.

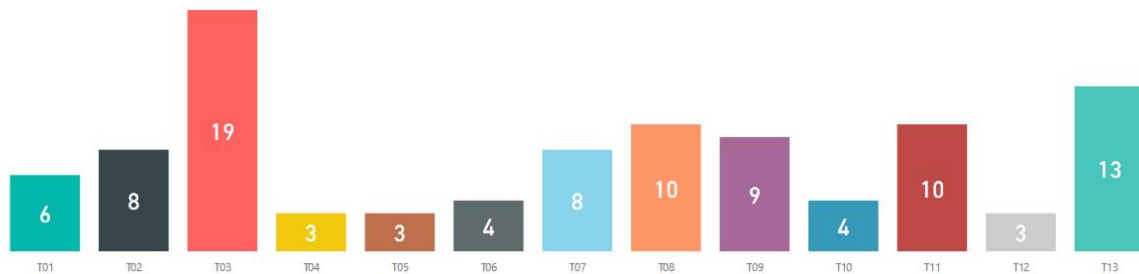
Os tutores realizaram, em média, oito postagens durante o período de duração do fórum (Figura 12).

Figura 12 – Número total de postagens no fórum avaliativo *on-line* “O papel do farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde” e número de intervenções do tutor no fórum, segundo Grupo de Tutor.

Total de postagens no fórum (estudante + tutor), segundo Grupo de Tutor



Número de intervenções do tutor no fórum, segundo Grupo de Tutor



Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades dos fóruns avaliativos *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

4.2 INTERAÇÃO DOS ESTUDANTES NO FÓRUM AVALIATIVO *ON-LINE*

A representação da interação dos estudantes em seu grupo de tutor é demonstrada pelos grafos e nuvens de palavras a seguir (Figuras de 13 a 25).

No grafo, quanto maior o número de interações realizadas por aquele elemento, maior é a representação do nó. Em todos os casos, o maior nó foi representado pelo tutor do grupo. As arestas (ligações entre os nós) representam a interatividade entre os participantes. Quanto mais arestas, maior a interação na discussão do fórum avaliativo *on-line*. A interação foi classificada entre “elevada” (acima de 98 arestas) e “moderada” (até 98 arestas), proporcionalmente ao número de postagens no fórum (Quadro 6).

Nos grafos, os tutores foram codificados com a letra “T”, na sequência de T01 a T13. Já os estudantes, foram codificados com as iniciais do código do tutor, seguido da letra “E” e de uma sequência numérica. Por exemplo, T01E01, T01E02, T01E03...

Na nuvem de palavras, o tamanho da palavra é proporcional à frequência do seu uso no fórum. Palavras mais frequentes são representadas em tamanho maior, palavras menos frequentes são representadas em tamanho menor. Alguns artigos, pronomes e preposições foram ignorados neste processo.

As palavras mais frequentes de cada grupo de tutor da amostra estão listadas no Quadro 6 e Figuras a seguir.

Quadro 6 – Interação no fórum avaliativo *on-line* e palavras mais frequentes, por Grupo de Tutor.

Grupo de Tutor	Interação no fórum	Palavras mais frequentes
T01	Moderada	“Estrutura física”, “logística”, “Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)”
T02	Elevada	“Clínica farmacêutica”, “capacitação” e “serviços”
T03	Elevada	“Clínica”, “gestão”, “logística” e “transporte”
T04	Moderada	“Acesso”, “orientação” e “estrutura”
T05	Moderada	“Governança”, “recursos humanos” e “responsabilidade”
T06	Moderada	“Logística”, “gestão” e “Hórus”
T07	Elevada	“Capacitação”, “orientação” e “perspectivas”
T08	Elevada	“Consórcio”, “Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)”, “capacitação”, “político” e “responsabilidade”
T09	Elevada	“Integralidade”, “pactuação”, “gestão”, “logística” e “clínica”
T10	Moderada	“Financiamento”, “recursos humanos”, “governança” e “interfederativa”
T11	Moderada	“Farmacêutico”, “gestor”, “gestão”, “medicamentos” e “recursos”
T12	Elevada	“Orientação”, “informação”, “equipe multidisciplinar”, “dispensação”, “prescrição” e “interação”
T13	Moderada	“Formação”, “qualificação profissional”, “gestão”, “integralidade” e “fragmentação”

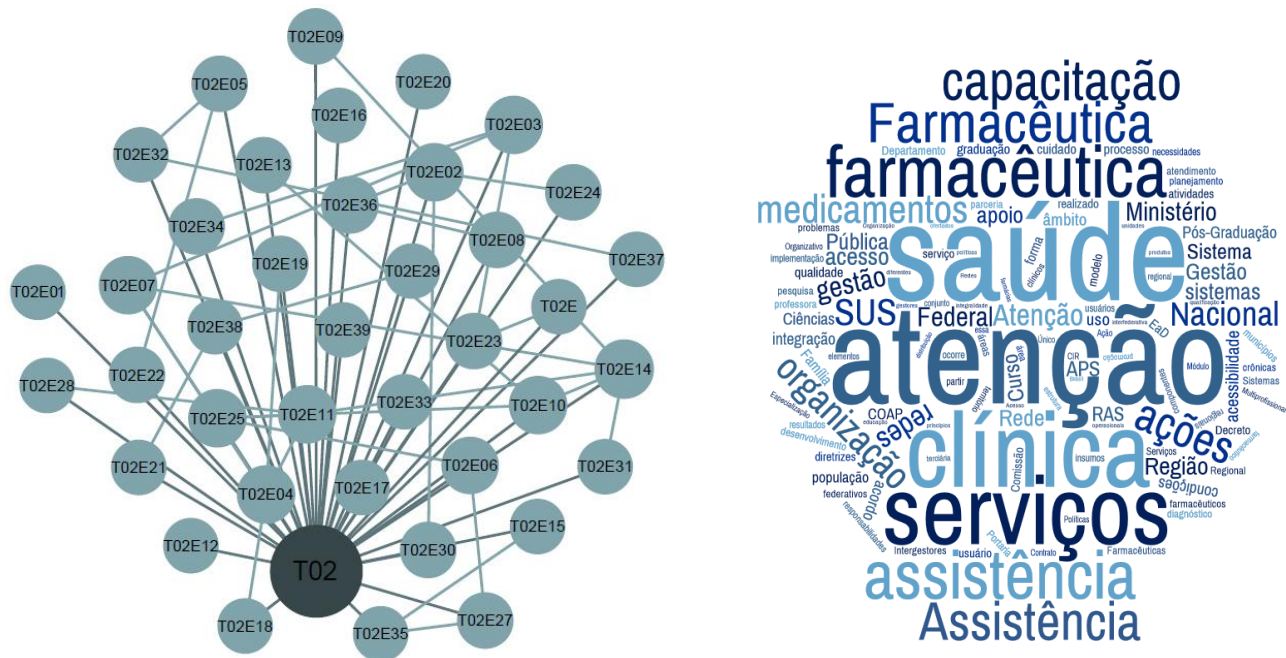
Fonte: Elaborado pelo autor.

Figura 13 – T01 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



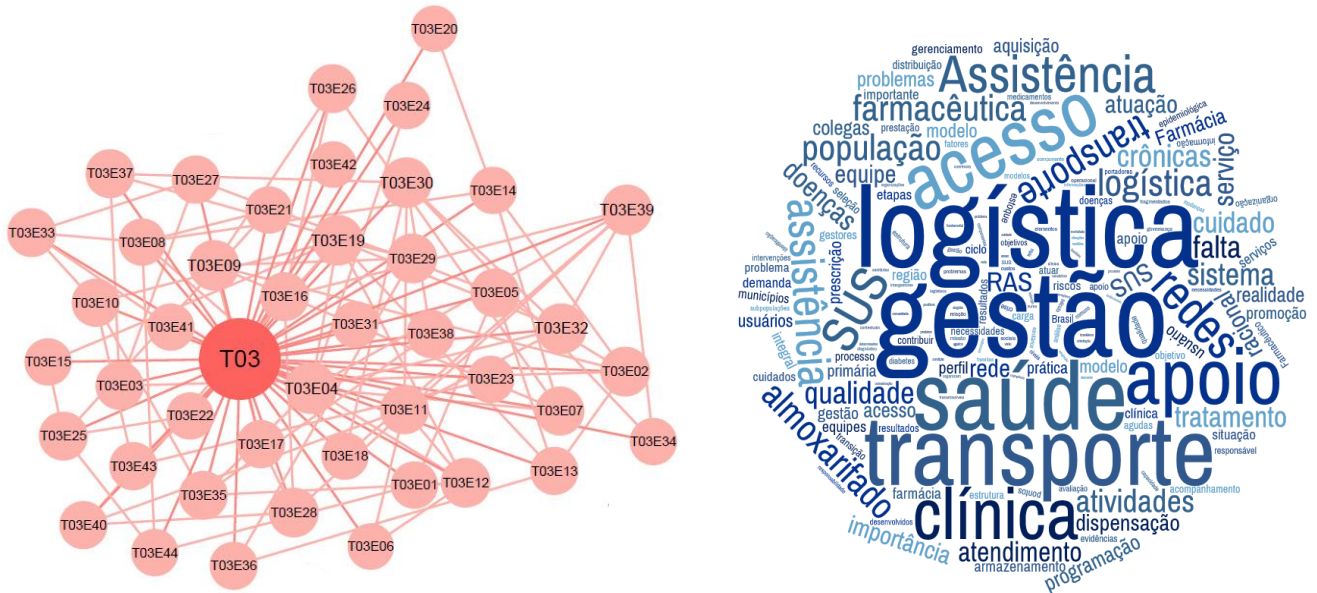
Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 14 – T02 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



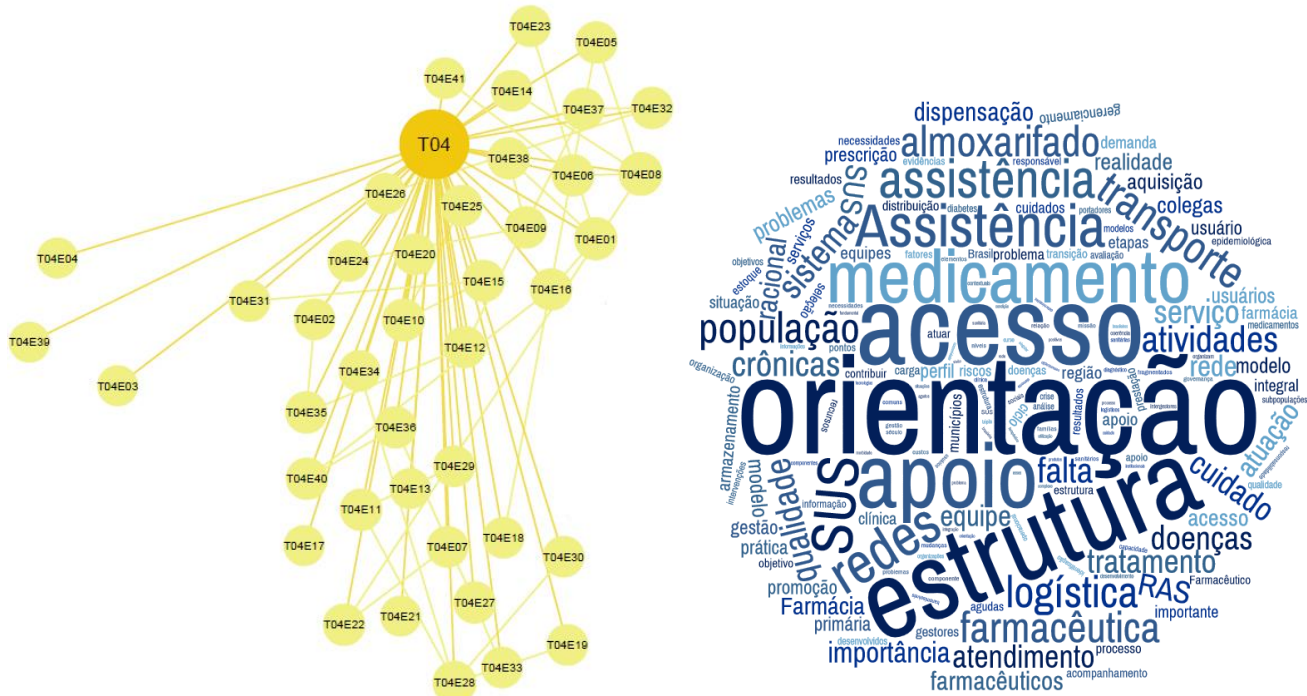
Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 15 – T03 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



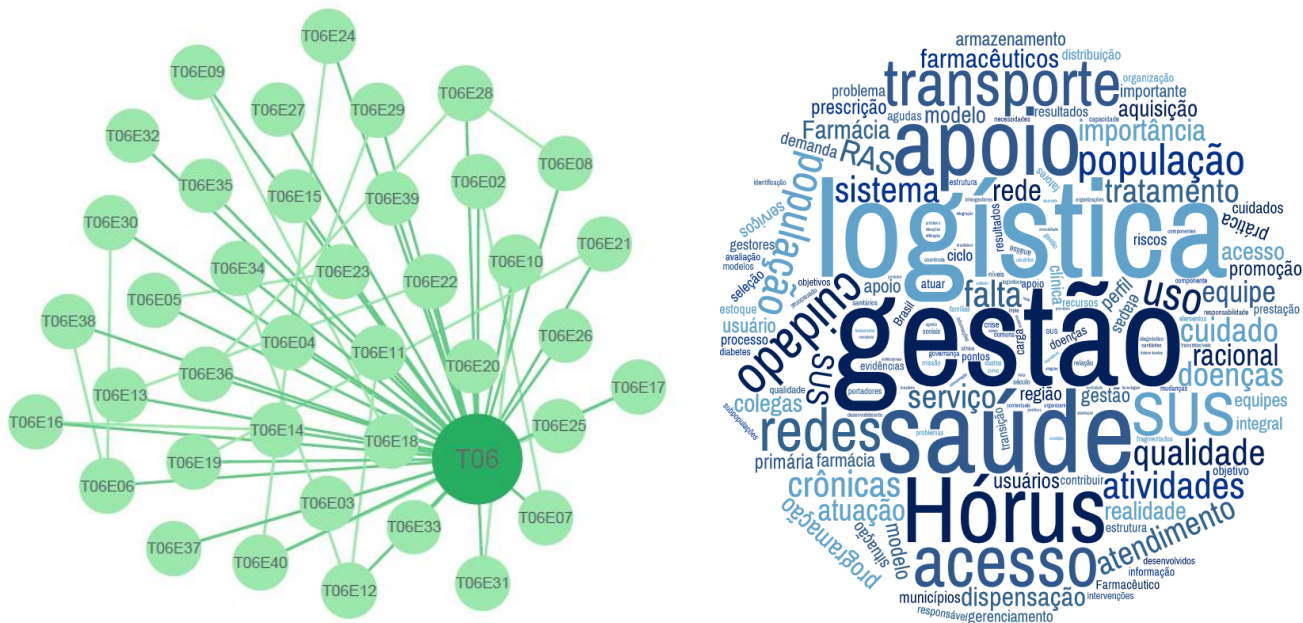
Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 16 – T04 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



