



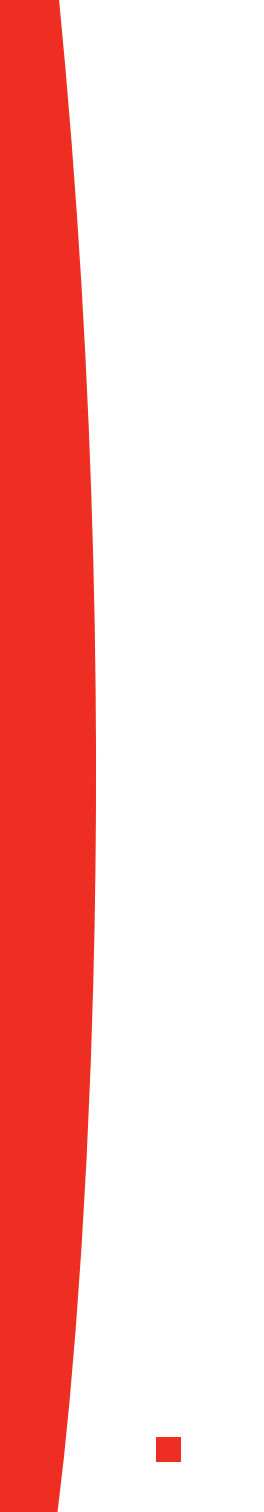
CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

INCLUINDO
GLOSSÁRIO DE TERMOS
EM SAÚDE PÚBLICA



SAÚDE PÚBLICA

3ª edição



SAÚDE PÚBLICA



DEPARTAMENTO DE APOIO TÉCNICO E EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO ACESSORA DE SAÚDE PÚBLICA
SÃO PAULO
2019





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Expediente

Publicação do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - 3ª Edição - Abril/2019

■ DIRETORIA

Marcos Machado Ferreira
presidente

Antônio Geraldo Ribeiro dos Santos Jr.
vice-presidente

Danyelle Cristine Marini
diretora-tesoureira

Luciana Canetto Fernandes
secretária-geral

■ COMISSÃO TÉCNICA

Antônio dos Reis Lopes
Carlos Alberto Castro Soares
Carlos Eduardo Morales
Cláudia Aparecida de Mello Montanari
Cláudia Cristina Pereira de Araújo
Heliana Raimunda de Macedo
Israel Murakami
Luiz Felipe Souza e Silva
Márcia Eugênia Pinheiro Hamada
Natália Ramos Luiz
Priscilla Salomão Baptista
Raquel Simas Mazocolo
Valéria Cecília dos Santos
Vanessa Boeira Farigo Mourad
Wisley Lopreato

■ DIAGRAMAÇÃO

Rafael Togo Kumoto
Ricardo Yamamoto

■ ORGANIZAÇÃO

Comissão Assessora de Saúde
Pública do CRF-SP

Israel Murakami
Coordenador

Heliana Raimunda de Macedo
Vice-coordenadora

■ COLABORAÇÃO

Comissão Assessora Regional de Saúde Pública de Bragança Paulista;
Comissão Assessora Regional de Saúde Pública de Campinas;
Comissão Assessora Regional de Saúde Pública de Fernandópolis;
Comissão Assessora Regional de Saúde Pública de Jundiá;
Comissão Assessora Regional de Saúde Pública de Marília;
Comissão Assessora Regional de Saúde Pública de Mogi das Cruzes;
Comissão Assessora Regional de Saúde Pública de Osasco;
Comissão Assessora Regional de Saúde Pública de Registro;
Comissão Assessora Regional de Saúde Pública de Santo André.

B83f Brasil. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo.
Farmácia. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2019, 3ª. ed.
84 p.; 20 cm. - -
ISBN 978-85-9533-024-5

I. Conselho Regional de Farmácia. 1. Farmácia. 2. Farmacêuticos. 3. Educação Continuada em Farmácia. 4. Assistência Farmacêutica. 5. Atenção Farmacêutica. 6. Atenção à Saúde. 7. Vigilância Epidemiológica. 8. Vigilância em Saúde Pública. II. Saúde Pública. III. Série.

CDD-615

PALAVRA DA DIRETORIA

A elaboração deste material representa a concretização de um projeto idealizado pela Diretoria do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP) com o intuito de oferecer informações sobre as várias áreas de atuação do farmacêutico, em linguagem acessível e com diagramação moderna.

As Cartilhas são desenvolvidas por profissionais que atuam nas respectivas áreas abrangidas pelas Comissões Assessoras do CRF-SP, a saber: Acupuntura, Análises Clínicas e Toxicológicas, Distribuição e Transporte, Educação Farmacêutica, Farmácia, Farmácia Clínica, Farmácia Estética, Farmácia Hospitalar, Homeopatia, Indústria, Pesquisa Clínica, Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Regulação e Mercado, Resíduos e Gestão Ambiental e Saúde Pública.

Nessas Cartilhas são apresentadas:

- ♦ As áreas de atuação;
- ♦ O papel e as atribuições dos profissionais farmacêuticos que nelas atuam;
- ♦ As atividades que podem ser desenvolvidas;
- ♦ As Boas Práticas;
- ♦ O histórico da respectiva Comissão Assessora.

Cada exemplar traz relações das principais normas que regulamentam o segmento abordado e de sites úteis para o exercício profissional. Se as Cartilhas forem colocadas juntas, podemos dizer que temos um roteiro geral e detalhado de praticamente todo o âmbito farmacêutico.

Por conta disso, tais publicações são ferramentas de orientação indispensável para toda a categoria farmacêutica, tanto para aqueles que estão iniciando sua vida profissional, quanto para quem decide mudar de área.

Aqui lhes apresentamos a Cartilha da área de Saúde Pública.
Boa leitura!



APRESENTAÇÃO

A Comissão Assessora de Serviço Público iniciou seus trabalhos em agosto de 1999. Em 2004, a Comissão entendeu que esta denominação precisava de um termo mais abrangente; assim, passou a ser chamada de “Comissão Assessora de Saúde Pública”.

A Comissão integra a estrutura organizacional do CRF-SP, regida pela deliberação nº 04/2007. É um espaço para que os farmacêuticos que atuam neste segmento possam expor e debater temas de interesse comum e propor ações ao CRF-SP, bem como trocar informações de forma voluntária e não remunerada.

Entre as atividades desenvolvidas por essa comissão está a elaboração desta cartilha, que tem o objetivo de orientar os farmacêuticos já inseridos no serviço público de saúde e aqueles que desejam ingressar.

Entendemos que o farmacêutico está apto a atuar em diversas áreas de saúde pública; porém, para exercer a função com respaldo técnico e legal, recomendamos conhecer a política de saúde brasileira vigente para estes serviços no país, estado e município de sua atuação.

Este material se propõe a auxiliá-lo no conhecimento dos serviços, atribuições e responsabilidades profissionais do farmacêutico no serviço público de saúde, assim como iniciá-lo na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Esta Cartilha foi publicada em 2007, e desde então passou por algumas revisões. Devido ao seu sucesso, cujo alcance não se restringiu somente aos profissionais do Estado de São Paulo, o CRF-SP, em 2013, tomou a iniciativa de inscrever este material na Agência Brasileira do International Standard Book Number (ISBN), o que faz dele uma publicação única no universo literário. Esperamos que a Cartilha de Saúde Pública contribua para o conhecimento e aprimoramento das atividades do farmacêutico no SUS e consequentemente o fortalecimento da categoria nesse segmento.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
O SERVIÇO E AS ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO.....	12
Assistência Farmacêutica	12
Vigilância em Saúde	16
Laboratórios de Saúde Pública	18
Atenção Primária à Saúde	20
Outros Serviços	28
PERFIL DO FARMACÊUTICO.....	29
GLOSSÁRIO DE TERMOS EM SAÚDE PÚBLICA.....	30
LEGISLAÇÃO.....	71
SITES INTERESSANTES	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76



INTRODUÇÃO

Em meio à diversidade dos setores e complexidade dos serviços em saúde pública, destacaremos as principais áreas de atuação do farmacêutico neste âmbito: Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde: Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica. Outras áreas de atuação: Docência, Laboratórios Produtores, Laboratórios de Pesquisa e Medicina Legal.

O Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, a partir da reforma constitucional de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080/1990, regido por três princípios ético-doutrinários:

- ♦ *Universalidade* – garantia de saúde a todo e qualquer cidadão;
- ♦ *Equidade* – tratamento diferenciado visando a reduzir a desigualdade; e
- ♦ *Integralidade* – atenção integral na oferta de serviços ao cidadão.

Com base em um “modelo assistencial integrado”, o SUS implica, na prática, em mudanças organizacionais – descentralização, hierarquização e regionalização – em uma nova compreensão do processo saúde-doença e na redefinição do vínculo entre os serviços e os usuários. A saúde passa a ser vista não mais pela sua definição negativa, de ausência de doença, mas de uma forma positiva, como qualidade de vida. O novo modelo considera também a importância das intervenções sobre o meio ambiente, na tentativa de agir sobre fatores determinantes da situação sanitária do país.

No contexto político-organizacional, o SUS reforçou nos estados e municípios o poder político, administrativo e financeiro ao descentralizar as ações e serviços de saúde e municipalizar as gestões, delegando a cada esfera de governo o comando integral das atribuições ligadas ao Sistema. Para consolidar estas mudanças, foi necessária a criação das normas e complementos a seguir, conforme a cronologia de implantação.

Na década de 90, a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB), entre 1991 e 1996 – NOB/SUS nº 01/1991, ainda vigente, e das NOB/SUS nº 01/1993 e 01/1996 (revogadas em 2012), marcam o avanço da descentralização, tornando o município o principal responsável pela prestação direta da maioria das ações de serviços e programas de saúde. Cabe destacar, dentre as ações asseguradas, a “oferta de serviços o mais perto possível da residência dos cidadãos”, em que se inserem as ações de suprimento e dispensação de medicamentos da Farmácia Básica.

Em 1998, a esfera federal passa a priorizar a garantia do atendimento básico em saúde, principalmente no incentivo aos *Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)* e de *Saúde da Família (PSF)*, com aportes financeiros e suporte técnico aos municípios por meio do Piso da Atenção Básica (PAB).

Dando continuidade ao avanço obtido na atenção à saúde de 1998 a 2000, é publicada em 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS nº 01/2001, que acrescenta determinadas responsabilidades municipais ao conjunto de ações e serviços de saúde obrigatórios. De acordo com a NOAS, os municípios podem se habilitar em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM).

A GPABA tem como áreas de atuação estratégica mínima para habilitação os programas de Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde Bucal, com fornecimento de medicamentos. Na GPSM, a tarefa dos gerentes da Assistência Farmacêutica é subsidiar a prestação de contas das ações da Assistência Farmacêutica nos fóruns do Conselho Municipal de Saúde (CMS), sensibilizando os conselheiros para a importância destas ações.

A partir de 2003, em discussões e consensos entre os gestores de saúde e o governo, surge nova solicitação de revisão do processo normativo do SUS, sob

a perspectiva de contemplar a ampla diversidade nacional. Em 2004, foi criada a *Agenda do Pacto de Gestão*, resultando na publicação das Portarias do Ministério da Saúde (MS) / Gabinete do Ministro (GM) nº 399/2006 e nº 699/2006, que regulam a implementação das *Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão* e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, inclusive a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação e metas.

Em virtude da crescente demanda da população, por meio das Conferências Nacionais de Saúde, e das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) aos Estados-membros para a formulação de políticas visando à inclusão das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nos Sistemas Oficiais de Saúde, além da necessidade de normatização das experiências vivenciadas no SUS, o MS publicou, por meio da Portaria MS/GM nº 971/2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, contemplando as áreas de Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia.

Na continuidade do Pacto de Gestão, em 2008 foi criado o *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)*, com o objetivo de ampliar o escopo das ações da atenção básica e sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de saúde da família na rede de serviços que surge do processo de regionalização da atenção básica.

Em 2011, com a publicação da Lei nº 12.401 e do Decreto nº 7.508, que regulamentam a Lei nº 8.080/1990 e tratam da regionalização da saúde, visando garantir o acesso de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar; efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados, e reduzir as desigualdades loco regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos. Destaca na Assistência à Saúde a incorporação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), consistindo um grande avanço para a consolidação do SUS.

Além das normas já citadas, foram aprovadas pelo Congresso Nacional cinco emendas constitucionais: EC nº 29/2000, EC nº 42/2003, EC nº 51/2006, EC nº 63/2010 e EC nº 86/2015, que alteraram ou complementaram o capítulo da Seguridade Social na Constituição Federal.

A EC nº 29 e suas regulamentações, Lei Complementar nº 141/2012 e Decreto nº 7.827/2012, definiram os percentuais de aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo no SUS e o que são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde para efeito de apuração desses recursos mínimos.

Em 2013 foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.554, que definiu as novas regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), alterada pela Portaria MS/GM nº 1.996/2013. O CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo MS.

