



## **ASSISTENCIA FARMACÊUTICA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

ALISSON ALAMO PEREIRA NERY; SÉFORA TAÍS DE CASTRO MARTINS

### **RESUMO**

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são 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. A Assistência Farmacêutica (AF) apresenta componentes de natureza técnica, científica, administrativa e política, e sua inserção nas 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, seguindo os mesmos princípios dos dilemas básicos que regem a legislação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Com a responsabilização durante a utilização do medicamento, e diante das várias ações que favorecem a Atenção Básica, as implantações das linhas de cuidado, a disseminação e as configurações das Redes de Atenção à Saúde, e a possibilidade de inserir a Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde e nas RAS, propõem-se sistematizar ações clínicas pertinentes a AF, para integrá-la aos vários serviços e setores de saúde, estabelecendo assim, o princípio sanitário fundamental, a integralidade do cuidado, e a efetividade necessária para o SUS.

**Palavras Chaves:** Assistência Farmacêutica; Redes de Atenção à Saúde; SUS.

## **ASSISTENCIA NETWORKS IN PHARMACEUTICAL HEALTH CARE HEALTH SYSTEM IN SINGLE - SUS**

### **ABSTRACT**

Networks of Health Care (RAS) are organizational arrangements actions and health services, different technological densities, integrated through technical, logistical and management support systems, seek to ensure comprehensive care. The Pharmaceutical Assistance (SCA) components presents technical, scientific, administrative and political nature, and its inclusion in the RAS, is strategic for the health system, since it promotes access, rational and responsible use of medicines through a set of actions for the promotion, protection and recovery of health, both individual and collective, taking the medicine as essential input, following the same principles of the basic dilemmas governing law of the health System in Brazil. With accountability for the use of the drug, and on the various actions that promote primary care, deployments of care lines, dissemination and settings Networks for Health Care, and the possibility to put the Pharmaceutical Care in primary care health and the RAS, propose to systematize the relevant AF clinical actions, to integrate it to the various services and health sectors, thus establishing the fundamental principle health, comprehensive care, and the effectiveness needed for SUS.

**Key Words:** Pharmaceutical Services; Networks of Health Care; SUS.



## 1. INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são 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 Portaria de número 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta veio a promover um estímulo maior para à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais de saúde, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira (BRASIL, 2010).

A Constituição Federal de 1988 é o marco referencial para as profundas mudanças na área da saúde no Brasil, estabelecendo a universalidade do acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações, conceituando como princípio norteador que a saúde é direito de todos e dever do Estado. O SUS, regulamentado pela lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida, juntamente com a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, como a Lei Orgânica da Saúde, contempla os preceitos constitucionais e estabelece que, entre seus campos de atuação, está incluída a execução da “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 2003).

A portaria GM/MS nº 3.916, em 30 de outubro de 1998, edita a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que vem a fortalecer os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, tendo como finalidade principal garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. A PNM baseia-se no princípio de que é necessário construir uma gestão na qual o medicamento possua relevância nas práticas assistenciais, contribuindo para melhorar as condições de vida e de saúde da população (BRASIL, 2003).

Em 2004, por meio da Resolução de número 338, de 06 de Maio, em Plenária do Conselho Nacional de Saúde, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), em seu artigo primeiro, aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, incluindo-a como parte integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica (AF) apresenta componentes de natureza técnica, científica, administrativa e política, e sua inserção nas 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, seguindo os mesmos princípios dos dilemas básicos que regem a legislação do Sistema Único de Saúde no Brasil (PUPO *et al.*, 2014).

Com a responsabilização durante a utilização do medicamento, e diante das várias ações que favorecem a Atenção Básica, as implantações das linhas de cuidado, a disseminação e as configurações das Redes de Atenção à Saúde, e a possibilidade de inserir a Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde e nas RAS, propõem-se sistematizar ações clínicas pertinentes a AF, para integrar-la aos vários serviços e setores de saúde, estabelecendo assim, o princípio sanitário fundamental, a integralidade do cuidado, e a efetividade necessária para o SUS.