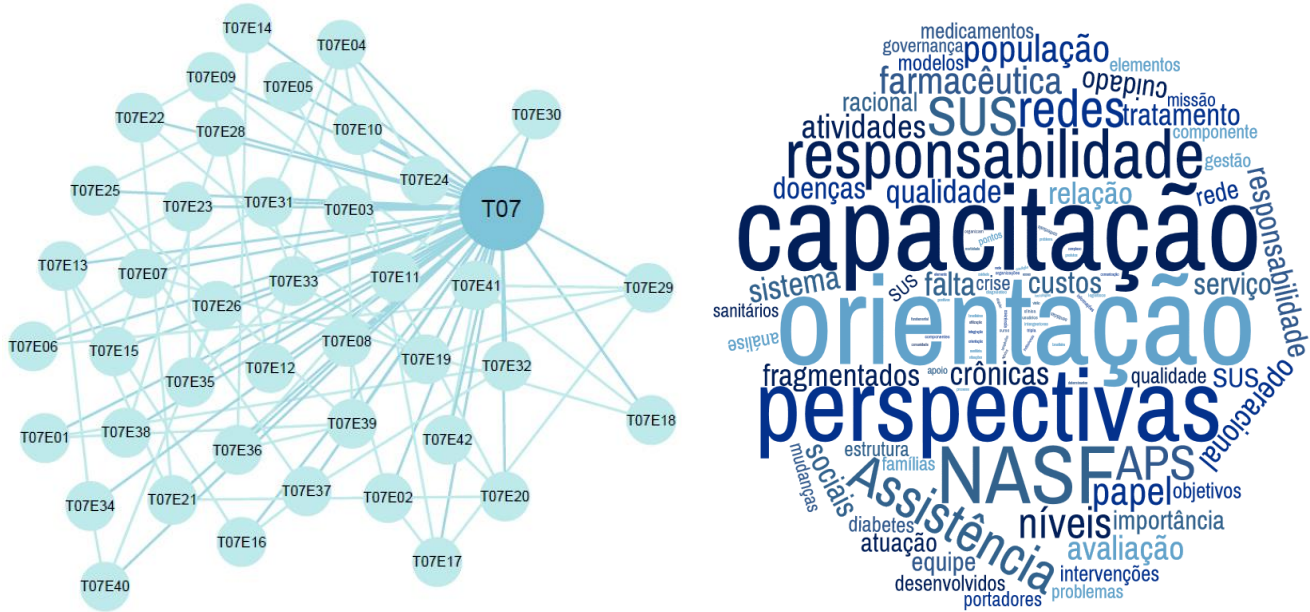
Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 18 – T06 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



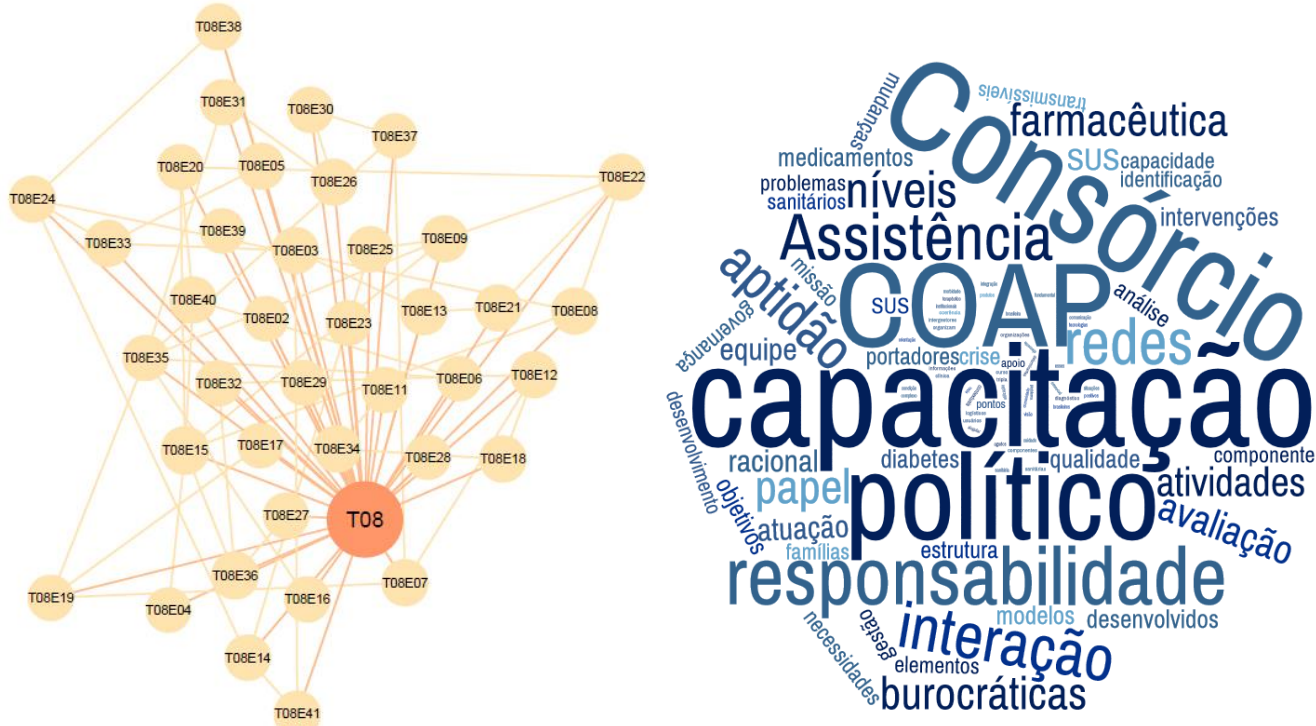
Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 19 – T07 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



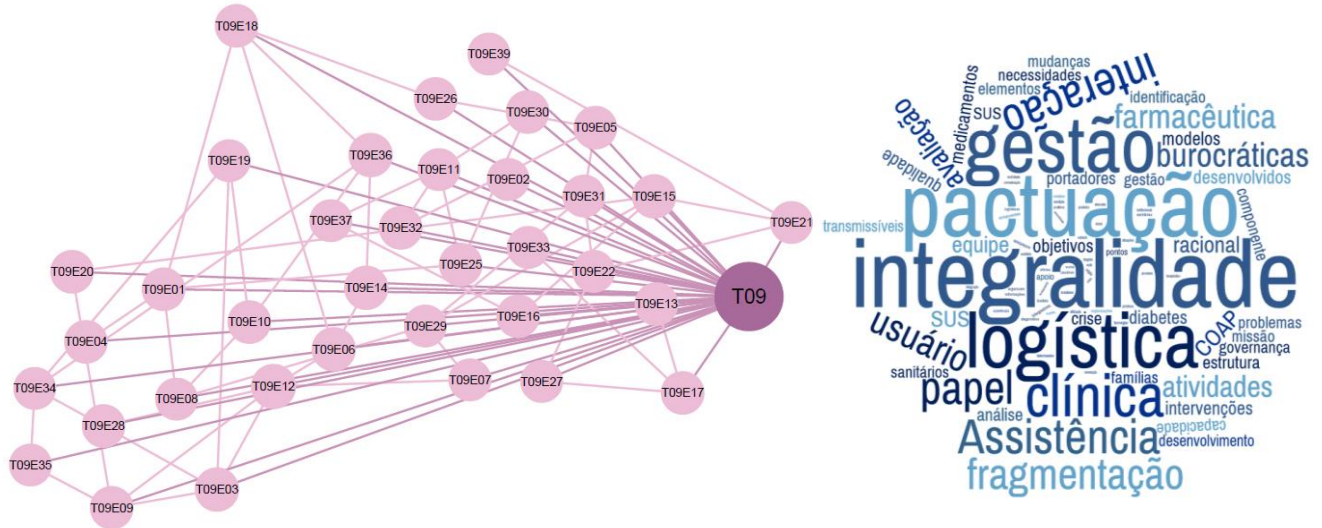
Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 20 – T08 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 21 – T09 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



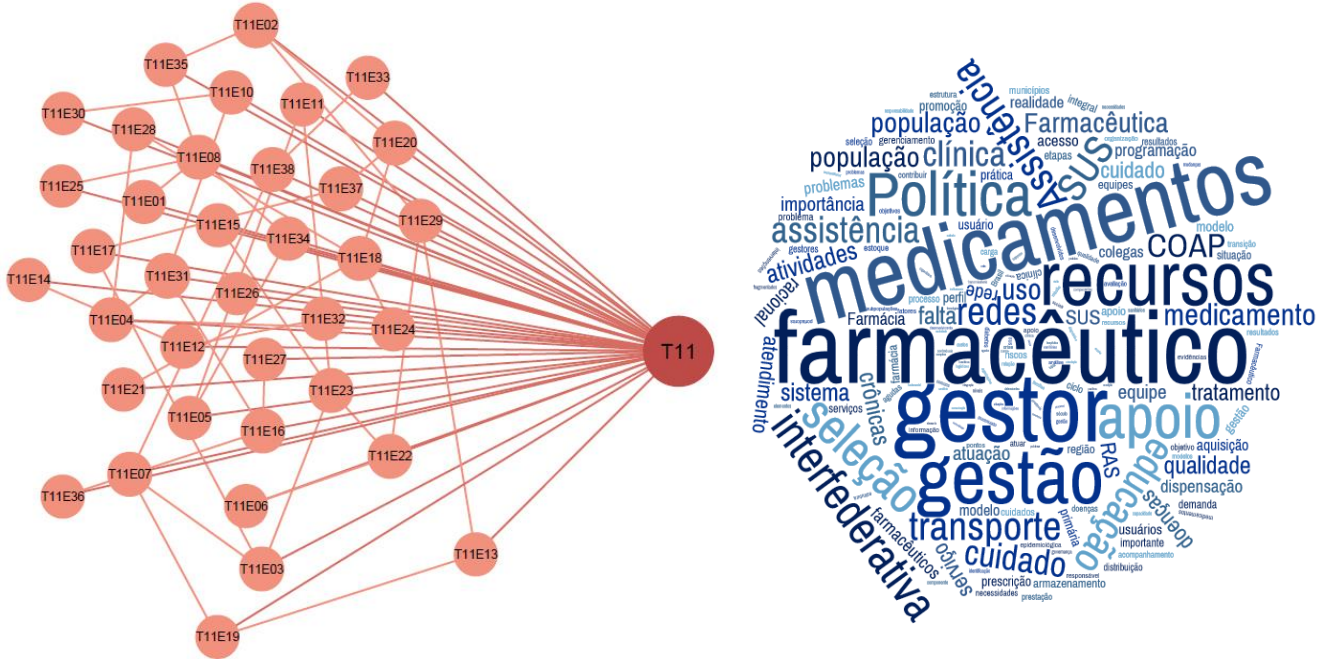
Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 22 – T10 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



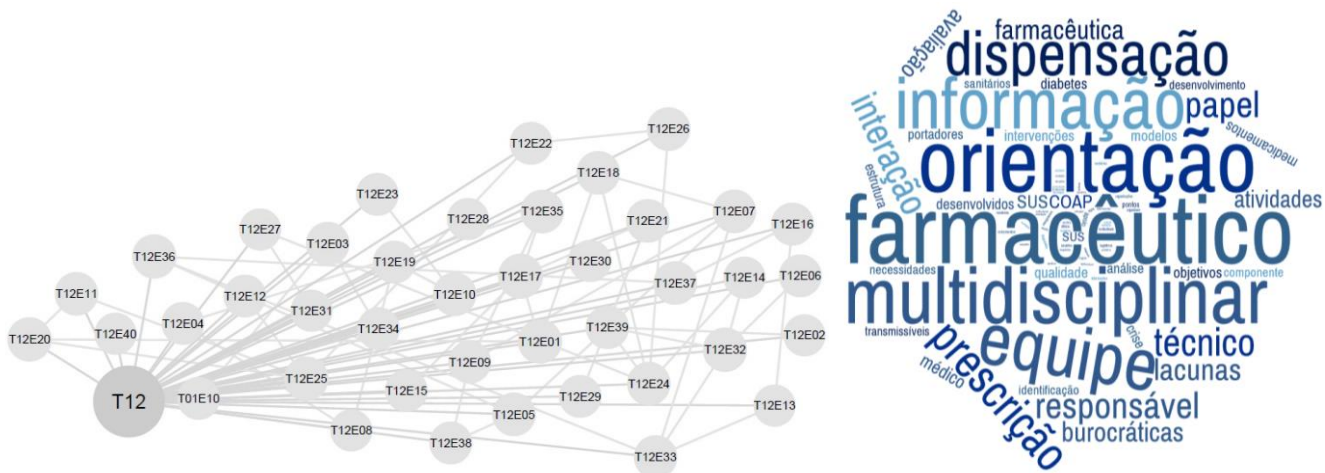
Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 23 – T11 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



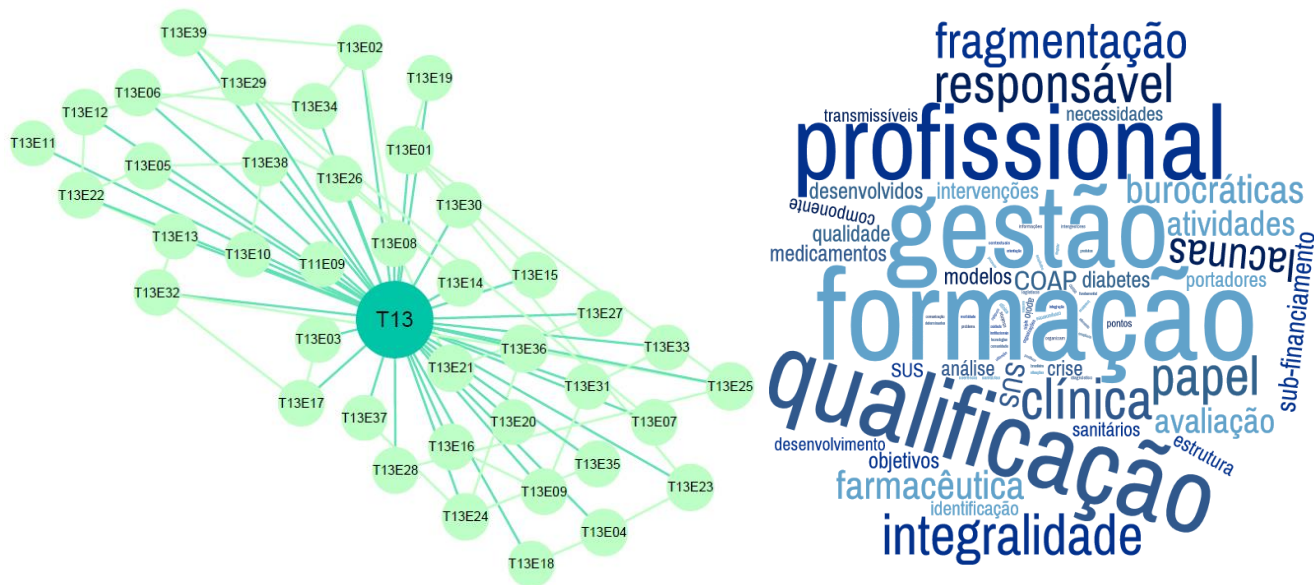
Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 24 – T12– Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Figura 25 – T13 – Grafo de interação dos estudantes no fórum avaliativo *on-line* e nuvem de palavras mais frequentes.



