

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

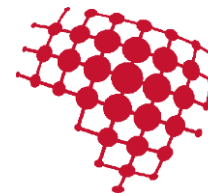
Autores: Guilherme Daniel Pupo, Silvana Nair Leite, Eliana Elisabeth Diehl, Luciano Soares, Marení Rocha Farias, Rosana Isabel dos Santos

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

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

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

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



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

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

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

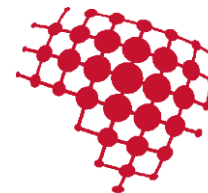
1. Mas, o que são essas redes?

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

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

As redes caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os diversos **pontos de atenção**¹, como os domicílios, as unidades básicas de saúde, os ambulatórios especializados, as

¹ Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010).



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

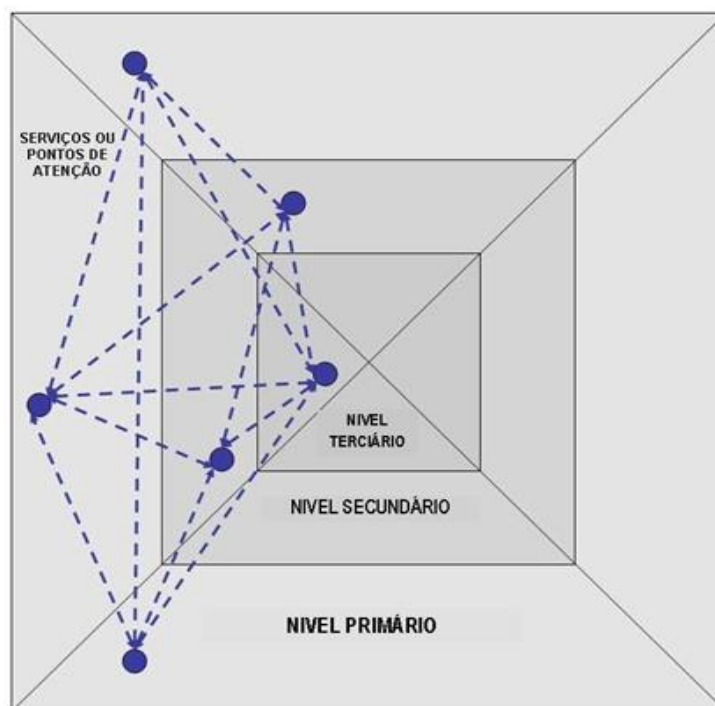


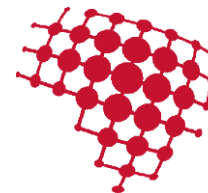
Figura 1 - Representação dos pontos de atenção na rede de atenção à saúde.

Fonte: LAVRAS, 2011.

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

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

- De atenção primária à saúde;
- De atenção de urgência e emergência;
- De atenção psicossocial; e



- [Especiais de acesso aberto](#)².

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

Para refletir

Neste cenário, como situamos as farmácias? Como encaminhar os usuários que utilizam o sistema apenas para a obtenção de medicamentos? Como pensar as questões territoriais nos municípios que possuem uma farmácia central, ou farmácias regionais, ou onde as farmácias estão distribuídas de acordo com os medicamentos dispensados, por exemplo, as farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, as farmácias que dispensam medicamentos da Portaria n. 344/98, entre outras.

2. Elementos constitutivos da rede de atenção à saúde

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

² Os Serviços Especiais de Acesso Aberto são serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial (BRASIL, 2011).

