

UnA-SUS

Gestão da Assistência Farmacêutica

Especialização a distância



Módulo 4: Serviços farmacêuticos

AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MÓDULO 4

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) Milton de Arruda Martins

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) Sigisfredo Luis Brenelli

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) Carlos Augusto Grabois Gadelha

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) José

Miguel do Nascimento Júnior

Responsável Técnico pelo Projeto UnA-SUS Francisco Eduardo de Campos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Álvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-Graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Chefe do Departamento Rosane Maria Budal

Subchefe do Departamento Flávio Henrique Reginatto

Coordenadora do Curso Mareni Rocha Farias

COORDENAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenador Geral Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora Executiva Kenya Schmidt Reibnitz

COMISSÃO GESTORA

Coordenadora do Curso Mareni Rocha Farias

Coordenadora Pedagógica Eliana Elisabeth Diehl

Coordenadora de Tutoria Rosana Isabel dos Santos

Coordenadora de Regionalização Silvana Nair Leite

Coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso Luciano Soares

EQUIPE EaD

Alexandre Luiz Pereira

Bernd Heinrich Storb

Fabiola Bagatini

Fernanda Manzini

Gelso Luiz Borba Junior

Guilherme Daniel Pupo

Kaite Cristiane Peres

Marcelo Campese

Blenda de Campos Rodrigues (Assessora Técnico-Pedagógica em EaD)

AUTORES

Margaret Grando

Ronald dos Santos

Norberto Rech (Colaborador)

© 2011. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Equipe Necont

Revisão Textual Judith Terezinha Müller Lohn

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Gráfico Patrícia Cella Azzolini

Ilustrações Felipe Augusto Franke, Marcel Junges

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Ilustração Capa Ivan Jerônimo Iguti da Silva

SUMÁRIO

UNIDADE 5 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	7
Lição 1 - Contextualização da vigilância em/da saúde.....	9
Lição 2 - Integralidade da atenção à saúde no território	20
Lição 3 - Redes de atenção à saúde	26
Lição 4 - Compartilhando conhecimentos e experiências	33
REFERÊNCIAS	41

UNIDADE 5

MÓDULO 4

UNIDADE 5 – AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ementa da Unidade

- Vigilância em saúde e vigilância da saúde no contexto da gestão da assistência farmacêutica.
- Componentes da Vigilância em Saúde e possibilidades de articulação com a gestão da assistência farmacêutica.
- Redes de atenção à saúde.
- Integralidade da atenção à saúde.

Carga horária da unidade: 15 horas.

Objetivos específicos de aprendizagem

- Refletir sobre conceitos, organização, saberes e olhares da(s) vigilância(s) local/estadual/municipal/regional e a necessidade de articulação da gestão da assistência farmacêutica com a vigilância em saúde.
- Compreender o processo de trabalho da(s) vigilância(s) local/municipal/regional/estadual e da assistência farmacêutica na construção da integralidade da atenção à saúde.
- Compreender as redes de atenção à saúde propostas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a OPAS, Conass e Conasems, e nelas compreendida a assistência farmacêutica e a vigilância em saúde.
- Observar como as vigilâncias podem compartilhar informações para o trabalho da gestão da assistência farmacêutica e como esta pode contribuir com o trabalho da(s) vigilância(s) local/estadual/municipal/regional.

Apresentação

Caro especializando, considerando os debates acerca do papel da vigilância em saúde frente aos desafios colocados em todos os níveis da gestão do SUS, entendemos que não é possível discutir uma articulação entre vigilância em saúde e assistência farmacêutica - sem que o debate nacional sobre Redes de Atenção à Saúde seja

contextualizado, provocando você - profissional farmacêutico - para essa agenda e estimulando uma reflexão sobre o Modelo de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.

Assim, o conteúdo desta unidade foi elaborado tendo como pressuposto o entendimento do atual estado da arte da vigilância em saúde, conceitos, atribuições, ações e estrutura e as articulações que você, como gestor da assistência farmacêutica, deve compreender e empreender com a vigilância em saúde, na busca da atenção integral à saúde.

Desejamos a você um excelente aprendizado!

Conteudistas responsáveis:

Margaret Grando
Ronald dos Santos

Colaborador:

Norberto Rech

Conteudista de referência:

Margaret Grando

Conteudistas de gestão:

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães

ENTRANDO NO ASSUNTO

Lição 1 - Contextualização da vigilância em/da saúde

Foi pensando no seu papel de gestor da assistência farmacêutica ou de farmacêutico, que coopera e contribui com a gestão de medicamentos e serviços de assistência farmacêutica em determinado município ou estado, que desenvolvemos a lição sobre a vigilância em e da saúde. No decorrer desta lição, você poderá refletir sobre conceitos, organização, saberes e olhares da(s) vigilância(s) local, municipal, regional ou estadual e sobre a necessidade de articulação da gestão da assistência farmacêutica com a vigilância em saúde ou da saúde.



Reflexão

Seguramente, você já se deparou com situações-problema que necessitam de articulação com a vigilância em saúde. Mas, o que é vigilância em saúde? E vigilância da saúde?

Didaticamente, podemos dizer que o debate em torno do tema tem gerado duas concepções:

- **A Vigilância da Saúde** – surge no contexto da implantação dos Distritos Sanitários no final da década de 1980 e se afirma como uma proposta de reorganização das práticas de saúde. A vigilância da saúde considera a busca da integralidade do cuidado à saúde e a adequação das ações e dos serviços aos problemas, às necessidades e demandas concretas da população de um distrito sanitário, de um município, ou de uma micro ou macrorregião de saúde, em função de suas características demográficas, socioambientais, econômicas, epidemiológicas e sanitárias. Essa proposta articula a promoção da saúde, passando pelos vários níveis de prevenção e de organização da atenção à saúde, até a formulação e implementação de políticas públicas intersetoriais. Observa-se que esse referencial persegue a integralidade da atenção e do cuidado (TEIXEIRA, SOLLA, 2006; TEIXEIRA, 2010; COSTA, 2008).
- **A Vigilância em Saúde** – se constitui em uma forma organizativa de integração institucional das áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental, saúde do trabalhador e

laboratórios de saúde pública, na maior parte dos estados e em muitos municípios de médio e grande porte.

Como você pode verificar, a vigilância em saúde ainda tem se apresentado como uma concepção mais restrita à organização institucional das vigilâncias. Portanto, em determinados momentos faremos uso de uma ou outra, ou mesmo de ambas as denominações.

Embora careça de uma política nacional de vigilância em saúde, o esforço de organizar o conjunto das ações, os conceitos e as responsabilidades das diferentes áreas da vigilância, materializou-se, em 22 de dezembro de 2009, na Portaria do Ministério da Saúde (MS) n. 3.252. Essa Portaria expressa a incorporação conceitual ampliada da vigilância da saúde e apresenta a vigilância em saúde, tendo como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009a).



Reflexão

Isso significa que eu posso e devo promover uma articulação com a vigilância em saúde do meu estado ou município, a fim de que esta contribua com a gestão da assistência farmacêutica, nos serviços a elas vinculados?