Fonte: Elaborada pelo autor, com base nas atividades do fórum avaliativo *on-line* do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD.

Observa-se pelos grafos que a interatividade entre os participantes no fórum avaliativo *on-line*, tem relação com a condução feita pelo tutor. Este tipo de interação favorece a construção do aprendizado colaborativo no ambiente virtual.

Na Teoria dos Grafos, ao analisar uma rede, é possível identificar quais são os nós ou ligações mais importantes (ou centrais). A noção de centralidade é associada à importância do elemento na estrutura. A partir do algoritmo de centralidade de intermediação (*betweenness centrality*) temos que "*um nó importante faz parte de muitos caminhos*" (FREEMAN, 1978; BORGATTI & EVERETT, 2006).

Assim, é possível observar nas Figuras 15 e 25 a importância do papel do tutor enquanto mediador das conversas no fórum, visto sua centralidade e maior participação (conforme número de interações ilustrado na Figura 12).

De maneira oposta, observa-se nas Figuras 13, 14, 19, 21, 23, 24 e 26, que tutor está lateralizado em sua rede, sugerindo pouca participação ou interação no fórum.

Além da interação, a análise qualitativa dos dados, na forma de "nuvem de palavras", indica pontos de maior convergência na discussão. Estes dados intensificam os resultados da pesquisa, auxiliando a análise em profundidade e a comparação dos dados com mais facilidade (TEIXEIRA, 2011).

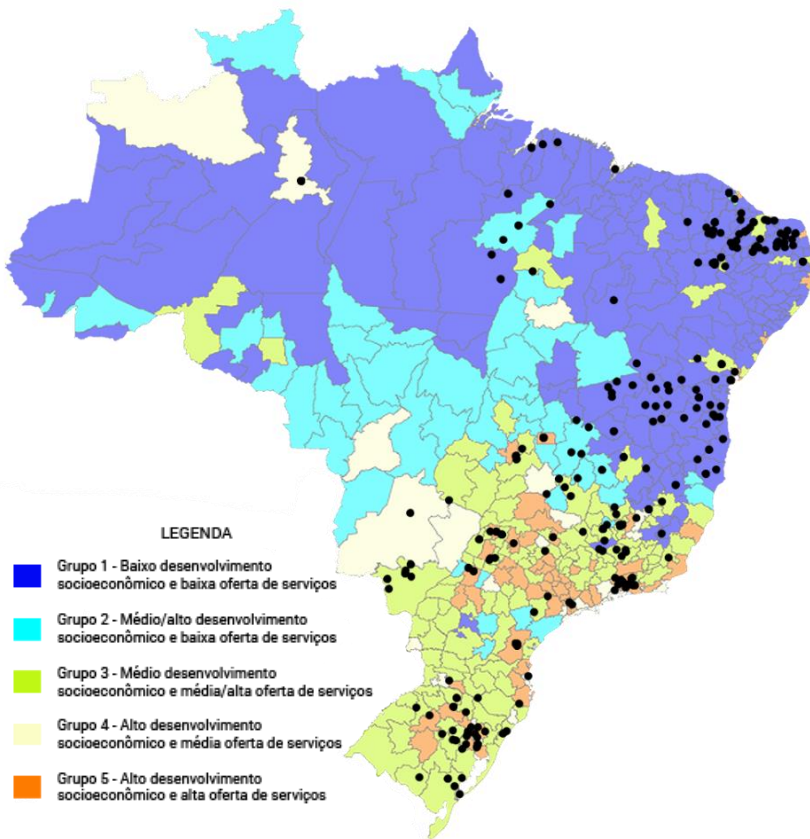
4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO DO FÓRUM AVALIATIVO *ON-LINE*

A partir das manifestações dos participantes no fórum avaliativo *on-line*, identificou-se as temáticas mais recorrentes, as quais são representadas nas categorias:

- 1) Estrutura física e logística dos serviços de saúde;
- 2) Governança e responsabilidade interfederativa; e
- 3) Gestão de pessoas, do trabalho e da educação em saúde.

O nome dos participantes foi codificado e suas “falas” acompanham uma breve descrição do contexto em que ela ocorreu, indicando as características socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde, conforme tipologia das regiões de saúde de Viana e colaboradores (2015). Para mapear a identificação destas características na região de saúde, utilizou-se a geolocalização (latitude e longitude) do município onde os participantes trabalhavam (Figura 26).

Figura 26 – Características das regiões de saúde dos participantes dos fóruns avaliativos *on-line*.



Fonte: Elaborada pelo autor, adaptado de VIANA et al. (2015).

A categorização dos participantes, conforme a tipologia das regiões de saúde, ficou com a seguinte conformação: 35% no Grupo 1; 5% no Grupo 2; 25% no Grupo 3; 7% no Grupo 4 e 28% no Grupo 5.

4.3.1 Estrutura física e logística dos serviços de saúde

“Antes de avançar um passo no assunto das Redes é preciso melhorar a realidade atual”.

(T01E13 – Grupo 4 – região de saúde com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços)

Os participantes relataram cenários de inadequações nos estabelecimentos e na logística de saúde, o que acabavam limitando o desenvolvimento e/ou ampliação de serviços de saúde:

Na estrutura do serviço de Assistência Farmacêutica que atuo não há condições físicas, estruturais e administrativas para desenvolver uma atuação diferenciada dentro da Rede, o que acontece hoje são profissionais com atitudes próprias desenvolvendo serviços isolados (T05E21 – Grupo 3 – região de saúde com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços).

Tive a experiência de trabalhar na dispensação em uma unidade básica, e infelizmente, por falta de recursos humanos e de estrutura física, somos vistos e impostos a ser entregadores de medicamentos ou almoxarifes (...). Dependemos da boa vontade o gestor, e estamos sempre na tentativa de fazê-lo enxergar o que uma Assistência Farmacêutica bem estruturada seria capaz de fazer para melhorar todo o sistema de saúde. (T11E09 – Grupo 2 – região de saúde com médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços).

(...) a realidade encontrada pelo profissional, como falta de estrutura física e de recursos humanos faz com que haja um desequilíbrio entre as funções técnico-gerenciais e técnico assistenciais (T01E20 – Grupo 4 – região de saúde com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços).

Os serviços farmacêuticos técnico-gerenciais são atividades voltadas, principalmente, para a logística do medicamento, envolvendo informações epidemiológicas, administrativas e gerenciais para o planejamento e execução das ações de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. Os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais abrangem o cuidado e a orientação ao usuário, e à equipe de saúde, visando o uso racional de medicamentos e a efetividade do tratamento.

Sobre os sistemas de transporte em saúde, os participantes relatam:

Aqui onde estou é um local de difícil acesso, via barco, (...) e não é sempre que a pessoa tem condições destes deslocamentos, até os medicamentos se tornam uma dificuldade, então a logística se torna um problema na gestão (T0621 – Grupo 4 – região de saúde com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços).

Pra quem é do interior, que precisa de transporte para ir para um município vizinho em busca de atendimento, sabe a dificuldade, principalmente em casos de urgência. Como melhorar a “logística de pessoas” pela Rede de Saúde? (T01E13 – Grupo 4 – região de saúde com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços).

Quando a estrutura é favorável, problemas logísticos no transporte de medicamentos são descritos:

Nós (...) temos uma estrutura física muito boa para realizarmos o acompanhamento farmacoterapêutico e contamos com um acervo literário excelente. Só nos falta o autor principal: os medicamentos (T03E34 – Grupo 5 – região de saúde com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços).

Os sistemas de transportes em saúde são soluções logísticas transversais a todas as redes de atenção à saúde, e devem ser planejados

regionalmente para garantir o abastecimento de insumos e a acessibilidade do usuário a todos os serviços de saúde na rede.

Para apoiar a reestruturação e a qualificação dos serviços na Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde promove diversos programas, em parcerias com os municípios e estados, tais como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS).

O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), com o Eixo Estrutura, disponibiliza recursos de investimento e de custeio, visando a estruturação da assistência farmacêutica, prioritariamente para as Centrais de Abastecimento Farmacêutico e para as farmácias das unidades básicas de saúde dos municípios.

Para os participantes cujo município foi contemplado no QUALIFAR-SUS, o relato é de mudanças significativas no ambiente de trabalho:

Hoje em dia minha realidade vem mudando para melhor, pois meu município foi contemplado com o QUALIFAR-SUS, e estamos nos reestruturando, estamos ampliando a farmácia, vamos ter um local de espera estruturado para a população, temos um sistema informatizado (HÓRUS), computadores, internet, um local adequado para armazenar os medicamentos, e local adequado onde será possível realizar orientações para o usuário, sendo que o mesmo não necessita ficar em pé, sem nenhuma privacidade, dificultando algumas orientações para o mesmo (T02E33 – Grupo 1 – região de saúde com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços).

O QUALIFAR-SUS prioriza municípios de baixo desenvolvimento socioeconômico, mas os problemas de logística e infraestrutura ainda são disseminados pelo país. Isso evidencia um baixo nível de investimentos de estados e municípios. Mas, também evidencia a carência de pensar a

organização da infraestrutura e logística de forma articulada, a partir da perspectiva da rede de atenção à saúde. Existem iniciativas com a formação de consórcios, a busca da unificação de listas de medicamentos de municípios, a responsabilização de municípios maiores na articulação do seu entorno, por exemplo.

Como política pública, o QUALIFAR-SUS deu conta de determinadas realidades, e talvez fosse necessário o aprofundamento dessa política pública para articular, difundir e apoiar essas iniciativas como soluções, a partir de uma nova organização da assistência farmacêutica, para avançar nos aspectos técnico-assistenciais.

Outra possibilidade de melhoria nos serviços farmacêuticos no SUS é a aplicação de até 15% dos recursos do componente básico da assistência farmacêutica (soma dos valores dos recursos financeiros do estado e do município), em atividades relacionadas à adequação do espaço físico das farmácias nos municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinado ao suporte das ações de assistência farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada para a qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica (BRASIL, 2013).

Serviços estruturados, com uma logística de abastecimento de medicamentos regular e com a presença de farmacêutico no atendimento ao usuário são relatados por participantes que trabalham no Programa Farmácia Popular (Rede própria):

O Programa Farmácia Popular do Brasil veio para aumentar o acesso da população aos medicamentos básicos (...). A farmácia conta com uma estrutura física muito boa inclusive com um almoxarifado que nos atende, o abastecimento ocorre mensalmente de maneira regular cumprindo sempre com os prazos de entrega (...) (T01E25 – Grupo 4 – região de saúde com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços).

Verifica-se, pelo contexto das falas, que o problema de estrutura física e de logística é comum a todas as regiões de saúde,

independentemente do seu desenvolvimento socioeconômico ou da oferta de serviços.

Conforme Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, do Ministério da Saúde, os estabelecimentos de saúde devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade e ao número de usuários esperados (BRASIL, 2008a).

Da mesma maneira, contar com um sistema logístico, controlando fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas redes, é imprescindível.

Uma estrutura física ou logística inadequada, a partir do momento que compromete a realização do trabalho profissional, afeta diretamente o cuidado à saúde do usuário.

Contudo, é preciso pensar a reorganização e articulação regional, como forma de obter a boa infraestrutura e logística desejadas como resultado da integração dos serviços à rede de atenção, e não como condição indispensável para essa integração.

A partir das falas dos participantes, observou-se que o sistema de saúde enfrenta desafios de mudanças e adaptações para a lógica de redes de atenção à saúde, onde é preciso estruturar e organizar a Atenção Primária à Saúde, enquanto coordenadora do cuidado e, junto dela, a assistência farmacêutica.

O papel do farmacêutico, além de demonstrar as necessidades de mudanças para os gestores responsáveis (equipe de Saúde, secretário de Saúde, prefeito, etc.), busca sensibilizar o controle social, que pode ser um grande aliado estratégico, na busca de melhorias nos serviços de saúde.

(...) nós farmacêuticos podemos disseminar essa discussão para dentro de nossa equipe. Começar a falar sobre a os conceitos apresentados na portaria 4279 dentro de nossa equipe que é o principal alvo de transformação. Depois nos conselhos e assim adiante (...).

Podemos agir como agentes disseminadores de informação. Que num primeiro momento, pode ser bastante útil, aproximando a discussão de quem será mais afetado pelos resultados (T02E22 – Grupo 1 – região de saúde com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços).