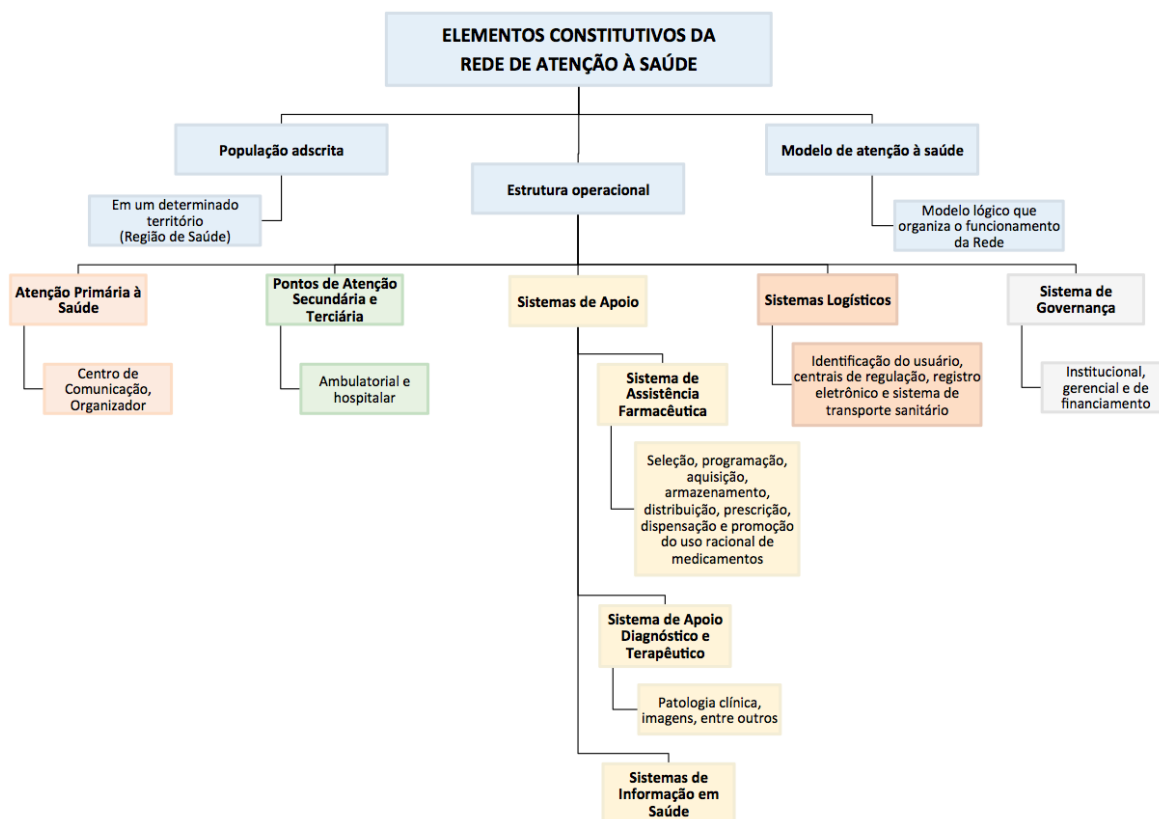
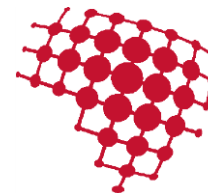


Figura 2 - Elementos constitutivos da rede de atenção à saúde.

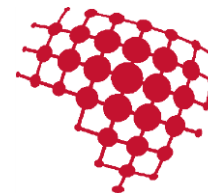
Fonte: adaptado de NASCIMENTO JÚNIOR, 2013.

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

Vamos refletir a respeito?

A categoria farmacêutica tem defendido a sua atuação junto aos usuários por meio dos serviços de dispensação de medicamentos e dos serviços de seguimento farmacoterapêutico, que buscam intervir sobre o tratamento com medicamentos, visando o uso racional e os resultados positivos em saúde. Essa descrição caracteriza esses serviços como pontos de atenção à saúde que podem ser organizados na APS e nos pontos de atenção secundária e terciária. Esse ato farmacêutico encontra paralelo no ato médico da prescrição de medicamentos, também definido como ponto de atenção.

Ao mesmo tempo, alguns serviços, desenvolvidos classicamente pelos farmacêuticos, podem ser facilmente reconhecidos como apoio à atenção à saúde. Em sua constituição, esses



serviços configuram um conjunto de ações voltadas à avaliação dos medicamentos como necessidades, e o planejamento de sua aquisição, armazenamento e distribuição, cuja finalidade é garantir a acessibilidade. Podemos destacar a importância desses serviços por disponibilizarem os medicamentos, o que, de fato, caracteriza apoio aos serviços que empregam esses produtos como insumos.