Sem dúvida, as ações, que visam controlar os determinantes, riscos e danos à saúde, serão melhor implementadas quando articuladas e trabalhadas no conjunto dos serviços. Isso contribui para a integralidade da atenção, e quem sairá ganhando é o usuário!



Link

Outra possibilidade de trabalho conjunto refere-se ao estudo e conhecimento sobre os indicadores de saúde da sua região, fundamentais na construção dos processos de seleção e programação de medicamentos. Para tanto, acesse a *Sala de Situação em Saúde* do Ministério da Saúde, selecionando o estado e município, e confira: <http://189.28.128.178/sage>

E como a Vigilância em Saúde se organiza nos diferentes níveis de gestão?

- a) Na esfera federal, a institucionalização da vigilância em saúde se dá na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, e tem como objeto de trabalho ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e dos agravos à saúde, abrangendo as seguintes áreas de atuação:
- 1) Vigilância epidemiológica;
 - 2) Promoção da saúde;
 - 3) Vigilância da situação de saúde;
 - 4) Vigilância em saúde ambiental;
 - 5) Vigilância da saúde do trabalhador;
 - 6) Vigilância sanitária.
- b) Nas Secretarias Estaduais de Saúde, com a criação das Superintendências ou dos Departamentos ou Centros de Vigilância em Saúde, a institucionalização ocorre de forma muito similar à esfera federal, ou seja, é constituída na maior parte dos estados pelas áreas técnicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador.
- c) Em muitos municípios apenas se reproduzem as estruturas do nível estadual. Em outros, a discussão sobre a integração entre as vigilâncias vem sendo forçada pela necessidade de reorganização de práticas de saúde, que contemplem intervenções sobre problemas de saúde.

OBS: A Portaria MS n. 3.252/2009 reconhece dois sistemas nacionais: o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que é coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e integrado pela própria Anvisa, pelas Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais e pelo Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública no aspecto pertinente à Vigilância Sanitária, além dos sistemas de informação de vigilância sanitária.

O fato de a Vigilância em Saúde se organizar em “diferentes” vigilâncias é apontado por Paulo Sabrosa e colaboradores (2006) e Marcelo Firpo Porto (2007) como uma fragmentação do campo das vigilâncias, que se reproduz tanto nas dimensões conceitual e organizacional como nas práticas nos diferentes níveis do sistema.

Paulo Sabrosa e Firpo Porto, da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP/FIOCRUZ (SABROZA, PORTO, 2010), destacam que as perspectivas para a vigilância da saúde incluem:

- vigilância com base territorial local, atuando sobre problemas de saúde e priorizando-os;
- vínculo à atenção primária e à promoção da saúde;
- comprometimento com a redução das vulnerabilidades socioambientais e com o controle social;
- orientação para a produção e difusão de informações sobre análises de situações de saúde e seus determinantes socioambientais;
- utilização de diferentes métodos e fontes de informações, inclusive a análise de rumores.

Jairnilson Paim (2008) argumenta que os serviços deveriam ser organizados para produzir mudanças no perfil epidemiológico, a partir das necessidades e dos problemas de saúde (riscos e danos), coletivos e individuais, do território, seja ele um distrito sanitário, um município, uma micro ou uma macrorregião de saúde.

As reflexões dos estudiosos do tema da vigilância da/em saúde contribuem para a reavaliação constante das práticas de saúde e a melhoria dos serviços, embora nem sempre com impactos e repercussões imediatas nas estruturas organizacionais e políticas do setor.



Ambiente Virtual

Você pode conferir os avanços e os desafios do processo de integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária nas páginas 10 a 15 da *Revista Vigilância em Saúde*, n. 1. A revista está disponível na Biblioteca da unidade, no AVEA.

Uma leitura interessante para ser feita nesse momento é o artigo do Jairnilson Silva Paim, que está disponível no Centro de Gestão do Conhecimento Técnico Científico, na página da Anvisa.



Link

Você pode conferir o texto “Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde”, de Jairnilson Silva Paim, no endereço: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>

Como citado anteriormente, a vigilância em saúde compreende diferentes áreas de atuação, também chamadas de componentes da vigilância em saúde. Agora, você conhecerá um pouco das diferentes áreas, dos componentes e das possibilidades de articulação com a assistência farmacêutica, aprendendo quais são as principais ações de cada área de atuação e como pode ocorrer a articulação da gestão da assistência farmacêutica com todos esses componentes.

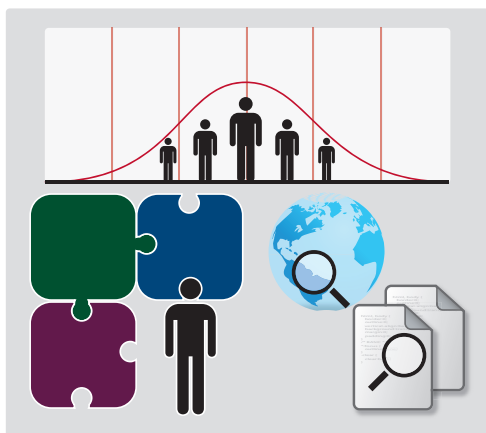


Figura 1 – Vigilância Epidemiológica.

Vigilância epidemiológica

Refere-se a um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e dos agravos. Inclui a vigilância e o controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos.

Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Tem como funções, dentre outras:

- coleta e processamento de dados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- divulgação das informações;
- investigação epidemiológica de casos e surtos;
- análise dos resultados obtidos; e
- recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

Um bom exemplo de articulação entre a gestão da assistência farmacêutica e a vigilância epidemiológica pode ser a eleição de grupos prioritários, por exemplo, usuários acometidos de tuberculose, para acompanhamento e avaliação da adesão ao tratamento proposto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2003) destaca que, nos países em desenvolvimento, a inadequada adesão ao tratamento de doenças crônicas supera a média dos 50% observados em países desenvolvidos.

Outro exemplo importante está vinculado aos medicamentos utilizados pela vigilância epidemiológica em casos de meningite, hanseníase, tuberculose e leishmaniose, por exemplo, em seu território.



Reflexão

Você sabe onde estão esses medicamentos? Qual o fluxo de aquisição, transporte, armazenamento e distribuição? Será que é papel da assistência farmacêutica se envolver nisso?

Promoção da saúde

Refere-se ao conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde, entendendo a saúde em sua complexidade. Essa política objetiva promover a qualidade de vida, “empoderando” a população para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.



Figura 2 – Promoção da saúde.

As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável.

Assim, considerando o ambiente saudável como um determinante da saúde e construindo parcerias com as áreas da promoção e da vigilância em saúde, com as unidades de saúde de seu município/estado, você, como gestor da assistência farmacêutica, pode propor a avaliação do uso de medicamentos para o sistema respiratório em grupos suscetíveis de sua população adscrita e correlacionar essas informações com fontes poluidoras do ar, por exemplo.

Falando em gestão

Meu colega, a qual atributo do gestor os autores estão se referindo?