Neste relato temos uma referência à gestão do trabalho, à transformação dos princípios, à transformação do processo de trabalho e como os trabalhadores podem afetar a formulação do sistema por meio do controle social.

4.3.2 Governança e responsabilidade interfederativa

“É evidente que ter o suporte de decretos, leis e portarias são importantes para assegurar a organização dos serviços, porém, não basta estar somente no papel. É preciso pôr em prática”.

(T02E11 – Grupo 3 – região com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços)

O SUS é, na sua essência, interfederativo. A definição das responsabilidades de cada ente federativo ocorre por meio de um contrato público que estabelece a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, integrados em rede de atenção à saúde. Este processo é de atribuição dos gestores municipais, dos gestores estaduais, do gestor federal e do controle social na saúde, inicialmente debatidos na Comissão Intergestores Regional (CIR). Sobre esse assunto os participantes relataram:

Antes do curso que estamos fazendo, eu nunca tinha ouvido falar de redes de atenção, de portaria, de nova pactuação, de mudança de foco da atenção básica (...). Tampouco vejo que o secretário de meu município tenha algum dia trazido essa discussão a partir de uma reunião na CIR.

Isso tudo me causa estranheza. Parece que as reuniões da CIR acontecem em outro planeta, desconexo da realidade que vivenciam todos os dias.

O acesso, o acolhimento, a maior resolutividade que se espera, deve ocorrer no âmbito da atenção básica, mas eu não percebo que essa discussão esteja acontecendo dentro das equipes que fazem a atenção básica, que somos nós.

(...)

Os secretários discutem rede num ambiente conceitual afastado da realidade e continuam pensando nas redes e nos contratos organizativos como mais uma forma de fornecer mais ressonâncias,

mais tomografias, mais ecocardiogramas... ao invés de discutir com a equipe de atenção básica como proceder para que haja menor necessidade desses serviços (T02E01 – Grupo 3 – região de saúde com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços).

O problema que enfrentamos é que nunca conversam com a gente nas novas pactuações. Só depois é que lembram da gente (T0905 – Grupo 5 – região de saúde com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços).

Neste relato identifica-se um efeito do resultado da política que o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD proporcionou. Ou seja, considerando que muitas pessoas foram expostas à discussão das redes de atenção à saúde no momento do fórum, o espaço serviu para instrumentalizar, permitiu o debate e o compartilhamento de experiências.

A falta de espaços de reflexão também foi relatada na construção do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). A baixa adesão na discussão e assinatura do contrato nas regiões de saúde foi relatada, possivelmente, devido ao poder jurídico que o contrato traz, responsabilizando os gestores no cumprimento de metas e obrigações relacionadas às ações e serviços de saúde:

*Quanto ao COAP, conforme nossos estudos, é um novo modelo de gestão compartilhada e regionalizada, e principalmente, é um instrumento de gestão com **caráter jurídico** garantindo a construção das redes de atenção integral à saúde e **responsabilizando os gestores** de forma compartilhada, solidária, cooperativa e regionalizada, a partir de metas e obrigações, otimizando recursos financeiros e ampliando o acesso e a assistência à saúde com equidade social.*

Ou seja, o motivo da não adesão parece bem claro... porém, sabemos que ele será cobrado e os municípios que não aderirem perderão suas verbas de financiamento! (grifo do participante)

(T09E11 – Grupo 5 – região de saúde com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços).

Relatou-se que o despreparo dos gestores é um obstáculo na obtenção de mudanças na organização da assistência farmacêutica, no contexto da rede de atenção à saúde:

Acredito que essa seja uma realidade vivida todos os dias por muitos dos meus colegas, que por mais competentes e compromissados com a Assistência Farmacêutica e com a Saúde, como um todo, esbarram no descaso e na falta de interesse dos gestores despreparados em promover suas ações no âmbito da saúde, não sabendo eles que com tamanha "ignorância" oneram custos à sua própria gestão (T07E12 – Grupo 1 – região de saúde com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços).

Estamos, exaustivamente, repetindo os princípios que regem o SUS; promoção, proteção e recuperação da saúde na sua integralidade, equidade e universalidade; resolutividade do cuidado; comprometimento da intersetorialidade; necessidade da Remume; uso racional de medicamentos, acompanhamento farmacêutico do usuário, etc.

Sabemos a teoria, mas e a prática? Como fazer isto tudo sair do papel sem apoio? Como implantar a RAS com gestores despreparados para assumir uma pasta? Nós, farmacêuticos, precisamos nos capacitar. E eles?

Tenho certeza que muito Secretário da Saúde não conhece as funções do profissional no serviço público (T08E36 – Grupo 5 – região de saúde com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços).

Com relação ao financiamento da assistência farmacêutica, no contexto da rede de atenção à saúde, os participantes relataram:

(...) atualmente o SUS financia apenas medicamentos, sem haver preocupação com os serviços farmacêuticos. Apesar da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) estabelecer que a orientação farmacêutica está acessível de forma livre ou regulada, não encontramos nada que fale como será financiada.

Também não há metas de execução estabelecida para cuidados farmacêuticos nos três níveis de atenção. No Pacto pela Saúde e mesmo nos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde vigentes é apenas definido de forma muito vaga que os signatários devem garantir o acesso dos usuários à assistência farmacêutica.

Acredito que nossa participação na formulação das redes de atenção pode contribuir na definição dessas responsabilidades, locais onde serão prestados determinados serviços, inclusão do farmacêutico nas equipes, mecanismos de financiamento dos cuidados farmacêuticos, etc. (T10E21 – Grupo 1 – região com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços).

Observa-se, pelo relato que não é apenas uma questão de o farmacêutico integrar-se à rede de atenção, mas sim, de contribuir para a formulação da rede.

Os participantes problematizaram o atendimento de usuários de outras localidades, na região de saúde, uma vez que o cálculo do repasse do financiamento para aquisição de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica é referente ao número de habitantes do município:

Fazendo o estudo do decreto 7508 de 25 de junho de 2011 fiquei em dúvida sobre a dispensação em unidades indicadas pela direção do SUS. (Seção II, Artigo 28-IV). Minha dúvida é: faço a dispensação atendendo todas prescrições que procuram o setor farmacêutico: consultórios particulares, de outro estado e também de outras cidades? (T03E22 – Grupo 3 – região de saúde com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços).

A partir das falas, observa-se que a discussão da organização da rede de atenção à saúde, em alguns lugares, ainda é muito incipiente. A primeira etapa de adesão ao Contrato Organizativo de Ação Pública é o planejamento regional integrado, realizado com base nos Planos de Saúde dos entes federativos. Deve-se elaborar o Mapa da Saúde com indicadores, apontando a distribuição dos recursos humanos, das ações e dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, rede conveniada e pela iniciativa privada, no município, na região e no estado.

Em linhas gerais, a governança é o modo como decisões são tomadas. É o somatório da capacidade técnica e da capacidade política de tomar decisões relativas ao planejamento e à gestão do SUS.

Para tal, o farmacêutico deve estabelecer uma rotina de participação contínua junto ao controle social e representantes políticos, negociando e articulando com os envolvidos, colocando a assistência farmacêutica na pauta das reuniões dos Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde e das Comissões Intergestores.

Acredito que cabe aos farmacêuticos e gestores uma atuação que está além das questões puramente técnicas e como já vi em alguns comentários de alguns colegas uma participação também na esfera político-institucional. As comissões de saúde no poder legislativo, assim como a participação efetiva nos Conselhos Municipais de Saúde podem ajudar em muito a real concretização das premissas básicas do SUS (T04E34 – Grupo 1 – região com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços).

Sobre o financiamento e a acessibilidade do usuário aos serviços na região de saúde, fica o desafio de realizar pactuações que transcendam a dimensão financeira e repercutam sobre os aspectos sanitários.

O papel do farmacêutico é pensar no nível de regiões de saúde e definir os serviços farmacêuticos que possam ser disponibilizados em Linhas de Cuidado, estabelecendo as responsabilidades interfederativas. E não apenas listar os medicamentos de acordo com o financiamento dos

componentes básico, estratégico e especializado da assistência farmacêutica no planejamento da região.

Desta forma, participar e acompanhar a construção do Contrato Organizativo de Ação Pública é fundamental para que ele se concretize efetivamente, com as devidas responsabilidades, colocando-o em prática.

4.3.3 Gestão de pessoas, do trabalho e da educação em saúde

“Acho que a "inércia do profissional farmacêutico" [ainda engessado nas questões administrativas] pontuada (...) é fundamentalmente a inércia provocada pela falta de uma formação acadêmica adequada aos novos desafios impostos à profissão farmacêutica, associada ao mercado predatório que circunda o profissional farmacêutico e o próprio medicamento”.

(T10E08 – Grupo 5 – região com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços)

Acrescentando às falas anteriores, quanto à falta de recursos humanos, participantes relatam a dificuldade enfrentada e suas consequências:

O acúmulo de funções, os recursos humanos insuficientes, dificultam a atenção farmacêutica prestada ao usuário, tornando o ato de dispensação, meramente uma entrega, e a promoção do uso racional de medicamentos uma política de papel (T05E20 – Grupo 3 – região de saúde com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços).

Acho intrigante que exista tanta fiscalização e punição para farmácias comerciais em relação à permanência dos farmacêuticos em tempo integral e tanta liberdade de se realizar a entrega dos medicamentos pelos programas públicos como os de Saúde da Família. Será que não é um barato que sai caro a ausência do farmacêutico nas equipes de saúde das redes? (T04E20 – Grupo 1 – região com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços).

O foco nesses relatos acima acaba sendo na falta de algo exterior. Falta instrumento, faltam recursos, faltam colegas. Porém, é preciso fazer a reflexão do que falta para transformar a própria essência do trabalho em uma reflexão difundida na categoria, e utilizada para transformar as práticas corporativas.

Além de recurso humano, abordou-se questões relacionadas à gestão do trabalho, como a existência de um sistema informatizado para a qualificação dos serviços.

Dispor de um sistema de informação eficiente, que supere o fornecimento de dados meramente quantitativos, é necessário para a gerência dos serviços prestados, integrando toda a rede de atenção à saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde disponibiliza aos municípios o Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica.

Com relação ao sistema informatizado "Hórus", não sei para os demais colegas, mas no meu serviço não tenho nenhum tipo de programa informatizado e o serviço realmente é trabalhoso (...). Eu vejo a implantação do Hórus como uma ferramenta de gestão para farmácia que atuo, acredito que traria agilidade, segurança, menos retrabalho, diminuiria fila (que é imensa), o tempo de espera e de atendimento, melhor acompanhamento dos pacientes contínuos, melhor comunicação e nível de informação ao usuário, que muitas vezes se aborrecem por ficarem rodando a cidade, de farmácia em farmácia, e ninguém sabe informar onde tem ou se não tem em lugar algum [o medicamento], a comunicação com [a logística] seria muito mais eficiente, a reposição de faltas, o levantamento de necessidades de cada farmácia. Mas somente se funcionar como um sistema unificado (T06E17 – Grupo 3 – região de saúde com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços).

Apesar do Hórus, e outros sistemas, contemplarem as necessidades do município e/ou do estado, é preciso pensar em região de saúde. Pactuar um sistema informatizado único, para a região, é essencial para garantir o acompanhamento do usuário. Permitindo, por exemplo, o acesso por profissionais de todos os pontos de atenção da

região de saúde ao prontuário do usuário, com a identificação de exames e medicamentos que ele utiliza. Evitando, assim, que condutas tomadas pela Atenção Primária à Saúde ou pelos pontos de atenção secundário ou terciário acabem conflitando entre si.

Por exemplo, a prescrição de alta hospitalar de um usuário em um hospital na capital leva em consideração a Relação de Medicamentos Essenciais do município do interior, onde o usuário reside? A terapêutica que o usuário utiliza é levada em conta na tomada de decisões durante uma internação? Essas informações chegam aos profissionais do hospital e para todos os pontos da rede? (EINSFELD, 2013).

Sobre o tema de educação em saúde, tema bastante debatido nos fóruns de discussão do Curso, abordando a “formação”, a “qualificação” e a “capacitação” dos profissionais, um participante sintetiza o assunto:

Falando como docente e concordando com tudo o que já foi exposto, (...) a verdade é que a nossa profissão e a nossa formação (principalmente para nós que nos graduamos há pelo menos 10 anos atrás) foram pautados no antigo modelo de gestão da saúde. (...) sinto falta de uma melhor formação e capacitação para este novo momento do farmacêutico dentro do SUS, ao passo que, o mercado no qual estamos inseridos e que receberá os futuros egressos já estabeleceu uma lógica cruel e lucrativa para a provisão do medicamento, fazendo com que a racionalização trazida pela ação do farmacêutico seja um empecilho a este mercado citado. (...) Parte da solução do problema consiste numa reestruturação do currículo considerando um melhor preparo e contextualização do curso de Farmácia, em Saúde Coletiva, na habilidade para o raciocínio clínico-farmacológico que posteriormente o habilitará para o exercício da Atenção Farmacêutica e a capacitação para os farmacêuticos que já estão no mercado e que são egressos deste mesmo modelo de curso de Farmácia cuja defasagem já comentei (T10E08 – Grupo 5 – região com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços).

A capacitação do profissional deve ser permanente, de forma que resulte em uma atuação qualificada, integrada ao sistema de saúde e que atenda às necessidades sociais (SOARES et al., 2008).

Para Sousa, Basto e Bogo (2013, p. 133)

os docentes e gestores responsáveis pela formação farmacêutica, em sua significativa maioria formados na visão tecnicista e cartesiana, repassam esse mesmo modelo. No entanto, com as mudanças observadas na área da saúde, sobretudo em relação ao modelo de atenção à saúde vigente e aos novos rumos da educação dos profissionais da saúde, mister se faz superar a visão antiga e internalizar o novo modelo. Esse é um grande desafio, já que muitos docentes são pesquisadores de áreas extremamente especializadas e não vivenciam o trabalho no sistema de saúde.

A mobilização das entidades da categoria é importante para a discussão de uma proposta de reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Farmácia, pautada nos princípios do SUS. A oferta de capacitação para docentes, com a temática da assistência farmacêutica, é necessária para formar àqueles que serão formadores de novos profissionais.