A Lei 13.021/14, que trata do exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas, reitera a obrigatoriedade da presença permanente do farmacêutico nas farmácias de qualquer natureza, inclusive nas farmácias públicas.

2017 foi marcado pelo fim do Programa Farmácia Popular do Brasil e pela consolidação de diversas portarias ministeriais. Foram analisadas mais de 18.000 portarias editadas pelo Gabinete do Ministro da Saúde, que, após categorização, resultaram em 749 portarias que passaram nos critérios para consolidação, ou seja, foram consideradas de conteúdo normativo e de efeitos permanentes ou duradouros. Assim, foram publicadas 6 Portarias de Consolidação que sistematizam as 749 portarias ministeriais.

O SERVIÇO E AS ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO

1 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica integra as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (Portaria MS/GM nº 3.916/1998), devendo ser considerada uma das atividades prioritárias da assistência à saúde. De acordo com a Resolução MS/CNS nº 338/2004, é definida como:

“Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”.

A **Gestão da Assistência Farmacêutica** engloba as atividades de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados à população, promoção do acesso e uso racional dos medicamentos. Neste contexto, temos o **Ciclo da Assistência Farmacêutica** como campo de trabalho:

○ **Ciclo da Assistência Farmacêutica** compreende um sistema integrado e de sequências lógicas, cujos componentes apresentam naturezas técnicas, científicas e operacionais que representam as estratégias e o conjunto de ações necessárias para a implementação da Assistência Farmacêutica:

I Seleção de Medicamentos: processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos,

para garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde. É um processo dinâmico e participativo, que precisa ser bem articulado e envolver os profissionais da saúde integrantes da Comissão de Farmácia e Terapêutica do município.

II Programação de Medicamentos: estima a quantidade dos medicamentos que serão adquiridos para atender a uma determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo, influenciando diretamente no abastecimento e no acesso ao medicamento. É necessário o conhecimento de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos, o perfil epidemiológico, a oferta e demanda de serviços de saúde, além de recursos humanos capacitados e disponibilidade financeira.

III Aquisição de Medicamentos: conjunto de procedimentos para compra dos medicamentos programados para suprir as Unidades de Saúde com a quantidade ideal, qualidade e menor custo, visando a regularidade do sistema de abastecimento.

IV Armazenamento: conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, conservação e controle de estoque de medicamentos, de forma a assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos.

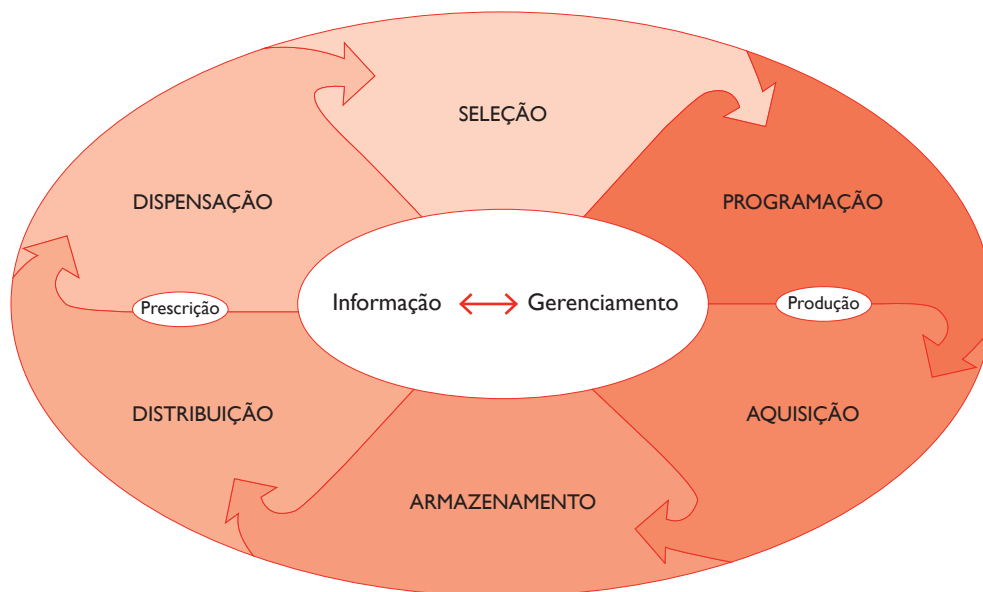
V Distribuição: atividade que busca fornecer medicamentos às Unidades de Saúde na quantidade, qualidade e tempo adequados para posterior dispensação à população. A distribuição de medicamentos deve garantir agilidade e segurança na entrega e eficiência no controle.

VI Dispensação: proporciona um ou mais medicamentos ao paciente, mediante apresentação da prescrição. Neste ato, o farmacêutico analisa tecnicamente

a prescrição e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, possíveis interações com outros medicamentos e/ou alimentos, o reconhecimento de reações adversas, as condições de conservação dos medicamentos e a farmacovigilância.

VII Atenção Farmacêutica: é a interação direta do farmacêutico com o paciente para oferecer uma farmacoterapia racional e com resultados definidos e mensuráveis, compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde.

FIGURA 1 - CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



- Apoiar as ações de saúde.
- Promover o acesso da população aos medicamento essenciais e ao seu uso racional.

Fonte: Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização. Ministério da Saúde, 2001

○ **farmacêutico que trabalha na assistência farmacêutica** deve ser versátil, pois atua diretamente em todas as fases do ciclo da assistência farmacêutica. Deve manter um bom relacionamento interpessoal, pois lida com uma grande diversidade de interesses e precisa articular a integração com outros profissionais de saúde, participar de comissões técnicas, promover o uso racional de medicamentos e implementar ações educativas para prescritores, gestores e outros profissionais de saúde.

2 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde tem como objetivo analisar permanentemente a situação de saúde da população, com a articulação de um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui a abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde.

Constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo as vigilâncias epidemiológica, da situação de saúde, em saúde ambiental, da saúde do trabalhador e sanitária, além da promoção da saúde.

2.1 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica fornece orientação técnica aos profissionais de saúde responsáveis por decidir sobre a execução de ações de prevenção e controle de doenças e agravos, disponibilizando informações atualizadas e condições adequadas para que sejam conduzidas em determinada área geográfica ou população definida. Trata-se de um importante instrumento de planejamento, organização e execução dos serviços, bem como normatização das atividades técnicas correlatas.

○ **farmacêutico que atua direta ou indiretamente na vigilância epidemiológica** precisa saber utilizar a epidemiologia como ferramenta em seu trabalho, na relação paciente-medicamento dentro do sistema de saúde em que estão inseridos. Entre as suas atribuições estão: monitoramento, avaliação e planejamento dos serviços, vigilância de surtos, epidemias e endemias e participação em projetos de pesquisa.

2.2 Vigilância Sanitária

Deve promover e proteger a saúde da população com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

A Vigilância Sanitária difere de outras ações e serviços devido ao vínculo estreito com os setores econômico e jurídico e o relacionamento entre o setor público e o privado. As ações da Vigilância Sanitária são indissociáveis do conjunto das práticas médicas-sanitárias: da promoção e proteção à recuperação e reabilitação da saúde.

Objetiva o controle e a garantia de qualidade de medicamentos e insumos farmacêuticos e também dos serviços utilizados pela população, com a fiscalização dos estabelecimentos que fabricam, manipulam, transportam ou comercializam estes produtos e a verificação de todo o processo de produção, métodos e técnicas empregadas até o consumo final.

Na área da Vigilância Sanitária, os órgãos federais, estaduais e municipais organizam-se de múltiplas formas. No nível federal, existe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), uma autarquia com autonomia administrativa e financeira que se reparte em unidades organizacionais de medicamentos, alimentos, toxicologia, tecnologia em serviços de saúde e de produtos para a saúde, aeroportos, fronteiras, relações internacionais e gestão administrativa e financeira, entre outras.

○ **farmacêutico que atua na vigilância sanitária** deve ter habilidade para lidar com conflitos de interesse e posicionamento firme em um âmbito de posturas muito diversas. A partir da publicação do Decreto nº 85.878/1981, ficou instituída, enquanto atribuição privativa do profissional farmacêutico, a fiscalização profissional sanitária e técnica de empresas, estabelecimentos, setores, fórmulas, produtos,

processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica. Assim, podem-se enumerar várias faces da atuação farmacêutica em Vigilância Sanitária:

- a. Cadastrar, licenciar e fiscalizar farmácias, distribuidoras, importadoras, fabricantes e transportadoras de medicamentos e insumos farmacêuticos;
- b. Cadastrar, licenciar e fiscalizar estabelecimentos industriais que produzem medicamentos e insumos farmacêuticos;
- c. Controlar e fiscalizar a dispensação de medicamentos e substâncias entorpecentes, psicotrópicas, antimicrobianas e outras de controle especial;
- d. Monitorar, por análises de amostras, a qualidade dos medicamentos e insumos farmacêuticos;
- e. Desenvolver ações de farmacovigilância e educação em saúde;
- f. Analisar e emitir parecer técnico sobre o processo de registro de medicamentos;
- g. Desenvolver ações para o monitoramento das Boas Práticas;
- h. Atuar em outras áreas de controle e fiscalização não privativa do âmbito farmacêutico, tais como: saneantes, análises clínicas, produtos para a saúde, alimentos, cosméticos e serviços de saúde.

3 Laboratórios de Saúde Pública

O laboratório de Saúde Pública tem a função precípua de caminhar lado a lado com a vigilância sanitária e epidemiológica para respaldar suas ações e avançar em pesquisa epidemiológica, para prevenir doenças e agravos à saúde.

O **farmacêutico atuante nos Laboratórios de Saúde Pública** pode trabalhar nas áreas de planejamento das ações, coordenando vários níveis, como o de pesquisa, produção, prestação de serviço à comunidade e, em órgãos estatais, além da docência, capacitando profissionais do próprio município, estado e outros países. É necessário que este profissional conheça idiomas, legislação e administração, além de possuir formação sólida na área específica.

3.1 Laboratórios Farmacêuticos Oficiais

Competem aos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais: a produção de medicamentos para o SUS; referência para a análise de custos da produção de medicamentos; garantia de produção em casos de comoção ou de graves necessidades da saúde pública; implementação do desenvolvimento tecnológico farmacêutico via criação, apropriação ou transferência de tecnologia; desenvolvimento de recursos humanos; busca de novos fármacos necessários ao enfrentamento das doenças negligenciadas; suporte à regulação e expansão de mercados por meio de políticas públicas.

3.2 Instituto Adolfo Lutz

○ Instituto Adolfo Lutz, laboratório credenciado pelo MS, atua na promoção da saúde no Estado de São Paulo. Lidera as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental. Atua ainda na fronteira do conhecimento, desenvolvendo projetos científicos multidisciplinares, com colaboração internacional, nas áreas de Ciências Biomédicas, Bromatológicas e Químicas.

○ Instituto tem como missão participar das ações para prevenção, controle e eliminação de doenças e agravos; realizar pesquisa científica e inovação tecnológica; formar recursos humanos especializados para laboratórios de interesse à saúde pública.

3.3 Instituto Butantã

○ Instituto Butantã é um centro que desenvolve pesquisas nas áreas de biologia e biomedicina, relacionadas direta ou indiretamente com a saúde pública. É o principal produtor de imunobiológicos do Brasil, responsável por grande porcentagem da produção nacional de soros e de vacinas que compõem o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do MS. As atividades de desenvolvimento tecnológico na produção de insumos para a saúde estão associadas basicamente à produção de vacinas, soros e biofármacos para uso humano.

4 Atenção primária à saúde

4.1 Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 2.488/2011 e contou com o envolvimento de movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. A presente portaria define Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde.

A atenção básica, no Brasil, é a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A nova PNAB avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (ESF), houve a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua).

A nova política articula a atenção básica com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE) e a sua expansão às creches. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da atenção básica e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada.

4.1.1 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

4.1.2 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A ESF é considerada estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica. Favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Atualmente, pertence à atenção primária e a inserção de suas estratégias se dá com o apoio do Nasf-AB.

○ **farmacêutico pode atuar na ESF** de duas formas, na assistência farmacêutica ou integrando a equipe de saúde da família:

- ◆ **Assistência farmacêutica:** em todas as unidades de dispensação de medicamentos;
- ◆ **Equipe de Saúde da Família:** atendendo à população na ESF. Essa atuação é extremamente relevante na prevenção de doenças, possibilitando a redução do sofrimento humano.

○ farmacêutico inserido na ESF participa de reuniões constituídas de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde,

formando um grupo educativo de saúde. Para que os objetivos de prevenção, promoção e assistência à saúde sejam atingidos, são realizadas visitas domiciliares e discutem-se casos clínicos em reuniões, assim como se delibera sobre ações de saúde que abordem a dificuldade de adesão aos medicamentos e a automedicação.