A capacidade de ter um olhar ampliado sobre os problemas de saúde de sua população para, além da demanda por medicamentos, enxergar seus determinantes e meios de agir sobre eles. Isso faz de nós, farmacêuticos, profissionais de saúde, não apenas de medicamentos!

Mas, como agentes “promotores de saúde”, o papel dos profissionais da assistência farmacêutica na vigilância da saúde é bem mais amplo: é colaborar para que a população tenha os conhecimentos e as ferramentas necessários para tomar a frente dos processos decisórios que vão impactar sobre sua vida e sua saúde.

O que quer dizer isso?

Que a promoção da saúde está verdadeiramente apoiada no desenvolvimento do poder da comunidade, das pessoas, da sociedade organizada solidariamente. Só com uma população esclarecida, bem informada, crítica, com autonomia e não dependência de favores e promessas é que um projeto ambicioso, audacioso e democrático como o SUS pode dar certo. É dessa população que sairão os rumos para políticas públicas saudáveis, a escolha por hábitos de vida que protejam sua saúde, para organização mais solidária da vida social, condições para o desenvolvimento ambiental adequado e serviços de saúde realmente eficientes.

Já tivemos durante o Curso a oportunidade de refletir um pouco sobre as saudáveis relações da gestão da assistência farmacêutica com a população organizada (nos conselhos, nas associações, nas conferências e tudo mais). Na verdade, podemos ter no controle social um importante alicerce para a gestão – para sua operacionalidade e sua sustentabilidade (para lembrar Carlos Matus).

Como está a relação entre a assistência farmacêutica do seu município/estado ou serviço com a população? Tem evoluído? Você e seus colegas já encontraram os caminhos, os meios, as estratégias para tornar a gestão da assistência farmacêutica mais participativa, mais interativa? A esta altura do nosso Curso, é hora de refletir e avaliar essas evoluções, certo?

Vigilância da situação de saúde

Desenvolve ações de monitoramento contínuo do país, estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por meio de estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas relacionados à saúde e ao comportamento dos principais indicadores, contribuindo para um planejamento mais abrangente.

Já conversamos com você sobre a utilização de indicadores de saúde de sua região nos processos de seleção e programação de medicamentos. Quando achar necessário, revise a Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde e confira o diagnóstico de saúde da área de sua responsabilidade, nos planos locais, regionais, municipal ou estadual de saúde. Lembre-se de verificar as prioridades, as metas e os resultados esperados da assistência farmacêutica. Caso você desconheça esse processo, informe-se junto às áreas de planejamento ou gestão das secretarias de saúde.

Vigilância em saúde ambiental

Refere-se ao conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção ou prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferem na saúde humana. Tem como finalidade identificar as medidas de prevenção e o controle dos fatores de risco ambientais, relacionados às doenças ou aos agravos à saúde, prioritariamente, à vigilância da qualidade da água para consumo humano, ao ar e ao solo, aos desastres de origem natural ou antropogênica, a substâncias químicas, a acidentes com produtos perigosos, a fatores físicos.

Os desastres, sejam eles de origem natural e/ou antropogênica, impactam os serviços de saúde, dentre eles os serviços da assistência farmacêutica. Em 2001, após os terremotos ocorridos em El Salvador, observou-se que 37% dos medicamentos recebidos por doação apresentavam-se inadequados ao consumo humano.

Seja proativo e estreite contato com a área técnica de vigilância em saúde ambiental relacionada aos desastres de seu estado e/ou município e conheça melhor o trabalho desenvolvido.



Figura 3 – Sala de situação em saúde.



Figura 4 – Vigilância em saúde ambiental.
Fonte: Ministério da Saúde.

Para obter informações adicionais, acesse o documento *Saber donar: Recomendaciones prácticas sobre donaciones humanitarias*, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), 2008. As páginas 37 a 39, em especial, trazem excelentes contribuições sobre o assunto. O documento está disponível na Biblioteca da unidade, no AVEA.

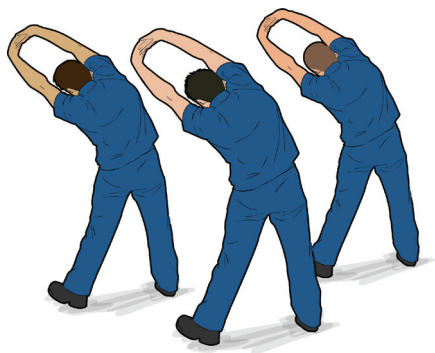


Figura 5 – Vigilância da saúde do trabalhador.

Vigilância da saúde do trabalhador

Conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

O trabalho de gestão da assistência farmacêutica, articulado e integrado às equipes de saúde do estado e/ou município, depende do conhecimento do diagnóstico local de saúde. Reflita sobre a carga de riscos e agravos relacionados ao trabalho no território onde você está atuando! A vigilância em saúde do trabalhador do seu estado ou município possui indicadores de saúde e doença, socioambientais e demográficos que afetam esse contingente populacional. Essas informações podem ser relacionadas com a utilização dos medicamentos por diferentes categorias profissionais, podendo ser útil na organização dos serviços farmacêuticos.

Vigilância sanitária

Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde.

Muitas ações da assistência farmacêutica necessitam do suporte e da orientação/inspeção da vigilância sanitária. Podemos destacar: registro de medicamentos; gerenciamento de resíduos de serviços de saúde; investigação de queixas técnicas relativas à qualidade de medicamentos e produtos para a saúde; investigação de notificações

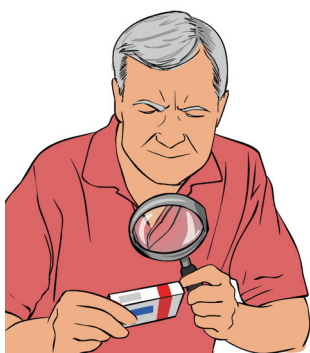


Figura 6 – Vigilância sanitária.

sobre reações adversas a medicamentos; inspeção quanto a boas práticas de produção, manipulação, dispensação, armazenamento e transporte, entre outros elos da cadeia do medicamento; controle de qualidade; além da regulamentação técnica de medicamentos em geral.



Reflexão

E quem financia essas ações da vigilância em saúde nos estados e municípios?

Bem, é importante você compreender que para o financiamento das ações e dos serviços do SUS existem blocos de financiamento com seus respectivos componentes. Esse financiamento é tripartite, isto quer dizer, existem recursos disponibilizados pela União, pelos estados e pelos municípios. Assim, os recursos financeiros federais do bloco da vigilância em saúde representam uma parte do financiamento destinado ao desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, definidas como de responsabilidade de cada esfera de governo.

Em 2009, a edição da Portaria MS n. 3252 também aprovou as diretrizes para o financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Essa Portaria revogou outras e alguns artigos da Portaria MS n. 204/2007, que regulamenta os blocos de financiamento, entre eles o da Vigilância em Saúde.