Articular essa caracterização ampliada da assistência farmacêutica significa assumir que, além da acessibilidade dos medicamentos, o acesso precisa ser acompanhado pelo serviço farmacêutico, que deve intervir para otimizar os resultados decorrentes do seu uso. Essa organização considera a clínica farmacêutica como um serviço inserido no contexto do SUS, a ser valorizado como uma necessidade em saúde.

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

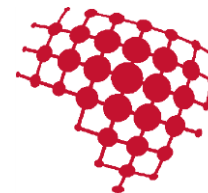
2.1. População e Região de Saúde

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

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

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

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



2.2. Estrutura Operacional da Rede de Atenção à Saúde

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

2.2.1. Atenção Primária à Saúde

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

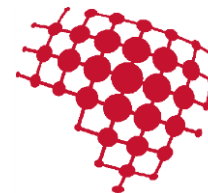
A APS deve cumprir três papéis fundamentais (MENDES, 2011):

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

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

2.2.2. Pontos de Atenção Secundária e Terciária

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



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

A modelagem dos pontos de atenção secundária e terciária podem ser elaborados por **Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica**³ que normalizam, em detalhes, toda a oferta de serviços. Esses protocolos clínicos orientam as **Linhas de Cuidado**⁴, viabilizando a comunicação entre as equipes e os serviços, a programação de ações e a padronização de determinados recursos. Dessa forma, ficam estabelecidos os papéis das equipes de APS em relação a cada condição de saúde, e as situações em que as pessoas devem ser referenciadas ao ponto de atenção secundária ou terciária de uma RAS, no entanto, tendo como consequência, o retorno do sujeito para os serviços da APS, visando seu acompanhamento enquanto for necessário.

2.2.3. Sistemas de Apoio

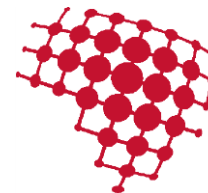
O terceiro componente da rede de atenção à saúde são os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de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

2.2.3.1. Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a patologia clínica (anatomia

³ O Protocolo Clínico e a Diretriz Terapêutica estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2010).

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



patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia, parasitologia etc.), entre outros.

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

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

2.2.3.2. Sistema de Assistência Farmacêutica

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

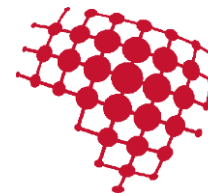
Conversaremos mais sobre a Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde no texto denominado *Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde*, disponibilizado na unidade 2 – *Saúde e cidadania*, do Módulo 2 – *Políticas de saúde e acesso aos medicamentos*.

2.2.3.3. Sistemas de Informação

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

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

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



Saiba mais sobre o Sistema Hórus em:

www.saude.gov.br/horus

2.3.4. Sistemas Logísticos

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

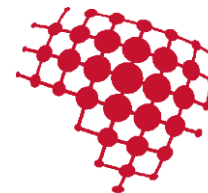
2.3.5. Sistema de Governança

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

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

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

A CIR, que, anteriormente ao Decreto n. 7.508/11, denominava-se Colegiado de Gestão Regional, desempenha um importante papel como um espaço permanente de pactuação, onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos entre os gestores estadual e



municipais, para a organização e resolução dos problemas comuns de uma Região de Saúde (BRASIL, 2010).

As Comissões Intergestores devem pactuar (BRASIL, 2011):

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

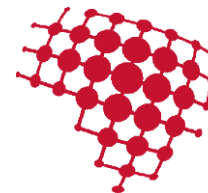
A Resolução n. 1, de 29 de setembro de 2011, da CIT, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS, nos termos do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, descreve as competências da CIR, que deve (BRASIL, 2012):

I - Pactuar sobre:

- a) Rol de ações e serviços que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na [Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde \(Renases\)](#)⁵;
- b) Elenco de medicamentos que serão ofertados na respectiva Região de Saúde, com base na [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais \(Rename\)](#)⁶;

⁵ A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) compreende todas as ações e os serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde, na Região de Saúde.

⁶ A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).