## 2. DESENVOLVIMENTO



## 2.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Sistemas de Atenção à Saúde, como conjunto de atividades que se propõem a promover, restaurar e manter a saúde de uma população, constituindo respostas sociais organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000 *apud*. MENDES, 2011).

Os Sistemas de Atenção à Saúde, até a primeira metade do século XX, eram direcionados para as doenças infecciosas, já em sua segunda metade daquele século, a atenção era voltada para as condições agudas. E nota-se que, nesse início de século XXI, as condições crônicas prevalecem com o paradigma da atenção à saúde (HAM, 2007 *apud*. MENDES, 2011). Coincidentemente, na mesma linha, a OMS, afirma que, historicamente, os problemas agudos, como certas doenças infecciosas e os traumas, constituem a principal preocupação dos sistemas de saúde. Os avanços da ciência biomédica e da saúde pública, verificados especialmente no século passado, permitiram reduzir o impacto de inúmeras doenças infecciosas. Por outro lado, houve um aumento relativo das doenças crônicas (MENDES 2011).

O tratamento de situações agudas é dominante, visto que a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura são características do tratamento dispensado atualmente. Entretanto a medicação para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dos problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas.

Em meio a esse protótipo, surgem as Redes de Atenção à Saúde que vêm como um novo arranjo do Sistema de Atenção à Saúde. Objetivando a promoção da integração entre as ações e os serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, incrementando o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (MENDES, 2011).

Dessa forma, as RAS, devem ter foco na população, de forma integral, por meio de um serviço contínuo de cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde. A Portaria 4.279/2010, que as regulamenta, conceitua-a, como sendo 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).

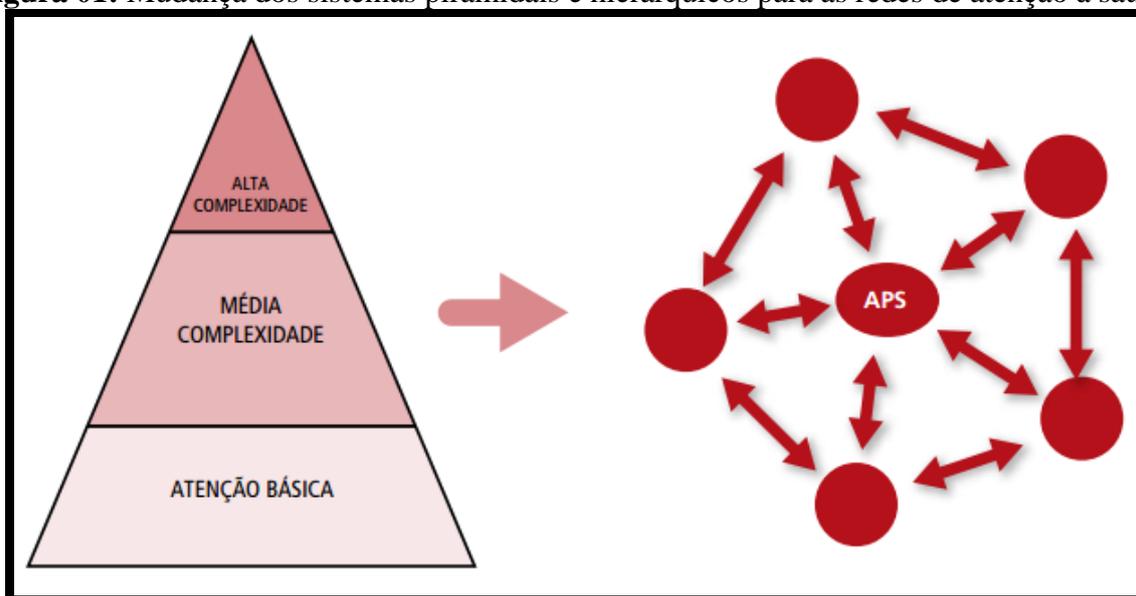
Segundo Mendes (2011), tradicionalmente, a concepção no SUS, de Redes de Atenção à Saúde, é a de um sistema vertical, hierarquizado e piramidal, formato segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. Atualmente, essa concepção torna-se equivocada, devendo esse modelo ser substituído por outro, o modelo de redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas tradicionais, remodelando-as em redes policêntricas horizontais, tendo a Atenção Primária à Saúde como centro de coordenação e comunicação, com a poio dos serviços de serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção (ver Figura 01). Atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, e sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas.