Link

Você pode conferir as novas portarias do Ministério da Saúde nos *links*:

Portaria GM/MS n. 3.252/2009 - http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf

Portaria GM/MS n. 204/2007 - http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/LEGISLA%C3%87%C3%830/portaria_204%20Regulamenta%20os%20Blocos%20de%20Financiamento.pdf

Portaria GM/MS n. 1.397/2011 - http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1397_15_06_2011.html

Portaria conjunta n. 1/2010 - http://www.conass.org.br/arquivos/file/nt_conjunta_define_valores_componente%20vigilancia_promocao_saude.pdf

Com as alterações já observadas na leitura complementar, o bloco de vigilância em saúde continua sendo composto por dois componentes:

- 1) Componente de Vigilância e Promoção da Saúde: destina-se às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças, e é constituído por:
 - a) Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde - PFVPS; e
 - b) Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde - PVVPS.
- 2) Componente da Vigilância Sanitária: destina-se à execução das ações de vigilância sanitária nos termos do disposto no *caput* do art. 6º da Portaria GM/MS n. 1.106, de 12 de maio de 2010 e é constituído pelo Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA), o qual, por sua vez, é assim composto:
 - a) **Estratégico:** constituído por recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde e da Anvisa, calculado mediante:
 - a1) Valor *per capita*, calculado à razão de R\$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano ou Piso Estadual de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais) para unidades federadas, cujo valor *per capita* configurar um teto abaixo desse valor, conforme o Anexo I dessa Portaria;
 - a2) Recursos financeiros da Anvisa, conforme o Anexo I dessa Portaria; e
 - b) **FINLACEN-Visa**, conforme os Anexos IV e V da Portaria n. 1.397, de 15 de junho de 2011.

Concluindo...

Os conceitos e olhares sobre a vigilância em saúde, a organização e as ações das diferentes áreas/componentes das vigilâncias são atributos indispensáveis na gestão da assistência farmacêutica, que apenas se concretizam quando articulados entre si.

Lição 2 - Integralidade da atenção à saúde no território

Nesta lição você poderá compreender o processo de trabalho da(s) vigilância(s) local/municipal/estadual/regional e da assistência farmacêutica na construção da integralidade da atenção à saúde.

A integralidade é compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis ao atendimento das necessidades de saúde de uma população, em um dado território, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário (Portaria Ministerial n. 3.252/2009, art. 4º, § 2º - BRASIL, 2009a).

O Decreto Presidencial n. 7.508, de 25 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na rede de atenção à saúde mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

O Pacto pela Saúde (2006) já ressaltava a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Jairnilson Paim (2006), citando Paim & Teixeira (1992), considera que a construção e implementação da integralidade representam, talvez, o maior desafio da saúde no Brasil, e reconhece a proposta da vigilância da saúde como uma via para superar esse desafio, uma vez que a sua proposta original apoia-se na ação e atuação intersetorial e procura reorganizar as práticas de saúde no âmbito local.

Conclui que “o princípio da integralidade implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes”.

No Brasil, a Atenção Primária foi implementada com a Política Nacional de Atenção Básica (2006) e é caracterizada como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, danos e riscos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo a Estratégia de Saúde da Família como prioridade para sua organização (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009a).

Embora não tenha modificado as características que definem a atenção básica, a Portaria GM/MS n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, revisa as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e aprova, a nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Paim (2006) destaca que a reorganização da atenção básica no Brasil talvez tenha sido a intervenção mais ampla, por meio do Programa de Saúde da Família e vinculado à vigilância da saúde, na construção contra-hegemônica do modelo de atenção à saúde vigente.

Carmem Teixeira e Ana Luiza Vilasbôas, em seu documento preliminar intitulado “Diretrizes para a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde”, alertam que grande parte dos municípios brasileiros ainda desenvolvem ações de vigilância em saúde de modo centralizado, sem a devida capilaridade para as unidades básicas, o que provoca restrições no efetivo controle das doenças e dos agravos prioritários e torna distante a possibilidade de operacionalizar o princípio da integralidade da atenção (BRASIL, 2009b).

Conforme a Portaria MS n. 3.252/2009, art. 4º, “A Vigilância em Saúde, visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS)” (BRASIL, 2009a).



Reflexão

Da mesma forma que a vigilância em saúde, você entende que a assistência farmacêutica também deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde e aumentar sua capilaridade com a APS?
Mas, e o que são as redes de atenção à saúde?

Eugênio Vilaça Mendes (2009) define as redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma **missão única**, por **objetivos comuns** e por uma **ação cooperativa** e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A Portaria MS n. 3.252/2009, no §1º do art. 4º, estabelece que as redes de atenção à saúde consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde institucionalizados pela política pública, em um determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos (BRASIL, 2009a).

Outra definição, proposta por Gilson Carvalho e colaboradores (2008) é que as redes de atenção à saúde representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de um determinado território, organizando-o sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.

As diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), preconizadas pela Portaria MS n. 4.279/2010, definem a rede de atenção à saúde como um conjunto de 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, 2010b).

Já o Decreto n. 7.508/2011 considerou a rede de atenção à saúde como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”.

Como você pode observar, todos os conceitos sobre redes de atenção à saúde convergem e se complementam. Essa discussão ainda está se processando no âmbito nacional e a própria conceituação de redes ficará mais clara a medida em que todos nós nos engajemos na tarefa de colocar em prática o trabalho em rede. Acompanhe esse debate nos portais do Conass, Conasems, Ministério da Saúde.

O Boletim SVS em rede n. 76/2010 menciona que as redes de atenção integral e de saúde da família não existem sem uma Atenção Primária à Saúde qualificada e ordenadora dessas redes; sem promoção e vigilância em saúde; e sem a integração entre a Atenção Básica e a vigilância em saúde. Essas condições foram colocadas como obrigatórias para a construção da integralidade na atenção básica e o alcance de bons resultados, tomando-se por base o apoio matricial (quando um grupo tem a função de apoiar outro).



Ambiente Virtual

Confira o texto da página 11 da *Revista Vigilância em Saúde*, n. 1 sobre atribuições do apoio matricial em saúde e o artigo elaborado por Marcos da Silveira Franco, do Núcleo de Promoção e Vigilâncias do Conasems, nas páginas 59 e 60. A revista está disponível na Biblioteca da unidade, no AVEA.

Conforme mencionado na *Revista Vigilância em Saúde*, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um exemplo de apoio matricial. É uma estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das equipes de saúde da família, assim como sua resolubilidade, pois promove a criação de espaços para a produção de novos conhecimentos e ampliação da clínica, marco importante no alcance de melhores resultados em saúde.

1 E isso também deve ocorrer com as áreas de vigilância – estas devem aprofundar suas singularidades técnicas e de organização de serviço para a construção do apoio matricial às ações de atenção básica, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico pedagógico a equipes e profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolubilidade (**Oficina 4**).