O papel do farmacêutico é estar constantemente atualizado, subsidiado por habilidades e competências político-sociais (FARIAS e REIBNITZ, 2015), que embasem o processo de conduzir a gestão em seu ambiente de trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das leituras e discussões, verifica-se que o farmacêutico tem um papel importante no fortalecimento da articulação entre as unidades federadas, favorecendo e otimizando o acesso da população à saúde pública no que tange à assistência farmacêutica. A atuação desse profissional ocorre de forma mais evidente nos sistemas de apoio, dando suporte à gestão clínica e logística do medicamento. Entretanto, a colaboração do farmacêutico nos pontos de atenção é também fundamental para superar a fragmentação das ações e serviços vinculados à assistência farmacêutica, pois insere esse profissional no processo de cuidado ao usuário.

Além disso, a participação do farmacêutico na gestão do sistema corrobora para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o que pode tornar mais viável o sucesso nos resultados esperados das ações e serviços ao nível da Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, o Estado consegue atender de forma mais apropriada as reais demandas da população, cumprindo sua função de zelar pelo interesse público e pelos princípios do SUS (principalmente a integralidade).

Avançou-se muito nos últimos anos, e diversas iniciativas visando qualificar a assistência farmacêutica foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em parceria com os estados e municípios. A proposta do QualiSUS-Rede, assim como o QUALIFAR-SUS, contribuem para o aprimoramento, implementação e integração da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde.

Contudo, existe um hiato da realidade existente até a proposta de trabalho em rede. Ainda é preciso estruturar e organizar a Atenção Primária à Saúde, e junto dela a assistência farmacêutica.

Nas postagens dos participantes deste estudo, foi possível observar a importância do papel do farmacêutico como sujeito social, no esforço de ofertar serviços farmacêuticos de qualidade, superando as fragmentações das ações e dos serviços de saúde no SUS.

O estudo demonstrou que, independentemente do desenvolvimento socioeconômico ou da oferta de serviços na região de saúde, o investimento em estruturação, gestão e educação permanente, são essenciais para a qualificação do cuidado em saúde, integrando acessibilidade aos medicamentos, aos serviços clínicos e às necessidades do usuário na conformação das redes de atenção à saúde.

A pactuação de metas e responsabilidades nos instrumentos de gestão e planejamento da rede evidenciou ser fundamental para a garantia da integralidade na assistência aos usuários, na qual o profissional farmacêutico deve participar, construindo consensos em torno dos objetivos/resultados comuns a serem alcançados na região de saúde.

A análise das interações entre os participantes do fórum de discussão *on-line* demonstrou a importância desta ferramenta de interatividade e construção do aprendizado colaborativo no ambiente virtual. Sugere a necessidade de aprofundar, de ter outros espaços, de existir uma estratégia permanente que permita aos profissionais compartilharem experiências, de forma a impactar no trabalho. Quando se amplia a base do pensamento, ocorrem reflexões avançadas e progressistas, balizadas por resultados reais e relevantes.

O uso de programas na análise qualitativa dos dados, como o NVivo® 11 Plus, não substitui o trabalho analítico e criativo do pesquisador, mas intensifica os resultados da pesquisa ao permitir a análise em profundidade e a comparação dos dados com mais facilidade (TEIXEIRA, 2011).

Este estudo apresenta, contudo, algumas limitações. Devido à amostragem, não é possível extrapolar os resultados encontrados para os demais Polos Regionais do Curso. O conhecimento prévio e a aproximação da temática de rede de atenção à saúde, por parte do tutor, enquanto coordenador do fórum de discussão, instigando o debate, era um diferencial para o grupo.

O desafio da construção das redes é grande. É importante estar preparado para lidar com as particularidades de cada realidade, trabalhando sempre na lógica da região de saúde.

REFERÊNCIAS

Quadro 7 – Legislação e obras consultadas de autoria BRASIL, segundo ordem cronológica.

(continua)

BRASIL, ...	
Autor/Ano	Referência
BRASIL, 1988	BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União . Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm >. Acesso em: 10 jan. 2016.
BRASIL, 1990	BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União , Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm >. Acesso em: 10 jan. 2016.
BRASIL, 1993	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da União , Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 1993. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html >. Acesso em: 10 jan. 2016.

Quadro 7 – Legislação e obras consultadas de autoria BRASIL, segundo ordem cronológica.

(continua)

BRASIL, ...	
Autor/Ano	Referência
BRASIL, 1996	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta Portaria, a NOB 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial da União , Poder Executivo, Brasília, DF, 5 nov. 1996. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html >. Acesso em: 10 jan. 2016.
BRASIL, 2001	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União , Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 2001. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html >. Acesso em: 10 jan. 2016.
BRASIL, 2002	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União , Poder Executivo, Brasília, DF, 27 fev. 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html >. Acesso em: 10 jan. 2016.

Quadro 7 – Legislação e obras consultadas de autoria BRASIL, segundo ordem cronológica.

(continua)

BRASIL, ...	
Autor/Ano	Referência
BRASIL, 2005	BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica : relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de%20medicamentos.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2016.
BRASIL, 2006a	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União , Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html >. Acesso em: 10 jan. 2016.
BRASIL, 2006b	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica : instruções técnicas para a sua organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
BRASIL, 2007	BRASIL. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, 2007. Disponível em: < http://prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2016.

Quadro 7 – Legislação e obras consultadas de autoria BRASIL, segundo ordem cronológica.

(continua)

BRASIL, ...	
Autor/Ano	Referência
BRASIL, 2008a	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2016.
BRASIL, 2008b	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.
BRASIL, 2010	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Diário Oficial da União , Brasília, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html >. Acesso em: 10 jan. 2016.
BRASIL, 2011	BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União , Brasília, 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm >. Acesso em: 10 jan. 2016.

Quadro 7 – Legislação e obras consultadas de autoria BRASIL, segundo ordem cronológica.

(conclusão)

BRASIL, ...	
Autor/Ano	Referência
BRASIL, 2012	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). Diário Oficial da União , Brasília, 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html >. Acesso em: 10 jan. 2016.
BRASIL, 2013	BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União , Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jul. 2013. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html >. Acesso em: 10 jan. 2016.
BRASIL, 2014	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde . Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 1).

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2010.

BORGATTI, Stephen Peter; EVERETT, Martin. *A Graph-theoretic perspective on centrality*. **Soc. Networks**, vol. 28, n. 4, p. 466–484, Out. 2006.

CAMPESE, Marcelo; SOARES, Luciano; LEITE, Silvana Nair; FARIAS, Marení Rocha. O dever da profissão farmacêutica. In: SOARES, Luciano, FARIAS, Marení Rocha, LEITE, Silvana Nair, CAMPESE, Marcelo, MANZINI, Fernanda. **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016. No prelo.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

COSTA, Karen Sarmiento. **A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde**. (Apresentação) 6º Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2011.

EINSFELD, Lídia. **Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde**. (Apresentação) XXXIX Semana Acadêmica de Estudos Farmacêuticos. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

FARIAS, Marení Rocha; REIBNITZ, Kenya Schmidt. Unidade 1 - Conhecendo o Curso. In: LEITE, Silvana Nair; SANTOS, Rosana Isabel dos; MENDES, Samara Jamile. **Módulo 1 – Introdução ao Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD**. Florianópolis: UFSC, 2015.

FONTANA, Alessandra; MANZINI, Fernanda; PUPO, Guilherme Daniel; PERES, Kaite Cristiane; CAMPESE, Marcelo; MENDES, Samara Jamile. **Tutorial do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - EaD**. Florianópolis: UFSC, 2013.

FREEMAN, Linton Clarke. *Centrality in Social Networks Conceptual Clarification*. vol. 1, n. 1968, p. 215–239, 1978.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Divisão Territorial do Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto de Geografia e Estatística, 1980. Disponível em:

<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv13607.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

IVAMA-BRUMMELL, Adriana Mitsue; LYRA JUNIOR, Divaldo; SAKAI, Marcia Hiromi. Recursos humanos para assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia; CASTILHO, Selma Rodrigues de; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; JARAMILLO, Nelly Marin (org.). **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.69-78.

LAVRAS, Carmen Cecília de Campos. Descentralização e Estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: IBAÑES, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo (Orgs.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; SILVA, Silvio Fernandes da. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, Silvio Fernandes da (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: IDISA/CONASEMS, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

NASCIMENTO JÚNIOR, José Miguel do. **Responsabilidade Interfederativa na organização e estruturação da assistência farmacêutica**. (Apresentação) 29º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Brasília, 2013.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira. Da botica à clínica farmacêutica. In: SOARES, Luciano, FARIAS, Marení Rocha, LEITE, Silvana Nair, CAMPESE, Marcelo, MANZINI, Fernanda. **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016a. No prelo.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira. Impactos e perspectivas dos serviços farmacêuticos sobre o manejo da terapêutica. In: SOARES, Luciano, FARIAS, Marení Rocha, LEITE, Silvana Nair, CAMPESE, Marcelo, MANZINI, Fernanda. **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016b. No prelo.

PUPO, Guilherme Daniel; LEITE, Silvana Nair; DIEHL, Eliana Elisabeth; SOARES, Luciano; FARIAS, Marení Rocha; SANTOS, Rosana Isabel dos. **Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde**. [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD. Florianópolis, 2014c. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3252>>. Acesso em: 04 maio 2016.

PUPO, Guilherme Daniel; LEITE, Silvana Nair; DIEHL, Eliana Elisabeth; SOARES, Luciano; FARIAS, Marení Rocha; SANTOS, Rosana Isabel dos. **Instrumentos de Gestão da Rede de Atenção à Saúde**. [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD. Florianópolis, 2014b. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3251>>. Acesso em: 04 maio 2016.

PUPO, Guilherme Daniel; LEITE, Silvana Nair; DIEHL, Eliana Elisabeth; SOARES, Luciano; FARIAS, Marení Rocha; SANTOS, Rosana Isabel dos. **Rede de Atenção à Saúde**. [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Ciências Farmacêuticas. Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD. Florianópolis, 2014a. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3250>>. Acesso em: 04 maio 2016.

REGIÃO E REDES. Região e Redes: Caminho da universalização da saúde no Brasil. **Resumo Executivo**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/a-pesquisa/resumo-executivo/>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

SANTOS, Manoel. SUS e Eleições: Desdobramentos para Assistência Farmacêutica. In: **Revista COSEMS RJ**. 17. ed. Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, Rosana Isabel dos; SOARES, Luciano; PUPO, Guilherme Daniel. **Módulo 2 – Políticas de saúde e acesso a medicamentos**. Florianópolis: UFSC, 2015.

SILVA, Silvio Fernandes da. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização no SUS. 2.ed. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SOARES, Luciano; BOFF, Paulo Roberto; VALGAS, Cleidson; COSTA, Luiz Henrique; LEITE, Silvana Nair. Educação farmacêutica e identidade profissional. In: CORDEIRO, Benedito Carlos; LEITE, Silvana Nair (Orgs.). **O farmacêutico na atenção à Saúde**. 2 ed. Itajaí: Univali; 2008.

SOUSA, Iane Franceschet; BASTO, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira; BOGO, Danielle. Diretrizes curriculares nacionais: desafios na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, 15(1): 129-134, jan-mar, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/5589/4074>>. Acesso em: 10 dez. 2015

TEIXEIRA, Alex Niche. **Análise qualitativa com o programa NVivo 9**: fundamentos. Porto Alegre. 2011. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/analise-qualitativa-com-o-programa-nvivo-9-fundamentos.html>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2006.

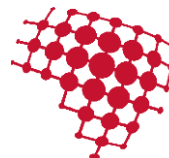
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD. **Sobre o Curso**. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacaceutica/sobre/>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Editais Gerais n. 1/2013 - Processo Seletivo para o Curso de pós-graduação *lato sensu* na modalidade educação a distância (EaD): “Curso de Capacitação para a Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD: especialização, aperfeiçoamento e estudos de aprofundamento”**. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: <<https://uniasus.ufsc.br/gestaofarmacaceutica/files/2013/10/Edital-Geral-01-2013.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; BOUSQUAT, Aylene; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes; UCHIMURA, Liza Yurie Teruya; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; FERREIRA, Maria Paula. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, junho 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00413.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

APÊNDICE A – TEXTO “REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE”

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Gestão da Assistência Farmacêutica - EaD



TEXTO: REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Autores: Guilherme Daniel Pupo, Silvana Nair Leite, Eliana Elisabeth Diehl, Luciano Soares, Mareni Rocha Farias, Rosana Isabel dos Santos

Módulo: Módulo 2 - Políticas de saúde e acesso a medicamentos

Unidade: Unidade 2 - Saúde e cidadania

Apesar de a descentralização e, especialmente, a municipalização serem apontadas como o caminho a ser seguido ao longo da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), as especificidades de cada município no país são um grande desafio aos gestores públicos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que 73% dos municípios brasileiros têm até 20 mil habitantes (IBGE, 2013). As desigualdades políticas, culturais, de infraestrutura, de financiamento e de conhecimentos técnicos dificultam, ainda mais, o aprimoramento do sistema de saúde como um todo. Muitas vezes, os municípios mais estruturados ficam sobrecarregados pela migração da população procedente de municípios menos estruturados.

Uma alternativa para restabelecer a coerência entre a situação da saúde e o sistema de atenção à saúde é organizar a Rede de Atenção

à Saúde (RAS), cujas características de regionalização e integração para a atenção às condições agudas e crônicas são estratégias, que podem modificar o quadro de iniquidades observadas na acessibilidade dos serviços. O desafio de trabalhar a regionalização e as redes integradas de atenção à saúde está presente nos princípios e nas diretrizes do SUS, e vem sendo construído gradativamente.

A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS, no âmbito do SUS, define rede de atenção à saúde como *arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado* (BRASIL, 2010). A integralidade

(...) é um dos princípios constitucionais do SUS que garante ao cidadão o direito de acesso à atenção à saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral (BRASIL, 2008, p. 62).

Em 2011, foi publicado o Decreto n. 7.508, que regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências.

O Decreto passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão da atenção à saúde, estabelecendo um novo marco na descentralização e regionalização do SUS, considerando (BRASIL, 2011): a Região de Saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, as Portas de Entrada, as Comissões Intergestores, o Mapa da Saúde, a Rede de Atenção à Saúde, os Serviços Especiais de Acesso Aberto, e o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.