O farmacêutico na ESF tem como atribuições promover ações educativas, participar da elaboração do diagnóstico epidemiológico e social, planejar e realizar visitas domiciliares, realizar consulta farmacêutica (anamnese) e intervenção farmacêutica a usuários em diferentes situações de vida, participar da capacitação, educação e formação permanente das equipes e demais profissionais da saúde.

4.1.3 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

○ **farmacêutico, no Nasf-AB**, deve ampliar o olhar, não somente para a medicalização segura, mas também para a desmedicalização na relação saúde-doença, ampliando a troca de saberes interdisciplinarmente, *matriciando* e sendo *matriciado*. O apoio matricial é uma forma de organizar a oferta de ações em saúde sem utilizar percursos intermináveis de encaminhamento, tendo como objetivo fundamental, dentro do conceito de humanização, aliviar o sofrimento humano.

*“Saber aprender e fazer aprendendo são belas recomendações para o trabalho em equipe”
(CAMPOS, 2007)*

4.1.4 Unidade Básica de Saúde (UBS)

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. As UBS podem ser subdivididas em:

- ◆ UBS com dispensação de medicamentos e sem a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial da Portaria nº 344/1998, componente especializado e/ ou antirretrovirais;
- ◆ UBS com dispensação de medicamentos, incluindo os medicamentos sujeitos a controle especial da Portaria nº 344/1998, componente especializado e/ou antirretrovirais.

O **farmacêutico que atua nas UBSs** é responsável pela dispensação de medicamentos, farmacovigilância, reposição, armazenamento e controle dos medicamentos, além de promover a educação em saúde. É responsável ainda por coordenar programas de saúde do governo estadual e/ou federal como, por exemplo, programas de componente especializado e estratégico e antirretrovirais.

4.1.5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS possuem caráter aberto e comunitário, constituídos de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, realizando atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack álcool ou outras drogas.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos, equipamento estratégico da atenção extra-hospitalar em saúde mental.

4.2 Programa Aqui tem Farmácia Popular

Em 2004 o governo criou o “Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB)”, por meio da Lei nº 10.858, regulamentado pelo Decreto nº 5.090/2004, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos, contribuindo para o uso racional de medicamentos e expandindo as ações de Assistência Farmacêutica.

Em 2006, por meio da Portaria nº 491, o Ministério da Saúde expandiu o programa, disponibilizando medicamentos em farmácias privadas. Essa expansão passou a ser denominada “Aqui tem Farmácia Popular”.

Em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) decidiu pelo fim do Programa FPB, sendo pactuado que o Ministério da Saúde irá repassar integralmente as verbas que eram destinadas à manutenção destas unidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica Básica em 100% dos municípios brasileiros, gerando, assim, um maior investimento para compra de medicamentos considerados essenciais à população e otimização dos recursos gastos na Assistência Farmacêutica.

O Programa se destina ao atendimento igualitário de pessoas, usuárias ou não, dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daquelas que utilizam os serviços privados de saúde e que têm dificuldades em adquirir medicamentos prescritos. O acesso aos benefícios é assegurado mediante apresentação de receituário médico ou odontológico, prescrito de acordo com a legislação vigente, contendo um ou mais medicamentos do elenco estabelecido com base em evidências científicas e epidemiológicas que indicam sua aplicação segura e eficaz no tratamento das doenças e agravos prevalentes na população.

Nas farmácias privadas, a aquisição é feita com prioridade para medicamentos genéricos. Além de possuir conhecimento de áreas diversas, como epidemiologia, farmacovigilância, gestão de pessoas e experiência no atendimento ao usuário, o

farmacêutico atuante no programa educa os pacientes quanto à automedicação, uso racional de medicamentos e reações adversas. O profissional está presente em todos os níveis do programa, desde o planejamento das ações e treinamento de pessoal até a coordenação técnica e a dispensação de medicamentos.

4.3 Programa Dose Certa

Desde 1995, a população do Estado de São Paulo tem acesso ao Programa Dose Certa, programa de Assistência Farmacêutica com finalidade de aperfeiçoar o acesso da população aos medicamentos no âmbito da atenção básica, por meio da manutenção do fornecimento de medicamentos.

O programa distribui, gratuitamente, diversos tipos de medicamentos básicos, como analgésicos, antitérmicos, antibióticos, anti-inflamatórios, anti-hipertensivos e outros.

Os medicamentos são, via de regra, produzidos pela Fundação para o Remédio Popular (FURP), laboratório público do governo do Estado de São Paulo. Também foram incorporados ao Programa Dose Certa os medicamentos referentes ao Programa de Saúde Mental.

O farmacêutico atuante no Programa Dose Certa tem como principal função administrar os recursos financeiros advindos na forma de medicamentos. Com um valor pré-determinado, seleciona, dentre uma lista de diversos itens, os medicamentos necessários para fomentar o programa, fornecendo informações sobre seu uso.

4.4 Assistência Farmacêutica de Média e Alta Complexidade

4.4.1 Componente Estratégico da AF

O MS considera estratégicos todos os medicamentos utilizados para trata-

mento das doenças de perfil endêmico que tenham impacto socioeconômico e cuja estratégia de controle se concentre no tratamento de seus portadores, utilizando-se de protocolos clínicos e normas específicas. Esses medicamentos são adquiridos pelo MS e repassados aos estados, que os armazenam e distribuem aos municípios. Entre os programas estratégicos, pode-se citar: Tuberculose, Hanseníase, Endemias Focais, DST/Aids, Sangue e Hemoderivados, Imunológicos e Combate ao Tabagismo, Alimentação e Nutrição.

Merece destaque o Programa de DST/Aids, que inclui ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. O **farmacêutico** é o responsável pelo cadastramento dos pacientes no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SCILOM), o que lhes assegura o recebimento gratuito dos antirretrovirais disponibilizados pelo MS. A participação do farmacêutico neste programa é de suma importância, não apenas pelo fato de gerenciar os estoques dos antirretrovirais, mas também pelo trabalho de adesão realizado junto aos pacientes atendidos. Melhorando a adesão ao tratamento, é possível melhorar a qualidade de vida dos portadores do vírus e diminuir a transmissão vertical da doença (transmissão da gestante portadora para o feto).

4.4.2 Componente Especializado da AF

O Programa de Alto Custo tem por objetivo a distribuição de medicamentos destinados ao tratamento de doenças que, embora possam ser tratadas ambulatorialmente, são consideradas de alta complexidade e representam elevado impacto financeiro na Assistência Farmacêutica como um todo. Esses medicamentos fazem parte do chamado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, e constam dos protocolos e diretrizes terapêuticas definidos pelo MS. O financiamento desses medicamentos compete ao MS, mas o gerenciamento é compartilhado entre as esferas federal e estadual.

Entre os usuários desses medicamentos estão: transplantados, portadores de insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia, esquizofrenia refratária, doenças genéticas como fibrose cística, doença de Gaucher, distonias, acromegalia, entre outras.

5 Outros Serviços

5.1 Superintendência da Polícia Técnico-Científica (SPTC)

A SPTC é o órgão responsável pelas perícias criminalísticas e médico-legais no Estado de São Paulo. É especializada em produzir a chamada prova técnica ou prova pericial, mediante análise científica de vestígios produzidos e deixados na prática de delitos.

O conjunto dos elementos materiais relacionados com a infração penal, que são devidamente estudados por profissionais especializados, permite provar a ocorrência de um crime, determinando de que forma ocorreu e, se necessário, identificando todas as partes envolvidas, tais como a vítima, o criminoso e outras pessoas que possam de alguma forma ter relação com o crime. A prova pericial é indispensável nos crimes que deixam vestígio, não podendo ser dispensada sequer quando o criminoso confessa a prática do delito.

O **farmacêutico perito** atua em equipe multidisciplinar de diferentes áreas: toxicologia forense, bioquímica, biologia molecular, física, balística e no Núcleo de Análise Instrumental (NAI).

PERFIL DO FARMACÊUTICO

Em 1997, a OMS publicou um documento denominado “The role of the pharmacist in the health care system” (“O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde”), em que se destacaram 7 qualidades que o farmacêutico deve apresentar. Foi, então, chamado de farmacêutico 7 estrelas.

Este profissional 7 estrelas deverá ser:

- ◆ Prestador de serviços farmacêuticos em uma equipe de saúde;
- ◆ Capaz de tomar decisões;
- ◆ Comunicador;
- ◆ Líder;
- ◆ Gerente;
- ◆ Atualizado permanentemente;
- ◆ Educador.

GLOSSÁRIO DE TERMOS EM SAÚDE PÚBLICA

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

É o profissional que desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS. O elo entre o ACS e a população é ampliado pelo fato desse agente morar na comunidade. Tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas. O ACS utiliza instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural das famílias adscritas em sua base geográfica definida, a microárea. Estes instrumentos são o cadastro atualizado de todas as pessoas de sua microárea e o registro para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde. A partir daí, ele é capaz de orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e de traduzir para as UBS a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identificar parceiros e recursos existentes que possam ser melhor aproveitados pelas equipes. O ACS desempenha um papel-chave na ESF, estando presente tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados. O ingresso desse trabalhador no SUS dar-se-á por meio de processo seletivo público (EC nº 51) ou por concurso público.

Alta complexidade

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extra-cardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante

coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informação Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia (BRASIL, 2009b).

Assistência Farmacêutica

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à viabilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Assistência Farmacêutica Básica

A Assistência Farmacêutica Básica, mantida pelo SUS, compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos destinados a complementar e apoiar as ações da atenção básica à saúde; ela tem como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). De acordo com os novos atos normativos do SUS, trazidos pelo Pacto pela Saúde 2006, o Programa de Assistência Farmacêutica Básica passa a ser denominado Componente Básico da Assistência Farmacêutica, integrando, assim, o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. Esse componente é a Parte Fixa, cujo financiamento tripartite dá-se pela transferência de recursos financeiros do Governo Federal para as outras instâncias gestoras, além das contrapartidas estaduais e municipais; a Parte Variável, financiada exclusivamente pelo Governo Federal, consiste em valores per capita destinados à aquisição de medicamentos e de insumos farmacêuticos dos

programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Os recursos da Parte Variável, destinados aos programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, já foram descentralizados para a maioria dos municípios brasileiros, enquanto os recursos destinados aos demais programas continuam sob gestão do MS, responsável pelo suprimento direto dos medicamentos preconizados pelas áreas técnicas dos respectivos programas (BRASIL, 2009b).

Atenção à saúde

É tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a atenção à saúde deve ser integral. Nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à saúde instalados em seu território para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no caso dos pequenos municípios, isso pode ser feito por meio de pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia (BRASIL, 2009b).

Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, na forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, integralidade, e equidade, prezando pela acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, humanização, responsabilização e especialmente pela participação social. A Atenção Básica tem a Estratégia Saúde da Família

(ESF) como meta prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do SUS, e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2009b).

Atenção Farmacêutica

Modelo de prática farmacêutica desenvolvido no contexto da assistência farmacêutica, compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Implica interação direta do farmacêutico com o usuário, visando à farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida. Essa interação deve envolver, também, as concepções dos seus sujeitos e o respeito às especificidades biopsicossociais de cada usuário, sob a ótica da integralidade e equidade das ações de saúde (BRASIL, 2009b).

Banco de Preços em Saúde (BPS)

Sistema informatizado, disponibilizado pelo MS, que fornece informações atualizadas sobre os preços praticados nas aquisições de medicamentos e material médico-hospitalar, e nos insumos e serviços efetivados por entidades públicas ou privadas. Inicialmente, o BPS continha somente dados de instituições brasileiras, mas o sucesso da iniciativa ensejou sua adoção como base para a elaboração do banco de medicamentos do Mercosul/Bolívia/Chile e do banco de medicamentos para Aids da América Latina e Caribe. O principal objetivo do programa é a diminuição de preços no setor de saúde, por meio da redução na assimetria de informações existente entre compradores e fornecedores no mercado, ou

seja, ao subsidiar as instituições com dados sobre os preços praticados em todo o país, os demandantes de produtos e serviços em saúde estarão mais aptos a negociar os termos de aquisição e, em casos de intransigência da parte vendedora, até mesmo substituir o fornecedor por outro que pratique preços mais vantajosos. Em adição, ao tornar públicas as condições de compras realizadas por diversas instituições, o BPS contribui para aumentar a visibilidade da destinação dos recursos do SUS. Finalmente, as entidades cadastradas têm acesso ao histórico completo de compras por elas registradas, informação que possibilita aperfeiçoar o planejamento financeiro das entidades. Isto porque compras renovadas antes da expiração do período das aquisições anteriores indicam uma estimativa do consumo da instituição abaixo do real. Por outro lado, compras cujas renovações demoram muito para ser efetivadas, mesmo ao término do período de validade das anteriores, apontam para uma estimativa de consumo acima do real, com a provável formação de grandes estoques e possivelmente perda de material pela expiração do prazo de validade dos medicamentos (BRASIL, 2009b).