O apoio matricial da Vigilância em Saúde deve ser operacionalizado de modo a promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da Vigilância em Saúde e a reformulação dos processos de trabalho, considerando as seguintes atribuições mínimas/essenciais:

- I) análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente;
- II) apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, subsidiando-as na construção de planos de intervenção;
- III) articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente; e
- IV) articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo. (**Oficina 4**)

A atenção básica não substituirá os profissionais das vigilâncias, mas atuará de forma complementar e com conhecimento técnico nas diversas áreas de atuação das vigilâncias. Em resumo, é a partir da atenção básica que a vigilância da saúde da população de um dado território será construída.



Reflexão

Refleta sobre a contribuição da assistência farmacêutica na integralidade do cuidado.

- Em algum momento, a assistência farmacêutica que você representa participou de reuniões ou discussões de trabalho sobre Integralidade da Atenção à Saúde?

- No município/região ou estado onde você exerce atividades farmacêuticas, a sua instituição participa da construção de redes de atenção à saúde?



Link

Excelentes materiais sobre Redes de Atenção estão disponíveis no portal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Acesse-os na página: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1173&Itemid=241

O portal “Redes de Atenção à Saúde coordenada pela Atenção Primária de Saúde” foi constituído a partir do esforço coletivo de pensadores, gestores e militantes do Sistema Único de Saúde e instituições como Conasems, Conass, Ministério da Saúde e OPAS/OMS. Ele proporciona, além de um acervo de publicações na área, conhecimentos sobre a gestão das redes de atenção à saúde, e sobre elementos concretos para que os municípios e estados construam suas próprias soluções e instrumentos gerenciais. São publicações originais, documentos oficiais, textos selecionados de revistas e livros científicos nacionais e internacionais.



Link

Você pode acessar as Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela Atenção Primária à Saúde no endereço: <http://new.paho.org/bra/apsredes/>

Concluindo...

Em seus mais de 20 anos, o SUS passou por diferentes momentos de reordenamento dos seus serviços. A organização da atenção primária à saúde por estados e municípios e o apoio matricial das vigilâncias (ainda em discussão) e dos NASF contribuem para a integralidade das ações e dos serviços no território e para o fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Compartilhar o conhecimento, entender as relações, os nós das redes, dentro do território, é uma questão central para a saúde humana e ambiental.

Lição 3 - Redes de atenção à saúde

Nesta lição você irá compreender como as redes de atenção à saúde propostas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a OPAS, Conass e Conasems, situam a Assistência Farmacêutica e a Vigilância em Saúde.

Pronto para seguir em frente?

Sabemos que o cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais, com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pela forte presença da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (BRASIL, 2010a).

A rede de atenção à saúde no SUS, tendo a APS como eixo estruturante da rede, foi concretizada por meio da Portaria MS n. 4.279/2010, em sintonia com o Pacto pela Saúde, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) e de Promoção à Saúde (PNPS), atendendo a configuração de um modelo de atenção capaz de responder às condições crônicas e às condições agudas e promover ações de vigilância e promoção à saúde.



Link

Você pode acessar a Portaria n. 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, no endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredez.pdf

No acesso ao *link* anterior, você pode perceber que o objetivo das Redes de Atenção à Saúde 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 e sanitária, e eficiência econômica.

Percebeu também que elas se caracterizam pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo

compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

A Rede de Atenção à Saúde ganhou especial significado com a publicação do Decreto n. 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

O sanitarista Gilson Carvalho, colaborador assíduo do endereço eletrônico do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), em seu artigo sobre *Regulamentação da Lei 8080: um Decreto com 20 anos de atraso*, listou, de forma muito didática, as principais conquistas do Decreto n. 7.508/2011 (CARVALHO, 2011):

- Definiu, aprofundou ou clareou conceitos como: regionalização, hierarquização, região de saúde, rede interfederativa, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, contratos entre os entes públicos, comissões intergestores.
- Oficializou a Atenção Primária como porta de entrada e ordenadora do acesso ao SUS.
- Como novidade trouxe os Contratos Organizativos da Ação Pública - ponto fulcral do Decreto e que sacramentará a relação entre as esferas de governo.
- As Comissões Intergestores tiveram uma maior legitimação, agora em decreto o que apenas estava formalizado em portarias.
- Mapa de Saúde é uma nomenclatura nova da descrição de todas as ações e serviços de saúde e das necessidades de saúde de cada local.
- A centralidade da Região de Saúde que inclusive será a base de alocação de recursos.
- Criada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases, com todas as ações e serviços de responsabilidade do SUS.
- A Renase, já existente há vários anos, está sendo aperfeiçoada com reforço sobre os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas.

Destacamos, a seguir, vários itens da Portaria MS n. 4.279/2010, fundamentais para a reflexão do trabalho de gestão da assistência farmacêutica e do apoio matricial dos NASF no contexto das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010b):

- as diretrizes para a organização das Redes de Atenção definem claramente que todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área da saúde;
- é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial, a fim de construir modos para haver a corresponsabilização do profissional e do usuário;
- o foco do trabalho vivo devem ser as relações estabelecidas no ato de cuidar, que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos.

Ainda, o acesso com qualidade é um dos objetivos fundamentais e pode ser melhor compreendido com o conceito de graus de excelência do cuidado nas seis dimensões, a saber:

- segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar);
- efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários);
- centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e proativos no cuidado à saúde);
- pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos);
- eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas); e
- equidade (características pessoais como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde).

Ferramentas de microgestão dos serviços

Um dos principais tópicos das diretrizes preconizadas na Portaria MS n. 4.279/2010, o qual permite que estabeleçamos conexões entre a gestão da assistência farmacêutica, a vigilância em saúde e a APS, refere-se às ferramentas de microgestão dos serviços na rede de atenção à saúde.

As redes se conformam a partir dos processos de ampliação do objeto de trabalho da clínica para além das doenças, visando compreender os condicionantes e determinantes de saúde, os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

Como os problemas ou as condições de saúde estão em sujeitos, em pessoas, a clínica do sujeito é a principal ampliação da clínica, o que possibilita o aumento do grau de autonomia dos usuários, cabendo uma decisão compartilhada do projeto terapêutico.

Na identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, o principal subsídio à gestão da clínica, na área da Vigilância em Saúde, refere-se à análise da situação de saúde.

As ferramentas de gestão da clínica ou de microgestão dos serviços partem das diretrizes clínicas, para, a partir delas, ofertar outras ferramentas como a gestão da condição de saúde ou de patologias, gestão de casos, auditoria clínica, entre outras, destacando-se:

- **Diretrizes clínicas** - entendidas como recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia.

As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as linhas de cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e os serviços, a programação de ações e a padronização de determinados recursos.

- **Linhas de cuidado** – ou linhas-guia, segundo Eugenio Vilaça Mendes (2009), citado na recente publicação da OPAS (2011) - *Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*, são:

[...] recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde. As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária à saúde.

A implantação de linhas de cuidado deve acontecer a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das linhas de cuidado, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários a sua operacionalização; integração e corresponsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional (BRASIL, 2010a).

- **Gestão de caso** - é um processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. É, portanto, uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde.

Seus objetivos são:

- a) atender as necessidades e expectativas de usuários em situação especial;
- b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo;
- c) aumentar a qualidade do cuidado; e
- d) diminuir a fragmentação da atenção (BRASIL, 2010a).