Esse mesmo autor estabelece que as RAS, possibilitam a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária, e atenção terciária), estruturando-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento. Promovendo a integralidade da atenção à saúde em ações de promoção da saúde, as de prevenção das condições de saúde e da gestão dessas condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição.

As Redes de Atenção à Saúde são constituídas por três elementos fundamentais de terminadas por Mendes (2011): a primeira **I. População**, que se caracteriza por ser a protagonista do cuidado;

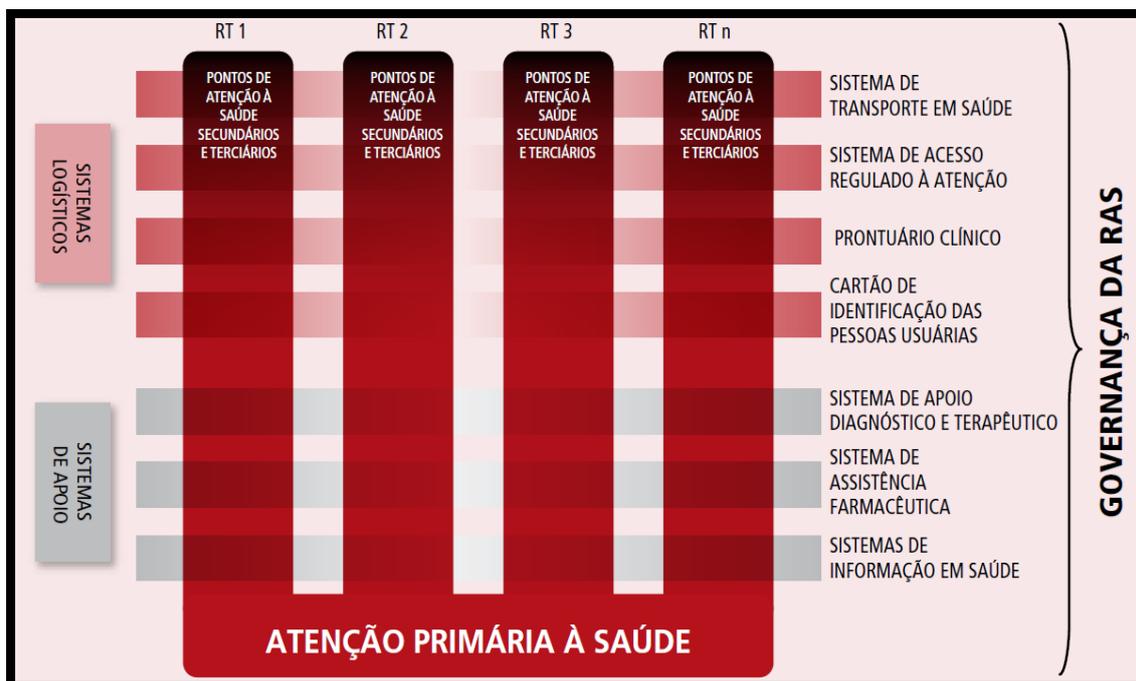
A segunda **II. Estrutura Operacional**, formada pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações que integram esses diferentes serviços: como o *Centro de Comunicação*, em que a Atenção Primária à Saúde (APS), tem papel chave na estruturação das redes, atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contra fluxos do cuidado, *Pontos De Atenção À Saúde Secundários E Terciários*, em que por meio dos diferentes níveis tecnológicos, servem de apoio aos serviços da APS. *Sistemas De Apoio*, locais onde são prestados serviços de saúde comuns a todos os pontos de atenção, e por fim os *Sistemas logísticos e de governança*, que consistem respectivamente: na efetivação de um sistema eficaz de referência e contra referência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde; e o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado (Ver Figura 02).