Bloco de gestão do SUS

Um dos cinco blocos de financiamento que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços da Saúde. Destina-se ao fortalecimento da gestão do SUS para custeio de ações específicas relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Os recursos federais que o integram são constituídos pelos seguintes componentes: I) para a Qualificação da Gestão do SUS e II) para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde. A transferência dos recursos no âmbito do componente de Qualificação da Gestão do SUS dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, com incentivo específico para cada ação que integra, sendo elas: I) Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; II) Planejamento e Orçamento; III) Programação; IV) Regionalização; V) Gestão do Trabalho; VI) Educação em Saúde; VII) Incentivo à Participação e ao Controle Social; VIII) Informação e Informática em Saúde; IX) Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; X) Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico. A transferência dos recursos no âmbito do componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica, atualmente designados a: I) Implantação de CAPS; II) Qualificação de CAPS; III) Implantação de

Residências Terapêuticas em Saúde Mental; IV) Fomento para ações de redução de danos em CAPS para Álcool e Drogas (CAPS AD); V) Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; VI) Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); VII) Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); VIII) Reestruturação dos Hospitais-Colônias de Hanseníase; IV) Implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; X) Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; XI) Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas (BRASIL, 2009b).

Bloco de vigilância em Saúde

Um dos cinco blocos de financiamento que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços da Saúde. Os recursos financeiros correspondentes às ações de vigilância em saúde agrupam as ações da vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, tendo dois componentes: da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica e ambiental em saúde. O componente da vigilância sanitária é constituído pelo Termo de Ajuste e Metas (TAM) e pelo Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária (PAB Visa). Já o componente da vigilância epidemiológica e ambiental em saúde é transferido, em parcelas mensais, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais de saúde. O valor das transferências mensais para estados, municípios e Distrito Federal, bem como seu respectivo limite financeiro, é estabelecido em portaria específica, de acordo com valores pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Integram ainda o componente vigilância epidemiológica e ambiental os recursos destinados às seguintes finalidades, com repasses específicos: o fortalecimento da gestão da vigilância em saúde nos estados e municípios (Vigi SUS II), as campanhas de vacinação e o incentivo do Programa DST e Aids. Os recursos destinados à contratação de agentes de campo para as ações de combate ao *Aedes aegypti* serão incorporados ao componente de vigilância epidemiológica e ambiental quando o gestor comprovar a efetiva contratação dos agentes de campo. Os valores correspondentes ao componente de vigilância epidemiológica e ambiental destinados às secretarias estaduais e municipais de saúde podem ser revistos pela CIB, levando-se em consideração as responsabilidades assumidas, as modificações do perfil epidemiológico ou outros parâmetros

consensuados, desde que observados os valores mínimos a serem destinados aos municípios estabelecidos na Portaria MS/GM nº 1.378/2013 (BRASIL, 2009b).

Cadastramento de estabelecimentos de saúde

Ato, por parte do gestor municipal ou estadual, de cadastrar o estabelecimento de Saúde, de qualquer esfera administrativa, prestador ou não do SUS existente em seu território e sob a sua gestão (responsável pelo alvará de funcionamento), no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) (BRASIL, 2009b).

Centrais de abastecimento farmacêutico

Local onde é feita a estocagem e a distribuição para hospitais, ambulatórios e postos de saúde. A legislação sanitária prevê que os gestores municipais e estaduais de saúde têm como responsabilidade investir na infraestrutura das centrais de abastecimento farmacêutico, objetivando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição (BRASIL, 2009b).

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

São serviços de saúde mental de base territorial e comunitária do SUS, referenciais no tratamento das pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, equipamento estratégico da atenção extra-hospitalar em saúde mental. Existem diferentes tipos de CAPS, segundo seu porte e clientela: CAPS I – serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPS II – serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população com mais de 70 mil habitantes; CAPS III – serviço aberto para atendimento diário e noturno, sete dias por semana, de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante em grandes cidades; CAPS infantil – vol-

tado para a infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; CAPS adulto – voltado para usuários de álcool e outras drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso dessas substâncias (BRASIL, 2009b).

Ciclo da Assistência Farmacêutica

Sistema integrado e de sequências lógicas cujos componentes apresentam naturezas técnicas, científicas e operativas que representam as estratégias e o conjunto de ações necessárias para a implementação e melhora contínua da Assistência Farmacêutica. Os componentes ou etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica são: a correta seleção dos medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação, uso racional, acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2009b).

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no país. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS (BRASIL, 2009b).

Comissões Intergestores Bipartites (CIB)

Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Cosems. Os secretários municipais de saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os Cosems são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços (BRASIL, 2009b).

Conferências de saúde

São espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em níveis correspondentes. São vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos conselhos de Saúde nas três esferas de governo. As decisões sobre as políticas públicas de saúde, elaboradas nos conselhos, são expostas durante as conferências, quando é criada uma agenda para sua efetivação. As conferências nacionais são construídas de maneira descentralizada, iniciando-se nas conferências municipais de saúde. As conferências nacionais de saúde devem ocorrer a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de Saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 2009b).

Conferências municipais de saúde

Reúnem, de forma ampla, usuários, trabalhadores, prestadores e gestores do SUS, para discutir e refletir sobre as condições de saúde da população e a gestão do SUS, expressando posições e votando questões orientadoras do sistema. Os municípios devem manter em funcionamento um CMS e realizar as conferências municipais de saúde, que possuem o papel preponderante de avaliar a situação da Saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas locais de Saúde. Seguindo a orientação descentralizadora do SUS, são de suma importância, por estarem mais próximas do usuário do serviço de saúde (BRASIL, 2009b).

Conselheiros de saúde

Denominação comum aos integrantes titulares e suplentes dos Conselhos de Saúde das distintas esferas de gestão do SUS. Podem pertencer a qualquer dos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde, quais sejam: gestores, prestadores de serviços, trabalhadores ou usuários do sistema. Possuem mandatos por tempo determinado e devem ser democraticamente eleitos, garantindo sua legitimidade e representatividade. As posições que sustentam nos conselhos devem ser negociadas com seus representados e, portanto, devem traduzir o ponto de vista do seu segmento. Atualmente, estima-se que existam mais de 100 mil conselheiros de saúde em todo o país (BRASIL, 2009b).

Conselho Municipal de Saúde (CMS)

É um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, no município. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. São constituídos por participação paritária de usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%), cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído. Para que um conselho funcione de forma adequada, é necessário que seja representativo e tenha legitimidade, além das condições previstas pela lei. Os usuários são escolhidos por membros de seu segmento, com direito a voz e voto. A participação é voluntária e não remunerada. As reuniões do CMS são mensais e abertas para toda a população, com direito a voz (BRASIL, 2009b).

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que congrega os Secretários de Saúde dos Estados e do Distrito federal, além de seus substitutos legais. Tem a missão de promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, coletiva e individualmente, de acordo com as suas necessidades, por meio da disseminação das informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas. Tem como meta ser referência perante as instâncias do sistema de saúde e da sociedade; dispor de sustentabilidade econômica, estrutura física adequada e recursos humanos para responder com efetividade às demandas coletivas e individuais das Secretarias Estaduais de Saúde; e ser reconhecido nacional e internacionalmente por sua capacidade de inovação, produção e disseminação de conhecimento na área das políticas públicas de saúde. Realiza diligência para que as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal participem da formulação e tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas de saúde nas unidades federadas, em conjunto com o MS. Assegura às secretarias municipais de saúde ou órgãos municipais equivalentes, por meio da direção do Conselho ou Associação de Secretários Municipais de Saúde de cada unidade federada, a participação em todas as decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas municipais ou intermunicipais de saúde. Sua diretoria é eleita em assembleias anuais.

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Entidade não governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as Secretarias Municipais de Saúde. Promove e consolida um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado em conceitos de descentralização e municipalização, assumindo o desafio de romper com a estrutura centralista das decisões, propondo uma fórmula de gestão democrática para a saúde, fazendo jus aos preceitos constitucionais de formulação do SUS. Os municípios assumiram o papel de formuladores de políticas públicas formulando estratégias voltadas ao aperfeiçoamento de seus respectivos sistemas de saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica. Na condição de representante das 5.562 secretarias municipais de Saúde do Brasil, o Conasems participa do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão deliberativo do SUS, e da CIT, que reúne a representação dos três entes federados: o MS, o Conass e o Conasems.

Conselhos de Saúde

Órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS, existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do MS, das secretarias de saúde dos estados e dos municípios, com composição, organização e competência fixadas pela Lei nº 8.142/1990. Atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído, em cada esfera de governo. As regras para a composição dos conselhos de saúde são, também, estabelecidas no texto legal, devendo incluir representantes do governo, prestadores de serviços de saúde, trabalhadores de saúde e representantes e movimentos representativos de usuários. Na composição recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde, os usuários devem compor 50% dos membros, os trabalhadores 25% e os gestores e prestadores de serviço os 25% restantes. Desde a edição das Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), a existência e o funcionamento dos conselhos de saúde são requisitos exigidos para a habilitação e o recebimento dos recursos federais repassados “fundo a fundo” aos municípios.

Controle social

Abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Há mecanismos ins-

titucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais. As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada dois anos, devem avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei nº 8.142/1990. O SUS garante aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao MS e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2009b).

Descentralização

A descentralização da gestão e das políticas da saúde no país, estabelecida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei nº 8.142/1990, é realizada de forma integrada entre a União, Estados e Municípios, pois é um dos princípios organizativos do SUS. De acordo com este princípio, o poder e a responsabilidade sobre o setor são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade. Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Neste sentido, a autoridade sanitária do SUS é exercida: na União, pelo ministro da saúde, nos Estados, pelos secretários estaduais de saúde, e nos Municípios, pelos secretários municipais de saúde. O decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, estabelece um novo arranjo para a descentralização, definindo que os serviços prestados permanecerão organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para clientela definidas. No entanto, a oferta de ações e serviços do SUS deverá se organizar a partir da constituição de regiões de saúde.

Dispensação

Dispensação é o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais me-

dicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, dentre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (BRASIL, 1998).

Educação continuada

Processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, vivências, experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele (BRASIL, 1998).

Educação em saúde

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação do tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas quanto ao cuidado com a saúde, e também no debate com os profissionais e gestores do setor, para alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades. A educação em saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, para que respondam às necessidades da população. A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 1998).

Efetividade em saúde

Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis (DONABEDIAN, 1994 apud SANTA CATARINA, s.d.).

Eficácia em saúde

Capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias (DONABEDIAN, 1994 apud SANTA CATARINA, s.d.).

Eficiência em saúde

É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo (DONABEDIAN, 1994 apud SANTA CATARINA, s.d.).

Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29)

Alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 189 da Constituição Federal, estabelecendo um percentual mínimo da receita para aplicação de recursos na área da Saúde. No caso de estados, municípios e do Distrito Federal, os recursos destinados às ações e serviços de saúde estão vinculados à receita de impostos e transferências constitucionais. No caso da União, o percentual mínimo de aplicação é definido com base na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem disponibilizar obrigatoriamente para a Saúde 12% de suas receitas, enquanto municípios devem aplicar 15%. O desrespeito à lei autoriza a União a intervir nos estados e estes nos seus respectivos municípios. A fiscalização da Emenda Constitucional deve ser feita pelos conselhos de Saúde e pelas assembleias legislativas e câmaras municipais. Atualmente, já foi incorporada à Constituição Federal. (BRASIL, 2009b). A EC 29 representa um grande avanço para diminuir a instabilidade que o setor de saúde enfrentou a partir da Constituição de 1998, bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária como mecanismo de diminuir essa instabilidade.

Farmacovigilância

Área da Anvisa, do MS, responsável por notificações e análises de queixas de pacientes relacionadas a efeitos de medicamentos e também a reações adversas não previstas. A unidade monitora as atividades de farmacovigilância em todo o mundo, produzindo alertas de restrição ou proibição de medicamentos (BRASIL, 2009b).

Financiamento do SUS

As ações e serviços de saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29/2000. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade

com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo FNS diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de saúde. As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal, para financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências “fundo a fundo” e os pagamentos diretos a prestadores de serviços e beneficiários cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do MS. As transferências voluntárias são, por sua vez, entregas de recursos correntes ou de capital a outra esfera da federação para cooperação, auxílio ou assistência financeira não decorrente de determinação constitucional, legal, ou que se destine ao SUS (BRASIL, 2009b).