Contextualizando o proposto para a Gestão de caso com a prática da Assistência Farmacêutica, também podemos estabelecer uma conexão com a legislação sanitária - RDC Anvisa n. 44, de 17 de agosto de 2009, em seu Capítulo VI, na Seção I - Art. 63, que estabelece como objetivos da atenção farmacêutica (BRASIL, 2009c):

- prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos;

- promoção do uso racional dos medicamentos;
- melhoria da saúde e da qualidade de vida dos usuários.

Lembrando que para subsidiar informações e permitir o acompanhamento da eficácia dos tratamentos prescritos, a RDC n. 44/2009 permitiu a aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímicos, devendo, para isso, serem elaborados protocolos para as atividades relacionadas à atenção farmacêutica, incluindo indicadores para avaliação dos resultados.

A RDC n. 44/2009 também reforçou a necessidade e obrigatoriedade de documentação das atividades de forma sistemática e contínua, com o consentimento expresso do usuário e os registros contendo, no mínimo, informações referentes ao usuário e ao profissional responsável pela execução do serviço, e registro das intervenções farmacêuticas realizadas e os resultados dela decorrentes (BRASIL, 2009c).

Na gestão de caso, o farmacêutico, em conjunto com a equipe da APS, deve:

- selecionar usuários portadores de condições ou agravos de importância epidemiológica ou estratificados por risco;
- elaborar o plano de cuidados e de acompanhamento para os usuários selecionados, em conjunto com o usuário, o médico e os profissionais da equipe;
- implementar e monitorar o plano de cuidados;
- documentar as atividades propostas, os indicadores de avaliação e as intervenções realizadas.

Outro exemplo de ferramenta de gestão de caso é a conciliação de medicamentos - um procedimento de revisão dos medicamentos usados por um usuário, como meio efetivo de auxiliar os usuários a obterem o máximo benefício no uso de seus medicamentos, identificando os problemas relacionados a medicamentos, prevenindo ou diminuindo a ocorrência de erros de medicação e reduzindo o desperdício (NATHAN, 1999, *apud* GOMES *et al.*, 2007).

A conciliação de medicamentos pode ser feita durante a dispensação ou em qualquer momento de interação entre o farmacêutico e o usuário da APS, da unidade hospitalar ou dos ambulatórios especializados. Momentos privilegiados para a revisão do uso de medicamentos são as situações de transferências entre esses serviços ou quando o

usuário não é transferido de nível de assistência, mas é atendido por vários médicos, que prescrevem diversos medicamentos, sem haver conciliação entre eles.

A conciliação contribui para o uso racional de medicamentos e consiste na obtenção de uma lista completa e precisa dos medicamentos que o usuário está utilizando, incluindo os não prescritos e os provenientes de terapias complementares, comparando-os com aqueles prescritos, além da análise do uso por meio da identificação de duplicidades, discrepâncias, interações, necessidades de ajustes e modificações (GOMES *et al.*, 2007).



Ambiente Virtual

Para completar a sua leitura sobre o tema, disponibilizamos o texto *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia* (edição em português – OPAS/OMS e SVS/MS, 2010) na Biblioteca da unidade.

Concluindo...

Você deve ter observado que existem muitos documentos, portarias, textos e decretos que versam sobre o tema Redes de Atenção à Saúde. Alguns se referem às redes no plural, outros no singular. Esse processo está em construção e a assistência farmacêutica deve ser proativa e não se omitir da discussão e da construção desse processo. Nem todas as publicações contextualizam a assistência farmacêutica da forma como nós farmacêuticos a entendemos. É da nossa participação que depende a formulação de proposições e a melhoria do processo em curso.

Falando em gestão

Com certeza, é hora de estarmos muito atentos e participativos neste movimento de definição (conceitual e operacional) das Redes de Atenção. A assistência farmacêutica não pode deixar de integrar-se nesta lógica de organização e de responsabilização pela saúde das pessoas. O tema está atualmente em forte debate em todos os níveis e chamamos nosso colega Luiz Henrique Costa, colaborador da Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil, para nos situar neste debate.



A entrevista com o farmacêutico Luiz Henrique Costa, colaborador da OPAS no Brasil, está disponível no AVEA. Confira!

Lição 4 - Compartilhando conhecimentos e experiências

Nesta lição, você poderá observar como as vigilâncias podem compartilhar informações para o trabalho da gestão da assistência farmacêutica e como esta pode contribuir com o trabalho da(s) vigilância(s) local/municipal/regional/estadual.

Com o objetivo de que a manifestação de diferentes atores do SUS possa contribuir para o debate da integralidade da atenção à saúde aqui apresentada, encaminhamos um elenco de três questões a três convidados:

- **Dr. Dirceu Barbano** – Diretor Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa/Ministério da Saúde.
- **Dr. Jarbas Barbosa** – Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.
- **Dr. Luis Antonio Silva** – Diretor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e membro do Grupo Técnico de Vigilância em Saúde da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Confira, na sequência, as colocações e ponderações dos nossos entrevistados.

Quais as perspectivas de trabalhos compartilhados entre a Vigilância em Saúde e a Assistência Farmacêutica visando à construção da integralidade da atenção?

Dr. Dirceu Barbano – A Vigilância em Saúde tem apoio no tripé e no compartilhamento das vigilâncias sanitária, ambiental e epidemiológica. A Vigilância Sanitária tem como fundamentação conceber “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.” Compreendemos também que o uso dos serviços das tecnologias de saúde pela

população não é uma questão de opção de consumo de bens e sim uma condição necessária à recuperação da saúde, por isso um de seus principais atributos deve ser a segurança, pois nada é isento de riscos. Dentre essas tecnologias destaca-se o medicamento, como um dos principais e com significativo grau de variabilidade de perfil de segurança para o uso. Na medida em que a assistência farmacêutica engloba também políticas e ações destinadas a contribuir com o uso racional desses medicamentos, torna-se fundamental que haja uma relação estreita e compartilhada entre a Vigilância Sanitária, integrada na Vigilância em Saúde, e a Assistência Farmacêutica.

Portanto, a busca de maior integração entre as várias expertises de vigilâncias no âmbito da definição de políticas, diretrizes e indicadores de impacto de resultado na Assistência Farmacêutica, e vice versa, deve ser uma primeira perspectiva de trabalho compartilhado.

Dr. Jarbas Barbosa – Dentro do escopo de ação da vigilância em saúde, o relacionamento com a assistência farmacêutica potencialmente se dá de diversas formas, seja por meio do processo de aquisição dos medicamentos para endemias como, tuberculose, leishmaniose, malária, esquistossomose e AIDS, apenas para citar alguns exemplos; como também por meio do acompanhamento aos processos de transferência de tecnologia, incorporação de novos fármacos e formulações a serem disponibilizadas pelo SUS.

Como perspectiva de trabalho compartilhado, a farmacovigilância é, sem dúvida, um importante ponto de intersecção entre esses dois temas. Com perspectivas necessárias de crescimento.