**Figura 01:** Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



*Fonte: Mendes, 2011.*

**Figura 02:** A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes, 2011.

E ainda como elemento fundamental das RAS está a terceira o **III. Modelo de Atenção À Saúde**, que se caracteriza pela lógica adotada pelos gestores para atender às demandas de saúde da população de forma mais efetiva, eficiente e segura (BRASIL, 2012).

Mendes (2011), explica que, percebe-se no Brasil, a possibilidade de identificar que com a implantação de algumas Redes, êxitos foram alcançados e evidenciados, pois melhoraram a qualidade clínica, os resultados sanitários e houve satisfação dos usuários. E, além disso, promoveram reduções dos custos nos Sistemas de Saúde. Esses resultados positivos foram alcançados com as Redes de Atenção à Saúde de pessoas idosas, nas de Saúde Mental, nos de Controle do Diabetes, e nas de Utilização de Serviços Especializados.

Ainda no nosso país, já estão sendo praticadas as implantações das Redes Cegonha, Rede de Atenção à Urgência e Emergência, de Atenção Psicossocial e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

## 2.2 Assistência Farmacêutica

Um dos grandes desafios da humanidade sempre foi controlar, reduzir os efeitos ou eliminar os sofrimentos causados pelas enfermidades. A saúde de uma população não depende apenas dos serviços de saúde e do uso dos medicamentos. Entretanto, é inegável sua contribuição e a importância desses no cuidado à saúde, o medicamento, é considerado um produto farmacêutico com finalidades profiláticas, curativas e paliativas ou para fins de diagnóstico (BRASIL, 2007).

Infelizmente, no Brasil, o medicamento ainda é considerado um bem de consumo e não um insumo básico de saúde. Isso favorece a desarticulação dos serviços farmacêuticos, inviabilizando o desenvolvimento de um enfoque que priorize o cuidado com a terapêutica medicamentosa, envolvendo nessa concepção a formação dos profissionais, o processo de



educação continuada, a orientação à população e o acompanhamento do uso adequado e racional dos medicamentos (MARIN *et. al.*, 2003).

Na política pública, a Assistência Farmacêutica teve início em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los e se caracterizava por se limitar apenas a manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos (BRASIL, 2007).

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) que em seu Artigo 6º determina como campo de atuação do SUS, a formulação da política de medicamentos atribuindo ao setor saúde a responsabilidade pela execução de ações de assistência terapêutica integral, além da atenção farmacêutica (BRASIL, 1990).

### **2.2.1 Política Nacional de Medicamentos - PNM**

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída e regulamentada por meio da Portaria GM/MS nº. 3.916/98 tem como finalidades principais:

- ✓ Garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos;
- ✓ A promoção do uso racional dos medicamentos;
- ✓ O acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

Para alcançar essas finalidades, a PNM apresenta um conjunto de diretrizes as quais propõe a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) e sua permanente revisão; a Regulação Sanitária de Medicamentos; a Reorientação da Assistência Farmacêutica; a Promoção do Uso Racional de Medicamentos; a Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos e o Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 1998).

A Assistência Farmacêutica tem caráter sistêmico, multidisciplinar que se fundamenta na descentralização, objetivam nortear ações nas três esferas de governo, estabelecendo responsabilidades para cada uma atuando em estreita parceria. Devem promover o acesso da população a todos os medicamentos considerados essenciais, por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que devem ser seguros, eficazes e de qualidade. Na promoção do seu uso racional, na otimização e eficácia do sistema de distribuição e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a aquisição ao menor custo possível (BRASIL, 2007).

### **2.2.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF**

A Assistência Farmacêutica (AF) consiste no conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. No ciclo da AF (Figura 03), este conjunto de ações envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, além da garantia da qualidade dos produtos e serviços, do acompanhamento e da avaliação de sua utilização, na

perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2007).

A organização da Assistência Farmacêutica, fundamentada no enfoque sistêmico, caracteriza-se por ações articuladas e sincronizadas entre as diversas partes que compõem o sistema, que influenciam e são influenciadas umas pelas outras (MARIN *et. al.*, 2003). As atividades do Ciclo da AF ocorrem em uma sequência lógica e ordenada, e suas execuções de forma impróprias prejudicam todas as outras, comprometendo seus objetivos e seus resultados.