Com o Decreto, espera-se uma nova conformação na organização de ações e serviços integrados por municípios com similaridades regionais, estabelecendo as redes de atenção à saúde, aprofundando as relações e responsabilidades interfederativas e a gestão compartilhada.

1. Mas, o que são essas redes?

Para Mendes (2011), as RAS são sistemas integrados, que se propõem a prestar atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita. Esse conceito evidencia a intenção de tornar os serviços de saúde estratégias mais valiosas para o cuidado em saúde dos cidadãos. Quando se analisa a RAS, por meio do modelo comportamental de Uso de Serviços de Saúde (ANDERSEN; DAVIDSON, 2007), tem-se que, ao ampliar o valor desses serviços como uma necessidade em saúde, os fatores influentes sobre o acesso são modificados no sentido de ampliar o uso dos serviços pela população. Em outras palavras, um serviço que está disponível no tempo certo ou com

qualidade adequada será mais usado. Logo, a ampliação do uso de um bom serviço de saúde tende a aumentar a resolução dos problemas de saúde.

O objetivo da RAS, definido na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

As redes caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os diversos **pontos de atenção**¹⁹, como os domicílios, as unidades básicas de saúde, os ambulatórios especializados, as policlínicas, as maternidades, os hospitais, entre outros, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários aos demais pontos de atenção, conforme pode se observar, a seguir, na Figura 1. Nessa perspectiva, enfatiza-se a função resolutiva dos cuidados na APS sobre os problemas de saúde, a partir dos quais se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Sem a pretendida resolutividade, a APS pode tornar-se, meramente, um centro de distribuição às referências.

¹⁹ Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010).

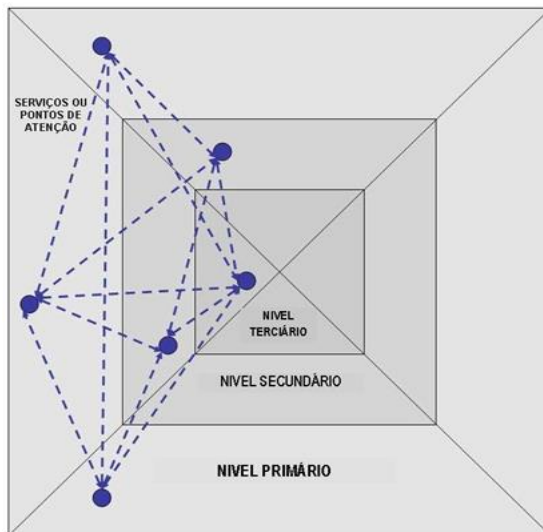


Figura 1 - Representação dos pontos de atenção na rede de atenção à saúde.
Fonte: LAVRAS, 2011.

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde se inicia, no sistema de saúde, pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde os serviços (BRASIL, 2011):

- De atenção primária à saúde;
- De atenção de urgência e emergência;
- De atenção psicossocial; e
- [Especiais de acesso aberto](#)²⁰.

²⁰ Os Serviços Especiais de Acesso Aberto são serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravamento ou de situação laboral, necessita de atendimento especial (BRASIL, 2011).

Na APS, o primeiro atendimento deve estar relacionado à unidade de saúde do território de adstrição do usuário (território do domicílio), nas unidades da Estratégia Saúde da Família, onde ele possui cadastro, ou por meio de atendimento domiciliar. Caso seja necessário, o usuário é encaminhado para outros níveis de atenção na Região de Saúde. Aqui, pontua-se um primeiro desafio, qual seja: nem sempre vincular o uso dos serviços ao território do domicílio é a melhor forma de ampliar a acessibilidade. As redes podem significar a oportunidade para assumir o princípio de que a adstrição domiciliar, não necessariamente, tem que ser a única modalidade para acesso da população. A adstrição acessível deveria ser incluída como critério. Ou seja, os serviços que se localizam no território do domicílio podem compartilhar a responsabilização sobre os cuidados de um sujeito com os serviços localizados no território onde o sujeito trabalha, por exemplo, a fim de ampliar a acessibilidade. Desse modo, serviços e usuário compartilham um vínculo articulado em torno da acessibilidade e da resolução dos problemas na APS.

Para refletir

Neste cenário, como situamos as farmácias? Como encaminhar os usuários que utilizam o sistema apenas para a obtenção de medicamentos? Como pensar as questões territoriais nos municípios que possuem uma farmácia central, ou farmácias regionais, ou onde as farmácias estão distribuídas de acordo com os medicamentos dispensados, por exemplo, as farmácias do Componente Especializado

da Assistência Farmacêutica, as farmácias que dispensam medicamentos da Portaria n. 344/98, entre outras.

2. Elementos constitutivos da rede de atenção à saúde

A operacionalização da rede de atenção à saúde ocorre pela interação de três elementos constitutivos: a população e Região de Saúde; a estrutura operacional; e um modelo de atenção à saúde, conforme ilustra a Figura 2, a seguir.

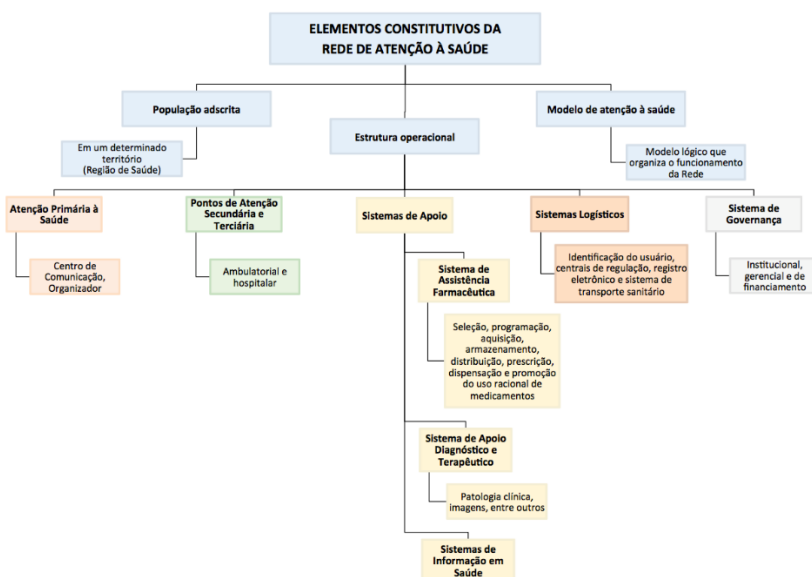


Figura 2 - Elementos constitutivos da rede de atenção à saúde.

Fonte: adaptado de NASCIMENTO JÚNIOR, 2013.

Na Figura 2, estão representados os elementos que constituem a rede de atenção à saúde. Nessa representação, a assistência farmacêutica aparece como um subsistema categorizado como apoio à atenção à saúde.

Vamos refletir a respeito?

A categoria farmacêutica tem defendido a sua atuação junto aos usuários por meio dos serviços de dispensação de medicamentos e dos serviços de seguimento farmacoterapêutico, que buscam intervir sobre o tratamento com medicamentos, visando o uso racional e os resultados positivos em saúde. Essa descrição caracteriza esses serviços como pontos de atenção à saúde que podem ser organizados na APS e nos pontos de atenção secundária e terciária.

Ao mesmo tempo, alguns serviços, desenvolvidos classicamente pelos farmacêuticos, podem ser facilmente reconhecidos como apoio à atenção à saúde. Em sua constituição, esses serviços configuram um conjunto de ações voltadas à avaliação dos medicamentos como necessidades, e o planejamento de sua aquisição, armazenamento e distribuição, cuja finalidade é garantir a acessibilidade. Podemos destacar a importância desses serviços por disponibilizarem os medicamentos, o que, de fato, caracteriza apoio aos serviços que empregam esses produtos como insumos.

Articular essa caracterização ampliada da assistência farmacêutica significa assumir que, além da acessibilidade dos medicamentos, o acesso precisa ser acompanhado pelo serviço

farmacêutico, que deve intervir para otimizar os resultados decorrentes do seu uso. Essa organização considera a clínica farmacêutica como um serviço inserido no contexto do SUS, a ser valorizado como uma necessidade em saúde.

Vamos conhecer, a seguir, o detalhamento destes elementos que constituem a rede de atenção à saúde:

2.1. População e Região de Saúde

O ponto de partida para a organização da rede de atenção à saúde é a definição da população, analisando as condições de vida, de ambiente e de acesso aos serviços de saúde, definindo, assim, o território em uma Região de Saúde, que ficará sob responsabilidade da rede.

A análise do território permite a coleta de dados que irão apontar as situações problemáticas, as necessidades e a situação em saúde da população em uma determinada região.

A Região de Saúde é formada por agrupamentos de municípios limítrofes, considerando identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Existem 435 regiões de saúde em todo o país. Você sabe a qual Região de Saúde o seu município pertence? Consulte na Internet a página da Secretaria de Saúde do seu Estado para mais informações!

2.2. Estrutura Operacional da Rede de Atenção à Saúde

O segundo elemento constitutivo é a estrutura operacional da rede de atenção à saúde, que é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde, e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam a rede de atenção à saúde incluem: Atenção Primária à Saúde - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança.

2.2.1. Atenção Primária à Saúde

São as unidades básicas de saúde, ou a Estratégia de Saúde da Família, onde se deseja que o usuário tenha o primeiro contato com o sistema de saúde.

A APS deve cumprir três papéis fundamentais (MENDES, 2011):

- **Papel resolutivo:** Deve resolver os problemas de saúde da população para os quais essa for a estratégia mais adequada para obter um resultado positivo em saúde; estima-se que a maioria dos problemas podem ser resolvidos aqui.

- **Papel organizador:** Deve exercer a função de centro de comunicação, coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde.
- **Papel de responsabilização:** Deve corresponsabilizar-se pela saúde das pessoas, em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

A APS exerce um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção, prevenção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. E, para que essas ações sejam realizadas, a APS deve contar com a incorporação de recursos humanos qualificados em uma equipe multiprofissional, de tecnologias adequadas, de estrutura física e de ambiência muito bem equipadas e planejadas.

2.2.2. Pontos de Atenção Secundária e Terciária

Esses pontos de atenção à saúde se distribuem de acordo com o processo de territorialização, situando-se os pontos de atenção secundária, nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias. Em geral, os pontos de atenção secundária e terciária são constituídos por unidades hospitalares e por unidades ambulatoriais.

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde,

diferenciando-se, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas (físicas ou sociais) que os caracterizam (BRASIL, 2010).

A modelagem dos pontos de atenção secundária e terciária podem ser elaborados por [Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica](#)²¹ que normalizam, em detalhes, toda a oferta de serviços. Esses protocolos clínicos orientam as [Linhas de Cuidado](#)²², viabilizando a comunicação entre as equipes e os serviços, a programação de ações e a padronização de determinados recursos. Dessa forma, ficam estabelecidos os papéis das equipes de APS em relação a cada condição de saúde, e as situações em que as pessoas devem ser referenciadas ao ponto de atenção secundária ou terciária de uma RAS, no entanto, tendo como consequência, o retorno do sujeito para os serviços da APS, visando seu acompanhamento enquanto for necessário.

2.2.3. Sistemas de Apoio

O terceiro componente da rede de atenção à saúde são os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das

²¹ O Protocolo Clínico e a Diretriz Terapêutica estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2010).

²² As Linhas de Cuidado são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientada por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada Região de Saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e da conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais (BRASIL, 2010).

redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2010).

2.2.3.1. Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia, parasitologia etc.), entre outros.

Uma importante ferramenta de apoio ao diagnóstico, para solucionar dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, é o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. O Telessaúde é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da APS no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação.

Saiba mais sobre o *Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes* em:
www.telessaudebrasil.org.br

2.2.3.2. Sistema de Assistência Farmacêutica

Pela Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no

âmbito do SUS), e para alguns autores, a assistência farmacêutica é vista como um sistema de apoio à rede de atenção à saúde, englobando: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Conversaremos mais sobre a Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde no texto denominado *Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde*, disponibilizado na unidade 2 – *Saúde e cidadania*, do Módulo 2 – *Políticas de saúde e acesso a medicamentos*.

2.2.3.3. Sistemas de Informação

Os Sistemas de Informação são fundamentais para o diagnóstico de situações de saúde com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população.

Esses sistemas consistem num conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação, procedimentos e métodos, que devem permitir à gestão dispor, em tempo real, das informações de que necessita para auxiliar e fundamentar a tomada de decisão (BRASIL, 2006).

Entre os sistemas de informação existentes, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema Hórus, um instrumento de gestão voltado à assistência farmacêutica.



Saiba mais sobre o Sistema Hórus em: www.saude.gov.br/horus

2.3.4. Sistemas Logísticos

Os Sistemas Logísticos promovem a integração dos pontos de atenção à saúde. São responsáveis pelos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas redes. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação; o registro eletrônico em saúde (prontuário clínico); e os sistemas de transportes em saúde, organizando os fluxos de pessoas em busca da atenção à saúde e estruturando o transporte de exames complementares.

2.3.5. Sistema de Governança

O Sistema de Governança na RAS é compreendido como o arranjo organizativo, envolvendo diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada de todos os componentes das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A gestão compartilhada é realizada pelas Comissões Intergestores, por meio da pactuação, da organização e do funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em rede, sendo (BRASIL, 2011):

- Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

A CIR, que, anteriormente ao Decreto n. 7.508/11, denominava-se Colegiado de Gestão Regional, desempenha um importante papel como um espaço permanente de pactuação, onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos entre os gestores estadual e municipais, para a organização e resolução dos problemas comuns de uma Região de Saúde (BRASIL, 2010).

As Comissões Intergestores devem pactuar (BRASIL, 2011):

- Aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde;
- Diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos

vinculados à integração das ações e dos serviços de saúde entre os entes federativos;

- Diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federativos;
- Responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- Referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

A Resolução n. 1, de 29 de setembro de 2011, da CIT, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS, nos termos do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, descreve as competências da CIR, que deve (BRASIL, 2012):

I - Pactuar sobre:

- a) Rol de ações e serviços que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na [Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde \(Renases\)](#)²³;

²³ A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) compreende todas as ações e os serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde, na Região de Saúde.