Financiamento municipal do SUS

Os municípios devem destinar ao SUS 15% da totalidade da arrecadação do Imposto Sobre Serviços (ISS), Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU), Imposto de Transmissão Intervivos, Imposto de Renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos, inclusive por suas autarquias e fundações, transferências do Fundo de Participação dos Municípios, transferências do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), transferências do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) sobre exportações, transferências do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e transferências do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA). Além disso, os municípios recebem repasses por meio de transferências “fundo a fundo”, regulares e automáticas e voluntárias oriundas dos estados e da União. A transferência dos recursos destinados à execução da atenção básica, aos procedimentos de média e alta complexidade e às ações específicas de programas e incentivos do MS observa as condições de gestão, bem como as qualificações de estados e municípios aos respectivos programas e incentivos, de acordo com regulamentação específica. Os repasses ocorrem independentemente de convênios ou instrumentos similares e se destinam ao financiamento das ações e serviços do SUS. Se determinado município deixa de atender aos requisitos estabelecidos pela lei na administração dessas verbas, perde sua habilitação para geri-las, e elas passam a ser administradas, respectivamente, pelos estados ou pela União (BRASIL, 2009b).

Fitoterapia e plantas medicinais

A Fitoterapia é uma prática terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, cuja abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar-se a utilização de plantas medicinais e produtos derivados no âmbito sanitário, tendo em conta o seu uso por grande parte da população mundial no que se refere à atenção primária de saúde. O reconhecimento de seu valor como recurso clínico, farmacêutico e econômico tem crescido progressivamente em vários países, os quais vêm normatizando e legislando acerca dos diferentes critérios de segurança, eficácia e qualidade que devem envolver esses produtos. O Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento dessa terapêutica, como, por exemplo, a maior diversidade vegetal do mundo, a ampla biodiversidade, o uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e a tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento. O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a Fitoterapia no SUS, demonstrado pelo número crescente de programas nos estados e municípios brasileiros, assim como é crescente o incentivo a pesquisas e desenvolvimento tecnológico de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2009b).

Fracionamento de Medicamentos

Procedimento que integra a dispensação de medicamentos na forma fracionada, efetuado sob a supervisão e responsabilidade de farmacêutico habilitado para atender à prescrição ou ao tratamento correspondente nos casos de medicamentos isentos de prescrição, caracterizado pela subdivisão de um medicamento em frações individualizadas, a partir de sua embalagem original, sem rompimento da embalagem primária, mantendo seus dados de identificação (BRASIL, 2006b).

Fundo Municipal de Saúde (FMS)

É o fundo que integra todos os recursos a serem utilizados nas ações e serviços de saúde e deve ser gerenciado pelo(s) Secretário(s) de Saúde. Em função do SUS, as ações e serviços são descentralizados e para que possam cumprir com essa responsabilidade, por meio das Unidades de Saúde próprias ou prestadoras de serviços credenciadas para atuar na rede, é indispensável a criação dos fundos de saúde por meio de lei, sendo que ele

necessita ter uma organização mínima compatível com o grau de complexidade da rede de serviços (BRASIL, 2009b).

Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Fundo especial organizado de acordo com as diretrizes do SUS, cujos recursos estão previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA), de acordo com o Plano Plurianual dos Projetos e Ações Governamentais. Esse Fundo é proveniente de fontes nacionais e internacionais, de acordos firmados pelo governo brasileiro com instituições financeiras internacionais, como o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para financiamento de projetos na área de Saúde. Constituem recursos do FNS os consignados a seu favor nos Orçamentos da Seguridade Social e Fiscal da União; os decorrentes de créditos adicionais; os provenientes de dotações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de cooperação técnica, de financiamento e de empréstimo; os provenientes do Seguro Obrigatório “Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT)”; os resultantes de aplicações financeiras; os decorrentes de ressarcimento de recursos por pessoas físicas e jurídicas originários de prestação de contas, do acompanhamento ou das ações de auditoria; as receitas provenientes de parcelamentos de débitos apurados em prestação de contas de convênios ou derivadas do acompanhamento de auditorias e de financiamentos relacionados com as ações e os serviços de Saúde; os créditos provenientes dos agentes ou das entidades integrantes do SUS, bem como aqueles resultantes de transações financeiras e comerciais; as receitas provenientes do ressarcimento previsto no Artigo 32 da Lei nº 9.656/1998; os obtidos por intermédio de operações de crédito; as receitas provenientes da execução de seus créditos; os saldos positivos apurados em balanços, transferidos para o exercício seguinte; as rendas e receitas eventuais que lhe venham a ser destinadas; os de outras fontes, de acordo com o Artigo 32 da Lei nº 8.080/1990. A gestão dos recursos é exercida pelo diretor-executivo, sob a orientação e supervisão do Secretário-Executivo do MS, observando-se o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do MS (BRASIL, 2009b).

Gestão plena do sistema municipal/estadual

Modalidade de gestão definida na NOB/SUS nº 96 e na NOAS/SUS nº 01/2002 e substituída, no Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão do SUS, pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (BRASIL, 2009b).

Homeopatia

A Homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar* e *Doenças Crônicas*. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a Homeopatia foi introduzida por Benoit Mure em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento. Utiliza como recurso diagnóstico a repertorização, que consiste no processo de seleção do melhor medicamento a ser indicado em cada caso e, como terapêutica, o medicamento homeopático (BRASIL, 2009b).

Inspeção em vigilância sanitária

A Anvisa executa constantemente, por meio da Gerência-Geral de Inspeção, atividades que controlam, fiscalizam e investigam possíveis desvios de qualidade em produtos submetidos à vigilância sanitária, como medicamentos, alimentos e cosméticos (BRASIL, 2009b).

Integralidade

É um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção concentrada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não em um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009b).

Interdisciplinaridade

Interdisciplinaridade é quando a interação entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações reais e a certa reciprocidade no intercâmbio, levando a um enriquecimento mútuo. Em termos de atuação profissional, significa que os diversos profissionais trocam entre si informações acerca dos pacientes atendidos.

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

Lei periódica anual prevista no Artigo 165 da Constituição Federal. Tem a finalidade, dentre outras matérias, de nortear a elaboração dos orçamentos anuais, compreendidos

aqui o orçamento fiscal, o orçamento de investimentos das empresas públicas e o orçamento da seguridade social, de forma a adequá-los a diretrizes, objetivos e metas da administração pública. A LDO estabelece para cada exercício: 1) prioridades e metas da administração pública federal; 2) estrutura e organização dos orçamentos; 3) diretrizes para elaboração e execução dos orçamentos da União e suas alterações; 4) dispositivos relativos às despesas da União com pessoal e encargos sociais; 5) política de aplicação dos recursos das agências financeiras oficiais de fomento; 6) disposições sobre alterações na legislação tributária da União; 7) fiscalização pelo Poder Legislativo das obras e serviços com indícios de irregularidades graves. Além dessas atribuições, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) atribuiu à LDO a responsabilidade de tratar de outras matérias, como: 1) estabelecimento de metas físicas; 2) fixação de critérios para limitação de empenho e movimentação financeira; 3) publicação da avaliação financeira e atuarial do regime geral de previdência social e do regime próprio dos servidores civis e militares; 4) avaliação financeira do Fundo de Amparo ao Trabalhador e projeções de longo prazo dos benefícios de amparo assistencial (previstos na LOAS); 5) margem de expansão das despesas obrigatórias de natureza continuada; 7) avaliação dos riscos fiscais (BRASIL, 2009b).

Lei Orçamentária Anual (LOA)

Lei periódica, anual, de cunho administrativo e de efeitos concretos, que contém a discriminação da receita e da despesa pública, de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do governo. Prevista no artigo 165 da Constituição Federal, é também conhecida como a Lei de Meios, pois disponibiliza os meios para o desenvolvimento das ações relativas aos diversos órgãos e entidades que integram a administração pública. A LOA compreende: 1) orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive instituídas e mantidas pelo poder público; 2) orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta e indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público; 3) orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto (BRASIL, 2009b).

Licitações

Licitação é o procedimento administrativo formal em que a administração pública convoca, mediante condições estabelecidas em ato próprio (edital ou convite), empresas inte-

ressadas na apresentação de propostas para o oferecimento de bens e serviços. A licitação objetiva garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e selecionar a proposta mais vantajosa para a administração, de maneira a assegurar oportunidades iguais a todos os interessados e possibilitar o comparecimento ao certame do maior número possível de concorrentes. Devem ser licitados: a execução de obras, a prestação de serviços e o fornecimento de bens para atendimento de necessidades públicas. As alienações e locações devem ser contratadas mediante licitações públicas, exceto nos casos previstos pela Lei nº 8.666/1993, e alterações posteriores. A Constituição Federal, (artigo 37, inciso XXI) prevê para a administração pública a obrigatoriedade de licitar. A Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 8.666/1993), alterações posteriores e a Lei do Pregão (Lei nº 10.520/2002), constituem a legislação básica sobre licitações para a administração pública. O procedimento de licitar propicia maior transparência nas compras e contratações, objetivando sempre a seleção da proposta mais vantajosa para o licitante. Estão sujeitos à regra de licitar, além dos órgãos integrantes da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2009b).

Média complexidade

É um dos três níveis de atenção à saúde considerados no âmbito do SUS. Compõe-se de ações e serviços que visam a atender os principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726/03, que aprovou a estrutura regimental do MS. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultrassonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia. O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade

de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sociodemográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações (BRASIL, 2009b).

Medicamento

Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (Lei nº 5.991/1973). Cabe à Anvisa autorizar e conceder o registro de medicamentos no país, além de coordenar e supervisionar atividades de inspeção, controle de riscos e estabelecer normas e padrões para comercialização desses produtos (BRASIL, 2009b).

Medicamento de referência

Produto inovador, registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no país, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente, por ocasião do registro (BRASIL, 1999).

Medicamento genérico

Medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que pode ser usado em substituição a esse. É geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção por patente ou de outros direitos de exclusividade do criador da fórmula e após ter sido comprovada sua eficácia, segurança e qualidade. É designado de acordo com as Denominações Comuns Brasileiras (DCB) ou, na sua ausência, pelas Denominações Comuns Internacionais (DCI) (BRASIL, 1999).

Medicamentos essenciais

São aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de atenção à saúde da população. Eles são selecionados considerando-se sua relevância em saúde pública, evidência de eficácia e segurança em relação à custo-efetividade (eficácia comparativa em relação ao seu custo) (WHO, 2002). Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis nos serviços de saúde, em todos os momentos, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia da qualidade e informação adequada, a preços que os pacientes e a comunidade possam pagar (BRASIL, 2009b).

Medicamento similar

É aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresentando a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica (preventiva ou diagnóstica) do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos. Deve sempre ser identificado por nome comercial ou marca (BRASIL, 1999).

Multidisciplinaridade

O termo multidisciplinaridade é empregado quando a solução de um problema necessita da obtenção de informação de duas ou mais ciências ou setores do conhecimento sem que as disciplinas envolvidas no processo sejam modificadas ou enriquecidas. No caso da atuação profissional, equivale a dizer que o mesmo paciente é assistido por diversos profissionais distintos, mas que não interagem entre si.

Municipalização

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercer plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal próxima dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades socioeconômicas, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. Estimula, na esfera municipal, novas competências e capacidades político-institucionais. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização (BRASIL, 2009b).

Núcleo Ampliado de Saúde e da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Criado pelo Ministério da Saúde para apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Poderão compor os NASF-AB: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades dos territórios.

Notificação de receita médica

Documento padronizado destinado à notificação da prescrição de medicamentos: 1) entorpecentes – cor amarela; 2) psicotrópicos – cor azul; 3) retinoides de uso sistêmico e imunossuppressores – cor branca. A notificação concernente aos dois primeiros grupos (1 e 2) deve ser firmada por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), no Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV) ou no Conselho Regional de Odontologia (CRO); a concernente ao terceiro grupo, exclusivamente por profissional devidamente inscrito no CRM (BRASIL, 2009b).

Orçamento público

O orçamento, entre outras funções, serve para a previsão do gasto público. De maneira simplificada, o orçamento é composto de expressões que descrevem os propósitos e as ações de governo (melhoria da saúde da população, redução das desigualdades regionais, etc.), aos quais são alocados determinados valores, considerando os insumos necessários à sua realização. Portanto, os orçamentos públicos são elos entre recursos financeiros e comportamentos humanos direcionados para alcançar objetivos de políticas públicas. A forma de organização do orçamento sofreram alterações ao longo das últimas décadas e novas características vêm sendo incorporadas, de acordo com a necessidade de considerar determinados propósitos, de modo que atualmente o orçamento atende simultaneamente a vários fins. Entre os mais importantes, destacam-se: 1) controle de gastos: o orçamento deve ser um instrumento de proteção contra abusos dos administradores. O mecanismo utilizado é o detalhamento da especificação dos objetivos de gasto, como, por exemplo, diárias, locação de mão de obra, serviços de

consultoria e outros; 2) gestão dos recursos: o orçamento deve especificar com clareza os projetos e atividades de modo a possibilitar aos administradores dos órgãos públicos orientação efetiva, e ao público em geral o conhecimento amplo quanto às tarefas a serem desenvolvidas para se obter maior eficiência produtiva e a melhor relação custo-benefício na realização de determinada tarefa. A ênfase, neste caso, é na especificação das ações orçamentárias, produtos e metas físicas; 3) planejamento: o orçamento deve ser um instrumento de implementação do plano de médio prazo do governo. As ações orçamentárias – projetos e atividades – devem resultar em produtos que contribuam para consecução dos objetivos dos programas; 4) administração macroeconômica: o orçamento deve ser também um instrumento para controlar as receitas e despesas agregadas, de modo a possibilitar o alcance de objetivos de inflação baixa e redução do desemprego (BRASIL, 2009b).

Pacto de Gestão do SUS

É uma das três dimensões do Pacto pela Saúde, estabelece as responsabilidades de cada ente federado do SUS, de forma clara e inequívoca, diminuindo competências concorrentes e estabelecendo diretrizes em aspectos como descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na Saúde. Extingue as antigas formas de habilitação estabelecidas pela NOB/SUS nº 96 e na NOAS/SUS nº 01/2002, substituídas pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2009b).

Pacto da Atenção Básica

Instrumento de pactuação de metas para indicadores de base epidemiológica criado em 1999 pelo MS com o objetivo de monitorar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica em todo o território nacional. Representou uma experiência pioneira do Departamento de Atenção Básica no sentido de definir indicadores para acompanhamento da Atenção Básica nos municípios habilitados conforme a NOB nº 01/1996, descritos no Manual para a Organização da Atenção Básica. Com a publicação das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde em fevereiro de 2006, avançou-se na unificação dos processos de pactuação de indicadores no âmbito do MS, sendo que, a partir de 2007, os indicadores da Atenção Básica passaram a compor o conjunto de indicadores deste Pacto (BRASIL, 2009b).

Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde reúne um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) e tem o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. A adesão se dá pela construção do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovada anualmente. O Pacto pela Saúde engloba o Pacto pela Vida, O Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O documento de diretrizes operacionais foi pactuado na reunião da CIT do dia 26 de janeiro de 2006, aprovado na reunião do CNS do dia 9 de fevereiro de 2006, formalizado pela Portaria MS/GM nº 399/2006 e regulamentado pela Portaria MS/GM nº 699/2006 (BRASIL, 2009b).

Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida, instituído pela Portaria MS/GM 399/2006 e regulamentado pela Portaria MS/GM 699/2006, explicita o compromisso entre gestores do SUS quanto às prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades são definidas pelos governos federal, estaduais e municipais a partir da análise de situação de saúde e se estruturam por meio de objetivos e metas. São seis as prioridades pactuadas: a) Saúde do idoso; b) Controle do câncer de colo de útero e de mama; c) Redução da mortalidade infantil e materna; d) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e) Promoção da saúde; e f) Fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2009b).

Piso de Atenção Básica (PAB)

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios, e de uma parte variável (PAB variável), que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização

do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF); Agente Comunitário de Saúde (ACS); Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Nasf-AB; Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário, incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico. Os repasses dos recursos dos PABs fixos e variáveis aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2009c).

Plano de carreira, cargos e salários do SUS (PCCS-SUS)

Conjunto de princípios e diretrizes que orientam o ingresso e o desenvolvimento profissional dos trabalhadores, com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados. O plano de carreiras é um valioso instrumento para a gestão da política de pessoal, uma vez que institui um sistema de carreiras baseado no mérito e na capacitação profissional. (BRASIL, 2009c).

Plano Diretor de Investimentos (PDI)

Considerado também um instrumento de planejamento do processo de regionalização, o PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento estadual e regional. Os planos de investimentos deverão ser discutidos e aprovados na CIB dos estados (BRASIL, 2009c).

Plano Diretor de Regionalização (PDR)

Considerado um dos instrumentos de planejamento e coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal (BRASIL, 2009c).

Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVisa)

O PDVisa é um instrumento de eleição de prioridades em Vigilância Sanitária, que reconhece a diversidade do país e respeita a dinâmica das especificidades e heterogeneidades regionais, além de contemplar as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e

fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), no âmbito do SUS. Esse Plano Diretor, além de atender a uma reivindicação da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, é o resultado de um processo amplo e democrático de discussão e pactuação, iniciado em março/2005, com as três esferas de governo, observando as múltiplas visões e experiências dos gestores, profissionais de saúde e conselheiros, entre outros atores do SUS envolvidos nesse processo. Estima-se que em torno de 10.000 pessoas tiveram a oportunidade de participar de um dos momentos de discussão desse processo e que esse movimento propiciou, além do acúmulo de conhecimentos, a possibilidade de articulação entre as esferas de gestão e de integração entre os atores do SUS. É importante ressaltar que a construção do PDVisa se deu no bojo dos debates do Pacto pela Saúde e, por isso, tem interface e está articulado com essa temática contemporânea do SUS e seus desdobramentos. Portanto, todo o processo foi devidamente balizado e pactuado pelas instâncias colegiadas do SUS – CIT e CNS e suas comissões e grupos de trabalho temáticos de vigilância. Esse Plano aborda as diretrizes para o fortalecimento do SNVS e sua efetiva consolidação como parte integrante do SUS, agregando-as em cinco eixos, a saber: 1) Organização e gestão do SNVS no âmbito do SUS; 2) Ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes; 3) A vigilância sanitária no contexto da atenção integral à saúde; 4) Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico; e 5) Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social. O intuito é que essas diretrizes orientem o processo de planejamento das ações de vigilância sanitária, viabilizando os instrumentos de gestão já instituídos no SUS. Daí afirmarmos que não se trata de mais um instrumento de gestão; mas sim de um instrumento e de um processo articulado à dinâmica do Pacto pela Saúde, que respeita e se norteia pelos princípios do SUS e que busca fortalecer esse sistema, ressaltando o papel que a Vigilância Sanitária detém nesse processo de fortalecimento (BRASIL, 2009c).

Plano Plurianual (PPA)

O PPA é o instrumento de planejamento de médio prazo do governo federal que estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal, as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Lei quadrienal prevista no artigo 165 da Constituição Federal, entra em vigor a partir do segundo ano de mandato do governante até o primeiro ano do mandato seguinte. Os princípios que norteiam o PPA são: 1) identificação clara dos

objetivos e prioridades do Governo; 2) integração do planejamento e do orçamento; 3) promoção da gestão empreendedora; 4) estímulo às parcerias; 5) gestão orientada para resultados; 6) organização das ações de governo em programas (BRASIL, 2009c).

Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. É uma política norteadora para as demais políticas intersetoriais, como as políticas de Medicamentos, de Ciência, Tecnologia e Inovação, de Desenvolvimento Industrial e de Formação de Pessoal envolvendo os setores público e privado de Atenção à Saúde. Os eixos estratégicos da Política abrangem, principalmente, a descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando à superação de fragmentação em programas desarticulados e à ampliação e qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica, na rede pública de saúde, por meio da modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais. Com essas estratégias, pretende-se garantir o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes, de qualidade e a baixo custo, além da promoção do uso racional (BRASIL, 2009c).

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)

Política de caráter interministerial que objetiva garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Alguns princípios nortearam sua elaboração, tais como melhoria da atenção à saúde, uso sustentável da biodiversidade brasileira e fortalecimento da agricultura familiar, geração de emprego e renda, desenvolvimento industrial e tecnológico e perspectiva de inclusão social e regional, além da participação popular e do controle social sobre todas as ações decorrentes dessa iniciativa. Entre os fatores previamente admitidos, deve-se ressaltar a necessidade de minimização da dependência tecnológica e do estabelecimento de uma posição de destaque de nosso país no cenário internacional. A PNPMF estabelece diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações pelos diversos parceiros em todas as etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Essa Política foi elaborada por Grupo de Trabalho Interministerial, instituído por Decreto Presidencial, coordenado pelo MS, constituído de representantes da Casa Civil da Presidência; Ministérios:

da Saúde; da Integração Nacional; do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; do Desenvolvimento Agrário; da Ciência e Tecnologia; do Meio Ambiente; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e representantes da Anvisa e Fiocruz, com o auxílio de representantes de outros órgãos e entidades. A PNPMF foi aprovada pelo Decreto Presidencial nº 5.813/2006 (BRASIL, 2009c).

Programação Anual em Saúde

É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Esse instrumento deve conter: a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; a definição dos responsáveis e das parcerias; e a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação (BRASIL, 2009c).

Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (PAP-VS)

Define atividades e metas que visam a fortalecer o SNVS, tendo como premissas o aumento da capacidade do município para assumir as atividades de notificação, investigação e confirmação laboratorial, imunização, sistemas de informação, vigilância ambiental em saúde, análise de fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, controle de doenças e ações de vigilância sanitária; bem como estimular as secretarias estaduais a cooperar tecnicamente com os municípios e a desenvolver monitoramento e avaliação das atividades programadas. Garante ainda que os compromissos assumidos entre os gestores federais, estaduais e municipais do SUS, na área de Vigilância em Saúde, sejam objeto de efetiva programação e responsabilização conjunta. Subsídia a melhor distribuição dos recursos financeiros entre as secretarias estaduais e municipais de saúde e torna suas aplicações mais transparentes, facilitando a participação e o controle da sociedade (BRASIL, 2009c).

Programação Pactuada e Integrada (PPI)

Processo de programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde que deve ser realizado pelos estados e municípios brasileiros. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de

serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, explicitando as parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios. É, portanto, uma etapa do planejamento em saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: planos de saúde, planos plurianuais de saúde e outros. Embora, até o momento, a PPI tenha se restringido a recursos federais de custeio, pretende-se que passe a englobar recursos próprios dos estados e dos municípios (BRASIL, 2009c).

Programa de Medicamentos de Alto Custo

Criado em 1993, com a denominação de Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, este Programa representa a consolidação de várias ações políticas iniciadas a partir de 1971. O Programa foi concebido com a prerrogativa de garantir o acesso da população a medicamentos importados para o tratamento de doenças de rara incidência. Historicamente, os marcos regulatórios do programa eram as Portarias MS/SAS nº 409/1999, MS/GM nº 1.481/1999, MS/GM nº 1.318/2002, MS/SAS nº 921/2002, MS/SAS nº 203/2005, MS/GM nº 445/2006, MS/GM nº 562/2006, além das portarias de publicação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). O Programa está em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e o Pacto pela Saúde; e considera também a pactuação da reunião da CIT, de 5 de outubro de 2006, que estabeleceu um novo marco com a publicação, em 30 de outubro de 2006, da Portaria MS/GM nº 2.577. Esse instrumento regulamentou o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) e revogou todas as portarias vigentes, exceto as que publicaram os PCDTs. A Portaria MS/GM nº 2.577/2006 caracterizou-se como uma estratégia da Política de Assistência Farmacêutica, que teve por objetivo disponibilizar medicamentos no âmbito do SUS para tratamento dos agravos inseridos nos seguintes critérios: doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento também de custo elevado, desde que haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou ainda, se o

diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estiverem inseridos na atenção especializada. (BRASIL, 2009c). A Portaria MS/GM nº 1.554/2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, é atualmente a norma que regulamenta o programa de medicamentos de alto custo.

Programa Aqui tem Farmácia Popular

Política pública com o objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. O Programa destina-se ao atendimento igualitário de pessoas, usuárias ou não, dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daquelas que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos prescritos. Atualmente, o Programa “Aqui tem Farmácia Popular” funciona por meio do credenciamento de farmácias e drogarias comerciais, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção x distribuição x varejo). São oferecidos medicamentos gratuitos para hipertensão (pressão alta), diabetes e asma, além de medicamentos com até 90% de desconto indicados para dislipidemia (colesterol alto), rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma. Ainda pelo sistema de copagamento, o Programa oferece anticoncepcionais e fraldas geriátricas.

Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids)

O PN-DST/Aids tem como missão reduzir a incidência de HIV/Aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids. Para isso, formula políticas, diretrizes e estratégias que orientam ações de promoção à saúde, de prevenção e de assistência. Para expandir a qualidade e o acesso às intervenções, busca-se a ampliação das ações de prevenção, a inserção dos grupos mais vulneráveis nas redes de atenção, o acesso aos insumos (preservativos, gel lubrificante, kits de redução de danos) e a implementação de serviços de referência em assistência. Na área de diagnóstico, as ações visam à detecção precoce da infecção pelo HIV, assim como o monitoramento da infecção e a garantia de uma avaliação da qualidade do diagnóstico laboratorial. Importante, também, é a rede de vigilância epidemiológica do vírus e a capacitação de profissionais de saúde. Em relação aos direitos humanos, o PN-DST/Aids tem atuado historicamente em parceria com movimentos sociais e Organizações da Sociedade Civil (OSC) na execução de ações para o enfrentamento da epidemia. Destaca-se o desenvolvimento de projetos nas áreas de assessoria jurídica para a garantia dos direitos humanos de pessoas que vivem com HIV e Aids, entre outros (BRASIL, 2009c).

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)

O MS, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SG- TES), o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESU), e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) instituíram o Pró-Saúde. O Programa intenciona, com incentivos às Instituições de Educação Superior (IES) e às Secretarias de Saúde, promover transformações na formação em saúde, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo saúde-doença. O Programa tem três eixos: orientação teórica, orientação pedagógica e cenários de prática (inserção dos estudantes na rede pública de serviços de saúde), sendo este último seu eixo central. Destacam-se, entre seus objetivos: 1) reorientar o processo de formação, inicialmente nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS; 2) estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as IES, visando à melhoria da qualidade e à maior resolutividade da atenção prestada, com base na integração da rede pública de serviços de saúde e dos profissionais de saúde, na graduação e na educação permanente; 3) incorporar, no processo de formação na área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença e a promoção da saúde; e 4) ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços de saúde. Inicialmente, três áreas foram contempladas no Pró-Saúde: Enfermagem, Medicina e Odontologia, cujas profissões fazem parte das equipes de SF. Foram selecionados, por meio de edital público, 90 projetos, com impacto inicial sobre aproximadamente 46 mil estudantes de graduação da área da Saúde no país. A Portaria MS/MEC nº 3.019/2007 amplia o Programa para os demais cursos de graduação da área da Saúde, além dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, já tendo ocorrido a seleção de novos projetos conjuntos de IES e secretarias de saúde. O Pró-Saúde se propõe a desempenhar um papel indutor na transformação dos processos formativos no país, em consonância com as diretrizes do SUS, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança na graduação e facilitar a consecução dos objetivos propostos, em busca de uma atenção à saúde mais equânime, resolutiva e de qualidade (BRASIL, 2009c).

Propaganda de medicamentos

A Anvisa é responsável pelo monitoramento da propaganda de medicamentos no Brasil. Atualmente, a propaganda, a publicidade, a promoção e informação de medicamentos

são regulamentadas pela RDC Anvisa nº 96/2008, que define critérios distintos para a propaganda de medicamentos de venda livre e controlados, além de proibir frases e imagens que induzam ao consumo de medicamentos.

Recursos financeiros/liberação

A transferência de recursos financeiros federais para os estados e municípios, em qualquer modalidade de financiamento do SUS, é processada pelo FNS, com o apoio de sistemas operacionais que asseguram a agilidade necessária ao atendimento dos objetivos, associada à segurança e ao controle que o processo requer. Os sistemas do FNS estão interligados com o Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi), do Governo Federal, com a Imprensa Nacional e com os sistemas operacionais das instituições financeiras conveniadas, o que dá transparência e visibilidade às movimentações de recursos do SUS, em âmbito federal (BRASIL, 2009c).

Recursos financeiros/transferências

As ações e serviços de saúde são pactuadas entre a União, estados e municípios e, geralmente, realizadas pelo município. Excepcionalmente, podem ser realizadas pelo estado e, mais excepcionalmente ainda, pela União. Para tanto, os planos de saúde devem contemplar os recursos próprios e as necessárias transferências intergovernamentais, repassadas de forma regular e automática (inclusive “fundo a fundo”), mediante a celebração de convênios (BRASIL, 2009c).

Regionalização

Um dos princípios que orientam a organização do SUS definidos pela Constituição Federal Brasileira e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Constitui eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, definido pela CIT, de 26 de janeiro de 2006, e aprovado pelo CNS, em 9 de fevereiro de 2006, o que evidencia a importância da articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, que possibilitem acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. A regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. Neste processo são identificadas e constituídas as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de cogestão regional. Os

principais instrumentos de planejamento da regionalização são o PDR, o PDI e a PPI. A política de regionalização prevê a formação dos colegiados de gestão regionais que tenham a responsabilidade de instituir processo de planejamento regional que defina prioridades e pactue soluções para organizar a rede de ações e serviços de atenção à saúde das populações locais (BRASIL, 2009c).

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)

É a relação definida pelo MS que contempla um elenco necessário de medicamentos ao tratamento e controle das principais enfermidades em saúde pública e nos diversos níveis de atenção no país; sua utilização é fundamental para orientar a prescrição e a distribuição de medicamentos no SUS. Deve ser a base utilizada na elaboração das relações de medicamentos estaduais e municipais, de forma a instrumentalizar o processo de descentralização, além de orientar e direcionar a produção farmacêutica. Serve, também, de parâmetro para a Anvisa estabelecer as listas prioritárias na análise dos processos para concessão de registros de medicamentos genéricos para o desenvolvimento científico e tecnológico no país. A Rename deve ser organizada considerando-se as doenças prevalentes e os agravos à saúde mais relevantes, respeitadas as diferenças regionais do Brasil. É editada pelo MS, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) através da Comissão Técnica e Multidisciplinar de atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Comare) (BRASIL, 2009c).

Relatório de gestão

É instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Esse instrumento deve conter: o resultado da apuração dos indicadores; a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); e as recomendações (por exemplo, revisão dos indicadores, reprogramação) (BRASIL, 2009c).

Remédio

É qualquer substância ou recurso como, por exemplo, massoterapia, radioterapia etc., usado para combater uma moléstia ou manter estado adequado de saúde. O termo “remédio”, apesar de ser muito usado popularmente como sinônimo de medicamento, não corresponde ao mesmo conceito. O termo medicamento deve ser utilizado quando se quer falar especificamente de uma formulação farmacêutica (contendo um ou vários princípios ativos, denominados fármacos)

usada para tratar (ou prevenir) uma doença, uma vez que o conceito de medicamento considera um produto tecnicamente elaborado, o que não ocorre com o termo remédio (BRASIL, 2009c).

Reorientação da Assistência Farmacêutica

Estratégia para a organização da Assistência Farmacêutica dentro dos preceitos do Ciclo da Assistência Farmacêutica e que prevê a superação de fragmentação em serviços já implantados visando à articulação e à integração das diversas áreas que compõem o sistema, estabelecendo-se fluxos na construção de um conjunto articulado que influencia e é influenciado por cada um de seus componentes (BRASIL, 2009c).

Saúde da criança

A organização da atenção à saúde dirigida a esse segmento (que compreende crianças do nascimento ao décimo ano de vida) inclui o desenvolvimento de ações que atendem às necessidades específicas desse público (BRASIL, 2009c).

Saúde da Família (SF)

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de SF atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2009c).

Saúde da Mulher

As políticas do SUS voltadas à saúde da mulher têm por finalidade a responsabilização do sistema pela promoção da qualidade de vida da população feminina, estimulando esse segmento a ampliar seus conhecimentos sobre seus direitos, na área da Saúde, e conhecimentos sobre sexualidade e cuidados com o corpo. Desenvolvida sob a coordenação da

Área Técnica de Saúde da Mulher do MS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher contempla ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento dos principais agravos e problemas de saúde que afetam as mulheres, como o câncer de colo do útero, câncer de mama, gravidez de alto risco, violência contra a mulher, dentre outros. Em 2004, o MS lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cuja meta principal é reduzir em pelo menos 15% os índices de mortes de mulheres e de bebês com até 28 dias de vida, até o final de 2007. O MS tem uma série de ações na área da Saúde da Mulher, em parceria com outros departamentos e áreas técnicas, para realização de projetos especiais como Saúde da População Indígena (Funasa), DST/Aids, Saúde da Mulher Trabalhadora (SGTES e Área Técnica de Saúde do Trabalhador). Possui também parceria com outros ministérios para desenvolvimento de programas e projetos, como Saúde da Mulher Negra (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR) e Violência contra a Mulher (Secretaria Especial de Políticas para Mulheres e Secretaria Nacional de Segurança Pública) (BRASIL, 2009c).

Saúde da população idosa

Política que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento familiar, saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo dos idosos no Brasil (Portaria MS/GM nº 2.598/2006). São diretrizes importantes para a atenção integral à saúde do idoso: 1) promoção do envelhecimento saudável; 2) manutenção e reabilitação da capacidade funcional; 3) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. O envelhecimento saudável compreende ações que promovem modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, orientados pelo desenvolvimento de hábitos como: alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. Promover o envelhecimento saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem. Além disso, garantir acesso aos instrumentos diagnósticos adequados, medicação e reabilitação funcional. É importante qualificar os serviços de saúde para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa (como a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais, a

avaliação da capacidade funcional, etc.). O sistema formal de atenção à saúde precisa atuar como parceiro da rede de suporte social do idoso (sistema de apoio informal), auxiliando na otimização do suporte familiar e comunitário e fortalecendo a formação de vínculos de corresponsabilidade. Cabe, portanto, à gestão municipal da saúde desenvolver ações que objetivem a construção de uma atenção integral à saúde dos idosos em seu território. No âmbito municipal, é fundamental organizar as equipes de SF e a atenção básica, incluindo a população idosa em suas ações (por exemplo: atividades de grupo, promoção da saúde, hipertensão arterial e diabetes mellitus, sexualidade, DST/Aids). Seus profissionais devem estar sensibilizados e capacitados a identificar e atender às necessidades de saúde dessa população (BRASIL, 2009c).

Saúde mental

A prevalência de transtornos mentais é elevada na população brasileira e, em geral, com peso relevante entre as principais causas de anos de vida saudável perdidos. O Brasil enfrenta o desafio de aumentar a acessibilidade e a qualificação da atenção em saúde mental de forma paralela e articulada com a transformação do modelo anterior, que se pautava pela internação em hospitais especializados. Por esse novo modelo, preconizado pela reforma psiquiátrica, a atenção à saúde mental deve ter base comunitária e territorial, avançando na redução do número de leitos hospitalares e na expansão da rede de serviços de atenção diária. A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado com a saúde mental por meio de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes da política de saúde mental do SUS (BRASIL, 2009c).

Saúde suplementar

Conjunto de instituições privadas que oferece serviços de atenção à saúde pré ou pós-pagos (isto é, planos e seguros de saúde). O setor de Saúde Suplementar brasileiro reunia, em 2005, mais de 2 mil empresas operadoras de planos de saúde. Essa rede prestadora de serviços de saúde atende mais de 37 milhões de beneficiários que utilizam planos privados de assistência à saúde para realizar consultas, exames ou internações. A Lei nº 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com a atribuição de regular, normalizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, em todo o território nacional. São finalidades institu-

cionais da ANS: 1) promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, pela regulação das operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores de serviço de saúde e com os usuários; 2) contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. (BRASIL, 2009c).

Transdisciplinaridade

É um objetivo audacioso e difícil de ser equacionado, pois implica na abertura e articulação de campos disciplinares e de campos de responsabilidade bastantes distintos entre si. Saber aprender e fazer aprendendo são belas recomendações (CAMPOS, 1999).

Unidades da atenção básica

Compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Devem ser prioridade na gestão do sistema, porque, quando funcionam adequadamente, a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde. A prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, pois possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas UBS, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes. As UBS podem variar em sua formatação, adequando-se às necessidades de cada região. Podem ser: 1) unidade de Saúde da Família: unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam às diretrizes da Estratégia Saúde da Família do MS. Quando a equipe funcionar em unidade não específica, deverá ser informado o serviço/classificação; 2) posto de saúde: unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do médico; 3) centro de saúde/unidade básica de saúde: unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialistas nessas áreas. Pode ou não oferecer Serviços Auxi-

liares de Diagnóstico e Terapia (SADT) realizados por unidades vinculadas ao SUS e pronto atendimento 24 horas; 4) unidade móvel fluvial: barco/navio, equipado como unidade de saúde, contendo, no mínimo, um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico; 5) unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico: veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente; 6) unidade mista: unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista; 7) ambulatórios de unidade hospitalar geral: o município deve garantir em seu orçamento recursos para a construção, ampliação e reforma das suas unidades. O MS destina, anualmente, via convênios (Fundo Nacional de Saúde), recursos que podem ser utilizados para esse fim (BRASIL, 2009c).

Uso Racional de Medicamentos

Essa expressão corresponde à adequada utilização dos medicamentos, no momento em que o paciente o recebe para a sua necessidade clínica em questão, na dose, posologia e duração corretas por um período de tempo adequado e suficiente para a resolubilidade da situação clínica, ao menor custo para esse paciente e para a comunidade. O MS criou, por meio da Portaria MS/GM nº 1.956/2006, o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, vinculado ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O Comitê tem o papel de coordenar todas as proposições e ações voltadas para a promoção do uso racional de medicamentos no SUS. A coordenação do Comitê será conduzida pelo DAF, Anvisa e Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Compõem o Comitê as seguintes instituições: CNS, Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Conselho Federal de Odontologia (CFO), Federação Nacional dos Farmacêuticos e Federação Nacional dos Médicos (BRASIL, 2009c).

Vigilância em saúde

A vigilância em saúde abrange as seguintes atividades: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a

vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. A adoção do conceito de vigilância em saúde procura simbolizar uma abordagem nova, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2009c).

Vigilância sanitária

A vigilância sanitária é um conjunto de ações legais, técnicas, educacionais, de pesquisa e de fiscalização que exerce o controle sanitário de serviços e produtos para o consumo que apresentem potencial risco à saúde e ao meio ambiente, visando à proteção e à promoção da saúde da população. O campo de atuação da vigilância sanitária é amplo. Tem por responsabilidade o controle sanitário sobre medicamentos, alimentos e bebidas, saneantes, equipamentos e materiais médico-odonto-hospitalares, hemoterápicos, vacinas, sangue e hemoderivados, órgãos e tecidos humanos para uso em transplantes, radioisótopos e radiofármacos, cigarros, assim como produtos que envolvam riscos à saúde, obtidos por engenharia genética. Exerce também o controle sanitário dos serviços de saúde, portos, aeroportos e fronteiras, das instalações físicas e equipamentos, tecnologias, ambientes e processos envolvidos em todas as fases de produção desses bens e produtos e mais o controle da destinação de seus resíduos, do transporte e da distribuição dos produtos referidos. A vigilância sanitária é parte do SUS. A Anvisa é a instância federal do SNVS e, como tal, formuladora de políticas e coordenadora desse subsistema do SUS. Em todos os estados brasileiros existem unidades específicas – coordenações, departamentos ou similares – que executam, implementam e orientam as ações de vigilância sanitária. O mesmo ocorre em muitos municípios brasileiros (BRASIL, 2009c).

VigiSUS/projeto

O projeto VigiSUS II visa a fortalecer as ações de vigilância de doenças no país, assim como a capacidade de gestão dos estados e municípios nessa área. É financiado com recursos do Banco Mundial e do governo brasileiro. O projeto viabiliza a realização de análises de situação de saúde da população, a fim de subsidiar a implantação de políticas públicas para a redução de casos, mortes e fatores de risco das doenças e desigualdades em saúde, além do subsistema nacional de vigilância das doenças e agravos não transmissíveis. Além disso, também estão contempladas ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças, saúde ambiental e fortalecimento da

capacidade de gestão. Os campos de aplicação dos recursos serão: infraestrutura, capacitação, desenvolvimento científico e tecnológico e programas de educação e comunicação em saúde (BRASIL, 2009c).

Zoonoses

São infecções ou doenças infecciosas transmissíveis, sob condições naturais, de homens a animais, e vice-versa. A higiene e o cuidado com os animais domésticos, como pássaros, cães e gatos, são ações importantes para evitar a proliferação de zoonoses. A vacinação anual de cães e gatos é fundamental para o controle da raiva, uma importante zoonose transmitida pela mordida, arranhão ou lambedura de animais contaminados (BRASIL, 2009c).

LEGISLAÇÃO

- ◆ Constituição Federal de 1988;
- ◆ Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências;
- ◆ Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências;
- ◆ Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências;
- ◆ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- ◆ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
- ◆ Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências;
- ◆ Lei nº 8.883, de 8 de junho de 1994, que altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências;
- ◆ Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências;
- ◆ Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências;

- ◆ Lei nº 10.191, de 14 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre a aquisição de produtos para a implementação de ações de saúde no âmbito do Ministério da Saúde;
- ◆ Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, que institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências;
- ◆ Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.
- ◆ Decreto SES/SP nº 12.342, de 27 de setembro de 1978, que aprova o Regulamento a que se refere o artigo 22 do Decreto-Lei 211, de 30 de março de 1970, que dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde.
- ◆ Lei Estadual nº 10.083, de 23 de setembro de 1998, que dispõe sobre o Código Sanitário do Estado;
- ◆ Lei Estadual nº 10.145, de 23 de dezembro de 1998, que altera a Lei n. 10.083, de 23/09/1998, que dispõe sobre o Código Sanitário do Estado;
- ◆ Portaria MS/GM nº 1.818, de 2 de dezembro de 1997, que recomenda que nas compras de licitações públicas de produtos farmacêuticos realizadas nos níveis federal, estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniados e contratados pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores desses produtos.
- ◆ Portaria MS/SVS nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;
- ◆ Portaria MS/SVS nº 802, de 8 de outubro de 1998, institui o Sistema de Controle e Fiscalização em toda a cadeia dos produtos farmacêuticos;
- ◆ Portaria MS/GM nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005, que institui comissão para elaboração da política de gestão tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT;
- ◆ Portaria MS/GM nº 699, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão;
- ◆ Portaria MS/GM nº 1554, de 30 de julho de 2013, dispõe sobre as regras de financia-

mento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- ◆ Portaria MS/GM nº 1555, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- ◆ Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.
- ◆ Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
- ◆ Norma Operacional Básica – NOB/SUS nº 01/1991, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991;
- ◆ Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS nº 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios;
- ◆ Resolução MS/CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos princípios constantes no anexo desta portaria.
- ◆ Resolução MS/CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, que aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde;
- ◆ RDC Anvisa nº 80, de 11 de maio de 2006, que institui que as farmácias e drogarias poderão fracionar medicamentos a partir de embalagens especialmente desenvolvidas para essa finalidade de modo que possam ser dispensados em quantidades individualizadas para atender às necessidades terapêuticas dos consumidores e usuários desses produtos, desde que garantidas as características asseguradas no produto original registrado e observadas as condições técnicas e operacionais estabelecidas nesta resolução;
- ◆ RDC Anvisa nº 67, de 8 de outubro de 2007, que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias;

- ◆ RDC Anvisa nº 44, de 17 de agosto de 2009, que 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;
- ◆ RDC Anvisa nº 36, de 26 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;
- ◆ RDC Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- ◆ Resolução CFF nº 357, de 20 de abril de 2001, que aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.
- ◆ Resolução CFF nº 578, de 26 de julho de 2013, que regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- ◆ Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências;
- ◆ Resolução CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013, que regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências;
- ◆ Resolução CFF nº 596, de 21 de fevereiro de 2014 que dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.
- ◆ Resolução CFF nº 654, de 22 de fevereiro de 2018, que dispõe sobre os requisitos necessários à prestação do serviço de vacinação pelo farmacêutico e dá outras providências;
- ◆ Portaria Secretaria Municipal da Saúde - SMS nº 2.267 de 10 de dezembro de 2015, que altera o § 3º do art. 3º e substitui o anexo 4 da Portaria SMS.G. 82/2015, que normatiza a prescrição e a dispensa de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde - SUS sob gestão municipal.

SITES INTERESSANTES

- ◆ Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – portal.anvisa.gov.br/
- ◆ ALFOB – Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil – www.alfob.org.br
- ◆ BVS – Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde – bvsm.sau.gov.br/
- ◆ CVS/SP – Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo – www.cvs.sau.gov.br
- ◆ CVE/SP – Centro de Vigilância Epidemiológica – www.cve.sau.gov.br
- ◆ CFF – Conselho Federal de Farmácia – www.cff.org.br
- ◆ CRF-SP – Conselho Regional de Farmácia de São Paulo – portal.crfsp.org.br/
- ◆ Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - www.conasems.org.br/
- ◆ Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde – www.conass.org.br
- ◆ Cosems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo - www.cosemssp.org.br/
- ◆ MS – Ministério da Saúde – portalms.sau.gov.br/
- ◆ OMS – Organização Mundial da Saúde – www.who.int
- ◆ OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde – www.paho.org/bra/
- ◆ Sinfar – Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de São Paulo – www.sinfar.org.br
- ◆ FURP – Fundação para o Remédio Popular – www.furp.sp.gov.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICANA. Secretaria de Saúde de Americana. **Visão geral**. Disponível em: <<http://www.saudeamericana.com.br/portal/uvisa.php>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 de nov. 1998. Seção 1, p.18. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 de fev. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9787.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os centros de atenção psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: caps I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1, p.22. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de maio. 2004. Seção 1, p.52. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de maio. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p.43. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada nº 80, de 11 de maio de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 de maio. 2006b. Seção 1, p.48. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/rdc0080_11_05_2006.html>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Coordenação Geral de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação da Qualidade de Produtos e Serviços Farmacêuticos. **Material do Facilitador. Seminário Internacional para Implantação da Atenção Farmacêutica no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 13 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Série B: Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponí-

vel em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Parte 1. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Parte 2. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p2.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.488, 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 Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Seção 1, p.230. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. 110p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

CAMPOS, G.W.S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.4 (2). Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013>. Acesso em: 21 jun. 2017.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília, CFF, 2015. 298p. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

CRF-SP. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Multidisciplinaridade no setor**. Revista do Farmacêutico, nº 92. São Paulo: CRF-SP, 2008. Disponível em: <http://portal.crfsp.org.br/cf/revista/revista_92.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.

CRF-SP. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Farmacêutico é essencial no NASF**. Revista do Farmacêutico, nº 96. São Paulo: CRF-SP, 2009. Disponível em: <http://portal.crfsp.org.br/cf/Arquivos/Revista_96.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.

CRF-SP. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Comissões Assessoras de Saúde Pública do CRF-SP. **Assistência farmacêutica municipal: diretrizes para estruturação e processos de organização**. São Paulo: CRF-SP, 2013. 72p. Disponível em: <http://portal.crfsp.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7339>. Acesso em: 21 jun. 2017.

FIGUEIREDO, E.N. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família: diretrizes e fundamentos**. Especialização em Saúde da Família. Módulo Político Gestor. s.d. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.

GRANADO, M. SANTOS, R.; **Ações de Vigilância em Saúde**. In: Serviços Farmacêuticos/ UNICOMISSÃO ACESSORA DE SAÚDE PÚBLICA

versidade Federal de Santa Catarina, Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2001.

JAPIASSU H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

MARIN, N. et al. **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS. 2003.373 p. ilustradas.

MS. Ministério da Saúde. **Outros centros de atenção psicossocial – CAPS**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

MS. Ministério da Saúde. **CAPS: Centro de Atenção Psicossocial**. 2004. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12609-caps>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

MOURA, R.A. **Logística: Suprimentos, Armazenagem, Distribuição Física**. São Paulo: Ibm, 1989.

NINOMYA, T.O **Papel dos Laboratórios Oficiais na Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: ALFOB, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Oficina Sanitaria Panamericana. **Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud**. El Papel Del Farmacéutico En El Sistema de Atención de Salud – Informe de La Reunión de La OMS/Buenas Prácticas de Farmacia: Normas de Calidad de Servicios Farmacéuticos – La Declaración de Tokio – Federación Internacional Farmacéutica. Japão: WHO/PHARM/95.01. 27 p.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta**. Brasília: Opas, 2002. 42p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_

sup/f_materia_15277.htm>. Acesso em: 20 jun. 2017.

SÃO PAULO (estado). Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Segurança Pública. **Superintendência da política técnico-científica**. Disponível em: <http://www.ssp.sp.gov.br/Institucional/Organograma/organograma_sptc.aspx>. Acesso em: 21 jun. 2017.

TELEFONES

www.crfsp.org.br

SEDE

Rua Capote Valente, 487 – Jd. América
São Paulo – SP
CEP 05409-001
Tel.: (11) 3067.1450

SECCIONAIS

Adamantina: Tel.: (18) 3522.2714
Araçatuba: Tel.: (18) 3624.8143
Araraquara: Tel.: (16) 3336.2735
Avaré: Tel.: (14) 3733.3583
Barretos: Tel.: (17) 3323.6918
Bauru: Tel.: (14) 3224.1884
Bragança Paulista: Tel.: (11) 4032.8617
Campinas: Tel.: (19) 3251.8541 / (19) 3252.4490
Caraguatatuba: Tel.: (12) 3882.2454
Fernandópolis: Tel.: (17) 3462.5856
Franca: Tel.: (16) 3721.7989
Guarulhos: Tel.: (11) 2468.1501
Jundiaí: Tel.: (11) 4586.6065
Marília: Tel.: (14) 3422.4398
Mogi das Cruzes: Tel.: (11) 4726.5484
Osasco: Tel.: (11) 3682.2850 / (11) 3685.9063
Piracicaba: Tel.: (19) 3434.9591 / (19) 3434.9591
Presidente Prudente: Tel.: (18) 3223.5893
Registro: Tel.: (13) 3822.1979

Ribeirão Preto: Tel.: (16) 3911.9016 / (16) 3911.5054

Santo André: Tel.: (11) 4437.1991 / (11) 4990.7449

Santos: Tel.: (13) 3233.5566

São João da Boa Vista: Tel.: (19) 3631.0441

São José dos Campos: Tel.: (12) 3921.4644 / (12) 3942.2792

São José do Rio Preto: Tel.: (17) 3234.4043 / (17) 3234.4971

Sorocaba: Tel.: (15) 3233.8130 / (15) 3233.3022

SECCIONAIS NA CAPITAL

Centro/Leste:

Centro: Tel.: (11) 3337.0107

Leste: Tel.: (11) 2092.4187

Zona Norte: Tel.: (11) 2283.0300

Zona Leste: Tel.: (11) 2361.9152

Zona Sul: Tel.: (11) 5181.2770



Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

Sede: Rua Capote Valente, 487 - Jardim América - São Paulo-SP - CEP 05409-001
Fone (11) 3067.1450 – www.crfsp.org.br