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2007).

**Figura 03.** Ciclo da Assistência Farmacêutica.



*Fonte:* Assist. Farm. CEMEPAR (Central de Medicamentos, Estado do Paraná, 2011).

### 2.2.3 A Assistência Farmacêutica Na Rede De Atenção À Saúde (RAS)

A assistência farmacêutica constitui um conjunto de serviços disseminado por toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme Santos (2012), citado por Pupo *et. al.* (2014), 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.

A AF envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, englobando intervenções logísticas relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais da farmácia clínica e de vigilância como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância. Os ciclos logísticos, bem como a farmácia clínica, devem estar apoiados pela farmacoeconomia e pela farmacoepidemiologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MARIN *et al.*, 2003; GOMES *et al.*, 2007 apud. MEDES, 2011).

A importância dos medicamentos na atenção à saúde é crescente, seja do ponto de vista econômico, seja do ponto de vista sanitário. Na perspectiva econômica, segundo Mendes (2011), os gastos dos medicamentos constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, somente superados pela atenção hospitalar. Do ponto de vista sanitário, o manejo inadequado dos medicamentos pode produzir resultados desastrosos, como aumento no número de internações, prolongamento do tempo de internação, e ocorrência de óbitos decorrentes do seu mau uso.

Nos Estados Unidos, metade das mortes causadas por intervenções do sistema de atenção à saúde foi determinada por reações adversas do uso de medicamentos, o que poderia representar até 50 mil mortes por ano. Em São Paulo, no período de janeiro de 2005 a março de 2006, o Núcleo de Farmacovigilância da Secretaria de Estado da Saúde recebeu, aproximadamente, 9.000 notificações de suspeitas de reações adversas a medicamentos. Assim a questão da assistência farmacêutica pode ser abordada a partir de múltiplas faces. Aqui se fixa na visão de sua microgestão, ligada à sua logística e às intervenções assistenciais e de vigilância nos níveis primário, secundário e terciário das RAS, sem considerar os aspectos das políticas de medicamentos que são, também, muito relevantes (MENDES, 2011).

O Sistema de Assistência Farmacêutica engloba dois grandes componentes: em primeiro a logística, que delimita os Serviços Farmacêuticos em apenas selecionar, programar, aquisição, armazenamento e na distribuição do medicamento e do insumo. E um segundo grande componente do Sistema da AF, está a Farmácia Clínica, componente fundamental na assistência farmacêutica. Infelizmente, a farmácia clínica tem sido relegado a um segundo plano no SUS, o que determina resultados econômicos e sanitários inadequados com relação ao uso dos medicamentos. Por isso, na construção das Redes de Atenção à Saúde, a organização do sistema de atenção farmacêutica deverá considerar essas duas dimensões (PUPO *et al.*, 2014).

Em geral, no Brasil, prevalecem os esforços relativos à organização dos ciclos logísticos e coloca-se, ainda, pouco esforço no componente assistencial e de vigilância da farmácia clínica. Há que se considerar que todas as atividades da assistência farmacêutica devem ocorrer de forma ordenada, já que uma atividade executada de forma imprópria prejudicará todas as demais atividades do sistema (MENDES, 2011).

No Brasil, o modelo vigente da assistência farmacêutica, 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. Assim, a AF nas 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 (PUPO *et al.*, 2014)



Numa rede, conforme entende Castells (2000) citado por Mendes (2011), constituí os lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação, e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os nós da rede. Sendo dentro da estrutura operacional das RAS, o Sistema de Assistência Farmacêutica, está inserido no Sistema de Apoio.

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 componentes da RAS: Sistemas de Apoio, Pontos de Atenção, Pontos de Apoio Terapêutico, e Sistemas de Governança. Costa (2011) & PUPO *et. al.*, (2014), determinam que as atividades da Assistência Farmacêutica devam ser organizadas no âmbito dos distintos componentes da estrutura operacional de uma Rede de Atenção à Saúde, e exemplificam, seguindo as diretrizes que são descritas a seguir:

### **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; Promover a qualificação do 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;

Criar programas de capacitação, fixação e valorização de recursos humanos necessários ao desenvolvimento e qualificação das atividades da AF nas RAS. Acrescenta-se ainda 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**

Desenvolvendo serviços farmacêuticos clínicos (cuidado em saúde) para compor o ponto de atenção à saúde; Promover o fortalecimento das 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 e documento de notificação de reação adversa a medicamentos.