- b) Elenco de medicamentos que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais \(Rename\)](#)²⁴;
- c) Critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços;
- d) Planejamento regional de acordo com a definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde;
- e) Diretrizes regionais a respeito da organização das redes de atenção à saúde, de acordo com a Portaria n. 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federativos na Região de Saúde;
- f) Responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na Região de Saúde, a serem incluídas no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), definidas a partir da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro;
- g) Diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o fortalecimento da cogestão regional;

²⁴ A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

II - Monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e, em particular, o acesso às ações e aos serviços de saúde;

III - Incentivar a participação da comunidade, em atenção ao disposto no art. 37 do Decreto n. 7.508, de 2011;

IV - Elaborar seu regimento interno;

V - Criar câmaras técnicas permanentes para assessoramento, apoio e análise técnica dos temas da pauta da Comissão Intergestores Regional.

Fazer desta proposta de organização da atenção à saúde em rede uma realidade é, certamente, mais um grande desafio do SUS, cabendo, hoje, aos seus profissionais esta importante missão. E, para que isso ocorra, compreender os princípios da proposta é fundamental.

Veremos mais detalhes sobre os instrumentos de gestão da rede de atenção à saúde, como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e a operacionalização da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde, nos textos denominados *Instrumentos de gestão da Rede de Atenção à Saúde* e *Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde*, disponibilizados na unidade 2 – *Saúde e cidadania*, do Módulo 2 – *Políticas de saúde e acesso a medicamentos*.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In: ANDERSEN, R. M.; RICE, T. H.; KOMINSKI, G. F. **Changing the U. S. health care system: key issues in health services policy and management**. 3rd ed. San Francisco: John Wiley&Sons, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para a sua organização. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 nov. 2013.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação

interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2013**. Brasília: [s.n.], 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 09 set. 2013.

LAVRAS, C. C. Descentralização e Estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: IBAÑES, N.; ELIAS, P.; SEIXAS, P. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. **Responsabilidade Interfederativa na organização e estruturação da assistência farmacêutica**. (Apresentação) 29º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. Brasília, 2013.

AUTORES

Guilherme Daniel Pupo

Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Especialização em Saúde da Família, na modalidade Residência Multiprofissional, pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) e é mestrando no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atualmente é apoiador técnico em assistência farmacêutica do Ministério da Saúde no Projeto de formação e melhoria da qualidade de rede de atenção à saúde – QualiSUS-Rede; e farmacêutico da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. Tem experiência nas áreas de Farmácia e Saúde Coletiva, atuando, principalmente, nos temas: assistência farmacêutica, gestão em saúde, estratégia saúde da família, educação a distância e rede de atenção à saúde.

<http://lattes.cnpq.br/1593112298465675>

Silvana Nair Leite

Graduada em Farmácia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI/SC), cursou mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP/SP). Foi consultora, pela Organização Pan-americana de Saúde, do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde entre 2007 e 2010. É professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), nas áreas

de assistência farmacêutica e estágio em saúde coletiva no Curso de Farmácia e no Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC e da Universidade de Brasília (UnB). Coordena projetos de pesquisa e extensão sobre gestão da assistência farmacêutica, saúde pública e promoção da saúde. Atua na representação da categoria farmacêutica como: conselheira e vice-presidente do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina; presidente da Escola Nacional dos Farmacêuticos; na diretoria do Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina; na diretoria da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e no Comitê Gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Inovação Farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/9922706294578800>

Eliana Elisabeth Diehl

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 1988), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1992) e doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ - 2001). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde 1991, onde atua nas áreas de Farmacotécnica Homeopática e Estágio em Farmácia na Graduação e de Assistência Farmacêutica na Pós-Graduação. Participa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família desde 2003. Ainda, realiza pesquisa em Antropologia da Saúde, com o tema de saúde indígena, articulando uma visão crítica e reflexiva sobre as políticas públicas. É membro do Comitê Gestor do Instituto Nacional de Pesquisa

Brasil Plural, um dos Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia ligados ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente, faz parte da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/7240894306747562>

Luciano Soares

Possui graduação em Farmácia (1999), mestrado em Farmácia (2001) e doutorado em Farmácia (2013), todos cursados na Universidade Federal de Santa Catarina. É professor das disciplinas de Saúde Pública e Assistência Farmacêutica da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Atualmente, é coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. É diretor do Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina, da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica – ABEF, e da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Atua como pesquisador em assistência farmacêutica, farmacognosia e educação farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/9608391843793204>

Mareni Rocha Farias

Possui graduação em Farmácia (1982), mestrado em Ciências Farmacêuticas (1986) ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), doutorado em Ciências Naturais pelo *Pharmazeutisches Institut – Universitat Bonn*, Alemanha (1991) e Pós-Doutorado na *Health*

& *Life Sciences University* (UMIT) em Hall in Tirol, na Áustria (2011). Atualmente, é professora Associado II da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos. Atua junto ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia, com orientações de mestrado e doutorado na linha de pesquisa: Garantia da qualidade de insumos, produtos e serviços farmacêuticos; e no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, com orientações de mestrado. Desenvolve trabalhos de pesquisa e extensão na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde; atua junto à Farmácia Escola UFSC/PMF, como preceptora do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; e coordenou a 1ª edição do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização a distância.

<http://lattes.cnpq.br/1955003761488344>

Rosana Isabel dos Santos

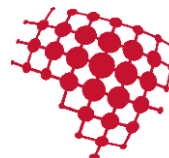
Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 1980), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1989) e doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC - 2011). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC, desde 1994, onde atuou nas áreas de Farmacognosia e Estágio em Farmácia, até 2003. Participou da Coordenação e Tutoria do Curso Multidisciplinar em Saúde da Família, modalidades Especialização e Residência, nos anos de 2002 e 2003. Atuou como Gerente Técnico da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina no

período de 2003 a 2006. Atualmente, desenvolve trabalhos na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde, atuando junto à Farmácia Escola UFSC/PMF e participando da coordenação do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9220372399276737>

APÊNDICE B – TEXTO “INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE”

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Gestão da Assistência Farmacêutica - EaD



TEXTO: INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Autores: Guilherme Daniel Pupo, Silvana Nair Leite, Eliana Elisabeth Diehl, Luciano Soares, Mareni Rocha Farias, Rosana Isabel dos Santos.

Módulo: Módulo 2 - Políticas de saúde e acesso a medicamentos

Unidade: Unidade 2 - Saúde e cidadania

A organização da rede de atenção à saúde (RAS) ocorre por meio de instrumentos operacionais como os roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistemas de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas etc. (BRASIL, 2010).

Para assegurar a viabilização de alguns desses mecanismos, os gestores podem se associar, na forma de consórcio público de saúde, para uma possibilidade legal de obter economia de escala na administração de serviços. O consórcio constitui uma alternativa de apoio

e fortalecimento da cooperação interfederativa no desenvolvimento de ações conjuntas para alcançar objetivos comuns, superando dificuldades regionais no processo de implementação e operacionalização da rede de atenção à saúde. Porém, é importante frisar que o consórcio jamais substitui as responsabilidades do gestor municipal ou estadual.

A **economia de escala** ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Dessa forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente (BRASIL, 2010).

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde é firmado por meio de **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)**.

O **COAP** é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão

disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A primeira etapa de adesão ao COAP é o planejamento regional integrado, realizado com base nos Planos de Saúde dos entes federativos. Deve-se elaborar o **Mapa da Saúde** da Região, definindo a relação das ações e dos serviços ofertados, observada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as correspondentes responsabilidades. Deve-se definir, também, a pactuação de metas regionais e as responsabilidades individuais, orçamentárias e financeiras.

O **Mapa da Saúde** é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde (BRASIL, 2011).

A partir da Programação Geral das Ações e dos Serviços de Saúde, os gestores negociam e pactuam, na Comissão Intergestores Regional (CIR), o quantitativo físico e financeiro das ações e dos serviços de saúde a serem desenvolvidos na Região de Saúde, contemplando os fluxos de referência para sua execução. A partir desse processo, ocorre a

identificação e priorização dos investimentos necessários para a conformação da rede de atenção à saúde.

A coordenação do processo de elaboração do COAP é responsabilidade do Estado, cabendo a ele organizar as discussões, negociações e os esclarecimentos nas Regiões de Saúde. Porém, na CIR, os municípios já podem iniciar o debate.

O COAP é assinado por Região de Saúde, firmado com todos os prefeitos e secretários municipais de saúde, pelo governador e secretários estaduais de saúde e pelo ministro da saúde.

Nestes espaços de negociação, cada vez mais, a participação social é elemento estruturante e democratizante das políticas públicas de saúde. O controle social deve estar presente nas decisões, garantindo transparência e eficiência das políticas públicas, participando na construção das redes de atenção à saúde.

Acesse o *Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS* para conhecer os consensos trabalhados depois da publicação do Decreto n. 7.508/2011, visando a sua efetiva implementação, em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf



A seguir, veremos como ocorre o processo de implementação da rede de atenção à saúde.

Diretrizes e estratégias para implementação da Rede de Atenção à Saúde

A transição entre o que é preconizado na rede de atenção à saúde e a sua efetiva concretização ocorre por meio de um processo contínuo que, adotando estratégias de integração, permite desenvolver, sistematicamente, os elementos constituintes da rede até que o sistema esteja integrado.

A Portaria n. 4.219/2010 estabelece sete diretrizes estratégicas para a implementação da rede de atenção à saúde, que veremos a seguir (BRASIL, 2010):

- I. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção;
- II. Fortalecer o papel da CIR no processo de governança da rede de atenção à saúde;
- III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e ao acompanhamento da rede de atenção à saúde e ao gerenciamento de risco e de agravos à saúde;
- IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS;
- V. Implementar o Sistema de Planejamento da rede de atenção à saúde;

- VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da rede de atenção à saúde;
- VII. Rediscutir o Financiamento do Sistema na perspectiva da rede de atenção à saúde.

Operacionalizando o modelo de atenção à saúde na rede

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico, que organiza o funcionamento das redes, articulando as relações entre os seus componentes e as intervenções sanitárias (MENDES, 2011).

Ao longo dos anos, a construção da rede de serviços de saúde foi realizada na lógica da oferta, orientada pelas condições agudas, promovendo a cura e amenizando sintomas, e não na necessidade de saúde da população. Essa lógica de organização não se aplica às condições crônicas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as condições crônicas têm aumentado em ritmo acelerado em todo o mundo. No Brasil, cerca de 75% da carga de doença é resultado das condições crônicas (MENDES, 2011).

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS contrapõe o modelo atual, que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea, e nas manifestações agudas das condições crônicas (BRASIL, 2010). É importante manter o modelo de atenção às condições agudas, uma vez que estas permanecem como problemas de saúde, mas há de se aplicar novos modelos de atenção às

condições crônicas na APS, com envolvimento de profissionais, do usuário e da comunidade.

O processo de envelhecimento da população se desenvolve em decorrência da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida, constituindo-se fatores demográficos importantes nas últimas décadas, que contribuem para o crescimento das condições crônicas.

A Estratégia Saúde da Família é o principal modelo de atenção às condições crônicas na APS no Sistema Único de Saúde, e seu constante aprimoramento torna-se essencial para o estabelecimento da rede de atenção à saúde.

A operacionalização inicial da atenção em rede está acontecendo pela priorização de algumas **Redes Temáticas**. A rede temática de atenção à saúde se estrutura a partir da necessidade de enfrentamento, por meio de um ciclo completo de atendimento, de uma condição de saúde específica.

Em 2011, após pactuação tripartite, o Ministério da Saúde priorizou as seguintes redes temáticas:

- Rede Cegonha;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Rede de Atenção Psicossocial;
- Rede de Atenção às Pessoas com Doenças e Condições Crônicas;
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Certamente essa nova organização dos serviços deve incluir mais usuários no sistema, incorporar novas demandas e, dessa forma, refletir em demandas também para a assistência farmacêutica. Como a assistência farmacêutica deve atender a essas novas demandas? Quais reorganizações são esperadas para essa área?

Como vimos, fortalecer o COAP é fundamental para harmonizar e otimizar os recursos, estabelecendo as parcerias de acordo com a potencialidade de cada município.

Como está a negociação do COAP na sua Região de Saúde? Quais as expectativas para a assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde?

É preciso garantir a integralidade dos serviços de saúde, tendo o usuário, independentemente da situação geográfica, o direito de usufruir de toda a rede de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 nov. 2013.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

AUTORES

Guilherme Daniel Pupo

Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Especialização em Saúde da Família, na modalidade Residência Multiprofissional, pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), e é mestrando no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atualmente, é apoiador técnico em assistência farmacêutica do Ministério da Saúde no Projeto de formação e melhoria

da qualidade de rede de atenção à saúde – QualiSUS-Rede; e farmacêutico da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. Tem experiência nas áreas de Farmácia e Saúde Coletiva, atuando, principalmente, nos temas: assistência farmacêutica, gestão em saúde, estratégia de saúde da família, educação a distância, e rede de atenção à saúde.

<http://lattes.cnpq.br/1593112298465675>

Silvana Nair Leite

Graduada em Farmácia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI/SC), cursou mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP/SP). Foi consultora, pela Organização Pan-americana de Saúde, do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, entre 2007 e 2010. É professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), nas áreas de assistência farmacêutica e estágio em saúde coletiva no Curso de Farmácia e no Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC e da Universidade de Brasília (UnB). Coordena projetos de pesquisa e extensão sobre gestão da assistência farmacêutica, saúde pública e promoção da saúde. Atua na representação da categoria farmacêutica como: conselheira e vice-presidente do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina; presidente da Escola Nacional dos Farmacêuticos; na diretoria do Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina; na diretoria da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e no Comitê

Gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Inovação Farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/9922706294578800>

Eliana Elisabeth Diehl

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 1988), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1992) e doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ - 2001). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde 1991, onde atua nas áreas de Farmacotécnica Homeopática e Estágio em Farmácia, na Graduação; e de Assistência Farmacêutica, na Pós-Graduação. Participa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desde 2003. Ainda, realiza pesquisa em Antropologia da Saúde, com o tema de saúde indígena, articulando uma visão crítica e reflexiva sobre as políticas públicas. É membro do Comitê Gestor do Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural, um dos Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia ligados ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente, faz parte da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/7240894306747562>

Luciano Soares

Possui graduação em Farmácia (1999), mestrado em Farmácia (2001) e doutorado em Farmácia (2013), todos cursados na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É professor das disciplinas de Saúde Pública e Assistência Farmacêutica da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Atualmente, é coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. É diretor do Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina, da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica – ABEF e da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Atua como pesquisador em assistência farmacêutica, farmacognosia e educação farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/9608391843793204>

Mareni Rocha Farias

Possui graduação em Farmácia (1982), mestrado em Ciências Farmacêuticas (1986) ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), doutorado em Ciências Naturais pelo *Pharmazeutisches Institut – Universitat Bonn*, Alemanha (1991), e Pós-Doutorado na *Health & Life Sciences University* (UMIT) em Hall in Tirol, na Áustria (2011). Atualmente, é professora Associado II da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos. Atua junto ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia, com orientações de mestrado e doutorado na linha de pesquisa: Garantia da qualidade de insumos, produtos e serviços farmacêuticos; e no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, com

orientações de mestrado. Desenvolve trabalhos de pesquisa e extensão na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde; atua junto à Farmácia Escola UFSC/PMF, como preceptora do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; e coordenou a 1ª edição do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização a distância.