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

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

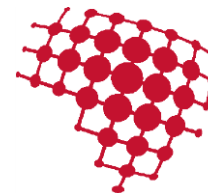
III - Incentivar a participação da comunidade, em atenção ao disposto no art. 37 do Decreto n. 7.508, de 2011;

IV - Elaborar seu regimento interno;

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

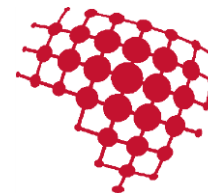
Fazer desta proposta de organização da atenção à saúde em rede uma realidade é, certamente, mais um grande desafio do SUS, cabendo, hoje, aos seus profissionais esta importante missão. E, para que isso ocorra, compreender os princípios da proposta é fundamental.

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



REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In: ANDERSEN, R. M.; RICE, T. H.; KOMINSKI, G. F. **Changing the U. S. health care system: key issues in health services policy and management**. 3rd ed. San Francisco: John Wiley&Sons, 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 nov. 2013.
- BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2014.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2013**. Brasília: [s.n.], 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 09 set. 2013.
- LAVRAS, C. C. Descentralização e Estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: IBAÑES, N.; ELIAS, P.; SEIXAS, P. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.



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

AUTORES

Guilherme Daniel Pupo

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

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

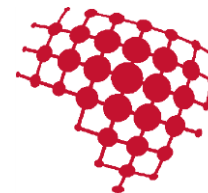
Silvana Nair Leite

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

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

Eliana Elisabeth Diehl

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 1988), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1992) e doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ - 2001). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desde 1991, onde atua nas áreas de Farmacotécnica Homeopática e Estágio em Farmácia



na Graduação e de Assistência Farmacêutica na Pós-Graduação. Participa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família desde 2003. Ainda, realiza pesquisa em Antropologia da Saúde, com o tema de saúde indígena, articulando uma visão crítica e reflexiva sobre as políticas públicas. É membro do Comitê Gestor do Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural, um dos Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia ligados ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente, faz parte da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.
<http://lattes.cnpq.br/7240894306747562>

Luciano Soares

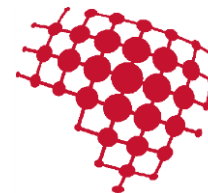
Possui graduação em Farmácia (1999), mestrado em Farmácia (2001) e doutorado em Farmácia (2013), todos cursados na Universidade Federal de Santa Catarina. É professor das disciplinas de Saúde Pública e Assistência Farmacêutica da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Atualmente, é coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. É diretor do Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina, da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica – ABEF, e da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Atua como pesquisador em assistência farmacêutica, farmacognosia e educação farmacêutica.
<http://lattes.cnpq.br/9608391843793204>

Mareni Rocha Farias

Possui graduação em Farmácia (1982), mestrado em Ciências Farmacêuticas (1986) ambos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), doutorado em Ciências Naturais pelo *Pharmazeutisches Institut – Universitat Bonn*, Alemanha (1991) e Pós-Doutorado na *Health & Life Sciences University* (UMIT) em Hall in Tirol, na Áustria (2011). Atualmente, é professora Associado II da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos. Atua junto ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia, com orientações de mestrado e doutorado na linha de pesquisa: Garantia da qualidade de insumos, produtos e serviços farmacêuticos; e no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, com orientações de mestrado. Desenvolve trabalhos de pesquisa e extensão na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde; atua junto à Farmácia Escola UFSC/PMF, como preceptora do Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; e coordenou a 1ª edição do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Especialização a distância.
<http://lattes.cnpq.br/1955003761488344>

Rosana Isabel dos Santos

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS - 1980), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1989) e doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC - 2011). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC, desde 1994, onde atuou nas áreas de Farmacognosia e Estágio em Farmácia, até 2003. Participou da Coordenação e Tutoria do Curso Multidisciplinar em Saúde da Família, modalidades Especialização e Residência, nos anos de 2002 e 2003. Atuou como Gerente Técnico da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de



Estado de Saúde de Santa Catarina no período de 2003 a 2006. Atualmente, desenvolve trabalhos na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde, atuando junto à Farmácia Escola UFSC/PMF e participando da coordenação do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.
<http://lattes.cnpq.br/9220372399276737>