Promover a adesão terapêutica e reforçar a compreensão dos usuários sobre os medicamentos; Reduzir erros de medicação/prescrição; E responsabilizar-se pelo usuário nos diferentes pontos de atenção, minimizando erros de aplicação/administração de medicamentos. Considera-se aqui ainda, a responsabilidade do serviço em intervir na condução do fármaco-terapia, 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. Conta-se também, como ponto de ponto de atenção, as questões relacionadas à qualidade do produto e sua influência sobre a efetividade dos medicamentos, bem como sua contribuição para o atendimento às necessidades dos pacientes

### **Sistemas de Governança**

Contribuir com a Governança da Rede de Atenção à Saúde por meio de informações e indicadores da AF, 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; Promover o apoio às iniciativas que contribuam para a implantação de processos de certificação de acreditação da AF na RAS. Acrescenta-se a contribuição com o planejamento dos níveis de gestão do SUS, integrando a Assistência Farmacêutica às pactuações e aos planos mais gerais.

O Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes, representou avanço no tocante ao modelo de se fazer e praticar saúde. Entretanto, passados alguns anos da sua implantação, surgem debates incessantes sobre reorganização, a fim de qualificar os serviços. Nesse contexto, a proposta da Rede de Atenção à Saúde pretende desenvolver um projeto de atenção que viabiliza qualidade, tempo, espaço e custo, possuindo responsabilidade sanitária. Tais Redes, através de relações horizontais bem fundamentadas podem modificar o panorama de iniquidades que são observadas em muitos serviços de saúde, manifestadas pela acessibilidade incompleta e resolutividade deficiente.

### **3. Considerações Finais**

Diante de tal realidade a profissão farmacêutica faz-se necessária nessa inserção enquanto rede, pois promove acesso, uso racional e proteção à saúde, garantindo além do medicamento, o cuidado a partir de serviço especializado, por meio da capacitação de Recursos Humanos necessários ao desenvolvimento e qualificação da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde. Não se limitando em apenas gerenciar todo o setor de medicamentos (selecionar, programar, receber, armazenar e distribuir), mas promover que além dessas atividades sejam realizadas com garantia da qualidade dos produtos e serviços, vim a plantar e regar a ideia da Dispensação de medicamentos, entrega do insumo, seguida de orientação farmacêutica.

O componente da farmácia clínica envolve o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância. Portanto o papel do farmacêutico é prover insumos necessários para erradicar a tão desfragmentada e desconexão entre logística e abastecimento com atividades clínicas.

### **REFERÊNCIAS**

\_\_\_\_\_. **BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde. (SUS). Disponível na internet em:



[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acessado em 14/05/2014.

\_\_\_\_BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Política Nacional de Medicamentos. Disponível na internet em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html). Acessado em 14/05/2014

MENDES, E. V. As Redes De Atenção À Saúde. 2ª edição. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p. Brasília-DF.

\_\_\_\_BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº. 338 de 06 de maio de 2004: Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html). Acessado em 14/05/2014.

\_\_\_\_BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

PUPO, G. D.; LEITE, S. N.; DIEHL, E. E.; SOARES, L.; FARIAS, M. R.; SANTOS, R. I. **A 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. Florianópolis - SC, 2014.

SANTOS, M. SUS e Eleições: Desdobramentos para Assistência Farmacêutica. **Revista Cosems RJ** - Conselho de Secretárias Municipais do Estado do Rio de Janeiro. Vol. 17: Jul. Ago. Set. / 2012. Rio de Janeiro; p. 36.

\_\_\_\_BRASIL. **Ministério da Saúde. Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) Brasília, 2012.

\_\_\_\_BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília, 2007. Vol. 7; 186 p.

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais de saúde.** Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373p.

\_\_\_\_BRASIL. **Lei Federal n. 8080/90.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990.

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