Dr. Luis Antonio Silva – Recentemente tem se discutido vigilância em saúde mais focada nos pressupostos da proteção e promoção da saúde. Essa abordagem está alinhada aos tópicos divulgados pela OMS em relação a medidas que podem ser adotadas para a promoção da saúde.

Vários estudos de pesquisadores da área de assistência farmacêutica identificam quatro categorias de iniciativas que podem ser implantadas pelos farmacêuticos para a melhoria do estado de saúde da comunidade:

- I) Acompanhamento e educação do e para o paciente;
- II) avaliação dos seus fatores de risco;
- III) prevenção da saúde; e
- IV) promoção da saúde e vigilância das doenças.

Especificamente quanto à promoção da saúde, esta pode ser feita por meio de três domínios que dão suporte aos serviços de assistência farmacêutica oferecidos à população, quais sejam:

- I) disposição de serviços de prevenção clínica;
- II) vigilância e publicações em saúde pública; e
- III) promoção do uso racional de medicamentos pela sociedade.

Do ponto de vista epidemiológico, o consumo de medicamentos apresenta um complexo processo de múltiplas determinações. O uso racional de medicamentos e a adesão ao tratamento são objetos e problemas da epidemiologia, portanto da vigilância em saúde. Estudá-los implica compreender sua transcendência às necessidades coletivas e a expressão dos diferentes quadros nosológicos.

Os dados e as informações epidemiológicas podem melhorar a qualidade da assistência farmacêutica, permitindo uma intervenção mais precisa do farmacêutico, pois sustentam o conhecimento necessário e suficiente sobre os medicamentos mais utilizados por determinada população, o que permite e facilita a chamada difusão da terapêutica informada.

Qual o papel dos diferentes níveis de gestão da vigilância em saúde e da gestão da assistência farmacêutica para que a integração de fato ocorra?

Dr. Dirceu Barbano – À gestão federal deve e cabe o papel mais estratégico dessa integração. A capacidade para operacionalizar essa integração é mais palpável e melhor estabelecida. Além do mais, a gestão federal deve cumprir seu papel de coordenar a política de saúde no país. A melhoria dos instrumentos políticos e operacionais existentes para a pactuação de ações integradoras entre os níveis de gestão coloca-se, nesse contexto, como um grande desafio. O principal papel a ser cumprido em cada um dos níveis de gestão para que essa integração ocorra de fato é a superação das fragmentações na definição das políticas, ações e indicadores de resultado, em cada espaço de implementação da vigilância em saúde e da assistência farmacêutica.

Dr. Jarbas Barbosa – Em todas as instâncias federativas do SUS, para uma efetiva integração é fundamental que as áreas de assistência farmacêutica e a vigilância em saúde construam agendas de ação conjuntas, de modo que sejam desenvolvidas de fato ações compartilhadas, em que cada área em seu campo de ação possa contribuir para qualificação dos procedimentos, ultrapassando uma relação meramente burocrática e normativa. Um exemplo do que

isso pode beneficiar é com relação à aquisição de medicamentos para programas de endemias.

Dr. Luis Antonio Silva – Na velocidade das mudanças do contexto e na nova ótica de gestão que vem se consolidando no âmbito do SUS, entendo não ser possível individualizar e caracterizar uma simplificação de papéis assumidos por área ou esferas de gestão. Trata-se de “gestar” perspectivas no âmbito geral, e que aí sim, depois de definidas como estratégias a serem implementadas, deve-se estratificar de acordo com cada responsabilidade de gestão e aplicá-las de forma integrada.

Nesse sentido, pode-se descrever como atribuições inerentes, facilitadoras dessa integração:

- Novos desafios apontados pelo atual contexto epidemiológico e pela necessidade em saúde, o que gera demanda em novas demandas por investigação e respostas às emergências de saúde pública e às doenças emergentes de relevância nacional e/ou internacional.
- Identificação e intervenção nos fatores de risco decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos ao consumo, visando a apropriação do uso racional desses produtos e serviços na busca da melhor qualidade de vida.
- Necessidade de ampliar pesquisas e estudos para uma melhor aproximação entre o homem e o ambiente como componente essencial de preservação da vida, visando a redução de riscos à saúde humana, tais como: ocupação do espaço; enfrentamento de desastres naturais; controle de substâncias químicas e de acidentes com produtos perigosos; caracterização do ambiente de trabalho.
- Necessidade de identificar e investigar os fatores determinantes que interferem na saúde dos trabalhadores expostos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.
- Exigência, cada dia mais presente, de procedimentos seguros, focados nos parâmetros de qualidade e biossegurança que sustentam as ações dos profissionais da área de saúde pública.

Quais as políticas, tecnologias, ferramentas e meios disponíveis para aprimorar o processo de integração?

Dr. Dirceu Barbano –

Políticas:

- a) Diretrizes do SUS – basicamente a integralidade das ações;
- b) Fortalecimento do Controle Social na definição de políticas, ações e indicadores de integração;
- c) Fortalecimento da pactuação entre os vários níveis da gestão da saúde.

Tecnologias e ferramentas:

Definições integradas de vigilância em saúde e assistência farmacêutica nos programas estratégicos da Política de Saúde;

- Indicadores que reflitam o trabalho integrado;
- Maior articulação e troca de informações de dados entre as áreas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e assistência farmacêutica, principalmente, nos programas que envolvem o uso de medicamentos:
 - I) Programa Farmácia Popular;
 - II) Programas estratégicos de controle e tratamento de tuberculose, hanseníase, AIDS, etc, enfim, em cada um dos programas.

Dr. Jarbas Barbosa – As instâncias e os processos de pactuação do SUS e os compromissos internacionais, como o Regulamento Sanitário Internacional 2005 e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) são alguns dos instrumentos que corroboram com o desenvolvimento de ações intersetoriais, entre as diversas temáticas do SUS. Além disso, mecanismos de controle externos e internos demandam o desenvolvimento de sistemas de informação que permitam o acompanhamento tanto de processos burocráticos, como a ocorrência de eventos de saúde relacionados, não apenas a doenças transmissíveis, mas devido ao uso de produtos, como os fármacos, por exemplo.

Podemos afirmar que ainda há um longo caminho a se percorrer para alcançarmos a efetiva integração entre a assistência farmacêutica e a vigilância em saúde, embora significativos passos já venham sendo

dados na perspectiva do desenvolvimento de ações matriciais, uma vez que ambas as áreas atuam de modo transversal no Sistema Único de Saúde.

Dr. Luis Antonio Silva – Esse processo todo envolve aspectos diversos e complexos, todavia não tenho dúvida alguma que as abordagens transdisciplinares utilizadas atualmente, com resultados extremamente positivos, tornam-se um bom modelo para a efetivação dessa integração. Defendo que os estabelecimentos farmacêuticos têm, como finalidade, a realização de ações de vigilância em saúde e, como função básica, promover atividades voltadas para o controle epidemiológico e sanitário de uma população.