<http://lattes.cnpq.br/1955003761488344>

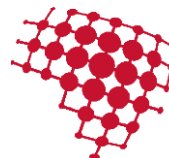
Rosana Isabel dos Santos

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 1980), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1989) e doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC - 2011). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC, desde 1994, onde atuou nas áreas de Farmacognosia e Estágio em Farmácia, até 2003. Participou da Coordenação e Tutoria do Curso Multidisciplinar em Saúde da Família, modalidades Especialização e Residência, nos anos de 2002 e 2003. Atuou como Gerente Técnico da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, no período de 2003 a 2006. Atualmente, desenvolve trabalhos na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde, atuando junto à Farmácia Escola UFSC/PMF e participando da coordenação do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9220372399276737>

APÊNDICE C – TEXTO “ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE”

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Gestão da Assistência Farmacêutica - EaD



TEXTO: A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Autores: Guilherme Daniel Pupo, Silvana Nair Leite, Eliana Elisabeth Diehl, Luciano Soares, Mareni Rocha Farias, Rosana Isabel dos Santos.

Módulo: Módulo 2 - Políticas de saúde e acesso a medicamentos

Unidade: Unidade 2 - Saúde e cidadania

A assistência farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica, administrativa e política, e sua inserção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é estratégica para o sistema de saúde, uma vez que promove o acesso, o uso racional e responsável de medicamentos, por meio de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial.

A assistência farmacêutica constitui um conjunto de serviços disseminado por toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme Santos (2012), diversas ações, que priorizam o cuidado na Atenção Primária à Saúde, por exemplo, nas Linhas de Cuidado com as redes temáticas, nas pactuações consolidadas pelo Contrato Organizativo

da Ação Pública da Saúde (COAP), nos objetivos da RAS, entre outros, permitem visualizar diversos cenários para a implementação da assistência farmacêutica como um importante conjunto de ações, que visam garantir a integralidade. Refletindo sobre esta realidade, surge o questionamento: assistência farmacêutica configura um sistema de apoio ou um ponto de atenção?

O modelo vigente da assistência farmacêutica, que ainda valoriza muito a disponibilidade do medicamento, não atende aos princípios propostos pela RAS em sua totalidade. Assim, é preciso superar a fragmentação das ações e serviços da assistência farmacêutica, avançando conjuntamente na perspectiva de rede. Neste sentido, surgem alguns questionamentos:

- É possível entender e organizar a assistência farmacêutica como **sistema de apoio** (categoria na qual alguns serviços farmacêuticos podem ser incluídos) e como **ponto de atenção** (cuidado ofertado por meio dos serviços de dispensação de medicamentos, integrantes da assistência farmacêutica como pontos de atenção à saúde)?
- Uma vez que as ações da assistência farmacêutica compreendidas no sistema de apoio e as ações consideradas como ponto de atenção são interdependentes, como organizar a assistência farmacêutica nestes dois elementos da rede?

A assistência farmacêutica na RAS exige uma maior integração entre a disponibilidade do medicamento (acessibilidade) e a provisão de serviços clínicos à comunidade (cuidado), a partir do serviço especializado prestado pelo farmacêutico.

Segundo Correr e Otuki (2013), serviços clínicos são aqueles em que ocorre a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a melhoria do uso do medicamento ou a obtenção de resultados terapêuticos definidos, voltados à manutenção ou à melhoria da qualidade de vida.

O Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/MS) está desenvolvendo a proposta de integração da assistência farmacêutica nas redes, pensando o serviço farmacêutico nos seguintes componentes da RAS (NASCIMENTO JÚNIOR, 2013):

Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde

- Sistemas de Apoio
- Pontos de Atenção
- Pontos de Apoio Terapêutico
- Sistemas de Governança

As atividades da assistência farmacêutica organizam-se no âmbito dos distintos componentes da estrutura operacional de uma rede de atenção à saúde, com as seguintes diretrizes (COSTA, 2011):

Sistemas de Apoio

- Promover a seleção de medicamentos baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), por meio de um trabalho articulado com profissionais de saúde e atendendo às singularidades das regiões de saúde;
- Qualificar o sistema de abastecimento de medicamentos e insumos estratégicos (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição);
- Integrar os sistemas de informação em saúde da rede de atenção à saúde com o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - Hórus;
- Induzir o desenvolvimento e a implantação de infraestrutura necessária à qualificação das atividades da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde;
- Induzir a criação de programas de capacitação, fixação e valorização de recursos humanos necessários ao desenvolvimento e qualificação das atividades da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde.

De forma coerente com o que foi apresentado anteriormente, acrescenta-se a esses itens a indução de serviços e ações necessários para articular a organização da infraestrutura relacionada aos medicamentos,

aos serviços de clínica farmacêutica ofertados e às necessidades do cidadão usuário.

Pontos de Atenção

- Desenvolver serviços farmacêuticos clínicos (cuidado em saúde) para compor o ponto de atenção à saúde;
- Fortalecer as atividades de farmacovigilância e farmacoepidemiologia;
- Desenvolver e aplicar instrumentos que auxiliem na organização, agilização e qualificação dos serviços clínicos, tais como:
 - Protocolo de classificação de riscos para problemas relacionados aos medicamentos;
 - Documento de notificação de falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
 - Documento de notificação de reação adversa a medicamentos.
- Aumentar a adesão ao tratamento e reforçar a compreensão dos usuários sobre os medicamentos;
- Reduzir erros de medicação/prescrição;
- Responsabilizar-se pelo usuário nos diferentes pontos de atenção, minimizando erros de aplicação/administração de medicamentos.

Acrescenta-se, aqui, a responsabilidade do serviço em intervir na condução da farmacoterapia, de forma a contribuir para os pretendidos resultados positivos em saúde.

Pontos de Apoio Terapêutico

- Apoiar os profissionais no Telessaúde, por meio da Segunda Opinião Formativa, da Teleconsultoria, e da Tele-educação, esclarecendo dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, ampliando a capacidade resolutiva das equipes de saúde.

Acrescentam-se as atividades para apoiar os pontos de atenção nas questões relacionadas à qualidade do produto e sua influência sobre a efetividade dos medicamentos, bem como contribuir para o atendimento às necessidades, envolvendo produtos não padronizados (por exemplo, nos casos de alergia a componentes da fórmula da apresentação disponível, nos casos de situações para os quais os medicamentos padronizados apresentam-se inefetivos, nos casos de dificuldades para o uso de uma forma farmacêutica específica).

Sistemas de Governança

- Contribuir com a Governança da rede de atenção à saúde por meio de informações e indicadores de assistência farmacêutica, de forma que contribuam no

diagnóstico, monitoramento, na avaliação e qualificação dos serviços farmacêuticos;

- Desenvolver instrumentos que auxiliem na organização, agilização e qualificação da gestão da assistência farmacêutica;
- Apoiar iniciativas que contribuam para a implantação de processos de certificação de acreditação da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde.

Acrescenta-se a contribuição com o planejamento dos níveis de gestão do SUS, integrando a assistência farmacêutica às pactuações e aos planos mais gerais.

Já são muitas as responsabilidades e expectativas para a assistência farmacêutica nas redes de atenção, não é mesmo?

Certamente, é um excelente cenário para um avanço qualitativo nos conceitos, nas práticas e no reconhecimento do papel da nossa área na atenção à saúde. Mas ainda persistem muitas dúvidas sobre como daremos conta dessas demandas. E na gestão das Regiões de Saúde, como vai ser operacionalizada a assistência farmacêutica? Teremos financiamento compartilhado? Listas regionais? Pactuações conjuntas de medicamentos e serviços? Desafios para o setor!

E algumas questões precisam estar bem definidas entre os atores partícipes desta área, por exemplo: garantir acessibilidade deve ser o papel precípua da logística. Modular o acesso (uso do medicamento) em direção ao desfecho pretendido deve ser a função do

cuidado. Parecem as faces de uma mesma moeda, porque, se a logística tem como função garantir a acessibilidade, essa não é a própria razão de sua existência. Ou seja, os medicamentos não têm que estar disponíveis porque simplesmente precisam estar disponíveis. A grande razão da acessibilidade é, em primeira instância, o acesso (uso desses medicamentos por quem deles necessita) e, em última instância, os resultados esperados que decorram desse uso.

Sumarizando, se o fruto da logística (acessibilidade) só tem razão de existir pelo fruto do acesso (desfecho em saúde), essa logística pode ser assumida como plataforma para o atendimento às necessidades em saúde. Esse argumento constitui o motivo pelo qual o desenvolvimento logístico dos serviços farmacêuticos, nos pontos de atenção à saúde e na rede de atenção, não pode ser independente do desenvolvimento das atividades clínicas, sob pena de a desconexão impedir a obtenção dos resultados.

Temos a oportunidade de desenvolver serviços farmacêuticos integrados, sensíveis às necessidades das pessoas e da sociedade. Só a relação orgânica entre os mecanismos de acessibilidade aos medicamentos e os cuidados no uso dos mesmos, como um todo coerente e retroalimentado, pode nos proporcionar o desenvolvimento da gestão da assistência farmacêutica que atenda, realmente, aos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

CORRER, C.J.; OTUKI, M.F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

COSTA, K. S. **A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde**. (Apresentação) VI Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2011.

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. **Responsabilidade Interfederativa na organização e estruturação da assistência farmacêutica**. (Apresentação) 29º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. Brasília, 2013.

SANTOS, M. SUS e Eleições: Desdobramentos para Assistência Farmacêutica. In: **Revista COSEMS RJ**. 17. ed. Rio de Janeiro, 2012.

AUTORES

Guilherme Daniel Pupo

Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Especialização em Saúde da Família, na modalidade Residência Multiprofissional, pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), e é mestrando no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atualmente, é apoiador técnico em assistência

farmacêutica do Ministério da Saúde no Projeto de formação e melhoria da qualidade de rede de atenção à saúde – QualiSUS-Rede; e farmacêutico da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC em parceria com o Ministério da Saúde. Tem experiência nas áreas de Farmácia e Saúde Coletiva, atuando, principalmente, nos temas: assistência farmacêutica, gestão em saúde, estratégia de saúde da família, educação a distância e rede de atenção à saúde.

<http://lattes.cnpq.br/1593112298465675>

Silvana Nair Leite

Graduada em Farmácia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI/SC), cursou mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP/SP). Foi consultora, pela Organização Pan-americana de Saúde, do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, entre 2007 e 2010. É professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), nas áreas de assistência farmacêutica e estágio em saúde coletiva no Curso de Farmácia e no Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC e da Universidade de Brasília (UnB). Coordena projetos de pesquisa e extensão sobre gestão da assistência farmacêutica, saúde pública e promoção da saúde. Atua na representação da categoria farmacêutica como: conselheira e vice-presidente do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina; presidente da Escola Nacional dos Farmacêuticos; na diretoria do Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina; na diretoria da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e no Comitê

Gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Inovação Farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/9922706294578800>

Eliana Elisabeth Diehl

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 1988), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade, (1992) e doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ - 2001). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde 1991, onde atua nas áreas de Farmacotécnica Homeopática e Estágio em Farmácia, na Graduação; e de Assistência Farmacêutica, na Pós-Graduação. Participa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família desde 2003. Ainda, realiza pesquisa em Antropologia da Saúde, com o tema de saúde indígena, articulando uma visão crítica e reflexiva sobre as políticas públicas. É membro do Comitê Gestor do Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural, um dos Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia ligados ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente, faz parte da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/7240894306747562>

Luciano Soares

Possui graduação em Farmácia (1999), mestrado em Farmácia (2001) e doutorado em Farmácia (2013), todos cursados na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É professor das disciplinas de Saúde Pública e Assistência Farmacêutica da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Atualmente, é coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. É diretor do Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina, da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica – ABEF, e da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Atua como pesquisador em assistência farmacêutica, farmacognosia e educação farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/9608391843793204>

Mareni Rocha Farias

Possui graduação em Farmácia (1982), mestrado em Ciências Farmacêuticas (1986) ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), doutorado em Ciências Naturais pelo *Pharmazeutisches Institut – Universitat Bonn*, Alemanha (1991), e Pós-Doutorado na *Health & Life Sciences University* (UMIT) em Hall in Tirol, na Áustria (2011). Atualmente, é professora Associado II da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos. Atua junto ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia, com orientações de mestrado e doutorado na linha de pesquisa: Garantia da qualidade de insumos, produtos e serviços farmacêuticos; e no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, com orientações de mestrado. Desenvolve trabalhos de

pesquisa e extensão na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde; atua junto à Farmácia Escola UFSC/PMF, como preceptora do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; e coordenou a 1ª edição do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização a distância.

<http://lattes.cnpq.br/1955003761488344>

Rosana Isabel dos Santos

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 1980), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1989) e doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC - 2011). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC, desde 1994, onde atuou nas áreas de Farmacognosia e Estágio em Farmácia, até 2003. Participou da Coordenação e Tutoria do Curso Multidisciplinar em Saúde da Família, modalidades Especialização e Residência, nos anos de 2002 e 2003. Atuou como Gerente Técnico da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, no período de 2003 a 2006. Atualmente, desenvolve trabalhos na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde, atuando junto à Farmácia Escola UFSC/PMF e participando da coordenação do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9220372399276737>