Entendo que suas principais ações devem estar fundamentadas em critérios epidemiológicos, tanto no campo da análise - quando da dispensação para a terapêutica clínica -, quanto na orientação e educação de problemas prioritários de saúde pública de determinada população.

Como primeiro passo, o simples fato da compreensão dos princípios de vigilância baseados nas especificidades da assistência farmacêutica, que levam à percepção e identificação de eventos e agravos de importância em saúde pública, contribuindo diretamente com:

- I) Identificação de sinais de alerta;
- II) capacidade de detecção e predição;
- III) capacidade de organização e resposta;
- IV) acompanhamento das tendências;
- V) acompanhamento dos progressos para o objetivo de vigilância e controle; e
- VI) avaliação das intervenções. Isso já seria, por si só, uma enorme contribuição.

Na prática, a assistência farmacêutica, no desempenho de suas atividades, deve atuar como uma das principais fontes identificadoras e notificadoras de situações diferenciadas e inusitadas, relacionadas com o processo saúde/doença/cuidado, sendo meio indispensável para a rápida e eficaz difusão das informações, por meio da capacidade de comunicação em massa, que a mesma exerce com grande parcela da população.

Outro aspecto de grande importância, como componente essencial, que pode reforçar a integração dentro do sistema de saúde, está relacionado com as modernas tecnologias de informática em uso, atualmente, ainda como simples elemento de controle de custos e estoques pela área da assistência farmacêutica, tanto no setor público quanto no privado, e que, se redirecionadas para uma lógica de educação em saúde, traria impactos imediatos. Em síntese, seria a oportunidade para o resgate do papel do farmacêutico e da farmácia como elemento central e promotor da saúde, assim como na compilação, na capilarização e divulgação de dados e informações de interesse da saúde pública.

Concluindo...

Como você pode acompanhar nas entrevistas, as respostas colocam necessidades de políticas específicas e de agendas comuns. A lição que fica é que estamos no meio de uma estrada e não podemos nos contentar em fazer do mesmo jeito, como diz Paim. Para a implementação das mudanças na direção da integralidade da atenção e do cuidado à saúde, é necessário um trabalhar junto, conjunto, intra e intersetorialmente. No decorrer do tempo que você ainda tem no Curso, selecione um problema e divida com seus colegas de Secretaria ou de trabalho as proposições para equacioná-lo, construa as possibilidades de intervenção. Nada fica mais difícil do que quando trabalhamos sós. Mãos a obra!



Ambiente Virtual

Concluimos os estudos desta unidade. Acesse o AVEA e confira as atividades propostas.

Análise Crítica

Vale lembrar aqui o pensamento expresso em um texto de Jairnilson Paim (2006), originalmente escrito em 2004 e publicado pelo Ministério da Saúde – como Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Nele, Jairnilson coloca que a atenção à saúde, como expressão do cuidado às pessoas – individualmente e coletivamente, pode ser analisada sob dois enfoques principais:

- Um como **resposta social** aos problemas e às necessidades de saúde, em que são analisadas as ações do Estado, leia-se serviços de saúde, ou em que não são executadas as ações necessárias à saúde das coletividades e dos indivíduos.
- Outro, como um **serviço** no interior do qual se processam relações de produção, distribuição, uso e consumo de mercadorias. Ao mesmo tempo que é serviço, também é um setor estratégico para o complexo industrial, na medida que a atenção à saúde usa ou necessita de tecnologias como medicamentos, equipamentos, alimentos, vacinas etc.

Como tal, a atenção à saúde é perpassada por relações que, por sua vez, geram “pressão para o consumo independente da existência ou não das necessidades de saúde”.

Nesse contexto, os profissionais de saúde devem manter-se vigilantes, críticos e aliados às universidades e à pesquisa – espaço de construção de possibilidades e de atitudes para um consumo orientado pelas necessidades.

Algumas perguntas geradoras de pesquisas e proposições são destacadas pelo próprio Paim:

- Como incorporar tecnologia efetiva sem propiciar aumentos exponenciais dos custos?
- Como utilizar o poder de regulação do SUS para aquisição de insumos, avaliação e vigilância tecnológica de procedimentos e equipamentos, bem como a prestação de serviços?
- Como formular políticas específicas de saúde, contemplando a integralidade?

São desafios que estão colocados para todos, inclusive para você!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 245, Seção 1, p. 65-69, de 23 Dez. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf>. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde (Documento *Preliminar* para Revisão). Brasília: 2009b. [Mimeo].

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 44, de 2009 – Boas Práticas Farmacêuticas. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 78, Col. 1, 18 Ago. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 245, Seção 1, p. 88, Col. 1, de 31 Dez. 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Outubro de 2011. Disponível em: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=674&Itemid=82 Acesso em: 02 Jan.2012.

CARVALHO, G. Regulamentação da Lei 8080: um Decreto com 20 anos de atraso. In: IDISA – Instituto de Direito Sanitário Aplicado [Página da Internet]. [03 jul 2011] Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_5728_0__regulamentacao-da-lei-8080:-um-decreto-com-20-anos-de-atraso.html>. Acesso em: 17 Ago. 2011.

CARVALHO, G.; MAGALHÃES Jr, H. M.; MEDEIROS, J.; SOUTO Jr, J. V.; SANTOS, L., ANDRADE, L. O. M.; BRÊTAS JR, N.; SILVA, S. F. **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde.** Campinas: Saberes, 2008.

COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância Sanitária: desvendando o enigma.** Salvador: EDUFBA, 2008. 180p.

GOMES, C. A. P. *et al.* **A assistência farmacêutica na atenção à saúde.** Belo Horizonte: FUNED, 2007. 70p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde:** resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras./Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.

PAIM, J. S. Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: COSTA, E. A. (org.). **Vigilância Sanitária: desvendando o enigma.** Salvador: EDUFBA, 2008. p. 61-75.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006. 154p.

PORTO, M. F. S. **Uma ecologia política dos riscos:** princípios para integrarmos o local e o local na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 248p.

SABROZA, P.; PORTO, M. F. Texto Síntese sobre Vigilância. 2010. [Não publicado].

SABROZA, P.; *et al.* O Mestrado Profissionalizante em Vigilância em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Org.). **Cenários Possíveis**: experiências e desafios do mestrado profissional em saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 217-42.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de Atenção à Saúde**: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA, 2006. 237p.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em Saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

WHO. SABATÉ, E. (Org.). Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003

Autores

Margaret Grando

Farmacêutica, especialista em Saúde Pública e mestre em Ciência dos Alimentos pela Universidade Federal de Santa Catarina. Servidora da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, respondendo, atualmente, pela Gerência em Saúde Ambiental da Diretoria de Vigilância Sanitária – Superintendência de Vigilância em Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/4080970088799155>

Ronald dos Santos

Farmacêutico graduado pela Universidade Federal de Santa Catarina em 1993 e mestre em Farmácia pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia (PGFAR-UFSC) em 2003. É farmacêutico da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina desde junho de 2006, assessor técnico do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina desde abril de 2003, vice-presidente do Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de Santa Catarina, diretor de comunicação da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) e Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde.