

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**ENSAIOS SOBRE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E PARTICIPAÇÃO DA
COMUNIDADE NA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

RODRIGO SILVEIRA PINTO

Porto Alegre, 2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**ENSAIOS SOBRE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E PARTICIPAÇÃO DA
COMUNIDADE NA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Tese apresentada por **Rodrigo Silveira
Pinto** para obtenção do TÍTULO DE
DOUTOR em Ciências Farmacêuticas

Orientador: Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro
Coorientador: Prof. Dr. Frederico Viana Machado

Porto Alegre, 2021

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Doutorado Acadêmico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 29/01/2021, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dr. Isabela Heineck

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dr. Marení Rocha Farias

Universidade Federal de Santa Catarina

Silveira Pinto, Rodrigo
Ensaio sobre Assistência Farmacêutica e
Participação da Comunidade na Saúde na Atenção Básica
/ Rodrigo Silveira Pinto. -- 2021.
290 f.
Orientador: Mauro Silveira de Castro.

Coorientador: Frederico Viana Machado.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Atenção Básica à Saúde. 2. Participação Social. 3. Conselhos de Saúde. 4. Assistência Farmacêutica. 5. Avaliação em Saúde. I. Castro, Mauro Silveira de, orient. II. Machado, Frederico Viana, coorient. III. Título.

*Cale o cansaço, refaça o laço
Ofereça um abraço quente
A música é só uma semente
Um sorriso ainda é a única língua que
todos entende*

(Tio, gente é pra ser gentil)

(...)

Tudo, tudo, tudo, tudo que nós tem é nós

Tudo, tudo, tudo que nós tem é

Tudo, tudo, tudo que nós tem é nós

Tudo, tudo, tudo que nós tem é

(Emicida)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não seria possível se não fosse o envolvimento de pessoas, famílias, comunidades e instituições que direta ou indiretamente me auxiliaram nesse processo.

Agradeço à minha querida e amada Cristiane Manoela Silva, minha esposa, por seu amor e carinho, e por me auxiliar a me conectar comigo mesmo e com a espiritualidade que tinha esquecido. Você me ajudou sistematicamente em todos os momentos deste trabalho.

Ao professor Mauro Silveira de Castro, meu orientador, por sua inquietude, sua forma ímpar de ver o mundo à nossa volta, e por suas ideias geniais que nos tiram da zona de conforto e me fazem pensar.

Ao professor Frederico Viana Machado, meu coorientador, por seu apoio sempre presente nessa caminhada, por me mostrar uma outra forma de enxergar a participação social como forma de se ter democracia plena, e por me tratar como “sujeito pesquisador”, sendo um parceiro horizontal na pesquisa.

A Thales Henrique Pinto, Maurício Nin e Fernanda Fontenelle, por me auxiliarem na estrutura da tese, contando, corrigindo, traduzindo, formatando e debatendo sobre seus temas.

A Nathiele Boeno, por ter me dado apoio no momento mais crítico da tese, cuidando da farmácia enquanto eu escrevia.

A Cristiane Manoela Silva, ao Gabriel Chiomento e a Melissa Hepp, por me ajudarem na estrutura da qualificação da tese, contando, corrigindo, traduzindo, formatando e debatendo sobre seus temas.

Aos “seres humaninhos” Charlie e Funny, pela companhia, carinho e lealdade.

À família Silveira Pinto – meus pais José Antônio e Maria Aparecida, meus irmãos Thales e Bruna – por estarem sempre próximos e preocupados com meu bem estar, mesmo à distância.

À família Lopes Silva – meus sogros Erivelto e Mari Elisabet, meus cunhados Miguel Otávio e Camila Helena – por me acolherem como um filho, me dando suporte sempre que precisei.

À comunidade do Controle Social de Porto Alegre, constituída pelos Conselhos Municipal, Distritais e Locais de Saúde, por desenvolverem esta pesquisa junto comigo.

À comunidade “Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica” e a todos os seus membros, pela parceria em projetos importantes para a profissão farmacêutica e pelos debates.

À comunidade “Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde”, pela parceria em desenvolver a pesquisa e a oficina de devolução dos dados.

À comunidade “*Gulag is Back*” e seus membros Otávio Augustin, Bruna Bernar, Julia Werner, Camila Muneretto, Gabriel Chiomento e Cristiane Manoela Silva, pelos momentos de debate, descontração e reforço da importância da defesa de um SUS e de uma educação farmacêutica de qualidade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, pela sua estrutura sólida e de qualidade que me permitiu me desenvolver como pesquisador.

Ao ensino público, gratuito e de qualidade que tive em minha formação como farmacêutico, pesquisador e cidadão ciente de direitos e deveres para com o próximo – em especial às Universidades Federais de Ouro Preto, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul.

RESUMO

Um Sistema de Atenção à Saúde (SAS) é uma resposta organizada para auxiliar na melhoria da qualidade de vida de uma população definida. Para atingir esse objetivo, a Atenção Básica à Saúde (ABS) é tida como essencial. No Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde é um direito, e deve ser organizada com a ABS como seu ordenador e coordenador. Uma diretriz constitucional que rege o SUS é a participação da comunidade, que pode ser institucionalizada e/ou informal. Na ABS, o Conselho Local de Saúde (CLS) é tido como aposta para promover a participação nesse nível de atenção à saúde. Outra diretriz diz respeito ao atendimento integral, que, para ser garantido, necessita, entre outras iniciativas de um arsenal terapêutico que é organizado pela Assistência Farmacêutica (AF). Baseado nesses pressupostos, duas perguntas de pesquisa guiaram o processo de construção desta tese: 1) Como se dá a Participação da Comunidade na Saúde (PCS) na gestão da ABS? 2) Existe uma relação entre a AF e a PCS na gestão da ABS no SUS? Para responder a essas questões, foram realizadas revisões da literatura sobre o papel da AF e da PCS nesse contexto, além de avaliar a distribuição de CLS no SUS, por meio de análise do segundo ciclo do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (2013-2014), e de identificar a presença e formas de funcionamento desses arranjos e suas relações com a AF. Este último trabalho foi construído por meio de pesquisa de campo na cidade de Porto Alegre mapeamento e entrevistando participantes de Conselhos Locais de Saúde e oficina de devolução dos dados coletados. A AF na ABS vem sendo estruturada desde 1971, e vem passando por processos e mudanças para alcançar a integralidade do cuidado, por meio de Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais e Clínico-Assistenciais. Destacam-se três modelos lógicos nessa evolução: foco na distribuição, foco no acesso e foco na resolução de necessidades dos usuários de medicamentos. O segundo modelo é o mais prevalente atualmente. A PCS é um tema complexo e as evidências disponíveis de sua efetividade vêm de estudos com baixa qualidade metodológica, sendo necessário compreender melhor as variáveis envolvidas para avaliar esse impacto. Segundo dados do PMAQ-AB, a presença de CLS ou instância equivalente não é uma realidade nas Unidades de Saúde, exceto em capitais das regiões Sul e Sudeste. O desconhecimento desses espaços pelos usuários é predominante em todo o Brasil. Observando a cidade de Porto Alegre, a inclusão de CLS como meta de gestão da

Secretaria Municipal de Saúde a partir de 2010 resultou em mais espaços implantados, onde a falta de medicamentos foi o assunto mais discutido. É necessário ofertar Educação Permanente aos membros do CLS para ampliar sua resolutividade e o reconhecimento da própria comunidade. A AF precisa de uma PCS ativa e formalizada, pois essa integração pode potencializar a implantação de modelos mais resolutivos para a saúde. A PCS precisa de uma AF estruturada, pois quando existem ações resolutivas na comunidade, ela se empodera e pode ser reconhecida como especialista em sua própria cultura pelos serviços de saúde. Desta forma, um SAS que pretende universalizar o acesso aos serviços de saúde tendo a ABS como base estruturante precisa qualificar seus serviços considerando as características das comunidades pelas quais é responsável.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Participação Social; Conselhos de Saúde; Assistência Farmacêutica; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

A Health Care System is an organized response that aims to improve the quality of life of a defined population. To achieve this objective, Primary Health Care (PHC) is considered essential. In Brazil's Unified Health System (SUS), health is a constitutional right, and the system must be organized around PHC as its originator and coordinator. A constitutional guideline that governs SUS is Community Participation, which can be formal and/or informal. At PHC, the Local Health Council (CLS) is seen as a way of promoting Community Participation in this level of Health Care. Another guideline concerns Integral Care, which, to be guaranteed, requires a therapeutic arsenal that is organized by Pharmaceutical Services (PS). Based on these assumptions, two research questions guided the process of building this thesis: 1) How does Community Participation take place in PHC? 2) Is there a relationship between Pharmaceutical Services and Community Participation in the management of PHC within SUS? To answer these questions, literature reviews were conducted regarding the roles of Pharmaceutical Services and Community Participation in this context; an assessment of the distribution of Local Health Councils in SUS was performed through the analysis of the second cycle of the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB) (2013-2014); and these arrangements' presence and ways of functioning were identified, as well as their relations with PS. This last work was accomplished through field research in Porto Alegre, mapping and interviewing participants of Local Health Councils and realizing a workshop to return the collected data. Pharmaceutical Services have been structured in PHC since 1971, and it has undergone processes and changes to achieve comprehensive care, through Pharmaceutical Technical-Managerial and Clinical Services. Three logical models stand out in this evolution: focus on distribution, focus on access, and focus on solving users' needs; the second model is predominant nowadays. Community Participation is a complex topic, and all evidence available regarding its effectiveness comes from studies with low methodological quality, therefore a better understanding of the variables involved is required to assess its impact. According to data from the PMAQ-AB, the presence of Local Health Councils or equivalent instance is not a reality in most health units, except in capitals of the South and Southeast regions. The lack of knowledge of such organisms is prevalent among the system's users throughout Brazil. Observing the city of Porto Alegre, the inclusion of CLS among Municipal Health

Department's management goals resulted in the implementation of more Local Health Councils, in which the lack of medication was the most discussed subject. It is necessary to offer Permanent Education to Council members to increase their effectiveness and their recognition from the community itself. Pharmaceutical Services need active, formalized Community Participation, as this integration can enhance the implementation of more effective Health Care models. The Community Participation needs structured Pharmaceutical Services, as effective actions help empowering the community, leading to its recognition as a specialist in its own culture. In conclusion, a system that intends to universalize access to health services with PHC as a structuring base needs to qualify its services according to the characteristics of the communities for which it is responsible.

Keywords: Primary Health Care; Community Participation; Health Councils; Pharmaceutical Services; Health Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1: Modelo de Gestão por Processos para os Serviços Farmacêuticos na ABS.....	48
Figura 4.2: Integração entre Serviços Farmacêuticos e o processo de uso de medicamento de um usuário na ABS.....	64
Figura 4.3: Modelos Lógicos de organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.....	93
Figura 5.1: Determinantes da Saúde da Comunidade	128
Figura 6.1: Identificação de CLS ativos no município de Porto Alegre.....	162
Figura 6.2: Temas discutidos nas reuniões	164
Figura 6.3: Formas de convidar a comunidade para as Reuniões do CLS	165

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1: Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia de um usuário	45
Quadro 4.2: Classificação das Intervenções Farmacêuticas para prevenir ou resolver Problemas Relacionados à Farmacoterapia de uma pessoa	45
Quadro 4.3: Serviços farmacêuticos na ABS	49
Quadro 4.4: Fatores que favorecem a atuação do farmacêutico em ABS	54
Quadro 4.5: Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais	62
Quadro 4.6: Iniciativas do Eixo Educação do QUALIFAR-SUS para capacitação de profissionais atuantes na AFABS	71
Quadro 4.7: Outras iniciativas para capacitação de profissionais atuantes na AFABS	72
Quadro 4.8: Componentes do Serviço de Clínica Farmacêutica	74
Quadro 4.9: Dez categorias de indicadores com maior pontuação realizado pelas oficinas de avaliação da PNAF	78
Quadro 4.10: Barreiras e Facilitadores para farmacêuticos implementar mudanças nos Serviços Farmacêuticos na ABS	83
Quadro 4.11: Barreiras e Facilitadores de implementação de Acompanhamento Farmacoterapêutico na ABS	85
Quadro 4.12: Dimensões para garantia do acesso a saúde	86
Quadro 4.13: Aspectos do acesso aos serviços de saúde	86
Quadro 4.14: Relação entre Serviços Farmacêuticos e a Política Nacional de Atenção Básica	90
Quadro 4.15: Modelos Logísticos em AFABS	92
Quadro 4.16: Novos desafios para o modelo de Acesso a Medicamentos da AFABS	96
Quadro 8.1: Contribuições dos participantes da oficina “Desafios da participação social na Atenção Básica”	202
Quadro 9.1: Presença do termo “Atenção Primária à Saúde” na proposta de Ontologia da Assistência Farmacêutica elaborada por Osorio-de-Castro e colaboradores (2020)	208

LISTA DE TABELAS

Tabela 6.1: Fluxo administrativo dos 32 Conselhos Locais de Saúde entrevistados	163
Tabela 7.1: Comparação entre equipes participantes da Avaliação Externa do PMAQ com a população e unidades de ABS	183
Tabela 7.2: Existência de Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular nas US do Brasil, segundo respostas de profissionais da saúde	184
Tabela 7.3: Conhecimento dos usuários sobre existência de Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular nas US do Brasil	186
Tabela D.1: Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Doutor Ulysses, PR, 2011	230

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	23
2	INTRODUÇÃO	27
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo geral	31
3.2	Objetivos específicos	31
4	REFLEXÕES E PERSPECTIVAS SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO FARMACÊUTICO PARA A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	33
4.1	Breve histórico da profissão farmacêutica	34
4.2	Modelo de prática do farmacêutico	41
4.3	O farmacêutico na Atenção Básica à Saúde	44
4.4	O farmacêutico e a Atenção Básica à Saúde no SUS	55
4.4.1	A construção do modelo de prática da atuação do farmacêutico na ABS no Brasil	55
4.4.2	Da teoria à prática: esforços para a implantar e avaliar da Assistência Farmacêutica na ABS	65
4.4.3	Evidências sobre a realização de Serviços Farmacêuticos na ABS no SUS	80
4.5	Organizando a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	86
4.6	Reflexões e perspectivas para o Farmacêutico e a Farmácia na Atenção Básica	98
	Referências	99
5	A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DO ESTADO DA ARTE	117
	Introdução	118
	Metodologia	120
	Conceito de saúde	120
	A Saúde da Comunidade	124
	A Atenção Básica à Saúde e a Saúde da Comunidade	129
	Participação da Comunidade na Saúde	133
	Existem evidências de resultados positivos quanto à Participação da Comunidade na Saúde?	135
	O SUS e a Participação da Comunidade na Saúde na ABS	137

	Considerações finais	144
	Referências	145
6	ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE	155
	Introdução	156
	Metodologia	159
	Resultados	162
	Discussão	165
	Considerações finais	171
	Referências	172
7	PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES A PARTIR DO SEGUNDO CICLO DO PROGRAMA NACIONAL DA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	177
	Introdução	178
	Metodologia	180
	Resultados	182
	Discussão	188
	Considerações finais	191
	Referências	192
8	“DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE PORTO ALEGRE” – OFICINA DE DEVOUÇÃO E DE APROFUNDAMENTO SOBRE FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE PORTO ALEGRE	197
8.1	Caminhos para a organização das oficinas	199
8.1.1	Oficina de devolução	199
8.1.2	Oficina de aprofundamento sobre as ações dos CLS	200
8.2	Resultados das oficinas	202
8.3	Perspectivas futuras	204
	Referências	204
9	DISCUSSÃO GERAL	207
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	213
	REFERÊNCIAS	215

APÊNDICES	221
APÊNDICE A – Municípios participantes do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB)	222
APÊNDICE B – Motivos para não participação na avaliação externa do Segundo Ciclo do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB)	223
APÊNDICE C – Contribuições dos participantes da Oficina Desafios da participação social na Atenção Básica	224
ANEXOS	237
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/SMSPA nº 58781116.7.3001.5338	238
ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul nº 58781116.7.0000.5347	246
ANEXO C – Formulário: Agenda, composição e representação dos Conselhos Locais de Saúde	251
ANEXO D – Questionário: Estruturação dos Conselhos Locais de Saúde em Porto Alegre	254
ANEXO E – Termo de consentimento livre e esclarecido (Conselheiros Locais de Saúde)	261
ANEXO F – Cartilha “Caderno de Resultados — Pesquisa Desafios da Participação Social na Atenção Básica: Análise dos Conselhos Locais”	263
ANEXO G – História fictícia para simulação em dinâmica de grupo – Oficina de aprofundamento sobre as ações dos CLS	281
ANEXO H – Termo de consentimento livre e esclarecido (Oficinas)	288
ANEXO I – Autorização para uso de imagem (Oficinas)	290

1 APRESENTAÇÃO

Esta tese foi construída a partir da minha vivência entre mundos diferentes e complementares. Na minha vida acadêmica durante a graduação, tive contato com o mundo das ciências biomédicas e farmacêuticas e com a vida republicana de Ouro Preto, Minas Gerais (MACHADO, 2013). Vivia no mundo da academia, das provas, do estudo e das monitorias, ao mesmo tempo em que vivenciava a parceira com os demais moradores da república, dando suporte uns aos outros, organizando eventos e festas com o objetivo de engrandecer a instituição, comprando móveis e auxiliando financeiramente nos gastos da república e na socialização com a comunidade acadêmica da universidade.

No momento da formatura, uma decisão importante precisava ser tomada: continuar na carreira acadêmica ou conhecer o “mundo real”? Optei pela segunda. Trabalhando em farmácias comunitárias, convivi com dois dilemas: o uso racional de medicamentos e a necessidade de lucro. Tentava da melhor forma auxiliar os clientes da farmácia a conseguirem resultados positivos em saúde, e percebia os impactos da medicalização da vida, da busca por uma substância química para resolver os problemas, fosse de forma orientada por profissionais da saúde ou por automedicação. Isso era impulsionado pelas técnicas de venda dos demais atendentes da farmácia, que recebiam comissão por cada item vendido. Entre esses atendentes, um se destacou aos meus olhos, o Ribeiro. As pessoas faziam fila para procurá-lo, mesmo quando os demais atendentes estavam disponíveis. Ficamos amigos, e ele me ensinou um pouco sobre como ele auxiliava as pessoas. Ribeiro sabia se colocar no lugar do outro, primeiro entendendo sua condição para, então, auxiliar com seus conhecimentos acumulados como atendente de farmácia.

Foi quando surgiu a oportunidade de trabalhar no município de Doutor Ulysses, no Paraná. Como o primeiro farmacêutico a assumir a organização da Assistência Farmacêutica (AF) e da Vigilância Sanitária, me deparei também com dois mundos: a necessidade de se organizar o acesso a medicamentos e outros insumos para a saúde para toda uma população, e a demanda por participar do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Eu precisava pensar e fazer acontecer a gestão logística e clínica dos medicamentos, e me organizar para participar e fazer minhas contribuições nas reuniões do CMS. A partir daí, percebi a necessidade de um maior aprofundamento

teórico e prático, e resolvi estudar mais. Fiz uma especialização à distância em Farmacologia na Universidade Católica Dom Bosco, que me ensinou mais sobre o assunto. Porém, diante de tantos desafios, conhecer uma disciplina isolada não iria me auxiliar a resolver uma demanda complexa como a que se apresentava. Foi então que me apareceu a possibilidade de realizar o curso “Farmacêuticos na APS: Construindo uma relação integral”, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). De maneira modular, esse curso abriu meus horizontes sobre as possibilidades de se fazer AF para a comunidade e sobre como integrar a AF com as discussões realizadas no CMS. Nesse contexto, três experiências tiveram destaque:

- Estruturação do Controle Social na cidade: fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde (CMS), com discussão em Conferência Municipal de Saúde sobre Controle Social;
- Estruturação do Saneamento da cidade: ações realizadas em conjunto com o CMS e o Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto, partindo do conhecimento do alto índice de consumo de medicamentos anti-helmínticos e soro de reposição oral;
- Aprimoramento do planejamento familiar: com base no alto consumo de contraceptivos, contrastando com os índices de gravidez precoce e relatos de uso inadequado dos métodos anticoncepcionais, foi realizado um conjunto de ações para conhecer e intervir nesse perfil, com auxílio dos professores municipais.

Nessas três experiências, ficou claro para mim que Assistência Farmacêutica e Participação da Comunidade na Saúde eram termos que precisavam de mais aprofundamento para serem corretamente compreendidos e aplicados. A AF não correspondia apenas ao que se trabalhava dentro da farmácia, com o fluxo logístico e clínico, nem a Participação da Comunidade se encerrava dentro do CMS, com a análise, proposição e fiscalização das políticas de saúde.

Assim, me inscrevi no curso de especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina, que me apresentou um método participativo para planejar o serviço de saúde, o Planejamento Estratégico Situacional (MATUS, 1991), cujo objetivo é confrontar o problema sob o ponto de vista dos diferentes atores envolvidos no planejamento. Ao mesmo tempo, ingressei no mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica,

tendo como orientador o professor Mauro Silveira de Castro, e me mudei para Porto Alegre. Me tornei membro do Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica da UFRGS, convivendo com pessoas que compartilhavam dessa ideia sobre a amplitude da AF. O professor Mauro me orientou no trabalho de conclusão de curso da especialização, onde abordamos, sob a visão de alunos, funcionários, usuários e professores, os problemas da Farmácia Escola da UFRGS (PINTO, 2012). Até então, ainda não tinha um projeto de mestrado definido. Porém, conversando com o professor Mauro sobre as experiências em Doutor Ulysses, ele mencionou uma abordagem que tinha visto em um congresso, chamada Atenção Primária Orientada à Comunidade (APOC) (INSTITUTE OF MEDICINE, 1984), que se assemelhava às experiências que tive na cidade paranaense. Decidimos então tentar correlacionar as vivências em Doutor Ulysses com a APOC, nos aproximando dos professores Jaime e Rosa Gofin, que foram discípulos diretos dos professores Sidney e Emily Kark, criadores dessa abordagem (GOFIN, 2006). Tivemos a felicidade de nos encontrarmos presencialmente no 13º Congresso Internacional de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, onde tivemos uma intensa interação.

Nesse momento, meus mundos se dividiam entre a educação e a pesquisa. Trabalhei como bolsista e depois como assistente técnico de ensino dos cursos “Farmacêuticos na APS: Trabalhando em Rede” e “Farmacêuticos na APS: Trabalhando em Rede na Saúde Indígena”, produzindo conteúdos e objetos de aprendizagem e ministrando oficinas presenciais sobre a APOC e a Saúde da Comunidade para farmacêuticos de todo o Brasil. Trabalhei também no III Curso Virtual “Serviços farmacêuticos baseados na Atenção Primária de Saúde (APS) para gestores”, voltado para farmacêuticos da América Latina. Também trabalhei no Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul, ministrando cursos e palestras sobre AF. Depois fui chamado para lecionar nos cursos de Farmácia e Medicina na Universidade de Caxias do Sul, sendo responsável também pela Farmácia Escola. Na pesquisa, o foco era compreender melhor a APOC e sua aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com o estudo de caso sobre o Controle Social em Doutor Ulysses, sendo esses dois focos o tema da minha dissertação de mestrado (PINTO, 2014).

Porém, ao contrário do que esperávamos, a Participação da Comunidade não caminhou de modo proporcional ao avanço do CMS da cidade. Quanto mais o Conselho agia, fiscalizava e propunha ações, mais os conselheiros-usuários faltavam

às reuniões e menos eles se expressavam. A pesquisa tinha que continuar, para possibilitar uma melhor compreensão desse processo e um olhar mais próximo da realidade de quem participa da Atenção Básica à Saúde (ABS). Dessa forma, nos aproximamos do CMS de Porto Alegre, onde tivemos a felicidade de saber que já havia uma pesquisa em andamento sobre esse tema, sob a coordenação do professor Frederico Machado Viana. Conversamos, o professor Frederico fez a proposta de me incluir na pesquisa e nós o convidamos para ser o coorientador da minha tese. Dessa forma, comecei a participar das atividades do Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde, conhecendo mais a fundo a Participação Social.

Esta tese mostra pontos em comum entre esses dois mundos, a Assistência Farmacêutica e a Participação da Comunidade na Saúde, na Atenção Básica à Saúde do SUS. Por meio de seus produtos, quero expressar o conhecimento, experiência e visão de mundo acumulados na teoria e na prática da minha caminhada profissional e acadêmica, com os dados que conseguimos coletar e analisar, dando novos rumos para quem pesquisa, trabalha, usa e defende um Sistema Único de Saúde público, gratuito, universal, equânime e integral.

2 INTRODUÇÃO

A organização de um Sistema de Atenção à Saúde (SAS) é realizada com o envolvimento de instituições públicas e privadas, pessoas e recursos, visando proporcionar ações e serviços de saúde para suprir as necessidades de uma determinada população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007). Independentemente da estratégia de implementação do SAS para garantir o acesso universal às ações e serviços de saúde (SCHMETS e colaboradores, 2016; GIOVANELLA e colaboradores, 2018), a Atenção Básica à Saúde (ABS) é entendida como fator estruturante e essencial para seu sucesso (WHITE, 2015). Giovanella (2018) e Rifkin (2018) trazem essa discussão à tona, mostrando que, mundialmente, desde 1978 existem esforços para se compreender e implementar a rede de cuidados em saúde de maneira mais próxima às pessoas, ofertando espaços de produção de saúde, educação e cidadania, bem como todas as disputas envolvidas neste processo.

No Brasil, a saúde é considerada um direito (BRASIL, 1988), e o Sistema Único de Saúde (SUS) foi a estratégia construída para cumprir esse preceito constitucional. Sua organização é construída por uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada para ofertar ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde, tendo a ABS como ordenadora e coordenadora (BRASIL, 2010; 2011a; 2017).

Outra diretriz constitucional que rege o SUS é a Participação da Comunidade, que se dá de diversas formas, sendo considerada uma das três diretrizes principais da estruturação do Sistema Único de Saúde. Institucionalmente, a comunidade tem participação assegurada por lei nas decisões de saúde no Brasil por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1990a). Esses órgãos têm a função de analisar e propor diretrizes para a política de saúde, acompanhar seu andamento e fiscalizar, inclusive nos aspectos financeiros da União, dos estados e dos municípios. Existem outros canais que possibilitam essa participação (COELHO, 2012), mas daremos especial destaque ao Conselho Local de Saúde (CLS). A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) recomenda que cada Unidade de Saúde (US) forme um conselho ou colegiado constituído também de gestores locais, profissionais e usuários dessa unidade, de modo a auxiliar em sua própria gestão. A instituição

desse órgão tem o potencial de aprimorar a participação da comunidade na saúde, devido à grande proximidade entre ele, a Unidade de Saúde e a população.

O atendimento integral das pessoas, previsto como diretriz constitucional, foi regulamentado pela Lei Federal nº 8080/90 (BRASIL, 1990b). Nela se destaca a “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”, que consiste na dispensação de medicamentos e outros insumos para a saúde e na oferta de procedimentos terapêuticos regulados pelo ente federal (BRASIL, 2011b). Conhecida como Assistência Farmacêutica (AF), é constituída de ações e serviços que visam garantir à sociedade acesso e uso racional dos medicamentos, que são tecnologias essenciais para garantir a resolutividade das ações da ABS.

Como partes estratégicas do desenvolvimento da ABS no SUS, essas duas áreas contam com extensa contribuição acadêmica. Existe um amplo debate acerca da efetividade dos arranjos participativos no campo da saúde, com estudos que discutem seu papel na democratização e no aprimoramento das políticas públicas do SUS (CÔRTEZ, 2006). Diversos autores apresentam questionamentos persistentes sobre a qualidade da participação e dos processos de deliberação (STRALEN, 2005), o envolvimento e a mobilização da comunidade nos espaços de participação (CÔRTEZ, 2009a), e a capacidade desses arranjos em fomentar a troca de informações necessárias ao aprimoramento da gestão pública (CÔRTEZ, 2009b). Como argumentam Kohler e Martinez (2015, p. 8, tradução nossa), embora os conselhos de saúde pretendam ser inclusivos e participativos, “na prática, eles parecem ter pouco impacto sobre o processo de elaboração de políticas de saúde no Brasil (...) e suas deliberações são muitas vezes estreitas e controladas”. Apesar de alvo de três revisões de literatura (ABREU, 2014; BRITO, 2014; FERNANDES e colaboradores, 2017), ainda não existe uma avaliação nacional da extensão da Participação da Comunidade na Atenção Básica no SUS.

A discussão sobre a Assistência Farmacêutica também é vasta, incluindo desde a perspectiva histórica (ALENCAR, 2016), proposta de modelo de funcionamento (CORRER e colaboradores, 2011), impacto financeiro dos danos associados ao uso de medicamentos (FREITAS e colaboradores, 2018), estratégias de construção da política pública (OSÓRIO-DE-CASTRO e colaboradores, 2017; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2018) e sua relação com as ciências sociais (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2014). Desde a publicação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), diversas ações foram realizadas para

reorientar esta Política (BRASIL, 2018), entre elas a organização dos serviços voltados à ABS. Com o advento das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010), os serviços ofertados pela Assistência Farmacêutica foram colocados como sistemas de apoio, ou seja, dando suporte ao sistema, sem um território específico de atuação. Resultados oriundos da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (BRASIL, 2012) mostraram grandes desafios para a reorientação do sistema, antes focado na distribuição dos medicamentos, para um sistema resolutivo, que forneça acesso e obtenha resultados concretos e mensuráveis do uso destas tecnologias.

Sendo assim, esta tese pretende contribuir com estas duas discussões, apresentando e organizando evidências para se compreender a extensão e a condução frente aos novos desafios do SUS por meio de duas Perguntas de Pesquisa:

- Como se dá Participação da Comunidade na Saúde (PCS) na gestão da ABS?
- Existe uma relação entre a AF e a PCS na gestão da ABS no SUS?

Esta tese é um dos produtos do projeto de pesquisa intitulado “Desafios da participação social na atenção básica: análise dos conselhos locais de saúde na cidade de Porto Alegre e estudo comparativo com experiências de participação nas casas da saúde na Itália” (MACHADO, 2016). Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e aprovado sob o número de registro 58781116.7.0000.5347 (ANEXO A), com o objetivo de “analisar a estrutura institucional e dinâmica de funcionamento dos CLS implantados nas UBS de Porto Alegre” (MACHADO, 2016).

Além disso, traz-se o conhecimento acumulado ao longo da trajetória profissional e acadêmica do doutorando na Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Esta tese está organizada em dois capítulos e dois artigos que contribuem com o estado da arte e discutem aspectos importantes da Assistência Farmacêutica e da Participação da Comunidade na Saúde, no contexto da Atenção Básica. Houve também uma oficina de devolução dos atores do Controle Social de Porto Alegre dos resultados expressos no Artigo 1.

O Capítulo “Reflexões e perspectivas sobre a contribuição do farmacêutico para a Atenção Básica à Saúde” traz um resgate da Assistência Farmacêutica sob o ponto de vista da construção histórica da farmácia e do farmacêutico no papel de provedores

de saúde, e acompanha seu “apagamento”, com o advento da indústria farmacêutica, e sua reorientação, propondo um modelo para a ABS no SUS.

O artigo “A Participação da Comunidade na Saúde na Atenção Básica: uma revisão do estado da arte” traz uma revisão do estado da arte sobre a Participação da Comunidade no contexto dos sistemas de saúde baseados em ABS.

O artigo “Estruturação e funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre” apresenta evidência primária sobre a atuação dos CLS no município de Porto Alegre, avaliando, a partir do ponto de vista de seus membros, como está a implementação dessa estratégia, com especial enfoque na sua relação com a Assistência Farmacêutica.

O artigo “Participação da Comunidade na Atenção Básica: reflexões a partir do segundo ciclo do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)” revela a extensão da existência dos CLS em nível nacional, buscando apresentar as discrepâncias entre as regiões e tipos de cidade do Brasil.

O relatório “Desafios da participação social na Atenção Básica’: Análise dos Conselhos Locais de Saúde na cidade de Porto Alegre – Oficina de Devolução e de Aprofundamento sobre funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde na cidade de Porto Alegre” apresenta os resultados da referida oficina, que ocorreu na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul nos dias 24 de novembro e 1º de dezembro de 2018, com a participação de 84 atores do Controle Social na cidade de Porto Alegre, onde foram debatidos os resultados encontrados nesta pesquisa.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta tese é compreender as contribuições da Assistência Farmacêutica e da Participação da Comunidade na Saúde na estruturação da Atenção Básica à Saúde do SUS.

3.2 Objetivos específicos

- Definir modelos lógicos de funcionamento na Assistência Farmacêutica na Atenção Básica;
- Avaliar a contribuição da Participação da Comunidade na Saúde em um SAS;
- Dimensionar a Participação da Comunidade na Saúde na ABS do SUS;
- Compreender a Participação da Comunidade na Saúde em nível local no município de Porto Alegre.

4 REFLEXÕES E PERSPECTIVAS SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO FARMACÊUTICO PARA A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A arte dos profissionais responsáveis por transformar matérias primas em efeitos benéficos à saúde influenciou várias transformações em nossa sociedade. Desde a era pré-histórica, existem relatos de práticas em saúde que incluíam o uso de ervas medicinais (ELLIS, 2000). Com o desenvolvimento das civilizações, a população humana e animal aumentou, acarretando o surgimento de diversas moléstias. Era necessário implantar ações que compreendessem e aliviassem o sofrimento humano de uma forma estruturada e replicável. Profissionais se debruçaram sobre o dilema da relação entre saúde e doença, buscando as razões do adoecimento, selecionando e administrando terapias, observando a resposta e registrando os resultados. As civilizações mais antigas contavam com estruturas organizadas para o tratamento dos males, diversificando o papel desses profissionais que cuidavam das pessoas (BORCHARDT, 2002).

Um desses profissionais, que chamaremos aqui de farmacêutico¹, organizava seu arsenal terapêutico, constituído de matérias primas vegetais, animais e minerais, elaborando compêndios únicos, atraindo aprendizes, cuidando dos corpos e das almas adoecidas, entorpecidas, apaixonadas ou ambiciosas. Todo esse arsenal era armazenado em caixas de madeira ou algibeiras, até grandes estabelecimentos que continham uma infinidade de insumos, matérias primas e conhecimento. Um dos fatores necessários para a existência de uma sociedade organizada é a disponibilidade de matérias primas e conhecimento organizado para preparar, armazenar, selecionar, administrar, dispensar e acompanhar o uso de tratamentos (BORCHARDT, 2002; CUNQUEIRO, 2014). Neste capítulo, daremos especial atenção a essa relação entre o uso de insumos para a saúde e a sociedade, apresentando a contribuição do farmacêutico no decorrer do tempo ao ofertar seus serviços para a comunidade, com enfoque no Sistema Único de Saúde (SUS). Apresentaremos a evolução dos modelos de prática deste profissional, oferecendo perspectivas para aprimorar sua contribuição.

¹ Segundo o *Online Etymology Dictionary* (2020) e o *Merriam-Webster Dictionary* (2020), *apothecary* (boticário), *chemist*, *druggist* e *pharmacist* (farmacêutico) são sinônimos que nomeiam aquele que armazena, manipula e dispensa medicamentos. Selecionamos o termo *farmacêutico* por ser o termo usado atualmente para definir este profissional.

4.1 Breve histórico da profissão farmacêutica

Nascida junto com a própria civilização, a arte de converter matérias primas em saúde é registrada desde as civilizações egípcias, mesopotâmicas e sírias (BORCHARDT, 2002; SOUZA DIAS, 2005). Embora não houvesse uma diferenciação clara entre as profissões de saúde nessa época, dava-se especial atenção àqueles responsáveis pelo preparo ou venda de produtos para a saúde. Na Grécia e na Roma antiga, entre os profissionais que trabalhavam com a *materia medica*², havia os *pharmakopoi* (vendedores de medicamentos), que não tinham estatuto social elevado, enquanto os *rhizotomoi* (cortadores de raízes) registravam seu trabalho em livros e guias, e eram detentores de maior conhecimento e importância social. O povo árabe foi o primeiro a realmente formar farmacêuticos, sendo chamados de *sayadilah* (VANDEWIELE, 1987). Esses profissionais, com formação sólida, atuavam em estabelecimentos na cidade de Bagdá prestando seus serviços à população.

Tais estabelecimentos, que chamaremos aqui de farmácia³, eram coordenados por farmacêuticos, que eram formados conforme o conhecimento teórico, prático, espiritual e filosófico de cada região. Dessa forma, a farmácia exercia uma miríade de funções, conforme o estilo de cada profissional. Álvaro Cunqueiro, em sua obra *Tertulia de boticas prodigiosas y escuela de curandeiros* (2014), apresenta um pouco dessa diversidade. As farmácias continham verdadeiros arsenais de conhecimento e matérias primas raras, constituindo centros de formação cultural, religiosa e política e sendo consideradas estratégicas para o desenvolvimento de uma sociedade. Em sua obra, Miranda (2017, p. 300) fala sobre o papel da farmácia no Brasil Colônia:

As escassas boticas existentes na Colônia localizavam-se, geralmente, nas ruas principais [...]. No fundo da loja ficava o local de manipulação, onde eram equacionados os utensílios para a preparação dos medicamentos[...]. Local de socialização, a botica era um espaço de conversas, jogatinas e discussões políticas. O fato de não existirem periódicos noticiosos na Colônia fazia da botica um importante centro de divulgação das novidades vindas da Europa e, também, de propagação de novas ideias políticas. Os jornais muitas

² Corpo de conhecimento sobre as propriedades terapêuticas de qualquer substância utilizada para cura. O termo deriva do título do trabalho do médico e farmacêutico Pedanius Discórides, *De Materia Medica*, que retrata onde obter e como preparar diversos produtos para a saúde. Atualmente, este termo é conhecido como *farmacologia*.

³ Segundo o *Online Etymology Dictionary* (2020) e o *Merriam-Webster dictionary* (2020), *apothecary*, *pharmacy* (farmácia) *bodega* e *boutique* (botica), estão relacionadas em sentido e origem. Selecionamos o termo *farmácia* para designar este estabelecimento pois foi o termo determinado em Lei Federal (BRASIL, 1973; 2014a).

vezes vindos da Europa de forma clandestina eram lidos e muito disputados pelos frequentadores mais assíduos da botica.

Essas farmácias não se limitavam aos grandes estabelecimentos. Miranda (2017) relata a existência das “caixas de boticas”, verdadeiras farmácias móveis, determinantes na interiorização de tropeiros, farmacêuticos e jesuítas pelo interior do Brasil, além de terem objetivo estratégico na manutenção da saúde de tropas militares de conquista e nas embarcações que atravessaram o Atlântico.

Em contrapartida, essa diversidade de profissionais e de farmácias também causava danos à população. Não somente farmacêuticos eram autorizados a atuar nas farmácias, mas muitos outros com pouca ou nenhuma formação específica. Como citado anteriormente, na Grécia e Roma antigas existia uma grande diferença de conhecimento entre os *rhizotomoi* e os demais profissionais da área. No mundo árabe também existiam profissionais com baixa qualificação, que preparavam e comercializavam produtos para a saúde em concorrência com os *sayadilah*. Na Europa, o charlatanismo em relação aos cuidados de saúde era bastante frequente. Essas condições levaram a uma regulamentação seguida da fiscalização desses serviços (MIRANDA, 2017; SOUZA DIAS, 2005; VANDEWIELE, 1987).

Este cenário ficou praticamente estável até a 1ª Revolução Industrial, considerada um ponto de virada na história da farmácia (HOLLAND e NIMMO, 1999). A partir de 1870 emergiu a indústria farmacêutica, produzindo matérias primas para as farmácias. Neste estágio, um número cada vez maior de farmacêuticos parou com a produção dos compostos, manipulando os produtos previamente prontos de acordo com uma prescrição. Com a ascensão da indústria farmacêutica e o início da produção dos medicamentos totalmente industrializados, a farmácia foi aos poucos se transformando em um centro de distribuição da indústria, perdendo sua identidade única (HEPLER, 1987). A manipulação e prescrição foram desvalorizadas de tal forma pelos profissionais que o próprio código de ética da profissão farmacêutica nos Estados Unidos afirmava que um farmacêutico ético não poderia discutir com os pacientes os efeitos terapêuticos dos medicamentos prescritos (AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION, 1922). Para a sobrevivência financeira desse estabelecimento, iniciou-se então a diversificação de oferta de produtos, sendo o álcool “medicinal”⁴ e as máquinas de refrigerantes os principais produtos vendidos

⁴ Médicos e farmacêuticos exploravam comercialmente o álcool, visto a vigência da Lei Seca nos Estados Unidos, realizando prescrições e vendas deste produto para fins recreativos.

nessa época (URICK e MEGGS, 2019). Na farmácia hospitalar, os farmacêuticos realizavam somente atividades de gestão, manipulação de compostos, e participavam de comitês de farmácia e terapêutica (HOLLAND e NIMMO, 1999), porém, focados no produto. Nessa fase, é bem clara a mudança de visão do profissional (da pessoa para o produto) e a perda da identidade da farmácia e do próprio profissional sobre sua prática.

Nos anos 1950, apesar de a prática ainda estar fundamentada no produto, experiências que começaram a surgir nos cenários onde os farmacêuticos atuavam davam sinais de um novo tipo de atendimento. Esse atendimento se tornou necessário uma vez que nessa época houve uma grande diversificação da produção de medicamentos pela indústria farmacêutica sem o devido controle, causando danos em massa à saúde. O exemplo da talidomida foi um divisor de águas no sistema de regulação de novos fármacos (MORO e INVERNIZZI, 2017), exigindo que os profissionais focassem mais na orientação e entrega desses novos produtos (URICK e MEGGS, 2019). Farmacêuticos das farmácias comunitárias começaram a prover informações básicas aos usuários sobre os tratamentos prescritos, retomando a dispensação em sua prática. O Sistema de Saúde Indígena Americano contratou farmacêuticos para fazerem orientações sobre medicamentos em consultórios específicos (FISHER, 1995), enquanto os farmacêuticos hospitalares iniciaram a Farmácia Clínica (DAY e colaboradores, 1991). Segundo o *American College of Clinical Pharmacy* (2020), Farmácia Clínica é “uma especialidade das ciências da saúde em que farmacêuticos provêm cuidado ao paciente que otimiza a terapia farmacológica promovendo a saúde e a prevenção de doença” (tradução nossa). Com o advento da Farmácia Clínica, farmacêuticos hospitalares começaram a ter um papel definido, acessando informações clínicas dos pacientes e melhorando a habilidade dos prescritores de tomar boas decisões sobre a farmacoterapia (HOLLAND e NIMMO, 1999). O reflexo dessa época e de seus avanços se refletiu na atualização do código de ética da profissão farmacêutica estadunidense, que em 1969 já postulava que o farmacêutico tem por premissa defender a saúde e a segurança dos pacientes usuários de medicamentos (AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION, 1969).

Nos anos 1980, todas essas experiências acumuladas dos farmacêuticos provocaram uma revolução na prática farmacêutica vigente, mudando a filosofia de prática da profissão. As discussões dessa nova forma de ver o farmacêutico culminaram no trabalho seminal escrito por Hepler e Strand (1990), no qual foi proposta uma nova filosofia de prática chamada Atenção Farmacêutica (Atenfar), que unificaria todos os farmacêuticos, independentemente de seu cenário de prática, em torno de um único objetivo. A definição de Atenfar construída por eles foi

a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de conseguir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. A Atenção Farmacêutica envolve o processo pelo qual um farmacêutico coopera com um paciente e outros profissionais na concepção, implementação e monitoramento de um plano terapêutico que produzirá resultados terapêuticos específicos para o paciente (HEPLER e STRAND, 1990, tradução nossa).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) também percebeu o potencial desse profissional na mudança da qualidade de vida da população, analisando o papel do farmacêutico nos sistemas de saúde em diversas atividades, destacando entre elas a reunião efetuada em Nova Déli em dezembro de 1988 e o seguimento desta, realizada em Tóquio, em setembro de 1993, onde foi publicado um documento que agrega o informe da reunião de Tóquio sobre “o Papel do Farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde” e um guia de “Boas Práticas de Farmácia: Normas de Qualidade de Serviços Farmacêuticos”, conhecida como Declaração de Tóquio (OMS, 1993). Nesse documento foram examinadas as responsabilidades do farmacêutico com o paciente e a comunidade, as diferenças entre os sistemas de saúde dos países, a interferência dos fatores que influem na prestação da assistência à saúde, no uso racional de medicamentos⁵ e na prestação da Atenfar. Uma das conclusões registradas no documento foi que a Atenfar é uma atitude profissional primordial e que o conceito deve ser expandido à comunidade, onde o farmacêutico pode participar ativamente da prevenção e da promoção da saúde juntamente com outros membros da equipe de saúde, tornando-se assim um dispensador de saúde. Em 1997, a OMS atualizou esse documento, propondo sete atributos essenciais de um farmacêutico para atuar nos sistemas de saúde (OMS, 1997):

⁵ “Às vezes a terapia mais apropriada não inclui medicamentos. Quando há necessidade, o uso racional de medicamentos exige que o medicamento apropriado seja prescrito, que esteja disponível na hora certa a um preço que as pessoas possam pagar, que seja distribuído corretamente e que seja tomado na dose certa, nos intervalos certos. e pelo tempo certo. O medicamento apropriado deve ser eficaz e de qualidade e segurança aceitáveis” (OMS, 1987, tradução nossa).

- Cuidador: independentemente do local de atuação, o farmacêutico deve se sentir confortável interagindo com pessoas e comunidades, fornecendo serviços integrados e contínuos para a manutenção da saúde;
- Tomador de decisão: O farmacêutico deve ter capacidade de avaliar, sintetizar e decidir sobre o uso de recursos em saúde;
- Comunicador: O farmacêutico está em uma posição entre o médico e o paciente. Assim, deve ter conhecimento e confiança para interagir com outros profissionais de saúde e com o público;
- Líder: Quando o farmacêutico trabalha com outros profissionais de saúde, ou em situações em que esses profissionais de saúde estão sobrecarregados ou são escassos, o farmacêutico deve assumir uma posição de liderança, objetivando o bem-estar da comunidade onde atua;
- Gestor: O farmacêutico deve saber gerenciar recursos materiais, humanos, fiscais e informacionais, ou se sentir confortável quando está sendo coordenado por outros;
- Aprendizado contínuo: farmacêuticos devem compreender a necessidade de atualização contínua de seus conhecimentos;
- Professor: O farmacêutico tem a responsabilidade de auxiliar futuras gerações de farmacêuticos.

Em 2006, um oitavo atributo foi acrescentado pela OMS juntamente com a Federação Internacional dos Farmacêuticos (2006), devido à necessidade de se pensar novas formas de atuação desta profissão:

- Pesquisador: o farmacêutico deve ter senso crítico ao avaliar a literatura científica, além de compartilhar e documentar suas experiências.

O reconhecimento do farmacêutico como um profissional que pode auxiliar diretamente pacientes no cuidado à saúde trouxe uma gama de estudos para comprovar sua efetividade. Rotta e colaboradores (2015), realizando uma revisão de revisões sistemáticas sobre o impacto do trabalho dos farmacêuticos no processo de uso dos medicamentos ou desfechos de saúde, encontraram 269 ensaios clínicos randomizados que mostraram diversos campos de atuação entre os anos 2000 e 2010.

Na década de 2010, a diversificação de atividades do farmacêutico atingiu seu apogeu. Farmacêuticos iniciaram novas empreitadas, como a prescrição

independente e a imunização (URICK e MEGGS, 2019), se integrando às equipes de saúde (HAZEN e colaboradores, 2018) e fazendo parte de programas governamentais (ALOMI, 2015; AUSTRÁLIA, 2020; BRASIL, 2004, 2012; FANG e colaboradores, 2019; ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2010; REINO UNIDO, 2020a). Porém, sua expansão não ocorreu como se pensou em 1980 e 1990. Charles Hepler, um dos pioneiros da Farmácia Clínica no mundo e autor do trabalho que gerou a base da Atenfar, iniciou a década de 2010 escrevendo que seu sonho de ver a farmácia como uma profissão inteiramente conectada às pessoas foi adiado (HEPLER, 2010). Apesar de décadas apresentando resultados positivos sobre a atuação do farmacêutico e a inclusão dos farmacêuticos nos sistemas de saúde, esse modelo de prática não foi adotado inteiramente pela profissão, pois o tempo gasto com atividades clínicas é pouco, desempenhado por um número pequeno de profissionais, e ainda não percebido pela população (URICK e MEGGS, 2019).

A profissão agora se encontra no início de mais uma revolução industrial que cria formas de interação das pessoas com as máquinas, além da adoção de tecnologias como a Internet das Coisas, que conecta diversos dispositivos à internet via sensores eletrônicos (GATOUILLAT e colaboradores, 2018). Inteligências artificiais predizem o risco de sepse em hospitais (ROBÔ LAURA, 2020), *smartphones* estão na mão de 70% da população mundial (MEDEIROS, 2020), que tem acesso a aplicativos de saúde cada vez mais potentes, capazes de substituir a ida à farmácia e até mesmo realizarem consultas (BAINES e colaboradores, 2019). Serviços eletrônicos como o Big Data permitem interpretar grandes volumes de informação (LANEY, 2001) e grandes empresas como Google e Amazon estão ofertando cada vez mais serviços na área da farmácia, o que pode romper o *status quo* da profissão farmacêutica (BAINES e colaboradores, 2019).

Por outro lado, as demandas dos usuários de medicamentos ficam cada vez mais complexas. A população mundial está envelhecendo de forma acelerada. A OMS relata que a população mundial acima de 60 anos vai saltar de 15% em 2015 para 22% em 2050 (OMS, 2018). Com o envelhecimento da população, o uso de recursos para a saúde tende a aumentar em complexidade e custo, o que inclui o uso de medicamentos. O uso de múltiplos medicamentos está associado a maiores custos em saúde, aumento de reações adversas a medicamentos e interações medicamento-medicamento, redução da capacidade funcional e redução de adesão ao tratamento (MAHER e colaboradores, 2014). Freitas e colaboradores (2018), avaliando o impacto

da Morbidade Relacionada ao Medicamento⁶ no Brasil, encontraram uma prevalência de aproximadamente 59% dos pacientes atendidos pelo SUS, com um custo unitário de manejo entre nove e 27 bilhões de dólares no ano de 2016. Essa quantia equivale a cinco vezes o gasto do Ministério da Saúde em aquisição de medicamentos para o país naquele ano. Isso pode ser explicado pela não adesão ao tratamento pelos pacientes, uso desnecessário de medicamentos, uso inadequado de antibióticos, erros de medicação, política de medicamentos genéricos inadequada e manejo inadequado da farmacoterapia de pacientes com doenças crônicas (INSTITUTE OF HEALTHCARE INFORMATICS, 2012). A Organização Mundial da Saúde intitula a década de 2020 como a “década da ação” (OMS, 2020a) para se implementar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015), e coloca desafios explícitos para a atuação do farmacêutico, como expandir o acesso a medicamentos e vacinas e reduzir o índice de resistência bacteriana. Frente a esses antigos e novos desafios, a profissão farmacêutica deve se preparar para auxiliar a sociedade, de maneira integrada à equipe de saúde.

No ano de 2020, o mundo se deparou com a pandemia de COVID-19, gerada pelo vírus SARS-CoV-2, que provocou forte impacto em todas as atividades humanas, principalmente na população mais vulnerável (LINS FILHO e colaboradores, 2020) com seus milhões de casos e centenas de milhares de mortes (JOHNS HOPKINS, 2020), sem contar no impacto social e financeiro em todos os países do mundo (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2020). Com o mundo no aguardo de uma terapêutica efetiva no combate à doença, várias ações dos sistemas e serviços de saúde se fizeram necessárias. As farmácias e os farmacêuticos, que sempre estiveram à disposição da sociedade, também têm um papel importante a cumprir. Liu e colaboradores (2020), Elbeddini e colaboradores (2020) e Visacri e colaboradores (2020) avaliaram o papel da contribuição do farmacêutico nesse contexto. As farmácias não fecharam as portas em nenhum momento da pandemia, tendo que se adequar para oferecer o acesso aos produtos para saúde de maneira segura, minimizando os riscos tanto para pacientes como para a equipe de trabalho. Um arcabouço de apoio técnico foi desenvolvido para manter

⁶ “Dano no paciente não intencional (ou seja, um resultado clínico grave, perigoso, prejudicial, ou incapacitante que não foi corrigido ou foi necessário assistência médica adicional para corrigir, por exemplo, tratamento de emergência e hospitalização), que possua uma relação cientificamente plausível (relação válida teórica e cronológica) para um tratamento medicamentoso ou para uma indicação sem tratamento” (HEPLER e SEGAL, 2003, tradução nossa).

esses estabelecimentos funcionando e avançando na oferta de serviços de vacinação, realização de testes rápidos, dispensação remota, validação de prescrições eletrônicas, entre outros serviços (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDE DE FARMÁCIAS, 2020; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2020; PHARMACEUTICAL SERVICES NEGOTIATING COMMITTEE, 2020; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020; PHARMACEUTICAL GROUP OF EUROPEAN UNION, 2020; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DOS FARMACÊUTICOS, 2020a).

4.2 Modelo de prática do farmacêutico

Ao longo das eras da profissão farmacêutica, muitos modelos de prática foram desenvolvidos para a atuação desse profissional. Neste capítulo apresentaremos os pilares do modelo atual da prática do farmacêutico.

A Federação Internacional dos Farmacêuticos, juntamente com a OMS, desenvolveu um documento que delineava as boas práticas farmacêuticas, citando como missão do farmacêutico “contribuir para a melhoria da saúde e ajudar pacientes com problemas de saúde a fazer o melhor uso de seus medicamentos”. O guia divide essa missão em seis componentes (OMS, 2011):

- Estar sempre disponível para os pacientes;
- Rastrear e manejar problemas de saúde;
- Realizar Promoção de Saúde;
- Assegurar a efetividade dos tratamentos;
- Prevenir morbidades relacionadas a medicamentos; e
- Fazer o uso responsável dos recursos de saúde.

Frente a esses desafios, a profissão farmacêutica sofre contínua adaptação para atender às necessidades de saúde da sociedade. Nimmo e Holland (1999) definiram cinco modelos de prática concomitantes:

- Distribuição de medicamentos – Assegurar o ciclo logístico, para que o medicamento certo seja utilizado no paciente certo no momento certo;
- Informação sobre medicamentos – Conseguir traduzir a literatura científica de promoção e prevenção da saúde, convertendo-a em informações acessíveis à população;

- Farmácia Clínica⁷ – Auxiliar profissionais de saúde na tomada de decisões sobre a farmacoterapia de um paciente, bem como acompanhar os resultados de suas intervenções;
- Autocuidado – Auxiliar pacientes a tomar a melhor decisão possível para seu autocuidado, utilizando para isso medidas farmacológicas ou não-farmacológicas;
- Atenção Farmacêutica – Responsabilizar-se pelo gerenciamento da farmacoterapia de um paciente, buscando sempre seu bem-estar.

No contexto atual da pandemia de COVID-19, Elbeddini e colaboradores (2020), Visacri e colaboradores (2020) e a Federação Internacional dos Farmacêuticos (2020b) apontaram responsabilidades-chave a serem desenvolvidas pelos farmacêuticos diante desse desafio:

- Dispensar medicamentos de uso contínuo;
- Dar suporte técnico a outros profissionais de saúde;
- Tirar dúvidas e combater notícias falsas relacionadas à doença;
- Realizar o rastreamento em saúde⁸ para COVID-19;
- Realizar o Manejo de Problemas de Saúde Autolimitados⁸;
- Monitorar e manejar condições crônicas;
- Prestar atendimento mediado por Tecnologias de Informação e Comunicação⁹;
- Gerenciar adequadamente estoques de medicamentos e outros produtos para a saúde, como máscaras, termômetros e demais equipamentos necessários;
- Aplicar medidas de controle de infecções na farmácia;
- Participar das estratégias do sistema de saúde relacionadas ao manejo da pandemia;
- Realizar vacinação (quando permitido);
- Produzir sanitizantes de mãos quando necessário;

⁷ O termo indicado por Nimmo e Holland é homônimo ao citado em outros pontos deste texto

⁸ Esses conceitos serão explicados mais à frente, no Quadro 4.3.

⁹ “Provisão de Atenção Farmacêutica documentada e realizada por meio de telecomunicações para pacientes de forma remota” (WIN, 2017, tradução nossa).

O Conselho Nacional de Saúde, procurando estabelecer uma base teórica para a prática farmacêutica no Brasil, definiu que a Atenfar é

considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e 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. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2004).

Os Serviços Farmacêuticos materializam esta prática, compreendendo um

conjunto de ações no sistema de saúde que buscam garantir assistência abrangente, integrado e continua a atender às necessidades e problemas de saúde da população individual e coletiva, tendo o medicamento como um dos os elementos essenciais e contribuindo para seu acesso equitativo e uso racional. Essas ações, desenvolvidas pelo farmacêutico - ou sob sua coordenação - incorporados a uma equipe de saúde e com a participação da comunidade, eles têm como objetivo de obter resultados concretos em saúde, com vistas a melhorar A qualidade de vida da população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Desta forma, farmacêuticos oferecem soluções para os sistemas de saúde por meio de Serviços Farmacêuticos em vários níveis de complexidade, como apontam Cipolle e colaboradores (2012):

- Atuando na política de saúde, por meio de assuntos regulatórios relacionados ao processo de uso dos medicamentos;
- Orientando o processo de uso de medicamentos dentro das instituições de saúde, participando de comissões deliberativas, realizando Estudos de Utilização de Medicamentos, protocolos de uso e o processo logístico de programação, aquisição, distribuição e armazenamento deste insumo;
- Agindo juntamente com as pessoas, famílias e comunidades, participando de discussões de caso com outros profissionais de saúde e realizando o atendimento de forma direta, por meio de grupos de educação em saúde, visitas domiciliares e consultas farmacêuticas.

4.3 O farmacêutico na Atenção Básica à Saúde

Neste capítulo, vamos nos aprofundar na aplicação desse modelo de prática na ABS¹⁰. Faremos esse recorte devido à maioria das farmácias estarem incluídas nesse nível de atenção, pela sua acessibilidade e capilaridade nos territórios, além de sólida evidência do profissional farmacêutico atuando em conjunto com a população nesses estabelecimentos (HOLLAND e NIMMO, 1999; JOKANOVIC e colaboradores, 2017; URICK e MEGGS, 2019).

O reconhecimento do farmacêutico como um profissional que pode contribuir para a estruturação dos sistemas de saúde veio de publicações da OMS no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 (OMS, 1994), mas a publicação que orientou para a ABS em específico foi publicada em 2013. O documento intitulado “*Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: Documento de posición de la OPS/OMS*” realizou um diagnóstico situacional da prática farmacêutica, citando oportunidades e barreiras para a atuação do farmacêutico na ABS, e fez uma proposta concreta para essa mudança tanto conceitual como na forma de execução dos Serviços Farmacêuticos (OPAS, 2013a).

Esse documento parte da premissa de que um usuário de medicamentos tem Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia, citadas no Quadro 4.1, mostrando a oportunidade dos Serviços Farmacêuticos nesta questão, detectando e resolvendo Problemas Relacionados à Farmacoterapia¹¹. Essa resolução envolve o desenvolvimento de um Plano de Cuidado¹², que gera as metas terapêuticas e as

¹⁰ “Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema [...] de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (OMS, 1978).

¹¹ “Um problema relacionado à farmacoterapia é um evento indesejável experimentado por um paciente que envolva, ou se suspeita que se envolva, terapia medicamentosa e que interfira no alcance dos objetivos desejados da terapia e requer avaliação por um profissional de saúde para solucioná-lo” (CIPOLLE e colaboradores, 2012, tradução nossa).

¹² “O objetivo do Plano de Cuidado é determinar, em conjunto com o usuário, como gerenciar suas necessidades em saúde relacionadas à farmacoterapia com sucesso bem como todo o trabalho necessário para seu alcance” (CIPOLLE e colaboradores, 2012).

Intervenções Farmacêuticas¹³ para a resolução das Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia. As Intervenções são apresentadas no Quadro 4.2.

Quadro 4.1: Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia de um usuário

<p>O medicamento é apropriado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe uma indicação para cada medicamento prescrito; • Todos os medicamentos necessários estão sendo utilizados;
<p>O medicamento é efetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O produto mais efetivo disponível está sendo utilizado; • A posologia utilizada é suficiente para alcançar os objetivos terapêuticos;
<p>O medicamento é seguro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma reação adversa ao medicamento¹⁴ está sendo experimentada pelo paciente;
<p>O usuário está aderindo ao tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O usuário está informado e concorda em utilizar os medicamentos como recomendado.

Fonte: Adaptado de Ramalho de Oliveira, 2010.

Quadro 4.2: Classificação das Intervenções Farmacêuticas para prevenir ou resolver Problemas Relacionados à Farmacoterapia de uma pessoa

Objetivo da Intervenção	Intervenção
Relacionado à quantidade de medicamento	Alterar dose dos medicamentos
	Alterar período de tratamento
	Alterar esquema de tratamento
Relacionado a estratégia farmacológica	Adicionar um ou mais medicamentos
	Retirar um ou mais medicamentos
	Substituir um ou mais medicamentos
Educação ao paciente	Fornecer informação e aconselhamento sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas ao usuário ou seu cuidador
	Estimular a adesão ao tratamento
	Desenvolver materiais educativos
Monitorar resultados em saúde e da farmacoterapia	Solicitar a realização de exames laboratoriais
	Determinar parâmetros bioquímicos e fisiológicos
	Recomendar automonitoramento
Encaminhamento	Encaminhar o usuário para outros profissionais ou serviços

Fonte: Adaptado de Cipolle e colaboradores (2017); Correr e colaboradores (2011); Sabater e colaboradores (2005); Brasil (2013a).

¹³ “Intervenção Farmacêutica é definida como uma ação sobre o tratamento ou a atuação sobre o paciente, a fim de resolver ou prevenir um Problema Relacionado à Farmacoterapia” (SABATER e colaboradores, 2005), que deve ser realizada de maneira integrada à equipe de saúde.

¹⁴ Uma reação consideravelmente prejudicial ou desagradável, resultante de uma intervenção relacionada ao uso de um medicamento, que prevê perigo de administração futura e justifica prevenção ou tratamento específico, ou alteração do regime de dosagem, ou retirada do produto (Edwards e Aronson, 2000, tradução nossa).

A OPAS entende a forma de inclusão dos serviços farmacêuticos na ABS como um sistema de gestão por processos. Um processo é um conjunto de atividades de trabalho interrelacionadas, que requerem materiais e tarefas específicas, com um valor agregado, para obtenção de resultados específicos. Todo processo tem uma “entrada” de um material ou uma demanda de saúde, recebe algum tratamento, e tem uma “saída” que reflete no material beneficiado ou a demanda atendida em alguma parte, que serve de “entrada” para um novo processo (ARBELOA e SELLÉS, 2009).

Toda organização tem processos-chave, gerenciais ou estratégicos e de apoio, que se identificam com sua razão de ser. Os processos-chave têm relação com a missão da organização, que é a prestação Serviços Farmacêuticos. Os processos gerenciais ou estratégicos têm como objetivo definir as diretrizes da organização por meio da estrutura política, administrativa e financeira da organização. Para a implantação dos Serviços Farmacêuticos, os processos estratégicos são a integração entre as políticas farmacêuticas e de saúde, gestão da qualidade, presença de avaliação das tecnologias em saúde e saúde baseada em evidência, realização de pesquisa clínica, desenvolvimento de recursos humanos e resposta a situações de desastres e epidemias (OPAS, 2013a). Os processos de apoio servem como suporte imediato à execução do processo-chave. Os processos de apoio específicos da gestão por processos dos Serviços Farmacêuticos são a gestão logística, conhecimento e estrutura para derivação de formas farmacêuticas¹⁵, realização de estudos de utilização de medicamentos¹⁶ e gestão financeira, de recursos humanos e da informação. De acordo com a missão do farmacêutico citada pela Federação Internacional dos Farmacêuticos e a OMS (2011), bem como seus seis componentes, as “entradas” para o recebimento dos serviços farmacêuticos são demandas de saúde¹⁷ das pessoas, famílias e comunidades, bem como a garantia do Uso Racional de Medicamentos, a Promoção da Saúde¹⁸ e o correto gerenciamento dos resíduos

¹⁵ “Manipulação de especialidade farmacêutica visando ao preparo de uma forma farmacêutica a partir de outra” (BRASIL, 2007b)

¹⁶ “Estudo de Utilização de Medicamentos é uma avaliação estruturada dos medicamentos utilizados por pacientes com o objetivo de otimizar a terapia e resultados em saúde. Envolve detectar problemas relacionados à farmacoterapia e recomendar intervenções” (GRIESE-MAMMEN e colaboradores, 2018, tradução nossa).

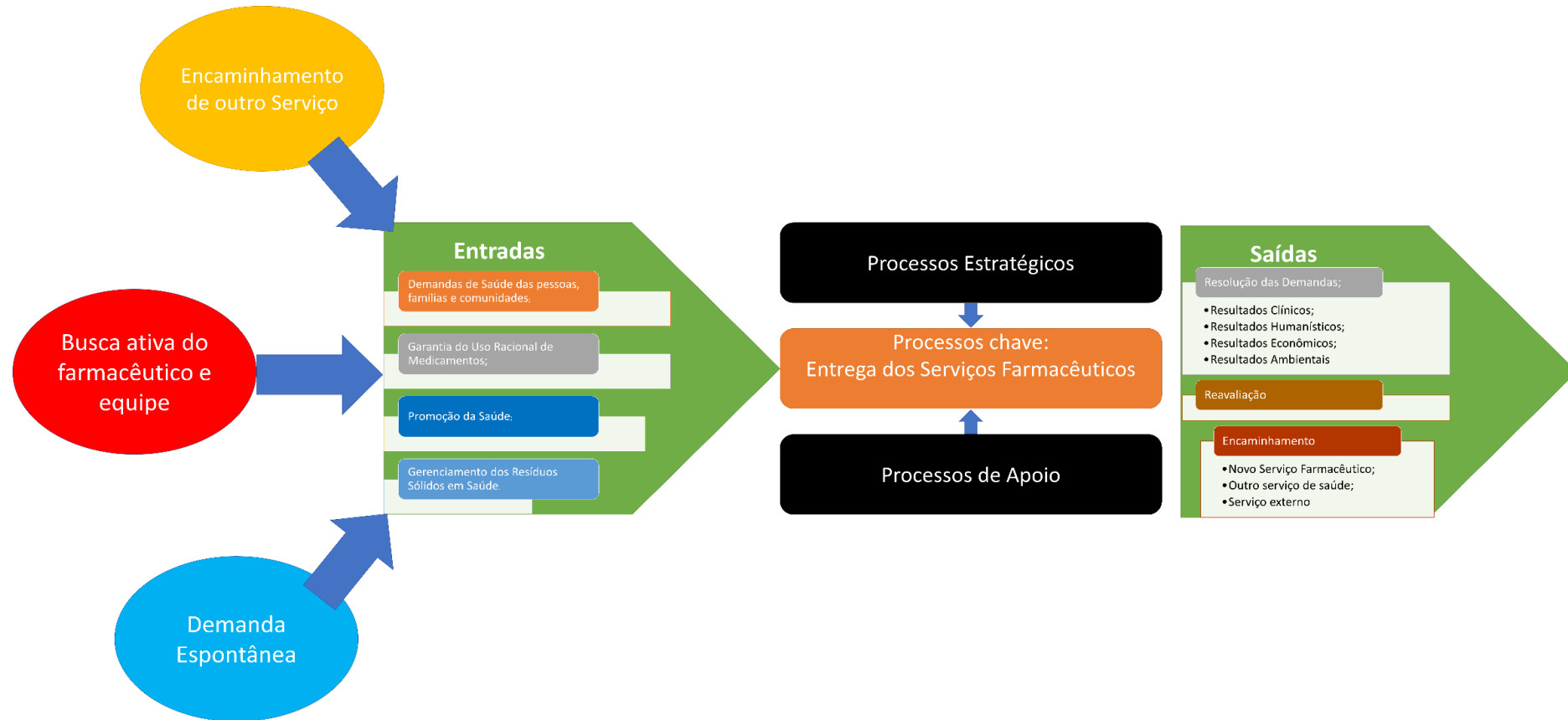
¹⁷ Entendem-se como demandas de saúde: Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia; Tabagismo; Doenças Crônicas Não-Transmissíveis; Saúde sexual e reprodutiva; Obesidade; Drogadição e Alcoolismo; Imunização; e Infecções Sexualmente Transmissíveis (OPAS, 2013a; REINO UNIDO, 2005)

¹⁸ “A promoção da saúde permite que as pessoas aumentem o controle sobre sua própria saúde. Ela cobre uma ampla gama de intervenções sociais e ambientais que são projetadas para beneficiar e

sólidos em saúde (OPAS, 2013a; REINO UNIDO, 2005). Elas ocorrem por busca ativa do próprio farmacêutico e da sua equipe, por necessidade de gerenciamento dos produtos em saúde, por demanda espontânea ou por encaminhamento de outro serviço. Ao receberem o Serviço Farmacêutico, a “saída” dessas demandas encaminha para sua resolução, gerando resultados clínicos, humanísticos, econômicos ou ambientais, uma reavaliação pelo mesmo processo, ou ainda um encaminhamento para um novo processo, que pode ser realizado pelo farmacêutico, por outro estabelecimento de saúde ou por um serviço externo, como a destinação final dos resíduos em saúde.

A Figura 4.1 apresenta uma proposta de gestão por processos de serviços farmacêuticos. O Quadro 4.3 apresenta a definição de alguns Serviços Farmacêuticos que são processos-chave na ABS.

Figura 4.1: Modelo de Gestão por Processos para os Serviços Farmacêuticos na ABS



Fonte: OPAS, 2013a, Reino Unido, 2005.

Quadro 4.3: Serviços farmacêuticos na ABS

Serviço farmacêutico	Definição
Dispensação de Medicamentos	“serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamentos e de outros produtos para a saúde ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados” (BRASIL, 2016b).
Orientação Farmacêutica	“consiste em identificar o que o paciente conhece sobre o seu tratamento, por uma parte, e em informar sobre o que ele desconhece, a fim de alcançar os objetivos terapêuticos” (OPAS, 2013a, tradução nossa).
Acompanhamento Farmacoterapêutico	“serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde” (BRASIL, 2016b).
Manejo de problemas de saúde autolimitados	“serviço pelo qual o farmacêutico acolhe uma demanda relativa a problema de saúde autolimitado, identifica a necessidade de saúde, prescreve e orienta quanto a medidas não farmacológicas, medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica e, quando necessário, encaminha o paciente a outro profissional ou serviço de saúde” (BRASIL, 2016b).
Conciliação de Medicamentos	“serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Este serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais” (BRASIL, 2016b).
Revisão da Farmacoterapia	“serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos” (BRASIL, 2016b).
Visita Domiciliar ¹⁹	“forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo e à família ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde” (CECCIM e MACHADO, 1995).

¹⁹ Este serviço não é exclusivo do farmacêutico.

Projeto Terapêutico Singular ¹⁹	“conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial ²⁰ se necessário” (Brasil, 2007a)
Gestão da condição de Saúde ¹⁹	“serviço pelo qual se realiza o gerenciamento de determinada condição de saúde, já estabelecida, ou de fator de risco, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, reduzir riscos e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde” (BRASIL, 2016b).
Rastreamento em Saúde ¹⁹	“serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento” (BRASIL, 2016b).
Educação em Saúde ¹⁹	“serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos. Tem como objetivo a autonomia dos pacientes e o comprometimento de todos (pacientes, profissionais, gestores e cuidadores) com a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, e melhoria da qualidade de vida. Envolve, ainda, ações de mobilização da comunidade com o compromisso pela cidadania” (BRASIL, 2016b).
Vacinação ¹⁹	Serviço que compreende acolhimento, identificação de problemas de saúde, definição de conduta, preparo, administração da vacina, educação sobre os cuidados e precauções, acompanhamento e encaminhamento a outro profissional de saúde relativos à imunização e ao estado vacinal da pessoa (BRASIL, 2018a)
Farmacovigilância ^{16,21}	“ciência e das atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos” (OMS, 2005) e também produtos fitoterápicos, medicamentos tradicionais e complementares, hemoterápicos, produtos biológicos, produtos para a saúde e vacinas (OMS, 2005).
Segurança do paciente ^{16,21}	“A segurança do paciente é a ausência de danos evitáveis a um paciente durante o processo de cuidados de saúde e redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável”. (OMS, 2020b, tradução nossa).

Fonte: Elaborado pelo autor.

O estudo da integração do farmacêutico na ABS é vastamente discutido na literatura. As revisões sistemáticas que versam sobre o tema se dividem em dois

²⁰ “É um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (GONÇALVES et al, 2011)

²¹ A farmacovigilância e a segurança do paciente estão registrados neste quadro para exemplificar o potencial de contribuição do farmacêutico, mas não são Serviços Farmacêuticos em si, por serem, em sua natureza, multidisciplinares.

grandes temas: a atuação do farmacêutico liderando um programa de saúde e sendo incluído a um serviço já existente.

As revisões sistemáticas que analisaram estudos em que o farmacêutico liderou a implementação de um serviço observaram que o Acompanhamento Farmacoterapêutico foi o serviço mais avaliado, que foi prestado em condições de saúde ou em grupos populacionais específicos. Jokanovic e colaboradores (2017), realizando uma revisão de revisões sistemáticas sobre a atuação do farmacêutico desempenhando o Acompanhamento Farmacoterapêutico, encontraram atuações em campos diversos, relatando resultados clínicos, humanísticos e econômicos.

Entre os desfechos clínicos, os autores avaliaram desfechos primordiais (mortalidade, quedas, sangramento gastrointestinal, redução de infecção oportunística); desfechos intermediários de doenças crônicas não-transmissíveis (hipertensão, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, perfil lipídico, problemas de saúde mental e síndrome metabólica) e desfechos substitutos, como redução de recursos de saúde e número de Problemas Relacionados à Farmacoterapia. Foram realizadas metanálises em 12 revisões sistemáticas sugerindo impacto positivo na redução de hemoglobina glicada, pressão arterial, colesterol e uso apropriado de medicamentos, controverso em relação a redução de hospitalização e neutro em relação à redução de mortalidade (JOKANOVIC e colaboradores, 2017). Os desfechos cardiovasculares são mais estudados, e uma revisão recente (ALSHEHRI e colaboradores, 2019) mostrou resultados positivos na redução da pressão arterial, hemoglobina glicada, perfil lipídico (sem impacto nos lipídios de alta densidade) e risco cardiovascular global, e as intervenções foram custo-efetivas.

Em relação aos desfechos humanísticos, reportaram resultados em relação a adesão ao tratamento, função cognitiva, conhecimento, qualidade de vida e satisfação com o serviço. Os custos com medicamento e custos de serviços de saúde também foram analisados. Em relação aos custos, os autores não generalizavam os resultados, devido a diferença de método de medida e a falta de comparadores entre os países, mas a maioria apresentou resultados custo-efetivos para a intervenção farmacêutica (JOKANOVIC e colaboradores, 2017).

A primeira revisão sistemática que avaliou o impacto do farmacêutico integrado aos demais profissionais de saúde na ABS foi escrita por Kwint e colaboradores (2013). O objetivo dessa revisão foi investigar a relação entre a extensão da

colaboração entre médicos e farmacêuticos para a efetividade das intervenções farmacêuticas realizadas e encontraram uma relação direta entre a extensão desta colaboração e a implementação das intervenções farmacêuticas. Hazen e colaboradores (2018) avaliaram a extensão da integração do farmacêutico em programas de doenças crônicas não-transmissíveis, conforme as seis dimensões-chaves do cuidado integrado no manejo de doenças crônicas (Organizacional, Informacional, Clínico, Funcional, Financeiro e Normativo) (WALSHE, 2011), em relação a desfechos clínicos e humanísticos. Foi encontrado que a presença do farmacêutico em qualquer uma das dimensões causa impacto clínico. Porém, não encontraram relação entre o grau de integração do farmacêutico com as dimensões-chaves e o aparecimento de desfechos. Os pesquisadores separaram os estudos em dois grupos, por manejo de doença específico e voltados para o atendimento da pessoa em suas necessidades. Nessa divisão encontraram que o grau de integração do farmacêutico é inversamente proporcional ao impacto em programas voltados ao manejo de doenças, mas é diretamente proporcional ao impacto em programas voltados ao cuidado da pessoa. Os autores justificam esse achado relatando que o trabalho do farmacêutico integrado nesses programas avalia com mais atenção a interação do paciente com a rede de atenção à saúde, resolvendo e prevenindo os problemas relacionados à farmacoterapia. Os programas baseados em doenças específicas possuem um protocolo que estrutura melhor a relação do paciente com a rede de atenção à saúde, o tornando menos propenso a erros.

Anderson e colaboradores (2019) buscando aprimorar o trabalho do farmacêutico na ABS no Reino Unido, realizaram uma revisão realista buscando entender a influência de fatores como a visão do paciente, do médico e do próprio farmacêutico, fatores do contexto e a forma de trabalho nas oportunidades e barreiras da inclusão deste profissional no serviço. Pacientes e médicos apresentam uma visão ambígua sobre a inclusão do farmacêutico no serviço. Os pacientes que entendem que o farmacêutico faz o mesmo trabalho do médico tendem a aprovar menos o trabalho desse profissional, enquanto os pacientes mais novos e aqueles que recebem atendimento com a prescrição farmacêutica de forma independente e executam serviços de orientação farmacêutica valorizam mais esse profissional. Os médicos têm uma visão positiva do trabalho dos farmacêuticos quanto maior for a extensão de colaboração entre os dois profissionais. Os farmacêuticos não se

enxergam integrados aos serviços de ABS, principalmente pelo processo de sua formação, que não os prepara para esse trabalho.

Como barreiras de inclusão do farmacêutico foram citadas a descrença dos pacientes no serviço, a cultura médico-centrada, a estrutura física das Unidades de Saúde (US), que são limitadas para ofertar os Serviços Farmacêuticos, e a remuneração dos profissionais. Porém, a principal barreira é o financiamento do serviço para contratação de mais profissionais. Entre os facilitadores tem-se o tempo de experiência clínica do farmacêutico, a demonstração de que o trabalho do farmacêutico reduz custos, a integração e o estabelecimento de confiança na relação médico-farmacêutico-paciente, e o acesso pelo farmacêutico a prontuários e planos de remuneração diferentes (ANDERSON e colaboradores, 2019).

Esses estudos apresentam limitações importantes. Grande parte dos estudos analisados provinham dos Estados Unidos da América, em sua maioria observaram o Acompanhamento Farmacoterapêutico, todas as metanálises possuíam grande heterogeneidade, que os autores relataram devido à diversidade de formas de atendimento do farmacêutico, e na maioria dos Ensaio Clínicos Randomizados analisados, os farmacêuticos envolvidos eram os próprios pesquisadores, o que mostrou eficácia dos serviços, e não a sua efetividade. Andersen e colaboradores (2019) foram os únicos que incluíram estudos qualitativos em sua análise, o que foi recomendado por Jokanovic e colaboradores (2018) por entenderem que os Serviços Farmacêuticos são intervenções complexas (Campbell e colaboradores, 2000) e sua avaliação deve ser por triangulação de métodos qualitativos e quantitativos.

O Quadro 4.4 resume as principais recomendações encontradas nas revisões sistemáticas para ampliar o trabalho do farmacêutico na ABS.

Quadro 4.4: Fatores que favorecem a atuação do farmacêutico em ABS

Fatores que influenciam a aceitação de intervenções farmacêuticas pelo médico (KWINT e colaboradores, 2013)	Grau de integração do farmacêutico no serviço de cuidado de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (HAZEN e colaboradores, 2018)	Fatores que influenciam a inclusão do farmacêutico em um serviço da ABS (ANDERSON e colaboradores, 2019)
<ul style="list-style-type: none"> • Experiência clínica do farmacêutico; • Relação terapêutica construída entre o farmacêutico e o paciente; • Acesso a prontuários pelo farmacêutico; • Consulta farmacêutica, mas com o farmacêutico estando relacionado ao médico; • Encaminhamento feito pelo médico ao serviço farmacêutico; • Discussão de caso entre o médico e o farmacêutico; • Plano de ação da discussão de caso; • Acompanhamento das ações. <p>Entre todas estas ações, a discussão do caso com o médico pareceu o fator mais impactante para efetivar a aceitação das intervenções.</p>	<p>A integração gera resultados positivos em desfechos clínicos e humanísticos, mas não encontraram um resultado incremental conforme a integração aumenta. Os programas voltados à doença possuem menos efetividade com a maior integração do farmacêutico enquanto os centrados no paciente possuem mais resolutividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confiança do paciente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entendimento do papel do farmacêutico e do seu treinamento e capacidade; ✓ Resolução de dúvidas a respeito da farmacoterapia; ✓ Aumento da Adesão. • Confiança do médico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Construção de vínculo com o médico baseado no tempo de trabalho conjunto; ✓ Farmacêutico ter acesso ao prontuário. • Farmacêutico atuante: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Educação Permanente; ✓ Inovação contínua; ✓ Prescritor independente; ✓ Membro da equipe multidisciplinar; ✓ Farmacêutico ter acesso ao prontuário; ✓ Oferta de Serviços Farmacêuticos efetivos. • Prestação dos Serviços Farmacêuticos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Serviços Farmacêuticos específicos para cada realidade; ✓ Provisão de infraestrutura e suporte financeiro; ✓ Dedicção exclusiva do farmacêutico para desempenho dos serviços; ✓ Demonstrar impacto financeiro do serviço.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.4 O farmacêutico e a Atenção Básica à Saúde no SUS

Agora que apresentamos um pouco da evidência internacional da atuação do farmacêutico na Atenção Básica à Saúde, vamos mostrar a relação desse profissional e da farmácia no Sistema Único de Saúde. Para isso, traçaremos um breve histórico do acesso a medicamentos no Brasil e veremos como isso impactou a forma como os Serviços Farmacêuticos são prestados. Também vamos apresentar os estudos que relatam as oportunidades e barreiras para a prestação de Serviços Farmacêuticos na ABS no país.

4.4.1 A construção do modelo de prática da atuação do farmacêutico na ABS no Brasil

O Sistema Único de Saúde como conhecemos hoje é resultado de mudanças sociais, econômicas e políticas do Brasil com o passar do tempo. Reis e colaboradores (2020) que apontam o primeiro evento que marcou a construção de um sistema de saúde organizado no país, no ano de 1923, foi a Lei Federal Eloy Chaves, que regulamentava as iniciativas já existentes de trabalhadores de organizar pensões em caso de acidente ou afastamento por doença e uma futura aposentadoria. Essa lei já regulamentava o acesso a medicamentos e estabelecia que a venda deveria ser obrigatória pelas instituições previdenciárias. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1945, essa venda foi regulamentada, passando a ser feita por intermédio de farmácias privadas, sindicatos ou empresas conveniadas, com desconto em folha de pagamento (OSORIO-DE-CASTRO e colaboradores, 2014). Nessa época não existia um serviço público de aquisição de medicamentos, apenas copagamento dos medicamentos (exclusivo para quem possuía carteira de trabalho) pelo órgão previdenciário.

Em 1971, o Governo Federal criou a Central de Medicamentos (CEME), com o objetivo de “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado” (BRASIL, 1971) e

funcionar como reguladora da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, da Saúde, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde (BRASIL, 1971).

A CEME trouxe grandes avanços para o país, como implementar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), fortaleceu a produção por laboratórios oficiais por privilegiar a aquisição de medicamentos destes além de organizar o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos em 1988, apresentando o primeiro diagnóstico nacional do funcionamento da política farmacêutica no país (BRASIL, 2002).

Porém, seu trabalho era centralizado em Brasília. A CEME determinava quais medicamentos deveriam constar na RENAME, e apenas estes eram comprados e distribuídos. Se, por um lado, os municípios não precisavam se preocupar em ter um setor de aquisição de medicamentos, por outro, tinham pouca voz para solicitar o que realmente precisavam, na quantidade e no tempo adequados. A comunicação entre a CEME e os municípios era falha, o que gerou grandes volumes de medicamentos perdidos, por não comprar na quantidade certa, não distribuir da maneira correta ou não utilizar (BERMUDEZ, 1995).

Paralelamente, uma nova Constituição Federal foi promulgada em 1988, universalizando o atendimento em saúde por meio do SUS, que deveria ser estruturado tendo como bases a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). A Lei Federal nº 8080/90 colocou de forma explícita em seu artigo 6º:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) **de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica** (BRASIL, 1990a).

Devido aos fatores acima mencionados, além da alegação de falta de recursos para custear todas as necessidades, da falta de investimentos e da lógica neoliberal de reforma do Estado brasileiro (ALENCAR, 2016) a CEME foi desativada em 1997 (Brasil, 1997a). Em seu lugar, uma série de ações foram realizadas para que os princípios do SUS fossem seguidos. Os principais acontecimentos e instrumentos legais que tentaram fazer com que esses objetivos fossem atingidos no âmbito da Assistência Farmacêutica foram (ALENCAR, 2016; BRASIL, 2018b):

- Programa de Farmácia Básica: Programa com um grupo de 40 medicamentos essenciais enviados a municípios carentes (BRASIL, 1997b);
- Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998): Primeiro documento oficial que estabelece diretrizes e responsabilidades das três esferas de gestão para assegurar o acesso de medicamentos no país;
- Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1999a): Autarquia com independência administrativa, com objetivo de proteger a saúde da população mediante o controle de processos, insumos, produtos, bens e serviços;
- Lei dos Medicamentos Genéricos (BRASIL, 1999b): Estabelece o medicamento genérico, que é similar a um produto referência ou inovador, com eficácia, segurança e qualidade asseguradas, além de regulamentar a intercambialidade de medicamentos;
- Comissão Parlamentar de Inquérito dos Medicamentos (BRASIL, 2000): Instaurada em novembro de 2009, com o objetivo de investigar preços exorbitantes e falsificações de medicamentos, descobriu cartel entre laboratórios farmacêuticos, gerando cem sugestões para aprimorar a Política Farmacêutica;
- Criação do Departamento de Assistência Farmacêutica: Centralização de todas as questões relacionadas à política farmacêutica em uma mesma secretaria do Ministério da Saúde (ALENCAR, 2016);
- Criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (BRASIL, 2003): Órgão interministerial responsável pela regulação econômica do mercado de medicamentos no Brasil;
- Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2005a): Primeira conferência temática sobre a Política Farmacêutica no Brasil, com os eixos temáticos discutindo acesso, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, e qualidade na prestação dos serviços;
- Programa Farmácia Popular do Brasil (BRASIL, 2004b): Criado para ampliar as opções de acesso a medicamentos e insumos considerados

essenciais por meio de redes próprias (hoje extintas) e por farmácias comunitárias privadas;

- Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004a): Consolidação das recomendações oriundas da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, devendo servir como molde para as demais políticas setoriais;
- Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006): Política norteadora da inclusão de plantas medicinais e fitoterápicos ao arsenal terapêutico do SUS, fomentando a cadeia produtiva, a pesquisa e a indústria nacional;
- Criação do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (BRASIL, 2008): Insere as ações de Assistência Farmacêutica entre as responsabilidades do programa, com a possível contratação de farmacêuticos para a Atenção Básica à Saúde;
- Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (BRASIL, 2009a): Responsável por analisar a viabilidade de empreendimentos públicos no setor saúde e dar suporte em relação aos aspectos econômicos de programas realizados pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;
- Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010): Estabelece a diretriz para organização das Redes de Atenção à Saúde, inserindo a Assistência Farmacêutica como um sistema de apoio²²;
- Lei Federal nº 12401 e Decreto nº 7508 (BRASIL, 2011a; 2011b): Inclusão da análise de tecnologias em Saúde para incorporação de tecnologias no SUS, fortalecimento da RENAME e dos processos de acesso a medicamentos;
- Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2012a): Construído por meio de quatro eixos (Estrutura, Educação, Informação e Cuidado), o programa tem como objetivo ampliar o acesso a

²² “São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde” (Brasil, 2020).

medicamentos, criar ambiente favorável para implantação dos Serviços Farmacêuticos, contribuir para a melhoria da saúde, promover educação continuada e favorecer um processo de obtenção de dados para avaliar e monitorar a Política Farmacêutica.

- Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (BRASIL, 2012b): Primeiro levantamento nacional estruturado para compreender a extensão das Políticas Farmacêuticas no país;
- Resoluções do Conselho Federal de Farmácia Nº 578, 585, 586 e 649 (BRASIL, 2013a, 2013b, 2013c, 2017a): Regulamentam as atribuições clínicas e as atribuições do farmacêutico nos Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais, inclusive na Saúde Indígena;
- Lei Federal nº 13.021 (BRASIL, 2014a): Reconhecimento da farmácia como um estabelecimento de prestação de serviços de saúde;
- Avaliação Participativa da Política Nacional de Assistência Farmacêutica: 2004 – 2014 (LEITE, 2017): Produção organizada pela Escola Nacional dos Farmacêuticos e pela Federação Nacional dos Farmacêuticos onde consta o resultado da avaliação de 10 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, por meio de 15 oficinas realizadas em todo o Brasil, com mais de 2000 participantes;
- Vinculação da Classificação Brasileira de Ocupações do Farmacêutico à tabela SUS (BRASIL, 2018c): Uma lista com 49 procedimentos referentes aos Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais foi vinculada à remuneração por sua execução no SUS.

Todos esses acontecimentos e políticas moldaram a forma da Política Farmacêutica no Brasil para alcançar as diretrizes propostas pelo SUS. Entre essas construções estão os conceitos de Assistência Farmacêutica e Assistência Terapêutica Integral, cruciais para o desenvolvimento das demais políticas.

A Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) e a Portaria de consolidação de normas e políticas nacionais de saúde do SUS (BRASIL, 2017b) afirmam que Assistência Farmacêutica é um

grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas

etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica define Assistência Farmacêutica como

um 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 (BRASIL, 2004).

A Lei Federal nº 13021 de 2014 diz que Assistência Farmacêutica é

o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional (BRASIL, 2014a).

Observando esses três conceitos, percebemos alguns pontos-chave sobre a Assistência Farmacêutica:

- É um conjunto de ações integradas;
- Tem o medicamento como insumo essencial;
- Busca os melhores resultados em saúde possível para as pessoas;
- Tenta alcançar o acesso e o uso racional de medicamentos.

A Assistência Terapêutica Integral consiste em

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado (BRASIL, 2011).

Na ausência de protocolo clínico, a dispensação será realizada

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei,

e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2011).

A gama de objetivos propostos para a implementação da Assistência Farmacêutica faz com que sejam tomadas ações de natureza técnica, científica e operativa de forma integrada com a complexidade, necessidades e finalidades de cada serviço, evitando ao máximo a fragmentação de suas ações. Sendo assim, os Serviços Farmacêuticos, no âmbito do SUS,

são integrados aos serviços de saúde e compreendem atividades administrativas que têm por finalidade garantir a disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação; serviços assistenciais que garantam a efetividade e segurança da terapêutica e sua avaliação, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde (BRASIL, 2009b).

Correr e colaboradores (2011) e as Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009b), separam estes serviços em dois grupos.

Os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais são

um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no uso racional de medicamentos, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos (PERINI, 2003 apud CORRER e colaboradores, 2011).

Enquanto os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais estão relacionados com

a atenção à saúde e os resultados terapêuticos efetivamente obtidos, tendo como foco principal o utente. Configura-se como uma atividade assistencial fundamentada no processo de cuidado. O medicamento deve estar disponível no momento certo, em ótimas condições de uso e deve ser fornecido juntamente com informações que possibilitem sua correta utilização pelo utente (SOLER e colaboradores 2010 apud CORRER e colaboradores, 2011).

Os principais Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais estão resumidos no Quadro 4.5. Os principais Serviços Farmacêuticos Clínicos-Assistenciais são os processos-chave apontados pela OPAS (2013) presentes no Quadro 4.3 (dos SF da

OPAS), além do apoio matricial²³ e da execução de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde²⁴ (BRASIL, 2018b).

Quadro 4.5: Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais²⁵

Serviço farmacêutico	Conceito
Seleção	“A seleção é um processo [multidisciplinar] de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas” (BRASIL, 2006)
Programação	“Programar consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para atendimento a determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo. A programação inadequada reflete diretamente sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento” (BRASIL, 2006)
Aquisição	“Consiste num conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade e manter a regularidade do sistema de abastecimento” (BRASIL, 2006).
Armazenamento	“Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos” (BRASIL, 2006) além do correto manejo dos resíduos de serviços de saúde gerados (BRASIL, 2009b)
Distribuição	“Consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno. A distribuição de medicamentos deve garantir rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação” (BRASIL, 2006).
Dispensação	“ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não” (BRASIL, 1973).

Fonte: Elaborado pelo autor.

²³ “Estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de ABS” (BRASIL, 2014b).

²⁴ Práticas de saúde, baseadas no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (BRASIL, 2018d).

²⁵ Esses serviços são realizados por equipe multidisciplinar, com o farmacêutico inserido.

Apesar de homônimo, o termo “dispensação” tem conotações distintas. A dispensação é vista como uma entrega de um medicamento ao usuário, que possui duas etapas para sua execução, a avaliação da prescrição²⁶ e do processo de uso do medicamento²⁷ (CORRER e OTUKI, 2013). Dessa forma, quando a dispensação ocorre levando em consideração as duas etapas previamente citadas, ela se encaixa como um Serviço Farmacêutico Clínico-Assistencial. Caso ela ocorra de uma forma mais simples, ou não for executada por um profissional farmacêutico, ela é entendida como um Serviço Farmacêutico Técnico-Gerencial.

Muitos requisitos são necessários para a execução das atividades de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2009; OLIVEIRA e colaboradores, 2014):

- Gestão: deve existir uma autonomia para o planejamento e a tomada de decisões, sempre levando para o debate ao Controle Social;
- Planejamento e Organização: Deve existir um plano de ação, com um diagnóstico prévio, metas e ações a serem realizadas em um intervalo de tempo. Isso deve estar oficializado no Plano Municipal de Saúde;
- Financiamento: Deve haver recursos financeiros disponíveis para a execução das ações;
- Informações: Todos os dados gerados devem ser registrados;
- Recursos Humanos: Deve haver uma equipe de trabalho que tenha competência técnica e política para executar o plano;
- Monitoramento e Avaliação: Deve haver um acompanhamento de cada ação, gerando indicadores, para com isso, avaliar o que estava sendo feito;
- Infraestrutura física: área física, equipamentos e conexão com a internet proporcional aos serviços desenvolvidos respeitando a ambiência²⁸ e a manutenção da qualidade dos insumos ali armazenados.

Correr e colaboradores (2011) desenvolveram um modelo de integração entre os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais e Clínico Assistenciais para resolver

²⁶ Avaliação técnica da prescrição médica apresentada com o objetivo de cumprimento aos requisitos legais para a dispensação como por exemplo legibilidade, identificação do usuário, medicamento, tratamento e prescritor; data da emissão da prescrição, presença ou não de notificação de receita

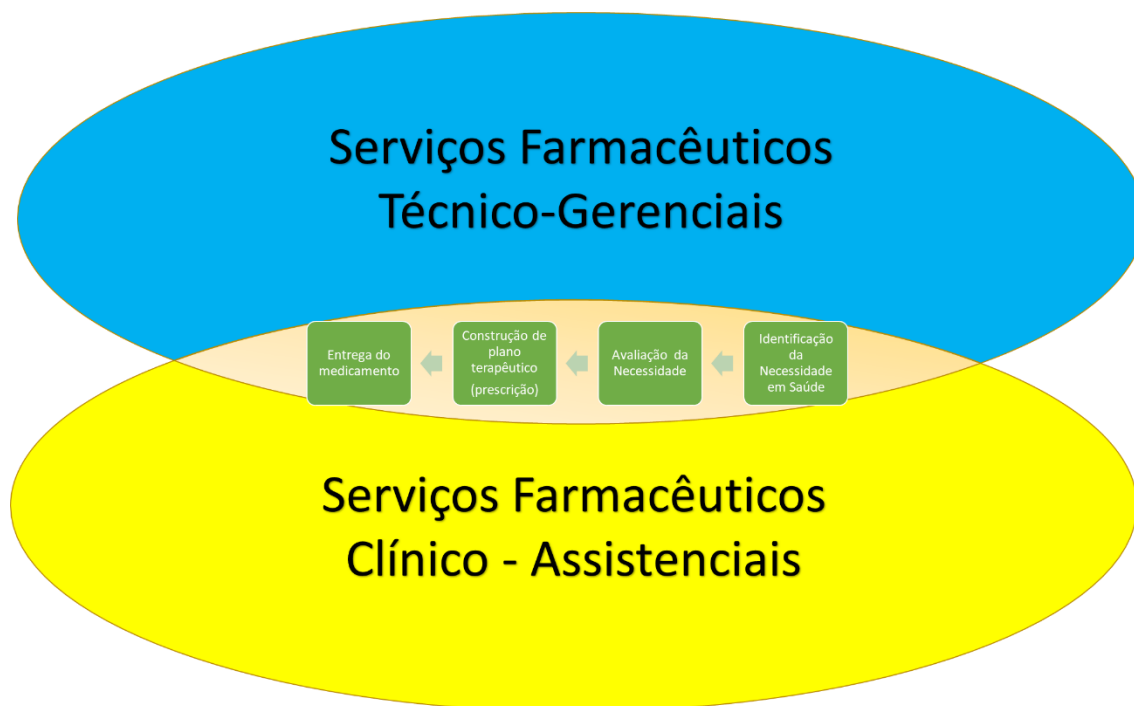
²⁷ Avaliação clínica da prescrição e da capacidade do usuário seguir com o tratamento com o objetivo de garantir os requisitos mínimos para um uso adequado, como a indicação, o cumprimento da posologia, possíveis interações com alimentos e outros medicamentos, reações adversas e conservação.

²⁸ “Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas” (BRASIL, 2020a).

às Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia. De acordo com os autores, o processo de uso do medicamento se inicia na consulta realizada por um profissional de saúde, onde há a identificação e avaliação das necessidades em saúde, com a construção do plano terapêutico do usuário, materializada em uma prescrição de medicamentos, com a conseqüente entrega destes produtos. Para que esse processo ocorra, o profissional necessita estar municiado de informações a respeito da disponibilidade e da forma de acesso aos recursos terapêuticos disponíveis, ou seja, da correta execução dos Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais. Da mesma forma, esse usuário necessitará ter suas Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia resolvidas, o que não se garante necessariamente com a simples entrega dos medicamentos. Para suprir essa demanda, os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais entram em cena, para realizar a articulação necessária para atingir esse objetivo.

Nesses pontos-chave, os Serviços Farmacêuticos se apresentam como base de sustentação para os melhores resultados em saúde com minimização de Problemas Relacionados à Farmacoterapia de cada uma destas etapas, conforme representado na Figura 4.2.

Figura 4.2: Integração entre Serviços Farmacêuticos e o processo de uso de medicamento de um usuário na ABS



Fonte: Adaptado de Correr e colaboradores (2011); Hepler e Segal (2003); Cipolle e colaboradores (2012).

4.4.2 Da teoria à prática: esforços para a implantar e avaliar da Assistência Farmacêutica na ABS

Diversos esforços foram realizados para implantar a Assistência Farmacêutica na ABS (AFABS) no Brasil. A descentralização proposta pela Política Nacional de Medicamentos, com responsabilidades definidas para estados e municípios, levou a criação de uma linha de financiamento específica para compra de medicamentos para a AFABS, inicialmente chamado “Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica” (BRASIL, 1999). Atualmente, esta linha de financiamento se chama “Componente Básico da Assistência Farmacêutica”, que organiza o financiamento de forma tripartite²⁹, com a base de cálculo proporcional à população e ao Índice de Desenvolvimento Humano de cada município (BRASIL, 2013d; 2019), com parte dos recursos podendo ser investidos em melhoria da infraestrutura das farmácias e em educação continuada. Além disso, para ampliar a oferta de medicamentos, foram realizadas outras estratégias, como compra centralizada pelo Ministério da Saúde e por Secretarias Estaduais de Saúde e organização de consórcios municipais para aquisição. Estas estratégias reforçaram e ampliaram o processo de pactuações interfederativas (COSTA e colaboradores, 2017).

No início dos anos 2000 as políticas de acesso a medicamentos de forma descentralizada nas farmácias públicas do SUS estavam sendo implementadas e enfrentando algumas dificuldades, como de provisão aliada a um aumento sustentado no gasto das famílias brasileiras com saúde (GARCIA e colaboradores, 2013). Isto fez com que o governo brasileiro implementasse um programa de acesso a medicamentos mediante copagamento por meio de uma rede própria de farmácias no ano de 2004. O Programa Farmácia Popular do Brasil foi desenvolvido inicialmente por meio de uma abertura de uma rede de farmácias diretamente pela Fundação Oswaldo Cruz, seguido de parcerias com municípios, estados e instituições de ensino (SILVA e CAETANO, 2015). A partir de 2006 o programa se expandiu para as farmácias comunitárias privadas, onde em 2011 foi extinto o copagamento dos medicamentos para hipertensão, diabetes e asma nestas unidades (BRASIL, 2011c). A partir de 2017, a Rede Própria do programa foi extinta, sendo alegado pelo governo o grande custo de manutenção em relação à compra propriamente dita dos

²⁹ A União, Estados e Municípios contribuem com este financiamento.

medicamentos, o número reduzido de farmácias Rede Própria em relação ao número de farmácias comunitárias privadas participantes e a proposta do repasse do valor investido na Rede Própria para a contrapartida federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2017).

Importantes publicações foram feitas para orientar os gestores municipais a respeito da implementação da AFABS:

- Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos (BRASIL, 1989): guia elaborado pela CEME com orientações sobre o Armazenamento de Medicamentos;
- Projeto Saúde & Cidadania (VECINA NETO e TERRA, 2000): Parceria instituída entre o Banco Itaú, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde e o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, elaboraram manuais para os gestores locais, onde um constava orientações para programação, aquisição e armazenamento de medicamentos e demais produtos para a saúde;
- Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta (IVAMA e colaboradores, 2002): primeiro documento onde são apresentados de forma preliminar o conceito de Atenção Farmacêutica na realidade brasileira e os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais;
- Assistência Farmacêutica para gerentes municipais (MARIN e colaboradores, 2003): produto de oficinas realizadas pela OPAS, Assessoria de Assistência Farmacêutica o Departamento de Atenção Básica e a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde com gestores estaduais sobre como implementar e monitorar AFABS;
- Assistência Farmacêutica na Atenção Básica 1ª e 2ª edições (BRASIL, 2002; 2006a), Aquisição de Medicamentos para o SUS (BRASIL, 2006b), e Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica (BRASIL, 2006c): instruções técnicas para sua organização: documentos escritos pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, com a finalidade de contribuir com a melhoria dos processos e serviços na área;

- Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009b): produto de contribuições do III Fórum Nacional de Gestores da Assistência Farmacêutica, este documento visa orientar os requisitos mínimos de infraestrutura e processos para aumentar e qualificar o acesso da população a medicamentos essenciais;
- As Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011): Base teórica que fundamenta a reorganização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que aponta a Assistência Farmacêutica como um sistema de apoio;
- *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS* (OPAS, 2013a): documento que traz definições do conceito de serviço farmacêutico aplicado a lógica da ABS nas américas e faz uma proposta de sua implementação.
- O farmacêutico na assistência farmacêutica no SUS: diretrizes para ação (MANZINI e colaboradores, 2015): documento produzido pelo Grupo de Trabalho sobre Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia trazendo importantes reflexões e sugere diretrizes para otimizar o papel do farmacêutico no SUS;
- Série de fascículos “Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica (OPAS, 2015): produzido pela OPAS com o objetivo de alcançar as Metas para o Desenvolvimento do Milênio e o Acesso à Saúde a Todos e o papel da AF neste processo;
- Coleção de livros “Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica (BRASIL, 2016a): Coletânea dos materiais instrucionais do Curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica promovido pela Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com o Departamento de Assistência Farmacêutica;
- Coleção de livros “Para entender a Gestão do SUS” (BRASIL, 2015a): Produto gerado da parceria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde trazendo importantes pontos de debate sobre o planejamento de saúde, entre eles a gestão da Assistência Farmacêutica;
- Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual (BRASIL, 2016b):

Documento produzido pelo Conselho Federal de Farmácia com o objetivo de harmonizar os conceitos referentes a Atenfar no Brasil, propondo Serviços e Procedimentos Farmacêuticos;

- Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) (BRASIL, 2018c): documento produzido pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da saúde onde propõe um modelo de prática para os farmacêuticos atuantes na AFABS;
- Orientações para aquisições públicas de medicamentos (BRASIL, 2018e): documento produzido pelo Tribunal de Contas da União, com o objetivo de aprimorar a governança e a gestão da Administração Pública;
- Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica (BRASIL, 2019a): fruto da parceria do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, com orientações para ampliação da Atenfar na AFABS;
- Experiências exitosas dos farmacêuticos no SUS (BRASIL, 2020b): publicação anual do Conselho Federal de Farmácia, que traz histórias de sucesso da atuação de farmacêuticos na ABS, atenção especializada e hospitalar do SUS.

A primeira ação federal com aporte de recursos para estruturação dos Serviços Farmacêuticos na ABS foi o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012a). Para cumprir essa tarefa, ele foi dividido em quatro Eixos: Estrutura, Informação, Educação e Cuidado).

O Eixo Estrutura visa

contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos (BRASIL, 2012a).

Este Eixo disponibiliza recursos para ações de investimento (compra de mobiliários e equipamentos para as Farmácias e Centrais de Abastecimento Farmacêutico³⁰) e de custeio de serviços e outras despesas relacionadas a

³⁰ “Área física destinada à estocagem e guarda dos produtos, visando à manutenção das suas características físico-químicas, conforme suas especificidades” (BRASIL, 2006).

implantação de sistemas de controle e contratação de farmacêuticos (Brasil, 2018b). Entre 2012 e 2017, foram repassados mais de R\$ 156 milhões para estruturação dos serviços em 1582 municípios brasileiros (BRASIL, 2018b)

O Eixo Informação visa “produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica” (BRASIL, 2012a). Para a regulamentação, envio, armazenamento e análise dessas informações foi criada a Base Nacional de Dados e Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2013e). Essa base congrega diversos sistemas de dados da Assistência Farmacêutica Nacional (BRASIL, 2019b), e destacamos três que tem influência direta na AFABS:

- Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus): Sistema desenvolvido para gerenciamento de todos os Serviços Farmacêuticos e insumos dos estabelecimentos de saúde cadastrados nos estados e municípios que realizam Serviços Farmacêuticos, com objetivo de qualificar a ASSISTÊNCIA Farmacêutica e melhorar a transparência dos serviços prestados (BRASIL, 2017c);
- *Web Service*: Sistema desenvolvido para permitir que estados e municípios que não utilizam o Sistema Hórus possam enviar os dados de estoque para a Base Nacional (BRASIL, 2018b);
- Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular: sistema responsável pela autorização do acesso a medicamentos e outros insumos do Programa Farmácia Popular do Brasil (BRASIL, 2020c)

O Eixo Educação visa

promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a).

Diversas estratégias de formação foram ofertadas para os profissionais que atuam na AFABS. O Quadro 4.6 apresenta as iniciativas vinculadas ao Eixo Educação (BRASIL, 2018b) e o Quadro 4.7 apresenta outros cursos de formação de profissionais para a AFABS, não vinculados ao programa QUALIFAR-SUS. Outra estratégia para formação são as Residências Multiprofissionais em Saúde, definida como “modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (BRASIL, 2005b), que houve grande expansão no Brasil (SILVA,

2018). Destacam-se os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, dos quais os profissionais farmacêuticos também podem fazer parte.

Quadro 4.6: Iniciativas do Eixo Educação do QUALIFAR-SUS para capacitação de profissionais atuantes na AFABS

Curso	Instituição Parceira	Objetivo	Modalidade	Período de realização	Resultados
Capacitação para Utilização do Hórus	Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz	“Capacitar profissionais da Assistência Farmacêutica quanto às funcionalidades do Sistema Hórus, permitindo sua correta utilização e aproveitamento de todos os benefícios dessa ferramenta tecnológica de gestão” (Brasil, 2020d)	Curso Livre Educação à Distância (EaD)	2010 até a atualidade	Entre 2015 a 2017 foram ofertadas 9000 vagas, atingindo profissionais de 2400 municípios (Brasil, 2018b)
Gestão da Assistência Farmacêutica	Universidade Federal de Santa Catarina	“formar profissionais com uma visão crítica sobre a realidade do trabalho em saúde, que atuem em prol da gestão da assistência farmacêutica, considerando as necessidades sociais. Busca-se, acima de tudo, a qualificação do farmacêutico para a gestão dos serviços e das políticas, com competência de liderança, criatividade e comprometimento com os resultados do seu trabalho e do sistema de saúde” (Brasil, 2020e).	Curso de Especialização EaD	2010 a 2016	2500 profissionais concluintes em duas edições do curso (Brasil, 2020e)
Fitoterapia para Médicos do SUS	Associação Brasileira de Fitomedicina	“sensibilizar os prescritores do SUS para a importância econômica, sanitária e social da prescrição de fitoterápicos e contribuir para o raciocínio clínico que deve embasar a prescrição de tais medicamentos” (Brasil, 2018a)	Curso Livre EaD	2012	300 profissionais capacitados (Brasil, 2018b)
Farmacêuticos na AB/APS: Trabalhando em Rede	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	“qualificar técnica e humanisticamente o profissional farmacêutico para atuar na Atenção Primária em Saúde, desenvolvendo com competência as atividades de núcleo e de campo, pautadas nos princípios do SUS” (Brasil, 2020f)	Curso de qualificação EaD	2014 a 2017	313 profissionais concluintes em seis edições do curso (Silva, 2018)

Fonte: Dados do autor.

Quadro 4.7: Outras iniciativas para capacitação de profissionais atuantes na AFABS

Curso	Instituições organizadoras	Objetivo	Modalidade	Período de realização	Resultados
Farmacêuticos na APS: Construindo uma Relação Integral	Departamento de Assistência Farmacêutica e Universidade Federal do Rio Grande do Sul	“Qualificar técnica e humanisticamente o profissional farmacêutico para que esse possa atuar na Atenção Primária em Saúde, com atividade de núcleo e de campo, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde” (Luna, Leite, 2015)	Curso de qualificação EaD	2009 a 2011	287 profissionais concluintes em quatro edições.
Serviços Farmacêuticos baseados na Atenção Primária de Saúde (APS) para gestores	Centros colaboradores da OPAS, Departamento de Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul	“Promover o desenvolvimento de serviços farmacêuticos (SF) baseados na Atenção Primária em Saúde (APS), por meio do fortalecimento de capacidades de líderes e gestores dos serviços farmacêuticos” (OPAS, 2013b)	Curso de qualificação EaD	2011 a 2013	Três edições realizadas.
Farmacêuticos na APS: Trabalhando em Rede na Saúde Indígena	Secretaria Especial de Saúde Indígena e Universidade Federal do Rio Grande do Sul	“Qualificar técnica e humanisticamente o profissional farmacêutico para que esse possa atuar na Atenção Primária em Saúde, com atividade de núcleo e de campo, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2020g)	Curso de qualificação EaD	2016 a 2017	93 profissionais concluintes.
Cuidado Farmacêutico no SUS – Capacitação em Serviço	Conselho Federal de Farmácia	“Fomentar a prática clínica entre os farmacêuticos do SUS” (Brasil, 2020h)	Curso de qualificação EaD	2017 até a atualidade	37 polos distribuídos em 19 estados com 2232 profissionais farmacêuticos
Medicamentos na Atenção Primária no SUS	Universidade Federal de São Paulo	“capacitar profissionais de saúde para a promoção do uso racional de medicamentos nessa esfera de cuidado” (Brasil, 2020i)	Curso de qualificação EaD	2020	200.000 vagas em aberto

Quadro 4.7: Outras iniciativas para capacitação de profissionais atuantes na AFABS (cont.)

Curso	Instituições organizadoras	Objetivo	Modalidade	Período de realização	Resultados
Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica	Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Faculdade de Educação em Ciência da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Secretaria de Atenção Primária a Saúde	“instrumentalizar e capacitar gestores e profissionais na gestão do serviço cuidado farmacêutico dos municípios, com o objetivo de criar condições necessárias para a implantação e desenvolvimento desse serviço na Atenção Básica” (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2020)	Curso de qualificação EaD	2019 até a atualidade	Resultados não disponíveis
Assistência Farmacêutica na Gestão Municipal (nível médio e técnico)		“capacitar e instrumentalizar profissionais de nível médio e/ou técnico que atuam na Assistência Farmacêutica municipal visando o aperfeiçoamento das práticas profissionais, contribuindo para a qualificação do sistema de apoio da Rede de Atenção à Saúde e integração com o cuidado em saúde” (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2020)	Curso de qualificação EaD		Resultados não disponíveis
Assistência Farmacêutica na Gestão Municipal (nível superior)		“capacitar os profissionais de nível superior que atuam na gestão da Assistência Farmacêutica municipal visando o aperfeiçoamento das práticas profissionais, contribuindo para a qualificação do sistema de apoio da Rede de Atenção à Saúde e integração com o cuidado em saúde” (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2020).	Curso de qualificação EaD		Resultados não disponíveis
Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Aplicação do Método Clínico		“fornecer os fundamentos teóricos e práticos para que os profissionais farmacêuticos da Atenção Básica possam desenvolver o processo de raciocínio clínico por meio de um método utilizado no serviço de cuidado farmacêutico, voltado ao enfrentamento de problemas relacionadas à farmacoterapia” (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2020).	Curso de qualificação EaD		Resultados não disponíveis

Fonte: Dados do autor.

O Eixo Cuidado visa “inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia” (BRASIL, 2012a). Foi desenvolvido um novo modelo de prática dos Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais ofertados apenas à pessoa, denominado Sistema de Clínica Farmacêutica que

“corresponde a um conjunto de pessoas e de procedimentos que interagem com uma estrutura definida, a fim de prover cuidado farmacêutico³¹ ao usuário de forma individual (um usuário a cada vez). Para que possa lograr êxito, este sistema exige também determinados princípios de prática, o relacionamento entre médicos, usuários, farmacêuticos e demais profissionais da equipe de saúde e um conjunto de operações bem estabelecidas” (CORRER, 2014).

O Sistema de Clínica Farmacêutica é considerada uma intervenção de saúde complexa, que é um conjunto de componentes que se inter-relacionam para gerar um resultado em saúde (NORRIS e colaboradores, 2019). O Quadro 4.8 apresenta os componentes que caracterizam o Serviço de Clínica Farmacêutica (BRASIL, 2015b)

Quadro 4.8: Componentes do Serviço de Clínica Farmacêutica

Componente	Descrição
Contato com o paciente	Interação direta farmacêutico-usuário, em consultas privadas individuais previamente agendadas
Local de atendimento	Unidade Básica de Saúde (consultório privado) ou domicílio do paciente (atendimento domiciliar).
Público-alvo	usuários em maior risco associado aos medicamentos, em uso de mais de cinco medicamentos, ou identificados pela equipe como tendo problemas com a farmacoterapia tem prioridade de assistência pelo farmacêutico
Fontes de dados clínicos disponíveis sobre o paciente	Os farmacêuticos têm acesso às prescrições de medicamentos, ao histórico de retirada de medicamentos da unidade, aos medicamentos trazidos pelo paciente à consulta, aos exames laboratoriais, ao prontuário do paciente no município (diagnósticos, consultas), aos resultados de avaliações realizadas na própria consulta (glicemia capilar, pressão arterial, questionários), aos resultados de automonitoramento trazidos pelo paciente (monitorização domiciliar) e às informações sobre o paciente comunicadas pela equipe de saúde.
Os parâmetros avaliados nas consultas	a história dos medicamentos em uso, o conhecimento dos usuários, as crenças sobre os medicamentos, a experiência de medicação do paciente, a adesão aos medicamentos e a persistência no tratamento, os aspectos nutricionais e o estilo de vida, o acesso aos medicamentos, as condições de armazenamento dos medicamentos em casa, a autonomia no gerenciamento da rotina de medicação, as doenças crônicas e os demais problemas de saúde do paciente, o estado clínico

³¹ Considera-se Cuidado Farmacêutico e Atenção Farmacêutica sinônimos (BRASIL, 2016b)

	atual (controle) desses problemas de saúde, a percepção geral da saúde e da qualidade de vida, as suspeitas de reações adversas aos medicamentos, a necessidade de exames laboratoriais ou testes de monitoramento.
A identificação dos problemas da farmacoterapia	uma lista definida de problemas possíveis, em um sistema de checklist, na qual o farmacêutico marca os problemas da farmacoterapia encontrados, com base nos parâmetros avaliados, e registra os medicamentos envolvidos.
Intervenções farmacêuticas	informação e aconselhamento ao paciente, provisão de materiais, elaboração de parecer, recomendação de monitoramento ou exames, alterações ou sugestões de alteração na farmacoterapia, encaminhamentos a outros profissionais ou serviços.
Momento em que o serviço é fornecido	encontros previamente agendados entre farmacêutico e paciente. O momento do contato do farmacêutico com outros membros da equipe de saúde, a fim de discutir situações de usuários específicos, ocorre a qualquer momento durante a rotina da unidade. Os horários das consultas não estão vinculados à dispensação ou à entrega de medicamentos nas unidades.
Materiais que dão suporte à provisão do serviço	Calendário posológico dos medicamentos, lista de medicamentos do paciente, carta de encaminhamento ao médico, diário de automonitoramento (pressão arterial e glicemia capilar)
Recorrência e a frequência dos contatos do farmacêutico com o paciente	Uma consulta inicial e consultas de retorno, conforme necessidade do paciente
Vias de comunicação estabelecidas com o paciente e a equipe	consultas presenciais e, eventualmente, contatos por telefone.
Grau de autonomia dos farmacêuticos em realizar ajustes na farmacoterapia do paciente ou solicitar exames laboratoriais	Em geral, mudanças na farmacoterapia e solicitação de exames laboratoriais devem ser pactuados com o médico e não podem ser feitos diretamente pelo farmacêutico. Mudanças em horário de administração dos medicamentos ou relativos à automedicação são feitos diretamente pelo farmacêutico. Ressalva-se que esse processo é bastante dinâmico e depende de cada equipe, sendo que a autonomia pode ser maior ou menor dependendo da integração do farmacêutico no serviço.

Fonte: BRASIL, 2015b.

A principal estratégia desenvolvida para implantação deste modelo de prática foi o projeto-piloto de implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica do SUS. Realizado em quatro cidades Brasileiras (Betim, Curitiba, Lagoa Santa e Recife), onde houve capacitação dos farmacêuticos atuantes em ABS para execução destas atividades (BRASIL, 2018b).

Em Curitiba, o modelo do Sistema de Clínica Farmacêutica foi implantado em abril de 2014. Todos os farmacêuticos atuantes na ABS (30 profissionais) foram capacitados. Estes farmacêuticos realizaram 2710 atendimentos entre abril e dezembro de 2014. Em um recorte destes atendimentos realizados entre abril e junho de 2014 (566 usuários), detectou-se uma média de 5,6 Problemas Relacionados a Farmacoterapia por usuário, sendo a falta de monitorização de parâmetros clínicos, a baixa adesão ao tratamento e problemas relacionados à administração de medicamentos os mais prevalentes. Como resultado das intervenções, foram observados melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários, aumento na realização de exames laboratoriais, consultas médicas e alterações na farmacoterapia (BRASIL, 2015b). Os farmacêuticos reportaram melhor satisfação do trabalho, atribuindo a um maior reconhecimento da equipe pela sua atuação. Os membros da equipe de saúde reportaram a importância do registro dos atendimentos feitos pelo farmacêutico, dada a completude de informações sobre as doenças, tratamentos e queixas dos usuários (BRASIL, 2015b).

Em Lagoa Santa, o modelo foi implantado também em 2014. Diferentemente de Curitiba, o modelo de atendimento utilizado foi o *Pharmacotherapy Workup*³². Inicialmente houve a divisão da gestão da AFABS local, onde uma responderia pelos Serviços Técnico-Gerenciais e outra pelos Clínico-Assistenciais. Receberam treinamento cinco farmacêuticos atuantes no município. Foi realizado um planejamento entre os farmacêuticos, os coordenadores e os médicos para definir o público que receberia os atendimentos e combinar o fluxo do encaminhamento. Ao final da reunião, ficou decidido que o serviço teria “portas abertas”, recebendo todos os pacientes que recebessem atendimento médico (SANTOS e colaboradores, 2019). Em um recorte feito entre julho de 2014 a novembro de 2016, mostraram atendimento oferecido a 1057 pacientes, onde os problemas relacionados à farmacoterapia mais prevalentes foram não adesão ao tratamento e necessidade de medicamento adicional (SANTOS e colaboradores, 2019).

Em Recife, o modelo foi implantado em julho de 2015, também utilizando o *Pharmacotherapy Workup*. Para a implantação do modelo de cuidado, houve

³² Método de atendimento que tem como base sistematizar as etapas do Acompanhamento Farmacoterapêutico. Primeiramente, deve-se avaliar quais informações serão necessárias coletar para a tomada de decisão. Em seguida, seguir um processo de avaliação e tomada de decisão. Finalmente, organizar a informação na ordem que o farmacêutico deve usá-la para realizar o manejo da farmacoterapia (CIPOLLE e colaboradores, 2012)

observação da realidade (avaliando estrutura, processo e resultados das US), planejamento e execução das intervenções. Foram feitas intervenções políticas (sensibilização de gestores, equipe de saúde e farmacêuticos), administrativas (grupos de trabalho foram criados para sistematizar o processo de implantação dos serviços), intervenções técnicas (onde houve a realização dos atendimentos) e, por fim, as atitudinais (presença dos apoiadores junto aos farmacêuticos, auxiliando no processo de cuidado, escuta ativa das demandas, e fornecendo feedback dos atendimentos). Foram treinados 42 farmacêuticos e foram atendidos 842 pacientes em 1465 consultas. Dos farmacêuticos treinados, 23 foram certificados pelo Ministério da Saúde por ter implementado o modelo em sua Unidade de Saúde (SANTOS JÚNIOR, 2019).

Destacam-se duas avaliações que auxiliam todo este percurso para a estruturação da Assistência Farmacêutica no país. A Escola Nacional dos Farmacêuticos e a Federação Nacional dos Farmacêuticos promoveram uma avaliação nacional da Política Nacional de Assistência Farmacêutica após 10 anos de sua promulgação, que ocorreu na segunda metade de 2014 (LEITE, 2017). Com o objetivo de identificar os avanços e desafios da Assistência Farmacêutica, foi utilizada uma metodologia participativa, com a realização de oficinas regionais nos estados brasileiros. As inscrições foram abertas para profissionais de saúde, estudantes, representantes da sociedade civil organizada e sociedade em geral. As oficinas foram realizadas poricineiros treinados e seguiram cinco eixos temáticos (LEITE, 2017):

- Universalidade do acesso à saúde no SUS;
- Recursos Humanos no SUS;
- Financiamento da Assistência Farmacêutica;
- Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

A discussão das oficinas seguiu o instrumento metodológico Análise FOFA³³. O material das oficinas foi tratado por análise temática gerando categorias de acordo com as unidades de análise. A terceira etapa de avaliação, os participantes das oficinas foram convidados para ingressar e ponderar se concordaram ou não com os indicadores propostos para cada tema. Foram realizadas 16 oficinas, em 16 estados de todas as regiões do Brasil, contabilizando 2178 participantes, gerando 466

³³ Ferramenta utilizada no planejamento estratégico de uma organização, detectando fatores internos (Forças e Fraquezas) e externos (Oportunidades e Ameaças) que interferem no processo de criar, implementar e avaliar decisões que permitem o alcance de seus objetivos (Gürel e Tat, 2017)

indicadores distribuídos nos eixos temáticos (LEITE, 2017). Os principais resultados deste trabalho estão apresentados no Quadro 4.9.

Quadro 4.9: Dez categorias de indicadores com maior pontuação realizado pelas oficinas de avaliação da PNAF

Forças / Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação da atuação profissional do farmacêutico nos serviços de saúde; • Desenvolvimento de estratégias de Promoção do Uso Racional de Medicamentos nos serviços e na comunidade; • Ampliação do acesso ao SUS; • Listas de Padronizações de Medicamentos enquanto instrumento de contribuição para o acesso a Medicamentos e uso racional dos medicamentos; • Capacitação e comprometimento da gestão do sistema de saúde com a consolidação do SUS; • Investimentos em saúde de forma geral e na Assistência Farmacêutica; • Maior comprometimento dos profissionais de saúde com a qualificação e com a população usuária dos serviços; • Atuação do controle social na fiscalização e participação nas políticas públicas.
Fraquezas / Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> • Má gestão e influência política sobre a organização do SUS; • Pouca valorização do farmacêutico pelos usuários e pela gestão do SUS, ausência de carreira de estado, gerando falta de fixação e desmotivação.

Fonte: Leite, 2017

Para compreender os avanços na AFABS, foi realizada uma investigação específica, coordenada e financiada pelo Ministério da Saúde com a participação de pesquisadores de várias instituições de ensino no país. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) teve como objetivos:

- “I - avaliar a utilização de medicamentos, com a caracterização das morbidades ou condições de saúde para as quais eles são utilizados;
- II - avaliar indicadores de acesso aos medicamentos;
- III - avaliar indicadores de racionalidade do uso;
- IV - caracterizar o uso e o acesso a medicamentos segundo variáveis demográficas, sociais, de estilo de vida e de morbidade;
- V - avaliar as políticas públicas de assistência farmacêutica e sua efetivação na Atenção Básica de Saúde;
- VI - avaliar a organização dos serviços de Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para fins de garantia de acesso e uso racional de medicamentos pela população;
- VII - avaliar os fatores que interferem na consolidação das políticas públicas de acesso a medicamentos; e

VIII - identificar e discutir a influência das políticas públicas de acesso a medicamentos nos gastos individuais com estes produtos e no combate a iniquidade” (BRASIL, 2012b)

A PNAUM foi a primeira investigação de abrangência nacional a respeito do acesso da população aos medicamentos e sobre este processo de uso. Ela foi dividida em duas investigações independentes: Componente Inquérito Populacional e Componente Serviços de Assistência Farmacêutica Básica (BRASIL, 2016c).

O Componente Inquérito Populacional foi realizado por meio de um estudo transversal, tendo como base amostra probabilística da população urbana brasileira, realizado entre 2013 e 2014. Foi desenvolvido um instrumento de coleta de dados com 11 blocos, contendo dados do entrevistado, doenças crônicas diagnosticadas, uso de medicamentos para condições crônicas e agudas, acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, comportamento que afetam o uso de medicamentos, uso de bulas, estilo de vida, se o respondente é beneficiário de plano de saúde privado e informações sobre o domicílio e sobre a pessoa de referência (caso o respondente for inferior a 15 anos ou incapazes de responder). Foram entrevistadas 41.433 pessoas em todas as regiões do Brasil (MENGUE e colaboradores, 2016). Como principais resultados, encontrou-se um elevado acesso para o tratamento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis como hipertensão e diabetes, mas flutuante em relação as respiratórias. Em relação a fonte para obtenção, o acesso gratuito (por via dos estabelecimentos de saúde do SUS ou pelo Programa Farmácia Popular do Brasil) foram elevados na hipertensão e diabetes, razoável para depressão e doenças respiratórias e muito baixo para infecções, resfriados e dores agudas (BRASIL, 2016c). Outro resultado importante é que as Políticas Farmacêuticas Nacionais protegeram as famílias brasileiras do Gasto Catastrófico em Saúde³⁴ e do Gasto Catastrófico com Medicamentos (LUIZA e colaboradores, 2016).

O Componente Serviços de Assistência Farmacêutica Básica foi um estudo transversal exploratório de natureza avaliativa com dois eixos-temáticos (gestão municipal da Assistência Farmacêutica e operacionalização da Assistência Farmacêutica) (ÁLVARES e colaboradores, 2017). Para cumprir com estes objetivos, foram entrevistados Secretários de Saúde, responsáveis pela Assistência Farmacêutica, responsáveis pela entrega de medicamentos, farmacêuticos e

³⁴ Ônus financeiro excessivo para as famílias, que compromete o orçamento familiar (Luiza e colaboradores, 2016)

médicos. Para coleta de dados, foram realizados levantamentos *in loco*, mediante observação direta e entrevistas, além de entrevistas telefônicas, além de pesquisa em fontes secundárias para caracterizar os municípios (Álvares e colaboradores, 2017). Os principais resultados deste Componente demonstraram que a Assistência Farmacêutica nos municípios está estruturada e normatizada, houve avanços na estrutura, com a presença de sistemas informatizados, mas ainda não integrados com a rede de serviços. A infraestrutura física não é adequada para a execução dos serviços farmacêuticos, a garantia da qualidade dos medicamentos e da ambiência. Médicos conhecem a lista de medicamentos disponíveis, mas acreditam que ela é insuficiente para atendimento das demandas dos usuários. Em relação aos Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais observou-se atividades individuais e coletivas com repasse de informações sobre medicamentos, mas incipientes em relação ao Acompanhamento Farmacoterapêutico. (Costa e colaboradores, 2017).

4.4.3 Evidências sobre a realização de Serviços Farmacêuticos na ABS no SUS

A descentralização das atividades da Assistência Farmacêutica gerou olhares para avaliação desta política. Durante a década de 2000, as transformações vistas na regulamentação não foram observadas *in loco*. Consultando relatórios de fiscalização de 567 municípios realizados pela Controladoria Geral da União entre 2004 e 2006, Vieira (2008) encontrou problemas relacionados aos Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais em 90% deles, sendo os mais prevalentes o controle de estoque ausente ou deficiente (81,3%), condições inadequadas de armazenamento (47,22%) e inobservância de normas de aquisição (19,4%). Além disso, em 22,2% dos relatórios foram mencionados medicamentos vencidos sendo ofertados a população. Araújo e colaboradores (2008), traçando um perfil da AFABS por meio de uma revisão da literatura, mostram que a estrutura dos dispensários³⁵ das US de maneira geral ocupa espaços relativamente pequenos, sendo o atendimento feito por janelas, focado somente na entrega do produto sem nenhum tipo de orientação. O farmacêutico tem foco exclusivo em realização Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais, sendo seu desempenho medido em 'reduzir a fila' e não em indicadores concretos. Oliveira e colaboradores (2010), revisando publicações que analisaram o acesso a

³⁵ Setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente (Brasil, 1973).

medicamentos em US, encontraram resultados semelhantes a Vieira (2008) e Araújo e colaboradores (2008), e traçaram como motivo o desinteresse dos gestores em estruturar esta área.

O quadro da organização da AFABS foi mudando com o passar do tempo. A Assistência Farmacêutica passou a constar no organograma das Secretarias Municipais de Saúde e no Plano Municipal de Saúde (GERLACK e colaboradores, 2017). A interação com o Controle Social foi aprimorada, com aumento da prestação de contas, participação do gestor da Assistência Farmacêutica nos CMS fazem parte de pelo menos metade dos municípios brasileiros (GERLACK e colaboradores, 2017). Em relação a estrutura física, Costa e colaboradores (2017), utilizando informações da PNAUM, encontraram irregularidades na documentação técnico-sanitária e medicamentos vencidos em todas as farmácias e dispensários analisados e uma estrutura física variável de acordo com as regiões do país. As áreas utilizadas para armazenamento dos medicamentos eram as que possuíam menos problemas comparadas as áreas de dispensação, que havia mais incidência de luz solar direta, presença de roedores e insetos, mofo e infiltrações nas paredes. A distribuição de medicamentos é feita em poucos veículos de maneira inadequada. Em relação a área de dispensação a maioria dos estabelecimentos possui menos de 10m², com atendimento individualizado com o usuário sentado ocorrendo em 23,7% das farmácias/dispensários (LEITE e colaboradores, 2017).

A PNAUM foi a primeira pesquisa de abrangência regional e nacional que avaliou a existência e o funcionamento dos Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais. Em relação a Seleção de Medicamentos, a maior parte dos municípios possui uma lista padronizada com os medicamentos e a atualiza constantemente, mas a metade destes possui os procedimentos explícitos de como este processo ocorre e 12,5% possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica³⁶ formalmente constituída (KARNIKOWSKI e colaboradores, 2017). A falta de um órgão formalmente constituído para orientar este processo cria entendimento diferentes entre os atores da AFABS. Gestores da Assistência Farmacêutica acreditam que esta lista atende as necessidades de saúde enquanto os médicos não. Os médicos, apesar de saberem da existência da lista, desconhecem os processos de alteração, e relatam que quase

³⁶ Órgão consultivo (e algumas vezes deliberativo) responsável por regulamentar e padronizar medicamentos e materiais médicos.

sempre o usuário solicita troca de medicamentos (KARNIKOWSKI e colaboradores, 2017).

Apesar de existir em 54,7% dos municípios procedimentos escritos sobre programação de medicamentos, existe sistema informatizado de gestão em mais de 83% (GERLACK, 2017). Em relação aos processos de aquisição, o farmacêutico está inserido na elaboração das especificações técnicas para compra dos medicamentos, com os procedimentos escritos em 58,2% dos municípios, mas o controle financeiro ainda é incipiente. Cerca de 91% dos gestores não souberam informar o gasto com Assistência Farmacêutica no município e 61,5% disseram não ter autonomia para gestão do recurso financeiro (GERLACK, 2017). Em relação ao armazenamento, temperatura, umidade, limpeza e proteção contra insetos são monitorados e 90% possuem o controle de estoque informatizado (GERLACK, 2017).

Os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais são mais estudados pela literatura científica. Barros e colaboradores (2019) encontraram 17 estudos após uma revisão integrativa. Elas observaram que o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico foi o serviço mais estudado, enquanto a dispensação e a orientação farmacêutica foram realizadas com maior frequência. A educação em saúde, conciliação de medicamentos e revisão da farmacoterapia foram citadas por poucos estudos. Em relação ao impacto clínico, foi encontrado resolução de problemas relacionados a farmacoterapia, melhora de desfechos intermediários de risco cardiovascular e de saúde mental e melhora da qualidade de vida do usuário (Barros e colaboradores, 2019). Porém, todos esses resultados se devem principalmente em relação ao Acompanhamento Farmacoterapêutico e não aos demais serviços, além de poucos estudos contemplarem a integração do farmacêutico com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e com o NASF.

Procurando entender o impacto do curso “Farmacêuticos na APS: Construindo uma Relação Integral” nos Serviços Farmacêuticos na ABS, Luna Leite (2015), observou a capacidade de 59 farmacêuticos egressos implementarem mudanças pretendidas ao longo do curso quatro anos após seu término. Dentre os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais, os serviços onde os farmacêuticos relataram mudança foram relacionados ao processo de judicialização de medicamentos e planejamento das ações, enquanto o armazenamento, aquisição e controle de estoque foram os mais citados em não conseguir mudanças pretendidas. Entre os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais, a Orientação Farmacêutica e o Apoio

Matricial alcançaram a maior proporção enquanto a Educação em Saúde e a Visita Domiciliar não foram alcançadas a menor proporção mudanças pretendidas. O Quadro 4.10 apresenta as facilidades e barreiras encontradas por esses farmacêuticos.

Quadro 4.10: Barreiras e Facilitadores para farmacêuticos implementar mudanças nos Serviços Farmacêuticos na ABS

Categoria	Barreiras	Facilitadores
Estrutura de Trabalho	Recursos humanos e financeiros insuficientes; Alta rotatividade de profissionais; Condições de trabalho e infraestrutura inadequada.	Perspectivas de contratação de farmacêuticos; Melhoria da estrutura física, para promoção de atendimento individualizado.
Processos de Trabalho	Falta de comunicação entre os membros da equipe; Baixa assiduidade dos usuários ao serviço farmacêutico; Elevada carga de trabalho e de serviços gerenciais.	Adequação da logística de medicamentos no município; Qualificação da dispensação e do matriciamento; Planejamento de ações conjuntas entre farmacêuticos que realizaram o curso.
Gestão do Trabalho	Gestor não compreende o trabalho do farmacêutico; Gestor resistente a mudanças.	Rotatividade de gestores; Parceria com o Ministério da Saúde.
Educação Permanente em Saúde	Formação incipiente dos profissionais de saúde sobre a rede de atenção à saúde; Formação incipiente do farmacêutico em questões relacionadas à clínica.	Multiplicação dos conhecimentos aprendidos no curso para a equipe de saúde.

Fonte: Luna Leite, 2015.

Araújo e colaboradores (2017), analisando os dados da PNAUM sobre os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais realizados na ABS, mostraram que apenas 21,3% dos farmacêuticos consideram realizar alguma atividade de natureza clínica. Nunca ter sido solicitado para realizar, não dispor de espaço físico e de tempo foram os principais motivos para sua não realização. Em relação a integração dos farmacêuticos com outros profissionais de saúde, aproximadamente metade interagem com médicos e enfermeiros de maneira pontual e a participação de farmacêuticos nas reuniões de equipe da US e de atividades intersetoriais e multiprofissionais ainda é baixa (ARAÚJO e colaboradores, 2017).

Santos Júnior e colaboradores (2018) e Ramos e colaboradores (2018), estudando a implementação do projeto Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica na

cidade de Recife, avaliaram as barreiras e facilitadores do Acompanhamento Farmacoterapêutico pelo ponto de vista dos farmacêuticos que foram certificados pelo Ministério da Saúde, os que participaram do processo, mas não cumpriram todos os requisitos de certificação, e dos gestores. Oliveira e colaboradores (2017) utilizaram um método de pesquisa-ação no processo de implantação do Acompanhamento Farmacoterapêutico na cidade de Lagoa Santa, se aproveitando do fato de que uma das pesquisadoras estava como Coordenadora da Assistência Farmacêutica local, com isso tendo um contato mais próximo entre os pesquisadores e a equipe de farmacêuticos. As barreiras e facilitadores encontrados estão resumidos no Quadro 4.11.

A força de trabalho da AFABS foi avaliada por Carvalho e colaboradores (2017), utilizando dados da PNAUM. A gestão da AFABS no município é majoritariamente feminina e farmacêutica, que trabalha mais de 30 horas por semana com formação superior. Os demais trabalhadores também são majoritariamente mulheres, com formação nível médio e técnico em enfermagem. Além de atendentes e farmacêuticos, o enfermeiro também se destacou na entrega e administração de medicamentos nas Unidades de Saúde.

Quadro 4.11: Barreiras e Facilitadores de implementação de Acompanhamento Farmacoterapêutico na ABS

Categoria	Barreiras	Facilitadores
	Descrição	Descrição
Rede de Saúde Local	<ul style="list-style-type: none"> • Falta estrutura física; • Falta área privativa para atendimento; • Greves dos profissionais de saúde, demissões e falta de recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento da gestão local; • Estrutura física disponível; • Alta procura pelo serviço; • Existência de farmacêutico específico para as atividades logísticas.
Equipe de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de entendimento do papel do farmacêutico na ABS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bom relacionamento com os membros da equipe;
Farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimento clínico; • Dificuldade para conciliar atividades clínicas e logísticas; • Valorização do farmacêutico que executa atividades; clínicas em detrimento dos que realizam atividades logísticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil clínico³⁷ do farmacêutico; • Processo de trabalho integrado com os demais membros da equipe; • Executar atividades clínicas e logísticas de forma integrada;
Processo de implementação do Serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço não funciona baseado na filosofia da Atenfar; • Coincidiu com período de feriados e férias de muitos profissionais; • Falta de registro dos atendimentos de forma integrada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência técnica realizada pela equipe do estudo; • Processo de implantação iniciado pelo Ministério da Saúde; • Delegar a entrega de medicamentos para atendentes de farmácia;
Usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Os usuários não conhecem o papel do farmacêutico. 	

Fonte: Oliveira e colaboradores (2017). Santos Júnior e colaboradores, 2018, Ramos e colaboradores, 2018.

³⁷ “Conjunto de características intrínsecas de um profissional que é motivado, tem afinidade por atividades clínicas e conhecimento, habilidades e atitudes prévias” (RAMOS, 2018).

4.5 Organizando a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

Para se organizar a AFABS, é necessário entender as dimensões do acesso a saúde e aos medicamentos. Penchansky e Thomas, 1981, desenvolveram cinco dimensões para se definir o acesso aos serviços de saúde como um todo, conforme é apresentado no Quadro 4.12. Andersen (1995), enfatizou o aspecto do uso real do serviço, complementando o planejamento e a efetividade para sua garantia, como está apresentado no Quadro 4.13. Pensando nessa questão, tem-se que planejar um serviço de saúde que atenda as demandas em quantidade e qualidade, que esteja a uma distância razoável dos usuários, permitindo que eles possam acessá-lo, em uma estrutura que oferte conforto e que esteja dentro de critérios que os próprios usuários considerem bons. O acesso em saúde deve passar por uma transição, planejando um acesso potencial, ofertando e medindo o acesso real para compreender o quanto deste acesso é efetivo, ou seja, àquele em que os usuários acessam o serviço e isso produz melhora em sua condição de saúde. Isso significa que não precisamos oferecer todos os serviços e insumos disponíveis, e sim aqueles que trazem benefício real para os usuários.

Quadro 4.12: Dimensões para garantia do acesso a saúde

Dimensão	Significado
Disponibilidade	Relação entre o tipo e a quantidade do produto ou serviço ofertado, em relação ao fornecido
Acessibilidade	Localização geográfica entre produtos e serviços e a localização eventual do usuário
Acomodação	Adequação dos serviços prestados
Capacidade aquisitiva	Preço dos produtos ou serviços e a capacidade do usuário/sistema de pagar por estes
Aceitabilidade	Atitudes e expectativas dos usuários sobre os produtos e serviços

Fonte: Penchansky e Thomas, 1981

Quadro 4.13: Aspectos do acesso aos serviços de saúde

Aspecto	Significado
Potencial	Equilíbrio entre as barreiras (fatores predisponentes e de necessidade) e a capacidade de enfrentá-las
Real	Uso dos serviços de fato
Efetivo	Alcance de resultados em saúde em decorrência do uso dos serviços

Fonte: Andersen, 1995.

Os medicamentos têm papel importante nos serviços de saúde pelos seguintes motivos (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 2012):

- São produtos que podem salvar vidas e melhorar a saúde das pessoas;
- Desempenham papel fundamental na participação dos usuários nos serviços de saúde e na construção de relações de confiança com as equipes de saúde;
- Representam elevados custos para as pessoas e para o sistema de saúde;
- São diferentes de outros produtos de consumo;
- Melhorias no fornecimento e no uso de medicamentos são possíveis e causam impactos relevantes para o sistema de saúde.

O medicamento difere de uma mercadoria ou de um serviço de consumo comum pelas seguintes questões:

- Supõe-se que os consumidores tenham conhecimento de mercado em geral e que suas escolhas sejam autônomas. No caso da saúde, essas hipóteses são bem mais limitadas, pois são os profissionais (principalmente, os médicos) que decidem o tipo de tratamento e demais intervenções necessárias;
- O risco é um elemento sempre presente, porque os efeitos adversos da tecnologia médica afetam a concepção, o nascimento e a vida, o corpo e a mente. Durante a fase de desenvolvimento de novas tecnologias, os benefícios ou riscos são altamente incertos, motivo pelo qual as novas tecnologias são, em geral, refinadas após avaliações clínicas;
- O consumidor, muitas vezes, não pode julgar as prováveis consequências da não obtenção de um produto prescrito ou da interrupção de um tratamento (MACHADO DOS SANTOS e NASCIMENTO, 2015).

Desta forma, é necessário definir com clareza a forma em que os medicamentos serão disponibilizados a uma sociedade, como ele será prescrito, como ele está sendo utilizado e quais resultados em saúde seu uso está gerando (bons e ruins).

Em um município, a Assistência Farmacêutica deve possuir uma estrutura organizacional e física mínima para seu funcionamento. O Ministério da Saúde, em seu guia “Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua Organização” (BRASIL, 2006a) e “Planejar é preciso: Uma Proposta de Método para Aplicação à Assistência Farmacêutica” (2006b) elencam como estrutura mínima para organização da AFABS de um município:

- Capítulo sobre Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde³⁸: É essencial que haja a construção participativa da política de Assistência Farmacêutica no município e que esta esteja expressa dentro deste importante instrumento de gestão;
- Estrutura: Possuir uma estrutura organizacional (constar no organograma da Secretaria Municipal de Saúde); estrutura física compatível com a complexidade das funções realizadas;
- Processo: Existência de um plano operativo, com objetivos claros e metas definidas; possuir um conjunto de normas e procedimentos operacionais das atividades; a necessidade tecnologias de informação e comunicação e de gestão da informação além da capacitação de recursos humanos;
- Resultados: Realizar avaliação contínua dos resultados alcançados na AFABS em relação ao acesso aos serviços, morbimortalidade e nível de satisfação dos usuários.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o documento norteador da organização deste nível de atenção no Brasil, apresentando princípios e diretrizes de seu funcionamento, citando a estrutura básica para sua implementação e esclarecendo os papéis das três unidades federativas e dos profissionais de saúde na prestação das atividades assistenciais, organização dos serviços e das equipes de saúde. Esta Portaria está em consonância com as Redes de Atenção à Saúde³⁹, onde a ABS possui papel central, horizontal e ordenador de todo o fluxo de cuidado de um usuário no SUS (MENDES, 2011; Brasil, 2010a, 2011b, 2017d). Sua construção é voltada à capilarização radical das ações e serviços de saúde nos municípios, seguindo as seguintes diretrizes (BRASIL, 2017d):

- Regionalização e Hierarquização: as RAS devem possuir uma organização de todos seus serviços, sendo a ABS o ponto de comunicação entre testes, auxiliando no planejamento de ações;

³⁸ “O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera” (BRASIL, 2016d)

³⁹ “A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a)

- Territorialização e Adstrição: as ações e serviços da ABS devem ser voltadas para um território específico, com uma população definida, para assim, que se possa realizar uma definição de serviços específicos e resolutivos para aquela realidade específica. Assim, para cada Unidade de Saúde, deve se estipular seu território dentro do município;
- Cuidado Centrado na Pessoa e Longitudinalidade: agir de forma a compreender cada necessidade de saúde de cada usuário, os auxiliando a desenvolverem capacidades necessárias para tomar decisões relacionadas às intervenções em sua própria saúde. Esse contato deve ser construído por um vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, acompanhando o efeito das intervenções;
- Resolutividade: a ABS deve se utilizar de uma gama de tecnologias em saúde⁴⁰ individuais e coletivas, incluindo o uso da Rede de Atenção em Saúde com o objetivo de resolver as demandas de saúde de sua comunidade;
- Coordenar o cuidado e Ordenar as Redes: Conhecer as necessidades de saúde de sua população adstrita, organizando ações necessárias para sua resolução, utilizando a própria Rede de Atenção à Saúde e também outras parcerias institucionais neste objetivo;
- Participação da Comunidade: estimular a participação dos usuários nas tomadas de decisão das equipes de saúde, como forma de ampliar sua autonomia e avaliar a construção do cuidado de saúde no território;

A PNAB insere como responsabilidade de todas as esferas de governo em relação a AFABS

desenvolver as ações de assistência farmacêutica⁴¹ e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito

⁴⁰ “Consideram-se tecnologias em saúde os medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, os sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte e os programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2010b)

⁴¹ A Política Nacional de Assistência Farmacêutica coloca o termo “assistência farmacêutica”, consonante com a Lei Federal Nº 13021 (BRASIL, 2014a), mas destoando da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004a) que colocam o termo em maiúsculo.

federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2017d).

A PNAB também recomenda áreas para “assistência farmacêutica” nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde Fluvial (BRASIL, 2017d). Desta forma, considera que a AFABS deve ocorrer dentro das Unidades de Saúde. Assim, o objetivo da AFABS é que os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais e os Clínico-Assistenciais devem seguir as mesmas diretrizes apontadas para a ABS, como apontado no Quadro 4.14.

Quadro 4.14: Relação entre Serviços Farmacêuticos e a Política Nacional de Atenção Básica

Descrição na PNAB	Justificativa
Responsabilidades de todas as esferas de governo: garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para a execução das ações propostas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais auxiliam na qualificação e no dimensionamento da demanda de medicamentos das UBS;
Atribuição do Gerente de Atenção Básica: qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos	
Atribuições do Enfermeiro, médico e cirurgião-dentista: prescrição de medicamentos	Os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais atuam diretamente nas decisões clínicas, por ser responsável pela seleção de medicamentos do município e do território e pela construção de protocolos clínicos, por meio da CFT; Os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais atuam com usuários e profissionais, buscando o melhor resultado possível da farmacoterapia.
Atribuições do Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem: Administração de medicamentos	Os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais atuam no sentido de orientar os cuidados necessários com os medicamentos a serem administrados, podendo desenvolver um manual de diluição e de administração destes.
Processo de Trabalho da ABS: impedir agravos e complicações preveníveis, evitar internações desnecessárias e iatrogênicas e estimular o Uso Racional de Medicamentos	Os Serviços Farmacêuticos podem auxiliar racionalizando o acesso aos medicamentos, atuando diretamente com os usuários, identificando e resolvendo suas Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia. Geram informação, necessária para avaliação das intervenções a serem feitas em cada comunidade relacionados ao uso de medicamentos.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017d.

Mendes (2011), em sua publicação “As Redes de Atenção à Saúde”, coloca a estrutura operacional das RAS em cinco componentes:

o centro de comunicação, a ABS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e logístico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transportes em saúde); e o sistema de governança.

Dar-se-á especial destaque ao sistema de apoio citado por Mendes, que os define como “os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde” (MENDES, 2011). Assim em contraste com a PNAB, ele considerou que a AFABS não necessita focar nas necessidades específicas de cada território, podendo ser organizada e ofertada de maneira uniforme em toda a ABS.

Guerra Júnior e Camuzi (2014), observando modelos logísticos em AFABS, mostraram que eles se organizam em Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Farmácias e dispensários de medicamentos.

A CAF é uma “área destinada à estocagem e conservação dos produtos, visando assegurar a manutenção da sua qualidade, enquanto estocados, conforme as características de cada medicamento” (BRASIL, 2001). Ela deve ser dimensionada conforme as demandas de cada município, consistindo em áreas específicas para recebimento, conferência, armazenamento e distribuição dos medicamentos para a rede da ABS.

A Farmácia possui duas definições oficiais. A Lei Federal 5991 de 1973 cita a farmácia como

estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica (BRASIL, 1973).

Em 2014, a Lei 13021 também define o que é uma farmácia como

uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos (BRASIL, 2014a).

Já o dispensário de medicamentos⁴² é conceituado como “setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente” (BRASIL, 1973), que geralmente é localizado dentro das US. Nas farmácias e dispensários onde ocorre a dispensação dos medicamentos aos profissionais de saúde e aos usuários do sistema.

Além destes pontos, destacam-se também as Farmácias Móveis⁴³, que se deslocam pelo território, levando os medicamentos diretamente aos territórios, reduzindo a necessidade de deslocamento dos usuários até uma Farmácia ou dispensário.

Pensando no desafio logístico de manter sempre o menor estoque possível e simultaneamente garantir o acesso a medicamentos de qualidade para todo o território, Guerra Júnior e Camuzi (2014) apresentam quatro modelos principais utilizados na organização da AFABS, conforme apresentado no Quadro 4.15.

Quadro 4.15: Modelos Logísticos em AFABS

Modelo Logístico	Descrição
Central de Abastecimento Farmacêutico + Rede de Farmácias e dispensários	Estes dois modelos se organizam em dois níveis a gestão logística, onde ocorre o armazenamento de todos os medicamentos em uma CAF ou uma Farmácia Central, e destes dois pontos os medicamentos são distribuídos aos demais pontos, onde são dispensados
Farmácia Central + Farmácias e Dispensários	
Parcialmente terceirizado	Neste modelo, só existe um nível logístico, que é a rede de dispensação. O papel do armazenamento e da distribuição é terceirizado para o serviço privado.
Totalmente terceirizado	Neste modelo, a dispensação de medicamentos ocorre por meio da rede de farmácias privadas. Neste caso, toda a cadeia logística é terceirizada.

Fonte: Adaptado de Guerra Júnior e Camuzi, 2014.

⁴² Existe um amplo debate do papel do dispensário e da farmácia na Assistência Farmacêutica, visto que existe um entendimento dos gestores que a US é uma unidade hospitalar de pequeno porte, o que configura o local onde os medicamentos são armazenados e disponibilizados para os usuários como dispensários e não como farmácias. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) relata que a legislação da farmácia e dispensário são distintas, e que não existe uma legislação formada sobre o tema, considerando que é restrito a locais com a presença do farmacêutico a dispensação de medicamentos de controle especial e antibióticos. Caso estes medicamentos não constem no dispensário, a presença deste profissional não é obrigatória (CONASEMS, 2017).

⁴³ “Define-se como Farmácia Pública Móvel - FPM, para fins desta norma, àquela exercida de forma eventual e excepcional, por veículo automotor específico, em localidades urbanas ou rurais, onde os medicamentos serão transportados e dispensados na própria unidade móvel ou em local previamente preparado para a dispensação em Unidades Básicas de Saúde com atendimento de serviço de saúde e médico de forma eventual” (Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná, 2018).

Todos os modelos citados anteriormente levam em consideração a AFABS como um sistema de apoio na Rede de Atenção a Saúde, destoando dos princípios da PNAB. A AFABS tem o potencial de ser mais resolutiva, podendo entregar Serviços Farmacêuticos de qualidade com a inclusão dos princípios da PNAB na sua lógica de organização.

Desta forma, apresenta-se três modelos lógicos de organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em um município: Distribuição de Medicamentos, Acesso a Medicamentos e Compreensão e Resolução das Necessidades Relacionadas ao Uso de Medicamentos. Estas fases foram pensadas de maneira incremental, transicional e sequencial, conforme apresentado na Figura 4.3.

Figura 4.3: Modelos Lógicos de organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica



Fonte: Dados do autor.

O primeiro modelo é a Etapa Base da AFABS, sendo fundamental para a organização das etapas seguintes. O seu objetivo é garantir quantitativamente a distribuição de medicamentos para a população. Os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais foco deste modelo são a Aquisição e a Distribuição dos medicamentos.

Com a ampliação do serviço, há uma pressão pela organização da AFABS, geralmente pressionado pelo desafio logístico de não conseguir manter os medicamentos em estoque, forçando a migração para o segundo modelo lógico. No "Acesso a Medicamentos", a AFABS tem o objetivo de satisfazer as dimensões do Acesso a Serviços de Saúde propostos por Penchansky e Thomas (1981). Ocorre o

desenvolvimento dos Processos Gerenciais (OPAS, 2013a), para qualificação de todos os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais e dos modelos logísticos vigentes. Neste modelo, se utiliza a informação relacionada a AFABS para a tomada de decisão. Os Serviços Farmacêuticos Clínicos tendem a ocorrer de forma pontual, geralmente focados em algum programa de saúde específico, como a orientação farmacêutica de formas farmacêuticas complexas e no auxílio aos usuários para o acesso a medicamentos dos outros Componentes da Assistência Farmacêutica. A estruturação e a organização da AFABS vão se descentralizando neste modelo, a partir das necessidades das US em relação a medicamentos tendo uma aproximação com a Política de Atenção Básica municipal. Este modelo lógico é o pensado por Mendes (2011) e detalhado anteriormente, onde a AFABS está agindo como um Sistema de Apoio.

Todos os esforços gerados para a construção da AFABS no Brasil vêm de encontro ao pleno funcionamento do segundo modelo lógico (BERMUDEZ e BARROS, 2016; AKERMAN e FREITAS, 2017). Mesmo considerando seu pleno funcionamento, outros desafios ainda necessitam de solução. Freitas e colaboradores (2018) desenharam um modelo farmacoeconômico com objetivo de estimar a quantidade e a prevalência de Morbidade Relacionadas a Medicamento⁴⁴ (MRM) no Brasil e qual o seu custo para o SUS no ano de 2016, estimam que aproximadamente 36% da população brasileira experimentou ao menos uma MRM, sendo que 90% destes precisaram de cuidados adicionais. O custo médio para atender e resolver cada MRM foi estipulado em R\$ 534,75⁴⁵ e o custo total médio foi estimado em R\$ 62,1 bilhões. Neste custo estão incluídos tratamento adicional, encaminhamento a médicos especialistas, visitas à emergência, hospitalização, hospitalização de longa permanência e morte. Este valor correspondeu a cinco vezes o orçamento daquele ano do Ministério da Saúde para compra de medicamentos. Souza (2013) realizou uma revisão de revisões sistemáticas apresentou que a prevalência de Eventos Adversos a Medicamentos⁴⁶ na ABS é maior que os demais pontos de atenção a

⁴⁴ “A Morbidade Relacionada a Medicamentos pode ser definida como um “dano não intencional” ao paciente (isto é, um desfecho clínico sério, perigoso, grave ou incapacitante) que não foi corrigido e requer cuidados em saúde adicionais para sua resolução (por exemplo, visitas à emergência ou hospitalização), que possui relação cientificamente plausível (relação teórica e cronológica) com a farmacoterapia ou uma indicação sem tratamento” (FREITAS e colaboradores, 2017, tradução nossa.

⁴⁵ O estudo apresentou os resultados em dólares americanos, utilizando a cotação de US\$ 1,00 = R\$ 3,45 (FREITAS e colaboradores, 2018).

⁴⁶ “Qualquer dano ou injúria causado ao paciente pela intervenção médica relacionada aos medicamentos” (ROSA, 2003)

saúde. Associado a isso tem-se a prevalência de regimes mais complexos da farmacoterapia dos usuários da ABS (NASCIMENTO e colaboradores, 2017) e a judicialização da saúde⁴⁷, com especial enfoque aos medicamentos que pressiona o SUS a pensar melhores estratégias para a garantia dos direitos constitucionais de acesso à saúde (CATANHEIDE e colaboradores, 2016; COSTA e colaboradores, 2020).

A guinada para o terceiro modelo surge a partir dos novos desafios gerados pela garantia do acesso a medicamentos do modelo anterior, acrescido da pressão logística causada pela judicialização da saúde, limitação dos recursos e da Morbidade Relacionada ao Uso de Medicamentos, conforme apresentado no Quadro 4.16. Neste modelo, o objetivo da AFABS é pautado na resolução das Necessidades Relacionadas a Farmacoterapia dos usuários se integrando por completo com os princípios da PNAB. Os Processos Gerenciais e de Apoio devem funcionar em sua plenitude. Neste modelo, os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais são qualificados e ofertados conforme a necessidade de cada comunidade. O planejamento das ações da AFABS é ascendente, sendo discutido dentro de cada US, com as equipes de saúde e com os usuários, por meio das reuniões de equipe e dos Conselhos Locais de Saúde⁴⁸, fazendo com que os Serviços Farmacêuticos sejam especializados para cada território. Neste modelo, as farmácias assumem o protagonismo como pontos de atenção a saúde, integrado a um território definido, sendo a base de prestação de Serviços Farmacêuticos para garantir a Distribuição, o Acesso a Medicamentos e a Compreensão e Resolução das Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia.

⁴⁷ “O fenômeno da Judicialização da Saúde expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais. O fenômeno envolve aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, que vão muito além de seu componente jurídico e de gestão de serviços públicos” (VENTURA e colaboradores, 2010)

⁴⁸ Instância de Participação da Comunidade na Saúde na esfera local

Quadro 4.16: Novos desafios para o modelo de Acesso a Medicamentos da AFABS

Desafio	Fatores	Considerações
Morbidade Relacionada a Medicamentos	Falhas relacionadas ao monitoramento do tratamento, falta de adesão ao tratamento proposto, questões relacionadas à seleção e prescrição da terapia e presença de Reações Adversas a Medicamento.	Existe uma proporção significativa de MRMs preveníveis (cerca de 53% do total). Deve se reconhecer que os MRMs representam falhas do sistema de saúde, dos procedimentos e das pessoas envolvidas. Assim, as equipes de saúde devem estar mais atentas às Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia. Os sistemas de saúde devem prezar pela Segurança do Paciente ⁴⁹ e da otimização dos resultados da farmacoterapia.
Prevalência de Eventos Adversos a Medicamentos	Menor acompanhamento do uso de medicamentos, uso indiscriminado. Lógica de cuidado voltado para as condições agudas, sem longitudinalidade do cuidado. Idosos tem mais prevalência de RAM que os demais grupos.	Mudança do modelo de atenção, voltado para as condições crônicas e pela incorporação de serviços como o Acompanhamento Farmacoterapêutico.
Prevalência de regimes complexos	A prevalência de usuários que utilizam 5 ou mais medicamentos na ABS é de 9,4%, sendo que em idosos com mais de 65 anos esta prevalência é de 18,1%, Fatores associados são baixa percepção de saúde, presença de condições crônicas, ter plano de saúde, visitas a emergências e residir na Região Sul do país	O serviço de saúde deve garantir que a prescrição de múltiplos medicamentos seja apropriada e segura, com avaliação regular do tratamento, reforço da adesão ao tratamento e o respeito as preferências do usuário. Para isso, os profissionais precisam ser capacitados, poderem trabalhar em equipe e desenvolver estratégias de promoção em saúde.
Judicialização da Saúde	A prescrição médica é o principal documento para se conduzir o processo de judicialização. Porém, esta é feita geralmente fora dos protocolos disponíveis e listas de medicamentos estabelecidos dentro do SUS. Uma parte das ações é referente a medicamentos já presentes no SUS, mas que estão em falta, com destaque ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Além disso, existe pouca interação entre os poderes Executivo e Judiciário para estabelecer uma agenda de atividades.	Deve se realizar um diagnóstico mais acurado sobre a realidade da judicialização. Devem se criar comitês municipais, formados por membros do Executivo e Judiciário para auxiliar na tomada de decisão a respeito de cada caso e para suscitar debates sobre o tema. Deve haver resolução de demandas por vias extrajudiciais, por meio da mediação sanitária ⁵⁰ .

Fonte: Adaptado de Catanheide e colaboradores, 2016; Costa e colaboradores, 2020; Freitas, 2017; Freitas e colaboradores, 2018; Nascimento e colaboradores, 2017; Ramos e colaboradores, 2016; Souza, 2013.

⁴⁹ “Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2014c)

⁵⁰ “Considera-se mediação a atividade técnica exercida por terceiro imparcial sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsia” (BRASIL, 2015c).

A transição entre os modelos é um processo gradual, que requer mudança de paradigma de gestores, profissionais de saúde e da própria população que recebe os serviços da ABS. Este é um processo lento, pois um modelo é altamente dependente dos anteriores. No planejamento da AFABS, a presença dos insumos deve sempre ter prioridade nas ações e serviços, seguida da racionalização do seu acesso e por último as ações de cuidado. A transição dos modelos passa pela compreensão de que AFABS não se resume somente apenas a distribuir medicamentos para a rede de saúde local. O ponto fundamental para o processo gradual da mudança entre os modelos é a percepção se a AFABS como está estruturada é suficiente para garantir as Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia da população. Esta compreensão acontece por fortalecimento dos Processos de Apoio, que produzirão informações necessárias ao atendimento destas demandas. Outro passo importante na transição é o planejamento por meio de projetos piloto que apresentem resultados mensuráveis, antes das grandes mudanças. Estas mudanças também devem seguir de forma gradual dentro do município, podendo desta forma realizar a comparação entre territórios com e sem a intervenção proposta. Desta forma, o foco inicial da AFABS deve ser o coletivo e com o passar do tempo e da qualificação ir migrando aos poucos ao individual, até que ocorra plenamente em todos os territórios do município. Para monitoramento e acompanhamento dos resultados, Faraco e colaboradores (2020), partindo das informações provenientes da PNAUM e de protocolos de indicadores realizados anteriormente, elaboraram um instrumento para avaliação e acompanhamento da AFABS em um município. Estes indicadores foram divididos em três dimensões, em acordo com o trabalho de Guimarães e colaboradores (2004) (LEITE e colaboradores, 2015), sendo fundamentais para mostrar a evolução do primeiro e do segundo modelo:

- Dimensão organizacional: avalia a autonomia e a descentralização da AFABS, por meio de indicadores que traduzem a existência formal, o planejamento e a transparência dos processos da Assistência Farmacêutica;
- Dimensão operacional: avalia a existência de condições normativas, técnicas, operacionais e estratégicas que padronizem os Serviços Farmacêuticos na AFABS;
- Dimensão da sustentabilidade: avalia os mecanismos da garantia da manutenção e qualificação dos Serviços Farmacêuticos na AFABS, como

a articulação com outros setores, canais para avaliar a satisfação dos usuários com o serviço e da realização de treinamentos.

No terceiro modelo, os indicadores se descentralizam, sendo desenvolvidos por territórios, acrescidos dos Estudos de Utilização de Medicamentos⁵¹, sendo instrumentos de identificação de necessidades, priorização, ação e acompanhamento dos resultados em cada território.

4.6 Reflexões e perspectivas para o Farmacêutico e a Farmácia na Atenção Básica

Smith e colaboradores (2020) apontaram quatro movimentos para transformação da prática farmacêutica atual:

- Avanço no papel do farmacêutico para o desenvolvimento de Serviços Farmacêuticos Clínico Assistenciais;
- Liderança adaptativa voltada para coordenar programas e projetos;
- Gestão de mudanças ajustados a complexidade e a incerteza atual que o panorama atual apresenta (MACK e KHARE, 2016);
- Guiar os Serviços Farmacêuticos de acordo com o mais alto nível de evidência disponível (OPAS, 2015), compreendendo a forma de implementar os achados científicos à rotina de trabalho (ECCLES e MITTMAN, 2006).

Os apontamentos realizados neste capítulo são caminhos importantes para essa transformação, mas gostaríamos de dar especial enfoque ao resgate do papel histórico da farmácia nesse contexto. Durante o século XX, houve um apagamento desse estabelecimento, trazendo-o principalmente como um ponto de distribuição de medicamentos, correspondendo ao primeiro modelo lógico apresentado anteriormente, o que conseqüentemente apagou o papel do farmacêutico nesse processo como o gestor logístico desta distribuição. A capilarização da AFABS ocorre por meio de uma Farmácia voltada ao atendimento das necessidades em saúde de um território definido, para assim especializar os Serviços Farmacêuticos, fornecendo

⁵¹ A associação de pesquisadores europeus *Pharmaceutical Care Network Europe* (2016) propõe 3 níveis de Estudo de Utilização de Medicamentos, onde se analisam dados de sistemas informatizados, relato do paciente e dados clínicos para se compreender as demandas das Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia.

insumos e serviços para a saúde, cultura e formação política para as pessoas, famílias e comunidade.

Referências

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva. **A Reforma Sanitária Brasileira e a questão dos medicamentos**. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador, 2016

ALSHEHRI, AA, JALAL, Z, CHEEMA, E, HAQUE, MS, JENKINS, D, YAHYOUCHE, A. Impact of the pharmacist-led intervention on the control of medical cardiovascular risk factors for the primary prevention of cardiovascular disease in general practice: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Br J Clin Pharmacol**. 2019; 1– 10.

ALVARES, Juliana et al . Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 4s, 2017

AMERICAN COLLEGE of CLINICAL PHARMACY. **Definition of Clinical Pharmacy**. Disponível em < <https://www.accp.com/stunet/compass/definition.aspx>> Acesso em 14 jan. 2020

AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION. Code of ethics of the American Pharmaceutical Association. **J Am Pharm Assoc Am Pharm Assoc**. 1922, 11, 728-729.

AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION. APhA Code of Ethics. **J. Am. Pharm. Assoc**. 1969, NS9, 552.

ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? **Journal of Health and Social Behavior** Vol. 36, No. 1 (Mar., 1995), pp. 1-10

ANDERSON C, ZHAN K, BOYD M, MANN C. The role of pharmacists in general practice: A realist review. **Res Social Adm Pharm**. 2019 Apr;15(4):338-345.

AKERMAN, Marco; FREITAS, Osvaldo de. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 1s, 2017

ARAUJO, Aílson da Luz André de e colaboradores . Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 611-617, Apr. 2008

ARAUJO, Patricia Sodré et al . Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 6s, 2017 .

ARBELOA PL, SELLÉS JU. **Gestión por procesos. Elementos conceptuales y desarrollo**. Barcelona, Espanha: Universidad Oberta de Catalunya; 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDES DE FARMÁCIAS. **Coronavírus: recomendações para farmácias e drogarias**. <https://www.assistenciafarmaceutica.far.br/coronavirus/> . Acesso em 21/02/2020

AUSTRÁLIA. The Department of Health. Disponível em <<https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Pharmacy-2>> Acesso em 15 jan. 2020

BAINES D, NØRGAARD LS, BABAR ZU, ROSSING C. The Fourth Industrial Revolution: Will it change pharmacy practice? **Res Social Adm Pharm**. 2019; S1551-7411(19)30355-9.

BORCHARDT, John K.. "The Beginnings of Drug Therapy: Ancient Mesopotamian Medicine." **Drug news & perspectives** vol. 15,3 (2002): 187-192.

Borchardt JK. The Beginnings of Drug Therapy: Ancient Mesopotamian Medicine. *Drug News Perspect*. 2002 Apr;15(3):187-192. doi: 10.1358/dnp.2002.15.3.840015. PMID: 12677263.

BERMUDEZ, J. A.Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira – contribuições e desafios da PNAUM – Inquérito Domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 2s, 2016 .

BRASIL. **Decreto nº 68.806 de 25 junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME)**. Brasília, Diário Oficial da União. 1971

BRASIL. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências**. Brasília, Diário Oficial da União. 1973

BRASIL. **Boas práticas para estocagem de medicamentos**. – Brasília: Central de Medicamentos, 1989.

BRASIL. **DECRETO Nº 2.283, DE 24 DE JULHO DE 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências**. Brasília, Diário Oficial da União. 1997^a

BRASIL. **FARMÁCIA BÁSICA: PROGRAMA 1997/98**. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_07.pdf. Acesso em 27/10/2020

BRASIL. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Brasília, Diário Oficial da União. 1998

BRASIL. **Portaria Nº 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.** Brasília, Diário Oficial da União. 1999

BRASIL. **Relatório da CPI-Medicamentos.** Disponível em <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimedic/cpimedic_relp.PDF> Acesso em 24 jan. 2020

BRASIL. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua organização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Lei no 10.742, de 6 de outubro de 2003. **Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências.** Brasília. Diário Oficial da União, 2004a

BRASIL. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Brasília. Diário Oficial da União, 2004a

BRASIL. LEI Nº 10.858, DE 13 DE ABRIL DE 2004. **Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências.** Brasília. Diário Oficial da União, 2004b

BRASIL. **Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social.**– Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.** Brasília. Diário Oficial da União, 2005b

BRASIL. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS : orientações básicas** – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica** - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada nº 67, de 08 de outubro de 2007. **Dispõe sobre as boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias.** Brasília. Diário Oficial da União, 2007b.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Brasília. Diário Oficial da União, 2008

BRASIL. Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009. **Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, integra o Centro de Referência Professor Hélio Fraga à estrutura da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, altera e acresce artigo ao Anexo I e altera o Anexo II ao Decreto no 4.725, de 9 de junho de 2003, que aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da FIOCRUZ, e dá outras providências.** Brasília. Diário Oficial da União, 2009a

BRASIL. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2009b

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília : Ministério da Saúde, 2010a

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.510, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT.** Brasília. Diário Oficial da União, 2010b

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Brasília. Diário Oficial da União, 2011a

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Brasília. Diário Oficial da União, 2011b

BRASIL. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. **Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.** Brasília. Diário Oficial da União, 2011c

BRASIL. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. **Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS).** Brasília, Diário Oficial da União. 2012a

BRASIL. Portaria Nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. **Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM).** Brasília, Diário Oficial da União. 2012b

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013. **Ementa: Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.** Brasília, Diário Oficial da União. 2013a

BRASIL. Resolução nº 578 de 26 de julho de 2013. **Ementa: Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, Diário Oficial da União. 2013b

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 586 DE 29 DE AGOSTO DE 2013. **Ementa: Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências.** Brasília, Diário Oficial da União. 2013c

BRASIL. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. **Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, Diário Oficial da União. 2013d

BRASIL. Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. **Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, Diário Oficial da União. 2013e

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. **Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.** Brasília, Diário Oficial da União. 2014a

BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

Brasil. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**– Brasília : Ministério da Saúde, 2014c

BRASIL. **Coleção para Entender a Gestão do SUS 2015.** Disponível em <<http://www.conass.org.br/colecao-para-entender-a-gestao-do-sus-2015/>> Acesso em 08 fev. 2020. 2015a

BRASIL. **Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no município de Curitiba.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015. **Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997.** Brasília. Diário Oficial da União, 2015c

BRASIL. **Coleção de livros: “Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica”.** Disponível em <<https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacaceutica/2016/11/30/colecao-de-livros-%E2%80%9CAssistencia-farmacaceutica-no-brasil-politica-gestao-e-clinica%E2%80%9D-2/>> Acesso em 07 fev. 2020. 2016a

BRASIL. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016b.

BRASIL. **Componente populacional : resultados**. Brasília : Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. **Plano de Saúde**. Disponível em <https://www.conass.org.br/guiainformacao/plano-de-saude/>. Acesso em 18/11/2020 . Atualizado em 2016.

BRASIL. **Resolução nº 649, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no subsistema de atenção à saúde indígena**. Brasília, Diário Oficial da União. 2017a

BRASIL. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Diário Oficial da União. 2017b

BRASIL. **Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica : manual 1 : apresentação do sistema**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017c

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, Diário Oficial da União. 2017b

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 654, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2018. Ementa: Dispõe sobre os requisitos necessários à prestação do serviço de vacinação pelo farmacêutico e dá outras providências**. Brasília, Diário Oficial da União. 2018a

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação : relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. **Publicada a vinculação da CBO do farmacêutico à tabela SUS**. Disponível em <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=4804&titulo=Publicada+a+vincula%C3%A7%C3%A3o+da+CBO+do+farmac%C3%AAutico+%C3%A0+tabela+SUS> Acesso em 08 fev. 2020. 2018c

BRASIL. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB)**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. **Glossário temático : práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. **Orientações para aquisições públicas de medicamentos**. Brasília : TCU, Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex), Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde), 2018e

BRASIL. **Resumo executivo da 9ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite: 31 de outubro de 2019**. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/31/Resumo--CIT-OUTUBRO.pdf> Acesso em 28 jan. 2020

BRASIL. **Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.616, de 20 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para modificar os sistemas compositores da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica.** Brasília, Diário Oficial da União. 2019

BRASIL. **Política Nacional de Humanização PNH.** Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf> Acesso em 28 jan. 2020a

BRASIL. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS.** Disponível em <<http://revistas.cff.org.br/?journal=experienciasexitosas>> Acesso em 30 jan. 2020b

BRASIL. **Procedimento para Adequações às Mudanças Tecnológicas do Módulo Autorizador: Programa Aqui Tem Farmácia Popular.** Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/01/procedimentos-adequacao-sistemafp2.pdf>> Acesso em 28 jan. 2020c

BRASIL. **Curso de Capacitação para Utilização do Hórus.** Disponível em <<https://www.fiocruzbrasil.org.br/capacitacao-para-utilizacao-do-horus/>> Acesso em 29 jan. 2020d

BRASIL. **Sobre o Curso.** Disponível em <<https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacologica/sobre/>> Acesso em 30/ jan. 2020e

BRASIL. **Proposta do curso.** Disponível em <<http://www.ufrgs.br/farmacuticosabemrede/proposta-do-curso>> Acesso em 29 jan. 2020f

BRASIL. **A Proposta do Curso.** Disponível em <<https://moodle.ufrgs.br/mod/book/view.php?id=1087534>> Acesso em 30 jan. 2020g

BRASIL. **Projeto Cuidado Farmacêutico promove valorização para os farmacêuticos, saúde para os pacientes e economia para o SUS.** Disponível em <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=5228&titulo=Projeto+Cuidado+Farmac%C3%AAutico+promove+valoriza%C3%A7%C3%A3o+para+os+farmac%C3%AAuticos%2C+sa%C3%BAde+para+os+pacientes+e+economia+para+o+SUS>> Acesso em 30 jan. 2020h

BRASIL. **Medicamentos na Atenção Primária no SUS.** Disponível em <<https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45763>> Acesso em 30 jan. 2020i

CAMPBELL, MICHELLE; FITZPATRICK, RAY; HAINES, ANDREW; KINMONTH, ANN LOUISE; SANDERCOCK, PETER; SPIEGELHALTER, DAVID et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. **BMJ** 2000; 321 :694

CARVALHO, Marselle Nobre et al. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2017, vol.51, suppl.2 [cited 2020-11-07]

CATANHEIDE, Izamara Damasceno; LISBOA, Erick Soares; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1335-1356, Oct. 2016 .

CORRER, Cassyano; OTUKI, Michel F. **A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária**. 1ª edição. Editora Artmed. Porto Alegre, 2013

COSTA, K. B.; SILVA, L. M. e; OGATA, M. N. . A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. **Cadernos ibero-americanos de direito sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 149-163, 2020.

CECIM, R.; MACHADO, N.P. **Contato domiciliar em saúde coletiva**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidance for Pharmacists and Pharmacy Technicians in Community Pharmacies during the COVID-19 Response**. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pharmacies.html>. Acesso em 21/10/2020

CIPOLLE, Robert J.; STRAND, LINDA M.; MORLEY, PETER C. **Pharmaceutical care practice : the patient-centered approach to medication management services**. Nova Iorque : McGraw-Hill Medical, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Informações seguras, baseadas em evidências. Disponível em <http://covid19.cff.org.br/>. Acesso em 21/10/2020

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Nota Informativa nº18/2017. Informa sobre o encerramento da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil**. Disponível em <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Nota-encerramento-Rede-Pr%C3%B3pria-FPB.pdf>> Acesso em 29 jan. 2020

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **NOTA CONASEMS: Presença de Farmacêutico nos Dispensários Públicos**. Disponível em <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Nota-Presen%C3%A7a-de-Farmac%C3%AAutico-nos-Dispens%C3%A1rios-P%C3%BAblicos-2.pdf> . Acesso em 21/11/2020

CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith; SOLER, Orenzio. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 2, n. 3, p. 41-49, set. 2011.

COSTA, KAREN SARMENTO e colaboradores. Pharmaceutical services in primary health care: interfederative agreement in the development of pharmaceutical policies in the Brazilian Unified Health System (SUS). **Revista de Saúde Pública [online]**. 2017, v. 51, suppl 2

COSTA, EDINÁ ALVES et al . Situação sanitária dos medicamentos na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, suppl. 2, 12s, 2017

CUNQUEIRO, Álvaro. *Tertulia de boticas prodigiosas y escuela de curandeiros*. Editorial Galaxia, S.A. Mar Maior, 2014

DAY, R.L.; GOYAN, J.E.; HERFINDAL, E.T.; SORBY, D.L. The origins of the Clinical Pharmacy Program at the University of California, San Francisco. *DICP, The Annals of Pharmacotherapy*, 1991, 25, 308–314

EDWARDS IR, ARONSON JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *Lancet*. 2000;356(9237):1255-1259.

ELBEDDINI, Ali *et al.* Pharmacists and COVID-19. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 13, 36, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s40545-020-00241-3>>. Acesso em: 04 jan 2021.

ELLIS, Linda (2000). *Archaeological Method and Theory: An Encyclopedia*. Taylor & Francis. pp. 443–448

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **2010 Medicare Part D Medication Therapy Management (MTM) Programs**. Available online: https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/downloads/MTMFactSheet_2010_06-2010_final.pdf (Acesso em 28 Mai. 2019).

FANG, Yu e colaboradores. **Pharmacy Practice in China**. In: BABAR, Zaheer-Ud-Din. *Encyclopedia of Pharmacy Practice and Clinical Pharmacy*. Elsevier, 2019, P. 499-513,

FARACO, Emília Baierle; ROVER, Marina Matozo; FARIAS, Marení Rocha; LEITE, Silvana Nair. Desenvolvimento de um protocolo de indicadores para avaliação nacional da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Adm. Saúde* (On-line), São Paulo, v. 20, n. 78: e204, jan. – mar. 2020, Epub 16 jan. 2020

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DOS FARMACÊUTICOS. **FIP Covid-19 Information Hub**. Disponível em <https://www.fip.org/coronavirus>. Acesso em 25/10/2020a

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DOS FARMACÊUTICOS. **COVID-19: Guidelines for pharmacists and the pharmacy workforce**. Disponível em <https://www.fip.org/file/4729>. Acesso em 25/10/2020b

FISHER, R. History of the Indian Health Service Model of Pharmacy Practice: Innovations in Pharmaceutical Care. *Pharm. Hist.* 1995, 37, 107–122.

FREITAS, Gabriel, Rodrigues Martins de. **Ensaio sobre os custos de morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos no Brasil**. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas). Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017

FREITAS GRM, NEYELOFF JL, BALBINOTTO NETO G, HEINECK I. Drug-Related Morbidity in Brazil: A Cost-of-Illness Model. *Value Health Reg Issues*. 2018;17:150–157.

G1. **Vacina contra a gripe pelo SUS será aplicada em farmácias de Porto Alegre em idosos; veja locais.** Disponível em <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/03/20/vacina-contr-a-gripe-pelo-sus-sera-aplicada-em-farmacias-de-porto-alegre-em-idosos.ghtml>. Acesso em 21/10/2020

GARCIA LP, MAGALHÃES LCG, SANT'ANNA AC, FREITAS LRS, AUREA AP. **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009.** Brasília: Ipea; 2013. (Texto para Discussão, n. 1839).

GATOUILLAT A, BADR Y, MASSOT B, SEJDIĆ E. Internet of medical things: a review of recent contributions dealing with cyber-physical systems in medicine. **IEEE Internet of Things Journal.** 2018;5(5):3810–3822.

GERLACK, Letícia Farias et al . Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 51, supl. 2, 15s, 2017

GONÇALVES, D. A. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

GRIESE-MAMMEN, N. et al. PCNE definition of medication review: reaching agreement. **Int J Clin Pharm** 40, 1199–1208 (2018)

GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; CAMUZI, Ranieri Carvalho. **Logística Farmacêutica.** IN. OSORIO-DE-CASTRO, CGS et al. Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2014

GUIMARAES, Maria do Carmo Lessa et al . Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, dez. 2004 .

GÜREL, Emet; TAT, Merba. SWOT analysis: a theoretical review. The **Journal of International Social Research.** Volume: 10 Issue: 51 August 2017

HAZEN ACM, DE BONT AA, BOELMAN L, et al. The degree of integration of non-dispensing pharmacists in primary care practice and the impact on health outcomes: A systematic review. **Res Social Adm Pharm.** 2018;14(3):228–240

HEPLER C.D. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. **Am J Pharm Educ.** 1987; 51:369-85

HEPLER CD. A dream deferred. **Am J Health Syst Pharm.** 2010;67(16):1319–1325.

HEPLER C.D; STRAND L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm.** 1990; 47:533-43.

HEPLER CD, SEGAL R. **Preventing Medication Errors and Improving Drug Therapy Outcomes: A Management Systems Approach.** Boca Raton, FL: CRC Press; 2003.

HOLLAND R.H.; NIMMO C.M. Transitions in pharmacy practice part 1: beyond pharmaceutical care. **Am J Health-Syst Pharm** 1999; 56(17):1758-1764.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ. **2018-2020 - Edições Anteriores**. Disponível em < <https://proadi.eadhaoc.org.br/course/index.php?categoryid=137>> Acesso em 30 jan. 2020

IMS INSTITUTE FOR HEALTHCARE INFORMATICS, 2012. **Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change**. Parsipanny, USA. 2012

IVAMA, Adriana Mitsue e colaboradores. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta** – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

JHONS HOPKINS. Coronavirus Resource Center. Disponível em <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> Acesso em 21/10/2020

JOKANOVIC N, TAN EC, SUDHAKARAN S, KIRKPATRICK CM, DOOLEY MJ, RYAN-ATWOOD TE, BELL JS. Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. **Res Social Adm Pharm**. 2017 Jul-Aug;13(4):661-685.

KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira et al . Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 9s, 2017 .

KWINT HF, BERMINGHAM L, FABER A, GUSSEKLOO J, BOUVY ML. The relationship between the extent of collaboration of general practitioners and pharmacists and the implementation of recommendations arising from medication review: a systematic review. **Drugs Aging**. 2013 Feb;30(2):91-102.

LANEY D. 3D Data Management: Controlling Data Volume, Velocity and Variety. **META Group Inc**; 2001.

LEITE, Silvana Nair, e colaboradores. **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: A experiência em Santa Catarina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. Florianópolis, SC: Editora UFSC; 2015. 167 p.

LEITE, Silvana Nair. **Avaliação Participativa da Política Nacional de Assistência Farmacêutica: 2004 – 2014 – 1ªed.** – São Paulo: Escola Nacional dos Farmacêuticos, 2017.

LINS FILHO et al. The impact of socioeconomic vulnerability on COVID-19 outcomes and social distancing in Brazil. Disponível em <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1126/1682> Acesso em 21/10/2020

LIU et al. Providing pharmacy services during the coronavirus pandemic. **International Journal of Clinical Pharmacy** 42, 299–304(2020)

LUIZA, Vera Lucia et al . Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 15s, 2016 .

LUNA LEITE, Márcia dos Angeles. **Avaliação de Impactos em curso de aperfeiçoamento para farmacêuticos da atenção primária em saúde**. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015

Leite SN, et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: A experiência em Santa Catarina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. Florianópolis, SC: Editora UFSC; 2015. 167 p.

LEITE, Silvana Nair et al . Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 11s, 2017 .

MACHADO DOS SANTOS, Sílvio César; NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do. **Dimensões e determinantes do acesso aos medicamentos**. IN. MANZINI, Fernanda e colaboradores. O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS : diretrizes para ação – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

MACK, Oliver e KHARE, Anshuman. **Perspectives on a VUCA World**. In: MACK, Oliver e colaboradores. Managing in a VUCA World. Springer; Genebra. 2016

MAHER, R.L., HANLON, J., HAJJAR, E.R., 2014. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. **Expert Opin. Drug Saf.** 13 (1), 57–65.

MANZINI, Fernanda e colaboradores. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS : diretrizes para ação** – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

MARIN, Nelly e colaboradores. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003.

MEDEIROS, Henrique. 70% da população mundial usará smartphone até 2020. Disponível em < <https://exame.abril.com.br/tecnologia/70-da-populacao-mundial-usara-smartphone-ate-2020/>> Acesso em 15 jan. 2020

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia : limites e espaços da cura** / – 3. ed. – Recife : Ed. Universitária da UFPE, 2017.

SOUZA DIAS, José Pedro. A Farmácia e a História. In: MENEZES, Ricardo Fernandes de. Da História da Farmácia e dos Medicamentos. Disponível em http://www.farmacia.ufrj.br/consumo/leituras/lm_historiafarmaciamed.pdf . Acesso em 19/10/2020

MENDES. Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENGUE, Sotero Serrate et al . **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 50, supl. 2, 4s, 2016.

MERRIAM-WEBSTER. **apothecary (noun)**. Disponível em <https://www.merriam-webster.com/dictionary/apothecary#note-1> Acesso em 19/10/2020.

MORO, Adriana; INVERNIZZI, Noela. A tragédia da talidomida: a luta pelos direitos das vítimas e por melhor regulação de medicamentos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, jul.-set. 2017, p.603-622.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Managing Access to Medicines and Health Technologies**. Arlington, USA: Management Sciences for Health, 2012.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 19s, 2017 .

NIMMO CM, HOLLAND RW. Transitions in pharmacy practice, part 2: who does what and why. **Am J Health Syst Pharm**. 1999;56(19):1981–1987.

NORRIS SL, REHFUESS EA, SMITH H, e colaboradores. Complex health interventions in complex systems: improving the process and methods for evidence-informed health decisions. **BMJ Global Health** 2019;4:e000963.

OLIVEIRA MA, BERMUDEZ JA, OSORIO-DE-CASTRO CG. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS Marluce Maria Araújo; BALDONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, Grazielli C. B., ALVES, Mateus R., RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane. Action research as a tool for transformation of the pharmacist's praxis in primary care. **International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences**, Vol. 9, no. 3, Feb. 2017, pp. 180-5.

ONLINE ETIMOLOGY DICTIONARY. **apothecary (n.)**. Disponível em <https://www.etymonline.com/search?q=Apothecary> . Acesso em 19/10/2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em 28/07/2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Rational use of drugs: report of the conference of experts. Nairóbi, 25-29 november 1985**. Geneva: WHO; 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The role of the pharmacist in the health care system : report of a WHO consultative group, New Delhi, India, 13-16 December 1988 ; report of a WHO meeting, Tokyo, Japan, 31 August - 3 September 1993 + Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital**

settings. Disponível em <<https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2995e/h2995e.pdf>> Acesso em 14 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A importância da Farmacovigilância.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. **WHO Technical Report Series**, No. 961, 2011, Annex 8. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/FIPWHOGuidelinesGoodPharmacyPracticeTRS961Annex8.pdf>. Acesso em: 04 jan 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Urgent health challenges for the next decade.** Disponível em < <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade> > Acesso em 20 jan. 2020^a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ageing and health.** Disponível em < <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> > Acesso em 20 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Patient safety.** Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/en/>. Acesso em 25/10/2020b

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **What is health promotion?** Disponível em <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/what-is-health-promotion>. Acesso em 25/10/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DOS FARMACÊUTICOS. **Developing pharmacy practice: A focus on patient care.** Disponível em < https://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf?ua=1 > Acesso em 14 jan. 2006

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS.** Washington, DC : OPS, 2013a.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **III Curso Virtual sobre Serviços Farmacêuticos baseados em Atenção Primária em Saúde para Gestores.** 2013b. Disponível em: <<https://www.campusvirtualsp.org/es/iii-curso-virtual-sobre-servicios-farmaceuticos-baseados-em-atencao-primaria-em-saude-para-gestores>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Série Uso Racional de Medicamentos.** Disponível em < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=list&slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965&lang=en > Acesso em 07 fev. 2020. 2015

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-141, 1981.

PHARMACEUTICAL CARE NETWORK EUROPE. Position Paper on the PCNE definition of Medication Review 2016. Disponível em https://www.pcne.org/upload/files/149_Position_Paper_on_PCNE_Medication_Review_final.pdf . Acesso em 05/12/2020

PHARMACEUTICAL GROUP OF EUROPEAN UNION. **COVID-19 Information Hub**. Disponível em <https://www.pgeu.eu/covid-19-information-hub/>. Acesso em 21/10/2020

PHARMACEUTICAL SERVICES NEGOTIATING COMMITTEE. **COVID-19 Hub**. Disponível em <https://psnc.org.uk/the-healthcare-landscape/covid19/> Acesso em 21/10/2020.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. COVID-19 Socio-economic impact. Disponível em <https://www.undp.org/content/undp/en/home/coronavirus/socio-economic-impact-of-covid-19.html> Acesso em 21/10/2020.

RAMALHO DE OLIVEIRA D. **Atenção farmacêutica: da filosofia o gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: RCN Editora; 2011:328 p.

RAMOS SF, e colaboradores. Facilitators and strategies to implement clinical pharmacy services in a metropolis in Northeast Brazil: a qualitative approach. **BMC Health Serv Res**. 2018;18(1):632. Published 2018 Aug 13.

REINO UNIDO. A programme for pharmaceutical public health 2005-2015 Londres; NHS; 2005.

REINO UNIDO. NHS Pharmacy. Disponível em <<https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/>> Acesso em 15 jan. 2020a.

REINO UNIDO. Most comprehensive flu programme in UK history will be rolled out this winter. Disponível em <https://www.gov.uk/government/news/most-comprehensive-flu-programme-in-uk-history-will-be-rolled-out-this-winter> . Acesso em 21/10/2020b.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eline Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas **Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Disponível em https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf . Acesso em 27/10/2020.

ROBÔ LAURA. **Sobre Nós**. Disponível em <<https://www.laura-br.com/about.html>> Acesso em 15 jan. 2020

ROSA, Mário Borges; PERINI, Edson. Erros de medicação: quem foi?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 335-341, set. 2003.

SABATER D, FERNANDEZ-LLIMOS F, PARRAS M, FAUS MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterápéutico. **Seguimiento Farmacoterápéutico** 2005; 3(2): 90-97.

SANTOS, Bruna Damázio e colaboradores. Clinical Impact of a Comprehensive Medication Management Service in Primary Health Care. **J Pharm Pract.** 2019 Aug 18;897190019866309.

SANTOS JÚNIOR, Genival Araújo. **Implementação e proposição de estratégias para integração de serviços clínicos farmacêuticos às redes de atenção à saúde.** Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Sergipe. Aracajú, 2018.

SANTOS JÚNIOR, Genival Araújo, e colaboradores. Perceived barriers to the implementation of clinical pharmacy services in a metropolis in Northeast Brazil. **PLoS One.** 2018;13(10):e0206115. Published 2018 Oct 22.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosângela. Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva [online].** 2015, v. 20, n. 10

SILVA, Cristiane Manoela. Farmacêuticos na APS: **Trabalhando em Rede – Repensando estratégias de ampliação de acesso e redução de evasão em cursos a distância para farmacêuticos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, Jan. 2018

Smith, Marie A., et al. "The Intersection of Implementation Science and Pharmacy Practice Transformation." **Annals of Pharmacotherapy**, vol. 54, no. 1, jan. 2020, pp. 75–81,

SOUZA, Taís Teles de. **Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais.** Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, p. 326, 2013.

URICK BY, MEGGS EV. Towards a Greater Professional Standing: Evolution of Pharmacy Practice and Education, 1920-2020. **Pharmacy (Basel).** 2019;7(3):98. Published 2019 Jul 20.

VANDEWIELE, Leo J. **The Origin of Pharmacy.** Disponível em <http://www.sartonchair.ugent.be/file/48> Acesso em 19/10/2020.

VECINA NETO, Gonzalo and TERRA, Valéria. Projeto saúde & cidadania. **Saude soc.** [online]. 2000, vol.9, n.1-2 [cited 2020-02-07], pp.87-95

VIEIRA FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica.** 2008;24(2):91-100.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [1]: 77-100, 2010

VISACRI, Marília Berlofa et al. Role of pharmacist during the COVID-19 pandemic: A scoping review. **Research in Social & Administrative Pharmacy**, 4 Jul. 2020.

WALSHE, SMITH. **Chronic disease and integrated care Healthcare Management** (second ed.), McGraw-Hill Education (2011)

WIN, A. Z. Telepharmacy: Time to pick up the line. **Research in social & administrative pharmacy**, *RSAP*, 13(4), p. 882–883, 2017.

5 A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DO ESTADO DA ARTE

Rodrigo Silveira Pinto⁵²

Frederico Viana Machado⁵³

Mauro Silveira de Castro⁵¹

Resumo: A organização de um Sistema de Atenção à Saúde (SAS) é necessária para contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população. É necessário desenvolver Políticas de Saúde sob vários aspectos para sua efetiva estruturação, sendo uma dessas o Sistema de Governança e Liderança. Três atores atuam de forma interdependente neste sistema: o Estado, os provedores de serviços e insumos de saúde, e os cidadãos. A Atenção Básica à Saúde (ABS) é o nível de atenção à saúde tido como essencial para a organização de um SAS, especialmente para os que visam a universalização de seus serviços. Este artigo pretende demonstrar o estado da arte sobre a Participação da Comunidade na Saúde (PCS) como item necessário à organização de um SAS, apresentando as evidências de sua efetividade e dando destaque ao Sistema Único de Saúde (SUS). Acompanhando o avanço da epidemiologia, fica evidente que a manifestação das condições de saúde em um território é dependente de fatores locais, fazendo-se necessário especializar os serviços de ABS para cada local. Incluir a comunidade no planejamento das ações é essencial, porém, as evidências disponíveis mostram pouco ou nenhum impacto quando esta participa das ações. No SUS, a PCS é feita de diversas formas, sendo os Conselhos e Conferências de Saúde nas unidades federativas a forma regulamentada em Lei Federal. Na ABS, é dado especial destaque ao Conselho Local de Saúde (CLS) como principal aposta para inclusão da PCS nesse nível. Os CLS são colegiados constituídos de profissionais, gestores e comunidade para auxiliar na gestão da ABS local. Porém, entre os estudos de revisão existentes nessa temática, foram encontrados resultados positivos potenciais, mas não generalizáveis. A PCS é um assunto complexo, cujas evidências ainda apresentam baixa qualidade

⁵² Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁵³ Laboratório de Política Públicas, Ações Coletivas e Saúde- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

metodológica. É necessária a implantação da Ciência da Saúde da Comunidade, com a condução de estudos com metodologia adaptada a essa situação. A união de profissionais, gestores, comunidade e pesquisadores pode gerar resultados positivos para a ABS frente aos desafios atuais, contribuindo para um SAS mais efetivo.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Participação da Comunidade; Atenção Básica à Saúde; Planejamento em Saúde Comunitária.

Keywords: Delivery of Health Care; Community Participation; Primary Health Care; Community Health Planning.

Introdução

Ações e serviços em saúde são essenciais para garantir que as pessoas tenham suas principais necessidades em saúde atendidas, possibilitando que possam se desenvolver de forma plena em busca de realização pessoal (KOLTKO-RIVERA, 2006). A organização de um Sistema de Atenção à Saúde (SAS) é realizada com o envolvimento de instituições públicas e privadas, pessoas e recursos, com o objetivo de proporcionar essas ações e serviços de saúde para uma determinada população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007). Essa relação é regulada por uma Política de Saúde, definida por Paim e Teixeira (2006) como

a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), um SAS deve ser estruturado com Políticas de Saúde para os seguintes itens:

- Entrega de serviços de qualidade, seguros e custo-efetivos;
- Recursos humanos em quantidade e qualidade suficiente para a responsividade do sistema;
- Sistema de Informação em Saúde para atuar na produção, análise e divulgação de informações sobre os determinantes de saúde, a performance do SAS e o *status* de saúde da população;
- Acesso a tecnologias e insumos de saúde, como medicamentos, vacinas e outros materiais de qualidade, eficazes e custo-efetivos;

- Base de Financiamento da Saúde capaz de garantir a sustentabilidade do sistema, sem com isso comprometer financeiramente seus usuários;
- Governança e liderança para fortalecimento do sistema, envolvendo os diferentes atores para a (re)construção dos blocos anteriores e aprimoramento do SAS.

Especial atenção deve ser dada ao item “governança e liderança para o fortalecimento do sistema”. Para Schmets e colaboradores (2016), os atores da organização do SAS estão distribuídos em três grupos: o Estado, os cidadãos e os provedores de insumos e ações em saúde. A eficiência de um SAS está intimamente ligada à qualidade da interação entre esses três grupos.

Um ponto em comum na estruturação dos SAS é a presença da Atenção Básica à Saúde (ABS), nível de atenção à saúde mais próximo de seus usuários, que deve ser capaz de conhecer o território de sua responsabilidade, compreendendo a relação saúde-doença desses espaços, agregar atores e instituições para garantir a atuação sobre as questões identificadas e seus determinantes, além de servir como coordenadora e ordenadora da rede de cuidados e dos serviços de apoio (MENDES, 2011). Haja vista sua importância, a ABS é a principal estratégia estabelecida para organizar o SAS, especialmente quando se pretende universalizar o acesso à saúde para sua população (WHITE, 2015).

Os cidadãos são um dos atores que influenciam diretamente a organização dos serviços. Esse grupo apresenta demandas em saúde que devem ser respondidas pelo Estado, por meio de ações e insumos em saúde executados pelos provedores. Tais demandas não são uniformes, pois as características de cada local e de cada comunidade determinam a manifestação de situações deletérias ao bem estar e à qualidade de vida. Além disso, a maneira como cada comunidade se organiza para a cobrança dessas demandas também tem impacto direto nessa determinação. Para uma compreensão adequada do papel da comunidade como ator na organização de um SAS com enfoque na ABS, é necessária a definição de alguns conceitos que guiarão esse entendimento.

Este artigo traz subsídios para entender o papel da comunidade nessa dinâmica de (re)construção de um SAS com enfoque na ABS. A compreensão da Participação da Comunidade na Saúde depende de um referencial sobre os próprios conceitos que a formam (saúde, saúde da comunidade e participação), que

compreendem o objeto desta primeira parte. Em seguida, abordaremos a Atenção Básica à Saúde e seu papel dentro do SAS (WHITE, 2015), apontando as principais evidências sobre a participação da comunidade nesse contexto. O tópico seguinte trará a discussão para o Brasil, que tem a participação da comunidade como diretriz constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Será apresentado o arcabouço legal da participação da comunidade, com enfoque especial na ABS, apresentando as evidências disponíveis neste nível de atenção.

Metodologia

A construção deste artigo seguiu os moldes da revisão narrativa (ROTHER, 2007), objetivando estabelecer o estado da arte sobre a participação da comunidade em um Sistema de Atenção à Saúde. Para Mota de Sousa e colaboradores (2018), “a revisão do estado da arte centra-se em assuntos mais atuais. Esta revisão pode oferecer novas perspectivas sobre uma questão ou destacar uma área que precisa de mais investigação”.

Este artigo foi elaborado a partir da interpretação e análise crítica dos autores sobre a literatura disponível, com a finalidade de contribuir com o debate sobre o papel da participação da comunidade na saúde, de uma forma que permita a aquisição e atualização do conhecimento em um curto intervalo de tempo (ROTHER, 2007). A revisão bibliográfica foi realizada ao longo de alguns anos de atividades dos autores, incluindo atividades discentes, docentes e de pesquisa sobre o assunto, bem como prática profissional. Ao longo do tempo, artigos e capítulos de livros foram sendo selecionados. Foi realizada busca de documentos oficiais sobre o tema nos sítios eletrônicos da OMS, OPAS e na Biblioteca Virtual em Saúde. A atualização das referências foi realizada nas bases de dados SciELO, Pubmed e Google Acadêmico pelos termos “*community health*” e “*community participation*”. Foram também consultadas as referências desses estudos, buscando artigos pertinentes para complementar sua estruturação.

Conceito de saúde

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma determinada sociedade, ou seja, não representa a mesma coisa para todas

as pessoas (SCLIAR, 2007). Almeida Filho (2011), refletindo sobre este conceito, afirma que

a saúde constitui um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela filosofia do conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas e, em particular, pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico, matemático e probabilístico, pela epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos (pelas ciências sociais e humanas).

Observando todos estes aspectos, será feito um aprofundamento da perspectiva analisável. Susser e Susser (1996a) sintetizaram a discussão sobre como a visão do que é saúde configura o funcionamento dos serviços de saúde, relatando em seu trabalho três eras da epidemiologia moderna. A primeira era começa na metade do século XVII, onde se iniciaram os primeiros trabalhos de estatística sanitária. Nessa era, a teoria do Miasma considerava os vapores emanados de pessoas e animais doentes como nocivos, o que explicaria o desequilíbrio da saúde. Concomitantemente, existia também a teoria do contágio, segundo a qual as doenças eram transmitidas pelo ar por minúsculos agentes, as seminárias, que, ao entrarem no organismo, poderiam alterar os humores do corpo, se reproduzirem e serem transmitidas para as outras pessoas (ROSEN, 1994). Desta forma, entenderam-se como principais medidas sanitárias a serem tomadas a contabilização e localização desses eventos, com medidas de sanitização dos ambientes (construção de esgotamento sanitário, aterros sanitários, limpeza dos ambientes coletivos e o isolamento dos doentes).

Das últimas décadas do século XIX até a metade do século XX, nos trabalhos de Pasteur, Koch, entre outros, afirmava-se um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença: o das doenças infectocontagiosas. Com o conhecimento gerado pela estatística sanitária e pelo uso do microscópio, compreendeu-se que os microrganismos eram de fato os causadores das doenças infecciosas (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007). Portanto, as principais ações em saúde visavam interromper a transmissão desses microrganismos, compreendendo ao máximo suas características para desenvolver métodos diagnósticos, curativos e preventivos cada vez mais acurados e, concomitantemente, possibilitar a fabricação de tratamentos específicos e vacinas, bem como a pesquisa de fatores etiológicos. Por outro lado, autores como Virchow, Chadwick, Villermé e Engels mostraram o caráter político do processo saúde-doença, demonstrando a necessidade de intervir na vida política e social das pessoas para identificar e eliminar os fatores prejudiciais à saúde da

população (ROSEN,1980). Houve um grande conflito entre os que defendiam a concepção biológica (posteriormente chamada de “modelo biomédico”) e os que defendiam a concepção social (que viria a ser chamada de “modelo de determinantes sociais da saúde”) do processo saúde-doença.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma explosão demográfica mundial acompanhada de um aumento na expectativa de vida das pessoas (VAN BAVEL, 2013). Além disso, ocorreu também uma mudança epidemiológica, na qual as doenças crônicas ultrapassaram as infecciosas em morbidade e mortalidade. Para melhor compreensão do desenvolvimento dessas doenças, grandes estudos observacionais foram realizados, como o *National Survey of Health and Development* (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2021), *Framingham Heart Study* (FRAMINGHAM HEART STUDY, 2021) e o estudo de Doll e colaboradores, que acompanharam a mortalidade de médicos ingleses com o hábito de fumar (DOLL e colaboradores, 1994). Esses estudos ditaram a terceira era da epidemiologia, seguindo o paradigma conhecido como “caixa preta”, ou seja, a detecção precoce de fatores de risco que se associam à ocorrência de desfechos graves das doenças crônicas. Susser e Susser (1996a) fazem uma crítica a este modelo, afirmando que o modelo da “caixa-preta” identifica fatores de risco, mas não a forma como eles se manifestam em determinado local. Assim, não existe uma forma padrão de combater o mesmo fator de risco. As autoras mencionam o avanço da tecnologia, tanto no nível de diagnósticos e avaliações mais precisas quanto na troca de informação epidemiológicas.

A própria OMS, ao longo do século XX, aplicava suas práticas ora a uma concepção, ora a outra. Sua própria definição de saúde, descrita como “um completo estado de bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2006, tradução nossa), reflete um conceito mais amplo. Entretanto, nos anos 1950 houve uma ênfase em campanhas de combate a doenças específicas, com aplicação de tecnologias de prevenção e cura, como por exemplo o esforço pela erradicação da varíola. No final dos anos 1970, a Conferência de Alma-Ata e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” colocaram em voga novamente o modelo de determinação social da doença (OMS, 1978). Na década de 1980, com o predomínio da saúde como um bem privado, o enfoque é deslocado novamente para a atenção individual, enquanto na década de 1990, com os debates sobre as Metas do Milênio, dá-se nova atenção à determinação social da doença (NAÇÕES UNIDAS, 2000), sendo também refletida na criação da Comissão

Sobre Determinantes Sociais de Saúde da OMS, em 2005 (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Para poder dar conta de toda a complexidade envolvida na discussão sobre saúde e como organizar um SAS, Susser e Susser (1996b) propõem uma nova era da epidemiologia. Após o aparecimento de doenças como a Aids e a úlcera péptica, que têm características infecciosas e crônicas ao mesmo tempo, toda a estrutura desenvolvida para a compreensão dessas doenças também teve que se adaptar. Segundo as autoras, na área da saúde há uma interrelação de fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais, filosóficos e biológicos. Sendo assim, é impossível desenvolver um modelo universal para compreensão desse *continuum* de saúde-doença, mas sim um modelo situacional. Chamou-se essa era de ecoepidemiologia. Lau e colaboradores (2018) também trazem esse questionamento da mudança da forma de se ver a epidemiologia para um paradigma holístico, transformando a “caixa-preta” em um quadro multidimensional, observando múltiplos aspectos e vários níveis de determinantes de saúde a fatores individuais, com uma variedade de métodos de investigação.

Mendes (2011) acrescenta nessa discussão que o conceito de doença não abarca completamente todos os problemas relacionados à falta da saúde. Para o autor, existem outras situações presentes no ciclo de vida de uma pessoa que podem fazer com que sua qualidade de vida seja reduzida, e que também precisam de respostas do serviço de saúde. Assim, ele introduz o conceito de condições de saúde, definidas como

circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (MENDES, 2012).

Seguindo essa lógica, Mendes faz somente duas classificações para as condições de saúde. As condições agudas “iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias” (MENDES, 2011). Incluem-se aí doenças transmissíveis e não transmissíveis de curso curto, além de causas externas. Já as condições crônicas têm um caráter persistente, multicausal, e progridem para cura ou cronificação, e o papel do cuidado é de tratamento e acompanhamento contínuo e multiprofissional. São compostas pelas

doenças crônicas não transmissíveis, as doenças infecciosas de curso persistente, condições ligadas a maternidade e puerpério, problemas de saúde mental, deficiências físicas e estruturais contínuas e as doenças metabólicas (MENDES, 2011).

A Saúde da Comunidade

Considerando a amplitude do conceito de saúde (ALMEIDA FILHO, 2011) e a compreensão da ecoepidemiologia (SUSSER e SUSSER, 1996b; LAU e colaboradores, 2018), existe uma necessidade de compreender a maneira de manifestação das condições de saúde na comunidade, uma vez que essa dimensão fornece o contexto da expressão do *continuum* saúde-doença. Porém, o entendimento do que é uma comunidade varia, causando impactos no SAS. Para os gestores, este entendimento contribui com a responsividade do sistema, para os provedores de ações e insumos de saúde, contribui para selecionar o tipo de serviços de saúde a serem oferecidos, onde melhor alocar os recursos disponíveis e quais as melhores ferramentas para medir as intervenções. Para os usuários dos sistemas de saúde, a definição do termo é importante, pois garante acesso a pontos de atenção dos serviços de saúde. Desta forma, diferentes entendimentos podem coexistir, gerando ações contraditórias ou incompatíveis que determinam a efetividade dos serviços (MACQUEEN e colaboradores, 2001).

Assim como o conceito de saúde, o conceito de comunidade é amplamente discutido. Etzioni (2003) a define como as relações de afeto entre um grupo de indivíduos que se fortalecem mutuamente e o compromisso de compartilhar valores, normas e significados, história e identidade. Brown (2004) define comunidade em relação à saúde ambiental e a justiça. Ele afirma que o local, como um senso ecológico, tem maior influência sobre o quadro de saúde do que as características individuais. Hillemeier e colaboradores (2003) definem suas dimensões (econômica, ocupacional, educacional, política, ambiental, moradia, governo, serviços de saúde, psicológica, comportamental e capacidade de mobilidade de seus membros para outras regiões). Já MacQueen e colaboradores (2001) identificaram outras dimensões: senso de lugar, compartilhamento de interesses comuns, perspectivas e valores, ação em conjunto, senso de coerência e identidade, laços sociais e a diversidade. Christensen e Levinson (2003), para organização da obra intitulada

“Encyclopedia of Community: From the Village to the Virtual World”, utilizaram a classificação das comunidades por afinidade de interesses, como um clube de leitura; por compartilhamento de objetivos concretos em comum, como uma associação de bairro; por compartilhamento de laços culturais, familiares, etnicidade ou crenças, como por exemplo uma comunidade monástica; e de maneira geográfica, por proximidade de residência, como em bairros ou distritos.

A definição geográfica é geralmente selecionada no planejamento em saúde. Um bairro pode criar um forte senso de união, facilitando o trabalho dos serviços de saúde daquela região com sua proximidade e senso de pertencimento. Já para regiões geográficas maiores, os gestores devem propor políticas descentralizadas, voltadas para as diversas comunidades que vivem nessas áreas (GOFIN e GOFIN, 2011). Dentro das áreas geográficas ou fora delas, outras características compartilhadas entre os indivíduos podem ser encontradas: isso inclui pertencer a um grupo étnico, racial, religioso, ou apresentar características como doenças em comum, morar nas ruas, estudar na mesma escola ou trabalhar na mesma empresa. Nem sempre as pessoas buscam serviços de saúde em áreas adstritas. Assim, um indivíduo pode pertencer a mais de uma comunidade. Em áreas urbanas, isso é de grande importância, pois temos inúmeras comunidades dentro de uma mesma área geográfica, o que torna complexo o planejamento de saúde nessas áreas; além de atender os usuários de sua abrangência geográfica, com todas as suas complexidades, ainda se deve prestar atendimento a pessoas de outras áreas que possam buscar atendimento naquela região (GOFIN e GOFIN, 2011).

Com a melhoria das ferramentas da comunicação, principalmente com a penetração cada vez maior da Internet, e com o avanço das redes sociais como o Facebook e o Twitter, acompanhamos o fenômeno das comunidades virtuais, onde não existem barreiras geográficas para interligar as pessoas. Através dessas comunidades, as trocas de conhecimento e experiências sobre os assuntos de saúde se torna bem mais fácil, além de atingir um número cada vez maior de pessoas. Isso é muito importante, principalmente para indivíduos cuja condição os impede de sair de casa (JADAD e colaboradores, 2006; WALSH e VOLSKO, 2008).

Viver em comunidade também tem suas contradições. Apesar de proporcionar valores como civilidade e tolerância, a comunidade também é a base do fundamentalismo, grupos sociais violentos e fanatismo religioso. A própria estrutura hierárquica dos membros da comunidade pode gerar desavenças e imposições para

manutenção do *status quo* (CHRISTENSEN e LEVINSON, 2003). Nas comunidades virtuais, não existe um controle sobre o fluxo de informações passadas e compreendidas, abrindo espaço para o *cyberbullying* (NATIONAL CRIME PREVENTION COUNCIL, 2019) e as *fake news* (DARBYSHIRE, 2017) – fator que é amplificado pelo anonimato de seus usuários.

Considerando essas questões, o termo Saúde da Comunidade, não diferente das palavras que o compõem, apresenta diversas definições e ainda não existe um consenso sobre o tema. Tanto na área acadêmica quanto profissional, este termo é utilizado sob diferentes perspectivas, sendo muitas vezes associado com o cuidado individual na Atenção Básica à Saúde, ou a programas de saúde voltados para uma grande região, como um estado ou até mesmo um país. Alguns pesquisadores tentaram traduzir o significado de Saúde da Comunidade.

Green e Ottoson (1999) definiram Saúde da Comunidade como

o *status* de saúde de uma comunidade e as responsabilidades dos serviços de saúde, escolar, transporte e outras funções públicas, juntamente com as ações dos entes privados e de organizações voluntárias para promover e proteger a saúde de populações locais identificadas como comunidades (tradução nossa).

Já McKenzie e colaboradores (2005) afirmam que “Saúde da Comunidade se refere ao status de saúde de um grupo definido de pessoas e as ações e condições, de entes públicos e privados, para promover, proteger e preservar sua saúde” (tradução nossa).

Para Gofin e Gofin (2011), Saúde da Comunidade é

a expressão coletiva da saúde dos indivíduos e grupos em uma definida comunidade. Ela é determinada pela interação de características pessoais e familiares, os ambientes social, cultural e físico, bem como os serviços de saúde e a influência dos fatores da sociedade, políticos e globais (tradução nossa).

Já Goodman e colaboradores (2018) definem que

Saúde da Comunidade é ação organizada multidisciplinar e intersetorial que utiliza da ciência da Saúde Coletiva, estratégias baseadas em evidência e outras abordagens para se integrar e trabalhar com comunidades, de uma maneira culturalmente apropriada, para otimizar a saúde e a qualidade de vida de todas as pessoas que vivem, trabalham, ou possuem outros tipos de vínculos em uma ou mais comunidades definidas (tradução nossa).

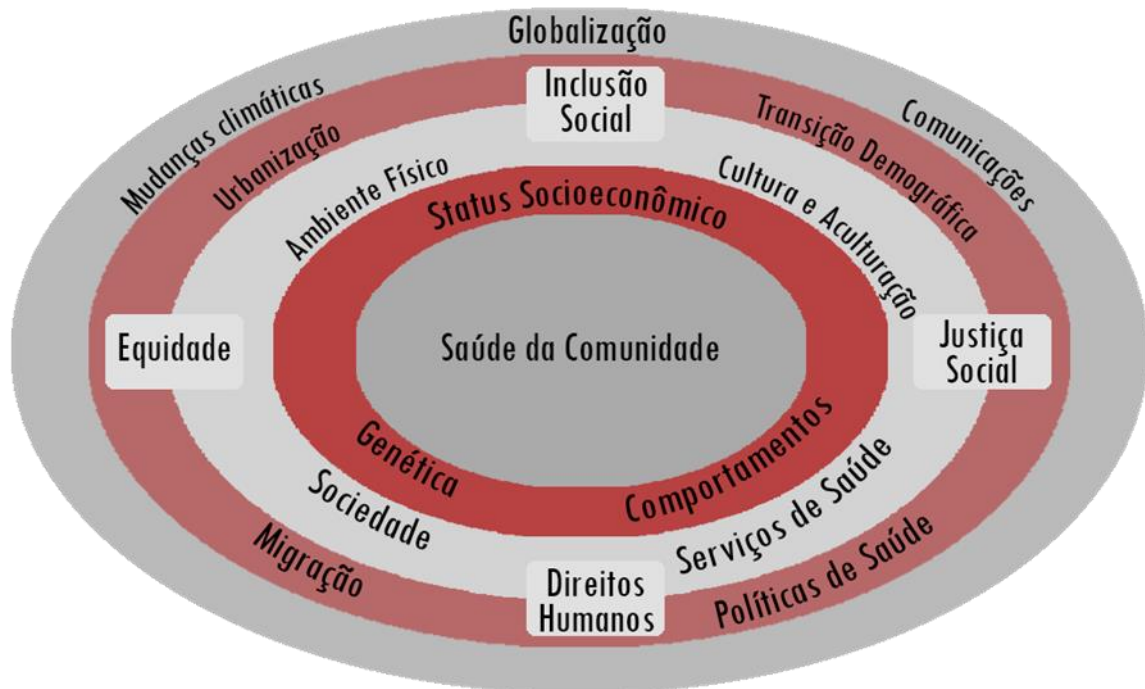
Enquanto Gofin e Gofin (2011) defendem um conceito de saúde como a expressão coletiva, os demais autores também inserem a importância da ação dos

equipamentos comunitários⁵⁴ do setor privado e de voluntariado na melhoria da qualidade de vida de seus membros. Importante destacar que busca realizada no Google Acadêmico, no SciELO e no PUBMED não retornaram artigos produzidos no Brasil conceituando Saúde da Comunidade. Daremos mais destaque aos conceitos produzidos por Gofin e Gofin (2011) e Goodman e colaboradores (2018), pois os documentos orientadores da organização do SAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007; SCHMETS e colaboradores, 2016) citam que a comunidade deve ser definida e caracterizada para que sirva de base para o planejamento das ações de saúde, utilizando habilidades clínicas, epidemiológicas, das ciências sociais e das pesquisas avaliativas, de participar da construção e fiscalizar as ações realizadas.

Segundo Gofin e Gofin (2011), a comunidade possui seus próprios determinantes de saúde, que agem conjuntamente em uma rede complexa de causa e efeito. Eles apresentam diferentes níveis de influência na Saúde da Comunidade, individual, familiar e comunitário. No nível individual, temos os determinantes pessoais e familiares, nos quais os caracteres sociodemográficos, biológicos e comportamentais são expressos (DAHLGREN e WHITEHEAD, 1991). Os fatores socioeconômicos, genéticos e comportamentais em relação à saúde são marcantes nesse nível. O nível familiar é a mais importante e complexa unidade de comunicação, recepção e transmissão de informações sobre saúde, influenciando no comportamento em saúde de seus membros (HOLLAND e colaboradores, 1996; FONSECA 2005). No nível da comunidade, temos os fatores associados à interação entre os membros da comunidade, que inclui o senso de pertencimento, as redes sociais formadas, as normas de relacionamentos e relações de confiança, a cultura e a aculturação, o ambiente físico e a oferta dos serviços de saúde. No nível da sociedade temos as políticas de governo, a movimentação da população e a transição demográfica; e no nível global temos as mudanças climáticas, a globalização e a comunicação (GOFIN e GOFIN, 2011). A Figura 5.1 resume de forma esquemática os Determinantes da Saúde da Comunidade.

⁵⁴ “Consideram-se equipamentos públicos comunitários as instalações e espaços de infraestrutura urbana destinados aos serviços públicos de educação, saúde, cultura, assistência social, esportes, lazer, segurança pública, abastecimento, serviços funerários e congêneres” (Brasil, 2010a).

Figura 5.1: Determinantes da Saúde da Comunidade



Fonte: Gofin e Gofin, 2011 (tradução nossa).

Já Goodman e colaboradores (2018) defendem que se desenvolva de fato uma linha de pesquisa sobre a Ciência da Saúde da Comunidade, devido à amplitude de visões sobre o tema. Eles sugeriram seis núcleos que devem ser aprimorados para a implementação deste campo:

- Envolver atores institucionais, acadêmicos e as comunidades a desenvolverem projetos de pesquisa na área;
- Implementar e utilizar avaliações da Saúde da Comunidade como norteadoras das ações;
- Identificar indicadores de curto e médio prazo para definir de forma concreta a Saúde da Comunidade, para medir as intervenções e o interesse da comunidade;
- Melhorar os métodos de avaliação contínua da saúde das comunidades de um SAS, inclusive com o estabelecimento de uma “comunidade saudável”;
- Aprimorar os métodos de pesquisa em Saúde da Comunidade, em essencial a inclusão da “comunidade-controle” nas medidas de efeito;
- Manter a comunidade ativa e envolvida na manutenção dos programas de saúde.

A Atenção Básica à Saúde e a Saúde da Comunidade

O nível de Atenção à Saúde voltado principalmente à Saúde da Comunidade é conhecido como Atenção Básica à Saúde (ABS). Este modelo passou a ser defendido mais enfaticamente pela OMS após a conferência realizada na cidade de Alma-Ata, em 1978, na qual se discutiram cuidados primários em saúde, se projetou alcançar a “saúde para todos no ano 2000” e se definiu ABS como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978).

A partir do entendimento dessas diretrizes, cada região no mundo passou a implementá-las. Essa implementação ocorreu de forma diferenciada em cada país, devido aos diferentes sistemas políticos e sociais (OPAS, 2007) e às diretrizes ambiciosas e abrangentes descritas na Declaração de Alma-Ata (TEJADA DE RIVERO, 2003).

Vuori (1984) cita quatro diferentes abordagens da Atenção Básica à Saúde utilizadas pelos países:

- ABS Seletiva: Conta somente como um conjunto de ações específicas voltadas para a população pobre – em essência, para crianças e mulheres ou em casos de doenças específicas. Foi o enfoque mais utilizado pelos países das Américas;
- Atenção Básica: O primeiro nível de atenção à saúde, a porta de entrada do sistema, onde geralmente se encontram médicos atuantes com especialização em clínica médica, que avaliam e ditam o caminho dos indivíduos dentro dos outros níveis de atenção;
- ABS abrangente: Esse enfoque segue o conceito de Atenção Básica pensado em Alma-Ata. Neste modelo, a ABS não é vista apenas como o

primeiro nível de atenção à saúde, mas sim como estratégia de organização de todo o sistema, auxiliando a promover o desenvolvimento social e econômico da comunidade, além de serviços totalmente integrados e horizontais com a ABS;

- Enfoque em Saúde e Direitos Humanos: essa abordagem enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e aborda mais fortemente os determinantes sociais e políticos de saúde, atuando de forma intersetorial e influenciando aspectos financeiros e legais, além dos clínicos.

Grandes progressos foram alcançados com a ABS. Na região das Américas, houve melhora nos indicadores de saúde de quase todos os países: redução da mortalidade geral e infantil, com destaque na redução de mortalidade causada por doenças transmissíveis, cardiovasculares e condições perinatais, além do aumento da expectativa de vida (OPAS, 2017). Porém, ainda existem desafios a serem superados. A região passa por diversas mudanças em aspectos demográficos, sociais, econômicos, políticos, ambientais e na gestão de alertas sanitários e de desastres, o que faz necessário discutir continuamente o sistema de saúde e o papel da ABS nesse cenário.

Em 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou um posicionamento sobre a renovação da ABS nas Américas. Nesse documento é apresentada a estrutura conceitual do Sistema de Saúde Baseado em ABS (SSABS). Ela define o SSABS como

uma abordagem abrangente de organização e operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da ABS de resposta às necessidades de saúde das pessoas, fomento de qualidade, responsabilidade governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade (OPAS, 2007).

No SSABS, entende-se sistema de saúde como o sistema público, privado e sem fins lucrativos, e aplica-se a todos os países. A ABS não é um nível de atenção à saúde somente, ou um serviço isolado oferecido somente à população pobre, mas, sim, a coordenadora de todo o sistema, fornecendo atenção integral, integrada e contínua, envolvendo em todos os seus passos não somente os indivíduos, mas famílias e comunidades, inclusive no planejamento e fiscalização das ações. Além disso, a ABS é intersetorial deve e ter uma base financeira necessária para a execução de suas ações. O SSABS também propõe valores, princípios e elementos

para servir como fundamentação para cada país organizar e compreender o processo de implantação e condução desse sistema (OPAS, 2007).

Em 2014, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou um pacto com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), elaborados sobre o legado deixado pelos Objetivos do Milênio (ONU, 2014). Esses objetivos foram pensados visando áreas de grande importância para a humanidade, para serem resolvidos até 2030. O objetivo 3, “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2020), está intimamente relacionado ao fortalecimento dos SSABS.

Em 2018, na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) houve uma conferência global sobre ABS em Astana, Cazaquistão, onde foi feita uma nova declaração enfatizando o papel da ABS no mundo. O item VI estabelece de forma bem clara que indivíduos e comunidades devem ser empoderadas para o fortalecimento da ABS (OMS, 2018).

Esses dois últimos acontecimentos foram fortemente contestados. Para o cumprimento do objetivo 3 de desenvolvimento sustentável, a OMS desenvolveu o conceito de Cobertura Universal de Saúde (CUS), que significa que

todos os indivíduos e comunidades recebem os serviços de saúde de que necessitam, sem ficarem expostos a dificuldades financeiras. Isso inclui toda a gama de serviços de saúde essenciais e de qualidade, desde a promoção da saúde até à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (OMS, 2019).

Dentro da CUS, é especificada a necessidade de se fortalecer os “Cuidados de Saúde Primários” por meio de uma rede longitudinal, abordando de maneira sistêmica os determinantes de saúde mais vastos, e capacitando pessoas, famílias e população para defender políticas que promovam saúde e bem estar.

Giovanella e colaboradores (2018) fazem um debate sobre essa questão, colocando que não existe clareza na formulação desse modelo, uma vez que a universalidade e gratuidade do sistema são colocadas em xeque, dando a entender que o financiamento público perde importância em detrimento dos planos de saúde privados. Colocam também uma “cesta mínima de serviços” como meta a ser alcançada, tendo como indicadores a contratação de serviços e o gasto familiar com saúde. Em populações vulneráveis, tais mudanças podem causar danos catastróficos nos SAS e na qualidade de vida. Por conta disso, houve um questionamento desse

modelo na região das Américas, fazendo com que a OPAS se posicionasse, definindo o conceito de Acesso Universal à Saúde (AUS) como

a ausência de barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, de organização ou de gênero. O acesso universal é alcançado com a eliminação progressiva das barreiras que impedem que todas as pessoas utilizem os serviços de saúde integrais, estabelecidos em nível nacional, equitativamente (OPAS, 2014).

Em relação à ABS, Giovanella e colaboradores (2018) colocam que a CUS aborda a ABS como seletiva, ao selecionar um pacote de ações e serviços a serem desenvolvidos, e que a influência de participação da comunidade se dá sob uma ótica liberal, focada somente na avaliação da assistência, enquanto a AUS aborda a ABS abrangente e com enfoque em Saúde e Direitos Humanos, tendo o cidadão como protagonista da ação.

A Declaração de Astana também foi contestada pelo Movimento pela Saúde dos Povos⁵⁵, que publicou uma Declaração Alternativa sobre a ABS (MOVIMENTO PELA SAÚDE DOS POVOS, 2018). O documento expõe as crescentes desigualdades, apresenta a origem neoliberal de algumas determinações e como essas determinações podem afetar a universalização do acesso a saúde (GIOVANELLA e colaboradores, 2019).

Com a emergência da pandemia de COVID-19, causada por uma nova variação do coronavírus, pressionando todo o Sistema de Saúde, a ABS tem um papel crucial na condução desta situação. Medina e colaboradores (2020) colocam pontos essenciais de atuação da ABS neste contexto:

- Vigilância em saúde nos territórios: a ABS deve estar envolvida no gerenciamento de informações epidemiológicas da pandemia, detectando, notificando e sendo comunicada com dados atualizados;
- Atenção aos usuários com COVID-19: devem existir fluxos de cuidado, com estratificação de risco e condução adequada para cada situação;

⁵⁵ “O Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) é uma rede global formada no ano 2000 e que envolve trabalhadores de saúde, organizações da sociedade civil, redes de temas específicos, acadêmicos, pesquisadores e ativistas de países de baixa, média e alta renda. Sua atividade é realizada localmente através de círculos nacionais e globalmente através de uma série de campanhas. A base de todas as suas atividades é o compromisso com a Saúde para Todos, conforme interpretado na Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, e na Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde” (BAUM e colaboradores, 2020).

- Suporte social a grupos vulneráveis: o serviço de ABS deve garantir suporte sanitário, financeiro, psicológico e social para populações mais vulneráveis aos aspectos clínicos e sociais da pandemia;
- Continuidade das ações próprias da ABS: as outras condições de saúde ainda são prevalentes, e o serviço da ABS deve manter as estratégias de cuidado.

Savassi e colaboradores (2020) discutiram sobre os impactos diretos da COVID-19 na ABS, propondo quatro ondas de sobrecarga devidas à doença e suas consequências. A primeira onda é relacionada a morbimortalidade imediata da doença, que é levada como prioridade pelas equipes de saúde. Esse movimento gera a segunda onda, que se refere à restrição de recursos: como diversos procedimentos de cuidado de outras condições de saúde ficaram em segundo plano, pode ocorrer um agravamento dessas condições. Além disso, a própria COVID-19 apresenta sequelas e descompensações das condições de saúde de quem se contaminou pela doença, gerando uma necessidade extra de cuidado. De forma concomitante à segunda onda, vem a terceira, que é provocada pelos impactos na saúde mental da comunidade como consequências da ansiedade, depressão e lutos mal elaborados pela população.

Fica claro que a ABS necessita de todos os recursos disponíveis para se organizar para enfrentar estas novas demandas, e pode encontrar na Participação da Comunidade na Saúde um valioso apoio.

Participação da Comunidade na Saúde

A Participação da Comunidade na Saúde é vista pela OPAS como essencial para que os sistemas de atenção à saúde atinjam os resultados esperados (OPAS, 2007). Fleury (2014) coloca que a construção de um governo democrático impõe a necessidade de incluir os cidadãos em algum grau no seu processo de construção. Modelos mais inovadores e responsivos são aqueles em que as relações com as pessoas são mais intrínsecas. Uma forma de ampliar essa responsividade na saúde é a descentralização das ações e das decisões, sendo necessário definir as formas de participação da comunidade nesses espaços.

Stotz resgata o conceito de Participação Social no Dicionário da Educação Profissional em Saúde. O autor afirma que Participação Social é um conceito básico

em sociologia, que remete a dois sentidos. O primeiro trata da importância da incorporação de um indivíduo na organização de uma sociedade, que implica atitudes e comportamentos esperados, com vistas tanto a coesão quanto a mudança social. O segundo sentido tem um caráter estritamente político, no qual “participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade. Representa a consolidação, no pensamento social, de um longo processo histórico” (STOTZ, 2008). Sendo assim, a inclusão das pessoas nos processos decisórios nunca foi passiva e dependente de quem detinha o poder, mas sim da própria sociedade agir e lutar para garantir e defender direitos conquistados.

Ahumada e Fernández (2014) trazem um panorama sobre como a comunidade influencia os espaços de saúde na ABS, trazendo um conceito amplo de participação na saúde que os autores chamam de Ação Social em Saúde. Reforçada na Carta de Ottawa (OMS, 1986), consiste em todas as ações realizadas pela sociedade que contribuem para melhorar sua saúde. Incluem-se neste conceito desde as ações de autocuidado e cuidados informais em saúde, como a ação de cuidar de seus familiares, vizinhos e amigos com seus saberes próprios. Além disso, o conceito envolve outros tipos de ações, como trabalho voluntário, participação em associações, e outras formas de organização que interferem na saúde da comunidade.

Uma parte das Ações Sociais em Saúde se produz diretamente com os serviços de saúde – o que, na visão dos autores, é a Participação da Comunidade na Saúde. Desta forma, esta é regulada pelos serviços a partir dos mecanismos que eles mesmos estabelecem e articulam (AHUMADA e FERNÁNDEZ, 2014). Rifkin (1996) estabelece que Participação da Comunidade na Saúde é um processo dinâmico, que permite que as pessoas da comunidade, pelo envolvimento e experiência, ganhem acesso e controle aos recursos dos serviços de saúde. Essa interação pode se dar sob o ponto de vista biomédico, medido pela adesão às determinações dos profissionais de saúde, pela colaboração em planejamentos de saúde, com o papel consultivo e colaborativo para o desenvolvimento da comunidade, ou de maneira integrada ao funcionamento do serviço, com a comunidade empoderada e consciente de seu papel no desenho, execução e avaliação da política de saúde local (RIFKIN e KANGARE, 2002).

Existem evidências de resultados positivos quanto à Participação da Comunidade na Saúde?

Apesar de mencionada como peça fundamental da APS na Carta de Alma-Ata (OMS, 1978), já havia experiências prévias nas quais a comunidade participava ativamente das suas decisões em saúde. Uma experiência pioneira da inclusão da comunidade nas decisões e práticas em saúde da qual se tem registro detalhado ocorreu na China, em 1920, quando membros da comunidade foram treinados para exercer cuidados em locais com falta de médicos (CHIANG, 2001). Conhecidos como “Médicos de Pés-Descalços”, esse modelo foi implementado nacionalmente a partir dos anos 1960 (SIDEL e SIDEL, 1983). Em 1940 houve o trabalho desenvolvido por Sidney e Emily Kark no distrito de Pholela, na África do Sul. Os médicos alemães criaram os Agentes Comunitários de Saúde, membros das comunidades que serviam como ponte para negociação dos serviços a serem implantados. O modelo pensado em Pholela também foi ampliado para todo o país, com a construção de mais de 200 centros seguindo esta lógica; porém, com a vinda do *apartheid*, os Karks e toda sua equipe foram deportados e o programa foi cessado (TOLLMAN, 1991).

Após Alma-Ata, cada país implantou a APS com níveis diferentes de Participação da Comunidade nos sistemas, mas seguindo uma crescente importância e interesse na gestão dos serviços de saúde (RIFKIN, 2018). A partir dos anos 1990 houve mais uma guinada no sentido de descentralização da tomada de decisão ampliando a Participação da Comunidade (ZAKUS e LYSACK, 1998). Recentemente, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a OMS ressaltou a importância de uma tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis do SAS. Porém, em documento-guia da OMS para organização da CUS, se faz a preferência de detalhar o papel da participação como sendo

um fluxo de informação em duas vias, que pode ocorrer em qualquer ponto do processo de planejamento, partindo da identificação de um problema à fiscalização das ações. Pode ser um processo em uma fase ou, conforme a situação analisada progride, um diálogo contínuo. Esta consulta está cada vez mais focada em buscar informação que facilite a elaboração de regulamentação dos processos de fiscalização (RODRIGO e AMO, 2006 apud ROHRER e RAJAN, 2016, tradução nossa).

Analisando programas que abordavam a Saúde da Comunidade e partindo do pressuposto de que as evidências sobre programas de intervenção na comunidade têm um impacto modesto – com notável exceção dos programas envolvendo o vírus

da imunodeficiência humana (HIV) –, Merzel e d’Affitti (2003) fizeram uma revisão sistemática sobre as intervenções realizadas nos Estados Unidos da América nas duas décadas anteriores ao estudo, correlacionando a Participação da Comunidade na Saúde com os desfechos obtidos. Foram encontrados resultados controversos em relação à participação da comunidade nos programas estudados, citando como desafios:

- Questões metodológicas: baixo poder estatístico, seleção equivocada do delineamento do estudo de intervenção e cálculo do tamanho da amostra;
- Hábitos seculares: hábitos de vida já presentes há muito tempo nas comunidades, que se tornam praticamente indissociáveis de suas vidas;
- Magnitude esperada das intervenções: cálculos estatísticos demonstram resultados muito superiores ao visto na realidade;
- Limitações das intervenções: duração da intervenção, falta de adaptação das intervenções à realidade das comunidades, baixo nível de penetração das intervenções nas comunidades, limitada capacidade de intervenção em todas as causas dos problemas;
- Limitações da teoria: apesar de todas as intervenções serem baseadas em várias teorias comportamentais e sobre a organização de uma comunidade, a complexidade de se entrelaçar todos os determinantes da Saúde da Comunidade em seus mais diversos níveis não é alcançada com maestria.

Draper e Rifkin (2020) trazem também essa discussão sobre a efetividade da Participação da Comunidade na Saúde. Embora governos e organizações não governamentais de todos os níveis reconheçam a importância da participação, ainda reside a dificuldade para se encontrar uma maneira de medir e explicar os resultados alcançados. Os autores fazem quatro orientações sobre como aferir corretamente os impactos da participação:

- Existe uma necessidade de definir o que é a Participação da Comunidade previamente à medida de efeito: como as intervenções na comunidade devem ser específicas, para se conhecer seu impacto deve-se delinear o papel da comunidade nesse contexto;
- Não pode se presumir que os indivíduos desejam se envolver nas decisões sobre seus cuidados em saúde: as evidências levantadas pelos autores

apontam que geralmente as pessoas não priorizam o debate para a construção de um serviço de saúde, a menos que apresentem condições de saúde não tratadas. Muitas pessoas querem apenas ter acesso aos serviços, sem se envolver em sua construção;

- Não se pode presumir que prover informações sobre o cuidado resultará em uma mudança de comportamento positiva: as pessoas devem ser incluídas na discussão sobre os hábitos de vida de sua sociedade, no sentido de serem empoderadas, adquirindo a capacidade de tomar suas próprias decisões tendo compreensão dos seus possíveis desfechos;
- Não se pode presumir que, uma vez empoderadas, as pessoas vão agir como os profissionais de saúde esperam: ter a capacidade de tomar decisões conscientes sobre a saúde não é o único fator para que essa tomada de decisão ocorra, pois há uma dependência dos outros membros da comunidade, dos profissionais de saúde e dos recursos disponíveis. Existe um jogo de poder envolvido na tomada de decisões.

Desta forma, deve-se ter um olhar crítico ao analisar as evidências disponíveis sobre a Participação da Comunidade na Saúde, pois cada resultado negativo pode significar uma miríade de fatores que contribuíram para o insucesso. Conforme revisão sistemática realizada por George e colaboradores (2015), que avaliaram o impacto da Participação da Comunidade na Saúde em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, a descrição sobre quem é a comunidade e como esta participa das intervenções analisadas é pobre ou até mesmo ausente nas publicações sobre o tema, com baixa qualidade metodológica e sem grupo de comparação. Conclui-se então que até mesmo as publicações realizadas sobre o assunto também apresentam vieses importantes.

O SUS e a Participação da Comunidade na Saúde na ABS

No Brasil, a saúde é considerada um direito de todo cidadão (BRASIL, 1988), e o Sistema Único de Saúde (SUS) foi a estratégia construída para cumprir esse preceito constitucional. Sua organização é construída por uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada para ofertar ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde, tendo a ABS como ordenadora e coordenadora (Brasil, 2010; 2011a; 2017).

A reorganização do SUS no Brasil se deu pelo fortalecimento da ABS, a criação de formas mais eficientes de relacionamento entre os níveis de atenção, e a ampliação da participação da comunidade nas decisões em saúde. Pode-se considerar que um dos principais movimentos pós-SUS para organizar a ABS foi a Norma Operacional Básica do SUS (BRASIL, 1996), que colocou o Programa Saúde da Família (PSF) – atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF) – como forma prioritária de organização dos sistemas municipais de saúde, além de instituir componentes de financiamento e incentivos financeiros para os municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o próprio PSF. Com o sucesso da adoção desse modelo na época, a partir de 2000, o Ministério da Saúde passou a investir em estratégias de regionalização da atenção à saúde, promulgando as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (BRASIL, 2001; 2002) e colocando esse tema como macroestratégia. Essas duas normativas reforçaram o papel da ABS como estratégia prioritária à reorientação do modelo de atenção. Porém, o grande marco para consolidação da ABS à luz dos preceitos constitucionais foi o Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006a), que redefiniu as responsabilidades dos entes federativos pelos resultados em saúde por meio de três compromissos: a manutenção do compromisso de defender e garantir os princípios e diretrizes do SUS; a qualificação da gestão; e a organização da saúde como uma ação prioritária, com foco em resultados, nas situações de saúde estabelecidas pelos governos – entre elas, o fortalecimento da ABS como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

Desta forma, houve a publicação de um documento central reunindo toda a informação sobre o funcionamento da ABS no país, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b). Suas orientações estabeleceram a Saúde da Família como objetivo da organização dos serviços, com olhar integral, da promoção à reabilitação, atuando também nos determinantes sociais em saúde e propondo uma transição para o modelo de enfoque em Saúde e Direitos Humanos (VUORI, 1994). A PNAB foi editada em 2011, trazendo o conceito de ABS 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

A PNAB define conceitos e responsabilidades dos entes federativos, regulamenta o funcionamento da saúde nos municípios de forma mais detalhada, mostrando a importância da capilarização dos serviços e citando também os recursos orçamentários para aplicação no seu planejamento e execução de suas ações. Essa portaria também deixa claro que a ABS não é um serviço isolado ou um nível de atenção em uma escala hierárquica, mas sim que, seguindo os princípios do SSABS, dialoga diretamente com a portaria nº 4.279/2010, que cria as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010).

As RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). São caracterizadas pelas relações horizontais entre os pontos de atenção com a coordenação da ABS, pela centralidade nas necessidades de saúde de uma população e pelo compartilhamento de objetivos de saúde, responsabilização e cuidado multiprofissional.

Juntamente com a PNAB, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem como objetivo

induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015).

Com este programa, permitiu-se vincular formas de transferência de recursos financeiros ao desempenho e resultados, criando outra forma de incentivar as boas práticas em saúde.

Em 2017, uma nova edição da PNAB (BRASIL, 2017) trouxe aspectos da corrente conservadora, antidemocrática e autoritária vinda após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, a condução de seu vice à Presidência (MOROSINI e colaboradores, 2018) e a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (BRASIL, 2016), que instituiu um novo regime fiscal, impactando diretamente na política de saúde. Morosini e colaboradores (2018) e Giovanella e colaboradores

(2020) fazem uma análise desta nova edição da PNAB, destacando alterações claras e sutis no sentido da regressão das conquistas dessa política. Apesar de proporcionar maior liberdade aos gestores no sentido do direcionamento dos recursos, não associada à transferência adequada de recursos, diversos conceitos foram reformulados com interpretação ambígua, retirando o caráter propositivo das diretrizes da política. Relativizou a cobertura, propondo o objetivo de 100% apenas em locais de alto risco e vulnerabilidade social. Segmentou o cuidado, propondo um pacote de remuneração por serviços executados, captação ponderada e incentivo de ações estratégicas (BRASIL, 2019a). Desta forma, destaca-se ainda mais a questão da ABS seletiva. Apesar de ainda priorizar a Estratégia Saúde da Família, são disponibilizados outros modelos de organização da ABS nos territórios, além de se alterar a estruturação dos recursos humanos, como a exigência de 40 horas de cada categoria da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem) independentemente de sua quantidade, e fragilizar a atuação do Agente Comunitário de Saúde, sendo proposto apenas um membro dessa categoria por equipe e fusão com a categoria do Agente de Endemias. Com o Programa Saúde na Hora (Brasil, 2019b), estende-se o horário de funcionamento das Unidades de Saúde, que passam a poder oferecer atendimento até as 22 horas, convertendo essas unidades em pronto atendimento.

A participação da comunidade nas decisões de saúde no Brasil se dá de diversas formas. Institucionalmente, a comunidade tem participação assegurada por lei nas decisões de saúde no Brasil por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1990). Esses órgãos têm a função de analisar e propor diretrizes para a política de saúde, acompanhar seu andamento e fiscalizar, inclusive nos aspectos financeiros da União, dos estados e dos municípios. Sua formação é paritária: 50% dos membros com direito a voto devem ser representantes dos segmentos sociais, 25% de profissionais de saúde e 25% dos gestores juntamente com os prestadores de serviços. Os Conselhos de Saúde são iniciativas que buscam aumentar a transparência do Estado, fomentando o controle social das políticas públicas e representam, segundo Moreira e Escorel (2009), “a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país”, constando nos 5.564 municípios brasileiros e mobilizando aproximadamente 72.000 participantes.

Existem outros canais que possibilitam a participação, como os Conselhos Locais de Saúde, os fóruns de trabalhadores, o Ministério Público, as ouvidorias, a

pressão popular e a judicialização (COELHO, 2012). Além desses espaços formais, também existem os espaços informais de participação das pessoas do território,

com seus saberes, suas práticas e sua história, no cotidiano de ações em saúde desenvolvidas localmente nos serviços. Seja em grupos terapêuticos, seja em práticas educativas e formativas, seja no fazer de terapeutas populares de saúde (rezadeiras, benzedoras, parteiras, erveiras, entre outras), seja em iniciativas de ação comunitária, mobilização social e resistência popular, já uma expressividade multifacetada e marcante de possibilidades por meio das quais a cultura popular repercute, efetivamente, na definição e, em alguns casos, na reorientação dos serviços de saúde e das lógicas com os quais os mesmos são pensados, estruturados e geridos (CRUZ e BRUTSCHER, 2018).

Segundo Cruz e Brutscher (2018), os espaços institucionalizados e os informais de Participação da Comunidade na saúde se complementam. Enquanto os primeiros agem na concepção de proposição e controle, com o objetivo de desenvolver, debater e fiscalizar a execução das políticas de saúde, os espaços informais têm mais o sentido da ação, pois neles ocorre a integração real dos membros da comunidade com as ações e serviços de saúde.

A partir de 2003, o Governo Federal passou a investir em mecanismos de participação e consulta popular, que se tornaram parte de uma estratégia para aprimorar a gestão e ampliar a democratização do Estado. Em junho de 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão Participativa, para fomentar a participação e ampliar os espaços de relação com a sociedade. Em dezembro de 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CONS), realizada com o intuito de aprofundar a participação social, apontou a necessidade de se investir nos Conselhos Locais de Saúde (CLS), reforçando a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (posteriormente substituída pela Resolução nº 453/2012), que regulamenta os CLS e considera que “o processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde”. Os CLS foram tomados como uma aposta para desburocratizar, ampliar e renovar as possibilidades de relação com o usuário no campo da saúde, como parte de um conjunto de iniciativas de democratização do Estado e aprimoramento da gestão de políticas públicas. A PNAB incorpora a participação dos usuários como um dos princípios fundamentais para a sua estruturação, recomendando que cada Unidade de Saúde forme um conselho ou colegiado constituído de gestores locais, profissionais e usuários dessa unidade para, com isso, auxiliarem em sua própria gestão. A instituição desse órgão tem o potencial

de aprimorar a Participação da Comunidade na Saúde, devido à grande proximidade entre ele, a Unidade de Saúde e a população. A Participação da Comunidade na Saúde também é critério de avaliação do PMAQ-AB, observando aspectos de canais de comunicação disponíveis, encaminhamentos de demandas recebidas, consideração pela opinião do usuário no serviço, e a presença ou não de CLS ou outro espaço de participação popular (BRASIL, 2015).

Existe um amplo debate acerca da efetividade dos arranjos participativos no campo da saúde, com estudos que discutem seu papel na democratização e no aprimoramento das políticas públicas do SUS (CÔRTEZ, 2006). Diversos autores apresentam questionamentos persistentes sobre: a qualidade da participação e dos processos de deliberação (STRALEN, 2005); o envolvimento e a mobilização da comunidade nos espaços de participação (CÔRTEZ, 2009a); a capacidade desses arranjos em fomentar a troca de informações necessárias ao aprimoramento da gestão pública (CÔRTEZ, 2009b); a efetividade do controle social e fiscalização das contas públicas (FERNANDES, 2010; LABRA, 2009), problemas com autonomia, organização e bom desempenho no acesso (MOREIRA e ESCOREL, 2009), falta de articulação entre conselhos (ALMEIDA, 2014), entre outros. Como argumentam Kohler e Martinez (2015, tradução nossa), embora os conselhos de saúde pretendam ser inclusivos e participativos, “na prática, eles parecem ter pouco impacto sobre o processo de elaboração de políticas de saúde no Brasil (...) e suas deliberações são muitas vezes estreitas e controladas”.

No contexto da Participação da Comunidade na Atenção Básica brasileira, foram encontradas três revisões de literatura sobre o tema (ABREU, 2014; BRITO, 2014; FERNANDES e colaboradores, 2017).

Abreu (2014) buscou compreender a concepção sobre o Controle Social na ABS do SUS e seu impacto na implementação dos CLS, fazendo uma reflexão histórica e conceitual sobre esse tema e observando especificamente as informações provenientes do município de Porto Alegre. Como conclusão, a autora relata que existem duas concepções da Participação em disputa. Uma é baseada na Reforma Sanitária Brasileira⁵⁶, que entende a sociedade civil como uma arena de disputas e a

⁵⁶ “O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente as aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde (...) e configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania” (SOUTO e OLIVEIRA, 2016).

participação como um direito de cada cidadão, com as instituições articuladas e voltadas para inclusão da comunidade nas decisões. Já a concepção gerencialista é focada em “propostas conservadoras, focalizadas e seletivas, que visam à racionalização dos custos em saúde em vistas a privilegiar o mercado e não as reais necessidades em saúde” (ABREU, 2014). Nessa concepção, a sociedade age como consumidor, sendo passiva e despolitizada em relação às demandas de saúde.

Brito (2014) e Fernandez e colaboradores (2017) realizaram duas revisões integrativas da literatura disponível, encontrando apenas 23 e 28 trabalhos, respectivamente. Brito encontrou diversas nomenclaturas para o CLS, o que pode ter dificultado o processo de coleta das informações. Nos dois estudos foram encontrados resultados potenciais não generalizáveis do impacto da participação. O CLS possui função educativa, aumenta o envolvimento da comunidade com o serviço de saúde, conseguindo (re)organizar os serviços de saúde de acordo com as necessidades. Porém, existem também a “pseudoparticipação” e formas de participação parcial, nas quais a atuação dos CLS não provocou a mudança pretendida. Em alguns casos, a ausência da Participação da Comunidade na Saúde gera até atos de vandalismo, pois os indivíduos não se percebem coproprietários dos serviços públicos.

Cruz e Brutscher (2018) apontam desafios contemporâneos para a Participação da Comunidade na Saúde brasileira. Existe uma cultura política dominante clientelista, onde se acredita em uma passividade dos usuários frente aos gestores e profissionais de saúde, além de uma falta de suporte estrutural e desvalorização moral de quem participa. Ter que conciliar a agenda pessoal de obrigações cotidianas, como trabalho e estudo, não é uma tarefa fácil, e se torna prioridade frente a outras atividades. Soma-se a isso a extinção da Política Nacional de Participação Social (BRASIL, 2019c) realizada pelo governo federal, com o intuito de reduzir a quantidade de colegiados, que pode servir como exemplo para outras unidades federativas. Outros desafios são a burocracia institucional e a tecnificação dos processos, que afastam as pessoas dos processos de decisão. Desta forma, gestores e profissionais ditam o andar das reuniões, avaliam as necessidades e realizam as intervenções que julgam necessárias, às vezes até “esvaziando” discussões que podem trazer polêmica, utilizando a “regra do jogo” para controlar a pauta das discussões, seja por não acreditarem que a comunidade pode contribuir com estas questões ou por quererem manter a situação como está (BATISTA e MELO, 2011). Mais um fator importante é a própria sobrecarga dos profissionais de saúde da ABS, que têm metas a serem

cumpridas, além de atendimentos de demandas espontâneas, que exigem tempo e dedicação, e precisam receber Educação Continuada sobre a Saúde da Comunidade e maneiras de realizar esse processo.

Considerações finais

Participação da Comunidade é um assunto complexo, que envolve conhecimento das ciências sociais, do comportamento e da saúde. São temas que exigem uma concepção ampliada da saúde, além de vivência de campo. Como se viu no decorrer deste artigo, os conceitos e proposições por vezes são antagônicas, ora colocando o usuário no centro da tomada de decisão, ora o posicionando como espectador.

Preparar profissionais de saúde dentro dessa ótica é uma tarefa essencial. Os estudantes, residentes e pós-graduandos na área da Saúde devem compreender que, diferentemente dos aspectos biomédicos que regem a conduta nos níveis secundários e terciários da atenção à saúde, na ABS existe uma miríade de fatores. À medida em que nos aproximamos da realidade dos usuários, percebemos o quão complexa é essa teia social, que muitas vezes nossa formação biomédica tende a reduzir. Um profissional de saúde capacitado na Ciência da Saúde da Comunidade (GOODMAN e colaboradores, 2018) conseguirá compreender os anseios, barreiras e facilitadores locais, empoderar os grupos e incluí-los no processo de planejamento como iguais. O que esse profissional precisa é ter com clareza os princípios da prática da Saúde da Comunidade e adaptar os métodos a cada situação.

Os gestores também enfrentam desafios, pois não é fácil desenvolver uma abordagem baseada na territorialização e na comunidade, potencializando o espaço da participação e da construção compartilhada com todos os setores da comunidade (gestão, profissionais, usuários etc.), da integração entre políticas sociais e sanitárias e dos recursos informais ativados pelos próprios usuários – e os desafios são agravados por um cenário de conservadorismo, austeridade e em meio às consequências da pandemia de COVID-19 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020). É necessário encontrar um caminho para se alcançar essa integração, e deve-se iniciar com o estabelecimento de projetos-piloto, usando comunidades-controle, implementando e acompanhando aos poucos a Participação da Comunidade em cada

contexto, mas sem perder de vista os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Tudo isso deve ser feito com base em pesquisas sólidas, que tragam a melhor evidência disponível em relação a cada situação. Os pesquisadores poderão contribuir com o olhar biomédico e com o do determinante social conhecendo melhor a História Natural das Condições de Saúde⁵⁷ na ótica da ecoepidemiologia (SUSSEK e SUSSEK, 1996b), além de buscar nos eventos sociais novas tendências de participação social. Desta forma, poderão tecer propostas de trabalho aos profissionais de saúde e gestores da área.

A união de esforços locais (comunidade, profissionais, gestores e pesquisadores) pode provocar uma torção na crescente individualização das experiências nas práticas sócio-sanitárias cotidianas, tendo em vista uma lógica diferente de participação social em saúde, que responda ao preceito dos cuidados primários, no qual a participação aparece como elemento estruturante da organização do cuidado e para a integralidade. A rede de esforços locais pode se fortalecer, entrando nos cenários de tomada de decisão em esferas maiores, podendo tornar-se atores da construção e adaptação das políticas nacionais e internacionais. Nesse momento de forte retrocesso de direitos e de entendimento da redução do papel do Estado, é urgente a formação de lideranças versadas na Ciência da Saúde da Comunidade para reforçar esse enfrentamento.

Referências

ABREU, Elisa de Andrade. **Controle Social na atenção básica no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS – Porto Alegre, 2014.

AHUMADA, L. de la Revilla; FERNANDEZ, L. A. López. **Participación e intervención comunitárias**. IN: ZURRO, Amando Martín; PÉREZ, Juan Francisco Cano; BADIA, Joan Gané. Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. 7ª Edição. Editora El Sevier, Barcelona, Espanha, 2014.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

⁵⁷ "Todas as interrelações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte" (LEAVELL e CLARK, 1976)

BATISTA, Elizabeth da Costa; MELO, Elza Machado de. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 337-347, jan. 2011.

BAUM, Fran; SANDERS, David; NARAYAN, Ravi. O movimento global pela saúde dos povos. O que é o Movimento pela Saúde dos Povos? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe1, p. 11-23, 2020

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria 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)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 1645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências**. Brasília: Casa Civil, 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019c.

BRITO, Laiz Ayres. **Conselhos Locais de Saúde na Atenção Básica: um estudo de revisão da literatura.** Dissertação (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

BROWN, Phil. **Who is the Community? / What is the Community?** Disponível em https://www.brown.edu/research/research-ethics/sites/brown.edu.research.research-ethics/files/uploads/Who%20is%20the%20community%20-%20Phil%20Brown_0.pdf Acesso em 2 jan. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CHRISTENSEN, Karen; LEVINSON, David. **Encyclopedia of Community: From the Village to the Virtual World.** Sage Publications, Thousand Oaks, 2003

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Carta Aberta. CNS convoca população brasileira para construção de um 2021 com mais Saúde e Proteção.** Disponível em http://www.susconecta.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Carta_22_dez_2020-1.pdf Acesso em 04/01/2021

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro; BRUTSCHER, V. J. . **Participação Popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção.** In: Maria Helena Magalhães de Mendonça et al. (Org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas.* 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, p. 123-167, 2018.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health.** Disponível em <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf> Acesso em 3 jan. 2021.

DARBYSHIRE, P. Fake news. Fake journals. Fake conferences. What we can do. **Journal of Clinical Nursing**, 27(9-10), 1727–1729, 2017.

DOLL R, PETO R, WHEATLEY K, GRAY R, SUTHERLAND I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors **BMJ**, 309-901, 1994.

DRAPER, A.; RIFKIN, S. **Community participation in health systems development**. In J. North (Author) & E. Nolte, S. Merkur, & A. Anell (Eds.), *Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges* (European Observatory on Health Systems and Policies, pp. 115-144). Cambridge: Cambridge University Press, 2020.

ETIZIONI A. **Communitarianism**. Em: CHRISTENSEN K.; LEVINSON D. *Encyclopaedia of Community: From the Village to the Virtual World*. Vol 1. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 224-228, 2003.

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; BASSETTO, Jamile Gabriela Bronzato. A participação comunitária no sistema único de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 30(1): 125-134, jan./mar. 2017.

FLEURY, Sônia. **Democracia, poder local e inovação**. IN: FLEURY, Sônia. *Democracia e inovação na gestão local da Saúde*. – Rio de Janeiro: Cebes / Editora FIOCRUZ, 2014.

FONSECA, Claudia. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 50-59, ago. 2005.

FRAMINGHAM HEART STUDY. **Framingham Heart Study**, Disponível em: <<http://www.framinghamheartstudy.org/>>. Acesso em: 4 jan. 2020.

GEORGE AS, MEHRA V, SCOTT K, SRIRAM V. Community Participation in Health Systems Research: A Systematic Review Assessing the State of Research, the Nature of Interventions Involved and the Features of Engagement with Communities. **PLoS One**. 23 out. 2015.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020.

GOFIN, J.; GOFIN, R. **Essentials of global community health**. Ontario: Jones & Barlett Learning, 2011. 269 p.

GOODMAN RA, BUNNELL R, POSNER SF. What is "community health"? Examining the meaning of an evolving field in public health. **Prev Med.**, 67 Suppl 1(Suppl 1):S58-S61, 2014.

GREEN, LW., OTTOSON, JM. **Community and Population Health**, Eighth edition. Vol. 4, p. 41-42. Boston: WCB/McGraw-Hill, 1999

HILLEMEIER M.M.; LYNCH J.; HARPER S.; CASPER M. Measuring contextual characteristics for community health. **Health Serv Res**, 38(6, pt 2): 1645-1717, 2003.

HOLLAND J., MAUTHNER M., SHARPE S. **Family Matters: Communicating Health Messages in the Family**. England: Health Education Authority Family Health Research Reports: 1996.

JADAD A.R.; ENKIN M.W.; GLOUBERMAN S.; GROFF P.; STERN A. Are virtual communities good for our health? **Br Med J**, 22:925-926, 2006.

KOLTKO-RIVERA ME. Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of Needs: Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research, and Unification. **Review of General Psychology**, 10(4):302-317, 2006

LAU, Bryan; DUGGAL, Priya e EHRHARDT, Stephan. Epidemiology at a time for unity. **International Journal of Epidemiology**, 1-6, 2018.

LEAVELL, H. e CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MACQUEEN K.M.; MCLELLAN E.; METZGER D.S.; et al. What is the community? An evidence-based definition for participatory public health. **Am J Public Health**, 91: 1929-1938, 2001.

MCKENZIE, JF., PINGER, RR., KOTECKI, JE. **An Introduction to Community Health**. Jones and Bartlett Publishers; Boston: 2005. p. 5

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 8, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES. Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, jun. 2009.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso, FONSECA, ANGÉLICA FERREIRA E LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, pp. 11-24, 2018.

MOTA DE SOUSA, L. M.; FURTADO FIRMINO, C.; ALVES MARQUES-VIEIRA, C. M.; SILVA PEDRO SEVERINO, S.; CASTELÃO FIGUEIRA CARLOS PESTANA, H.

Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, Porto, Portugal, v. 1, n. 1, p. 45–54, 2018. DOI: 10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391.

MOVIMENTO PELA SAÚDE DOS POVOS. **Alternative Civil Society Astana Statement on Primary Health Care**. 24 out. 2018. Disponível em <https://phmovement.org/alternative-civil-society-astana-declaration-on-primary-health-care/>. Acesso em 03/02/2021

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milénio**. Lisboa: Centro de Informação das Nações Unidas, 2000. Disponível em: https://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/ODM/undp-br-declaracao_do_milenio.pdf. Acesso em: 4 jan. 2020.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. s.d. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em 21 dez. 2020.

NATIONAL CRIME PREVENTION COUNCIL. **An explanation of the growing phenomenon of cyberbullying**. 2019. Disponível em: <https://www.ncpc.org/resources/cyberbullying/what-is-cyberbullying/>. Acesso em: 1 jan. 2021.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **MRC National Survey of Health and Development Cohort/1946 Birth Cohort (NSHD/1946BC)**. Disponível em <https://mrc.ukri.org/research/facilities-and-resources-for-researchers/cohort-directory/mrc-national-survey-of-health-and-development-cohort-1946-birth-cohort-nshd-1946bc/>. Acesso em 01 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Ottawa charter for health promotion**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the World Health Organization**. Organização Mundial da Saúde, 2006. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 1 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2007. Disponível em: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf. Acesso em: 21 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan: 25 - 26 de outubro de 2018.** Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> . Acesso em: 4 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cobertura universal de saúde (CUS).** 24 jan. 2019. Disponível em: <[https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))>. Acesso em: 21 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização pan-americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS).** Washington, D.C., 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Resolução CD53, R14, 2014. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º Conselho Diretor 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.** Brasília: OPAS, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas+, Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil.** Washington, D.C.: OPAS; 2017.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 73-78, ago. 2006.

RIFKIN, Susan B. Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. **Acta Trop**, 61(2):79-92, abr. 1996

RIFKIN, Susan B.; KANGARE, Maria. What is Participation? In **Community-Based Rehabilitation (CBR) as a Participatory Strategy in Africa.** GLADNET Collection. Cornell University, 2002. Disponível em: <<https://african.org/CDR%20Information/CDR%20as%20a%20participatory%20strategy%20in%20Africa.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2021.

RIFKIN, Susan B. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All – from consensus to complexity. **BMJ Global Health**, 2018.

RODRIGO, D., AMO, P. A. **Background document on public consultation.** Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006. Disponível em: <<http://www.oecd.org/mena/governance/36785341.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

ROHRER, Katja; RAJAN, Dheepa. **Population consultation on needs and expectations.** IN SCHMETS, Gerard; RAJAN, Dheepa; KADANDALE, Sowmya. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2016.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social.** Rio de Janeiro, Graal, 1980.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** 1. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/HUCITEC, 1994.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007.

SAVASSI, L. C. M.; DIAS BEDETTI, A.; JOI DE ABREU, A. B.; COSTA, A. C.; PERDIGÃO, R. M. DA C.; FERREIRA, T. P. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, v. 12, p. 1-13, 27 out. 2020.

SCHMETS Gerard; RAJAN Dheepa, KADANDALE Sowmya. **Strategizing national health in the 21st century: a handbook**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007.

SOUSA, L. M. M., FIRMINO, C. F., MARQUES-VIEIRA, C. M. A., SEVERINO, S. S. P. S.; PESTANA, H. C. F. C. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, 1(1),45-54, 2018.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino e OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Participação Social** (verbetes). In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>>. Acesso em: 3 jan. 2021.

SUSSER, Mervyn; SUSSER, Ezra. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms [published correction appears in *Am J Public Health* 1996 Aug; 86 (8 Pt 1):1093]. **American Journal of Public Health**, 86(5):668-673, 1996a.

SUSSER, Mervyn; SUSSER, Ezra. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. **American Journal of Public Health**, 86:674-677, 1996b.

TEJADA DE RIVERO D. Alma-Ata Revisited. **Perspectives in Health**, 8(2):2-7, 2003.

VAN BAVEL J. The world population explosion: causes, backgrounds and -projections for the future. **Facts Views Vis Obygn**, 5(4):281-291, 2013.

VUORI, Hannu. Primary health care in Europe – Problems and solutions. **Community Medicine**, 6:221-31, 1984.

WALSH T.M.; VOLSKO T.A. Readability assessment of internet-based consumer health intervention. **Respir Care**, 53:1310-1315, 2008

WHITE. Franklin. Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems. **Med Princ Pract**, 24:103-116, 2015.

ZAKUS D, LYSACK L. Revisiting community participation. **Health Policy and Planning**, 13(1):1-12, 1998.

6 ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Rodrigo Silveira Pinto⁵⁸

Vitória D'Ávila Pedroso⁵⁹

Franciele Santiago Ferreira Senna⁵⁹

Mauro Silveira de Castro⁵⁸

Frederico Viana Machado⁵⁹

Resumo: Introdução: A Atenção Básica à Saúde tem entre suas diretrizes a Participação da Comunidade (PCS) na Saúde e a Assistência Farmacêutica (AFABS). A PCS é entendida como o nível de envolvimento da comunidade com o desenvolvimento da ABS local, e é institucionalizada na forma de Conselhos Locais de Saúde (CLS). A AFABS é um conjunto de ações e serviços cujo objetivo é garantir o acesso e o uso racional e seguro de medicamentos. Para ampliação dos CLS, sua implantação foi incluída como meta de gestão a ser alcançada na cidade de Porto Alegre. Apesar de um aparente aumento dos CLS, faz-se necessário compreender a extensão dessa política no município. **Objetivo:** Identificar a presença desses arranjos nas Unidades de Saúde (US), bem como suas formas de atuação e funcionamento, buscando entre os problemas relatados a relação entre o CLS e a AFABS. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva. Primeiramente determinou-se a quantidade de CLS ativos, entrando em contato com as 152 US do município. Em seguida, procurou-se agendar uma entrevista semiestruturada em grupo com os CLS encontrados, utilizando um instrumento desenvolvido e validado para este fim. Foi feita a estatística descritiva com a determinação de frequências. **Resultados:** Foram encontrados 56 CLS ativos e 32 entrevistas foram realizadas. Os CLS têm uma Coordenação Local instituída e presente (76,8%), com reuniões ocorrendo com pautas definidas (59,4%), mas com baixa participação das mesmas pessoas na reunião (25,0%). No tocante às relações do CLS com outras instâncias, estes têm relação com os Conselhos Distrital e Municipal (96,9% em ambos), mas baixa relação com as reuniões da equipe da US (31,3%). Entre os assuntos mais debatidos estão

⁵⁸ Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas - UFRGS

⁵⁹ Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas em Saúde - UFRGS

aspectos relacionados ao funcionamento do serviço, seguidos de assuntos externos da US e interação do CLS com outras instâncias de participação. A falta de medicamentos foi o assunto mais discutido, presente em todos os CLS entrevistados.

Discussão: A inclusão de CLS como metagestão mostrou um resultado positivo no aumento dos CLS. Porém, é necessário ofertar Educação Permanente nesses espaços para promover seu desenvolvimento. Esse ponto é fundamental para compreender o funcionamento de uma política como a AFABS, podendo ser realizadas ações mais resolutivas, aumentando sua credibilidade e fortalecendo a Participação da Comunidade na Saúde local.

Palavras-chave: Participação Social; Conselhos de Saúde; Assistência Farmacêutica; Avaliação em Saúde.

Keywords: Social Participation; Health Councils; Pharmaceutical Services; Health Evaluation.

Introdução

Os Sistemas de Atenção à Saúde (SAS) constituem respostas sociais deliberadamente organizadas para atender demandas e preferências sociais que se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares (MENDES, 2011). Durante o século XX, os SAS passaram por diversas mudanças em sua forma de planejar e gerenciar os serviços de saúde, de modo a acompanhar as transformações demográficas, epidemiológicas e políticas da sociedade. A principal mudança foi o maior enfoque no nível primário, conhecido no Brasil como Atenção Básica à Saúde (ABS), que foi entendida como a melhor abordagem para se alcançar a meta proposta de “saúde para todos no ano 2000” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o documento norteador da organização desse nível de atenção no Brasil. Essa Portaria está em consonância com as Redes de Atenção à Saúde, onde a ABS tem papel central, horizontal e ordenador de todo o fluxo de cuidado do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). Sua construção é voltada à capilarização radical das ações e serviços de saúde nos municípios (BRASIL, 2017). Para garantir a resolutividade dos serviços de ABS, destacam-se a Participação da Comunidade na Saúde (PCS) e a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (AFABS).

Neste artigo, entende-se como Participação da Comunidade na Saúde um processo dinâmico que permite que as pessoas da comunidade, pelo envolvimento e experiência, ganhem acesso e controle sobre os recursos dos serviços de saúde (RIFKIN, 1996). A PCS é um princípio operativo-organizacional importante para o SUS, sendo fundamental para sua criação e aprimoramento (CÔRTEZ, 2002). A participação social vem se consolidando desde a década de 1980, passando por um crescente processo de institucionalização desde a Constituição de 1988, que reestruturou ou criou arranjos participativos como conferências, conselhos, ouvidorias, mesas de negociação coletiva e outros. No âmbito da Saúde, as Conferências Nacionais de Saúde eram realizadas desde 1939; entretanto, apenas após a 8ª Conferência, em 1986, passaram a incluir os usuários do sistema. Os Conselhos Municipais de Saúde já apresentavam experiências anteriores, mas foi após a Lei 8080, promulgada em 1990 (BRASIL, 1990), que essas entidades se proliferaram pelos municípios brasileiros. Os conselhos aumentam a transparência do Estado e garantem o espaço institucional para o controle social das políticas públicas, representando, segundo Moreira e Escorel (2009), “a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país”.

Em dezembro de 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o intuito de aprofundar a participação social, apontou a necessidade de se investir nos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Estes foram tomados como uma aposta para desburocratizar, ampliar e renovar as possibilidades de relação com o usuário no campo da saúde, como parte de um conjunto de iniciativas de democratização do Estado e aprimoramento da gestão de políticas públicas (BRASIL, 2004). Existe amplo debate acerca da efetividade dos arranjos participativos no campo da saúde, com estudos que discutem seu papel na democratização e no aprimoramento das políticas públicas do SUS (ABREU, 2014; BRITO, 2014; FERNANDES e colaboradores, 2017). Embora ressaltem a importância dos CLS, diversos autores apresentam questionamentos persistentes sobre a qualidade da participação e sua contribuição efetiva para a ABS (BISPO JUNIOR e MARTINS, 2012; QUANDT e colaboradores, 2013; MIWA e colaboradores, 2017). Como argumentam Kohler e Martinez (2015, tradução nossa), embora os conselhos de saúde pretendam ser inclusivos e participativos, “na prática, eles parecem ter pouco impacto sobre o processo de elaboração de políticas de saúde no Brasil (...) e suas deliberações são muitas vezes estreitas e controladas”.

Outro aspecto importante da organização de um sistema de saúde é a gestão do arsenal terapêutico à disposição para tratamento das condições de saúde que acometem a população. No Brasil, essa gestão é conhecida como Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004). Essas ações devem garantir à sociedade acesso racional e seguro aos medicamentos, que são tecnologias essenciais ao cuidado em saúde. São organizadas por meio de Serviços Farmacêuticos, que devem ser desempenhados por farmacêuticos integrados às equipes de saúde com a participação da comunidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013). Desde a publicação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), diversas ações foram realizadas para reorientar esta Política (BRASIL, 2018), entre elas a organização dos serviços voltados à ABS. Na PNAB está descrito que a organização da AFABS é responsabilidade das três esferas de governo, além de recomendar “áreas de assistência farmacêutica” como estrutura mínima das Unidades de Saúde (US) (BRASIL, 2017).

Com o advento das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010), os serviços ofertados pela AFABS foram colocados como sistemas de apoio, ou seja, dando suporte ao sistema, sem um território específico de atuação. Resultados da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil mostraram grandes desafios oriundos da reorientação do sistema, antes focado na distribuição dos medicamentos, para um sistema resolutivo, que forneça acesso e obtenha resultados concretos e mensuráveis do uso dessas tecnologias (BERMUDEZ e BARROS, 2016; COSTA e colaboradores, 2017).

Na cidade de Porto Alegre, paralelamente ao aumento dos investimentos na Atenção Básica, pode-se notar a aposta na ampliação dos CLS nas US, a partir de 2010. Os Planos Municipais de Saúde dos quadriênios 2010/2013 e 2014/2017 (PORTO ALEGRE, 2009; 2013) citam os CLS como necessários para a ampliação da gestão participativa, estabelecendo metas e indicadores, e prevendo “constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 50% dos serviços de saúde”. O Relatório Anual de Gestão de Porto Alegre de 2014 faz o acompanhamento, verificando a instalação desses arranjos em 58,52% dos serviços (PORTO ALEGRE, 2015).

O presente artigo apresenta parte dos resultados da pesquisa “Desafios da participação social na atenção básica: análise dos conselhos locais de saúde na cidade de Porto Alegre e estudo comparativo com experiências de participação nas

casas da saúde na Itália”, desenvolvida em parceria entre o Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS/UFRGS) e o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. O enfoque principal é a compreensão da estruturação e da dinâmica de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) implantados nas Unidades de Saúde de Porto Alegre, além de procurar identificar se ocorre discussão sobre a AFABS. Portanto, como objetivo, pretende-se identificar a presença desses arranjos nas US da ABS, bem como suas formas de atuação e funcionamento. Ao identificar quais problemas são relatados e discutidos nos CLS, serão investigadas suas relações com a AFABS, como forma de compreender a capilaridade da participação na AFABS.

Selecionou-se este município devido à história de atuação diligente de seu Conselho Municipal de Saúde (ALENCAR, 2012; BAPTISTA e colaboradores, 2018), da estrutura descentralizada em Conselhos Distritais e Locais de Saúde (PORTO ALEGRE, 2008) e por ter instituído a implantação de CLS como meta de gestão no Plano Municipal de Saúde. Além disso, a AFABS da cidade é organizada de forma descentralizada, com a dispensação de medicamentos sendo realizada em farmácias distritais e nas unidades de saúde (PORTO ALEGRE, 2009; 2013). A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2017 e março de 2018.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, baseada em metodologia quali-quantitativa, cujo campo de estudo foi constituído pelos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre. O método detalhado da construção e condução da pesquisa ampliada foi publicado em trabalho anterior (PEDROSO, 2018).

Para se determinar a população de CLS ativos em Porto Alegre, foi feita revisão da literatura sobre o assunto e de documentos oficiais, associada à realização de contatos com a gestão municipal da saúde e do Controle Social, com a finalidade de se elaborar um banco de dados de identificação das US existentes (endereço, telefone e e-mail da coordenação, presença de CLS). O CMS contava com uma ferramenta para avaliação quadrimestral da atuação dos CLS pelos seguintes critérios (PORTO ALEGRE, 2008):

- Núcleo de Coordenação em prazo de vigência do último pleito eleitoral;
- Realização de reuniões ordinárias conforme calendário;

- Registro de reuniões em livro de ata;
- Presença de ao menos um representante de cada segmento que compõe o Núcleo de Coordenação em cada reunião ordinária.

Nessa ferramenta, o CMS considerava um CLS ativo aquele que atendesse a todos os critérios em cada quadrimestre. Foram considerados CLS ativos aqueles com avaliação positiva nos três quadrimestres de 2017, e parcialmente ativos aqueles que possuíam ao menos uma avaliação positiva.

Para validação desses dados houve um mapeamento de campo, com a ida dos pesquisadores às reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde para confirmar e completar as informações faltantes, uma vez que nesses espaços há forte presença dos coordenadores das US municipais. Quando possível, identificaram-se pessoas de referência em cada US. Endereços e contatos das US com CLS foram obtidos por meio de assessoria do Conselho Municipal de Saúde. A partir dessa listagem, procedeu-se o contato com as US, no qual era solicitado que os gestores preenchessem um formulário sobre o CLS local e se fazia o agendamento da visita dos pesquisadores (ANEXO C).

Para se compreender aspectos da instalação de um CLS e seus condicionantes, realizaram-se entrevistas semiestruturadas em grupo. No conjunto das questões de interesse da pesquisa constavam tanto informações objetivas sobre o funcionamento dos CLS como representações e interpretações dos participantes sobre a participação da comunidade em saúde. Selecionou-se a entrevista semiestruturada em grupo porque

o grupo é um marco para captar as representações ideológicas, os valores e o imaginário dominantes em um determinado estrato, classe ou sociedade global. Trata-se de reproduzir o discurso ideológico cotidiano: crenças e expectativas, desejos, resistências e temores conscientes e inconscientes, etc. (ORTÍ, 1996, tradução nossa).

O método de entrevista selecionado foi o da entrevista natural. Segundo Amezcua (2003), a entrevista natural é realizada quando o ambiente natural (local de reunião dos CLS) é determinante para reforçar o surgimento de mais informações, além de ocorrer sem um tensionamento temático.

O instrumento de coleta de dados (ANEXO D) foi desenvolvido segundo dimensões que permitiriam uma investigação quantitativa e qualitativa. A parte qualitativa do instrumento foi elaborada visando a caracterização dos participantes, baseada em quesitos socioeconômicos, questões que indiquem o perfil político dos

conselheiros, identificando expectativas e motivações para participar, concepções sobre participação e cidadania, valores políticos, práticas de associativismo e percepções sobre os serviços de saúde. Mesmo na parte qualitativa, algumas informações foram quantificadas para melhor descrição e análise dos resultados.

A parte quantitativa do instrumento continha pontos relacionados ao funcionamento do CLS previstos no Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2008), e sobre sua interação com outras instâncias de participação e agentes políticos tomadores de decisão. Seu desenvolvimento ocorreu por meio do consenso entre as necessidades dos pesquisadores e da gestão do CMS. A validação do instrumento ocorreu por meio de sua aplicação em três CLS. Ao longo do processo de validação, questões abertas foram fechadas no questionário, não apenas para facilitar a análise, mas sobretudo para criar um padrão de respostas que possibilitasse uma análise conjunta.

Para aperfeiçoar e padronizar o processo de coleta de dados, foi desenvolvido um manual de realização das entrevistas, com os passos a serem realizados, desde a marcação da entrevista até a tabulação dos resultados. Os entrevistadores foram acompanhados pelos pesquisadores responsáveis nas primeiras entrevistas, para treinamento. As entrevistas eram sempre realizadas em dupla, gravadas e transcritas na íntegra.

O processo de aplicação foi realizado em duas etapas. Inicialmente, foi enviado um e-mail para todas as US para coleta de informações a respeito do histórico, estrutura administrativa e cronograma das reuniões dos CLS (ANEXO C), seguido do agendamento da visita dos entrevistadores para aplicação do instrumento de coleta de dados aos conselheiros (ANEXO D) em um dia de reunião ordinária. Para as US que não retornaram a primeira parte do instrumento preenchida, foi feito um segundo contato telefônico, a fim de confirmar a existência do CLS e tentar agendar a entrevista.

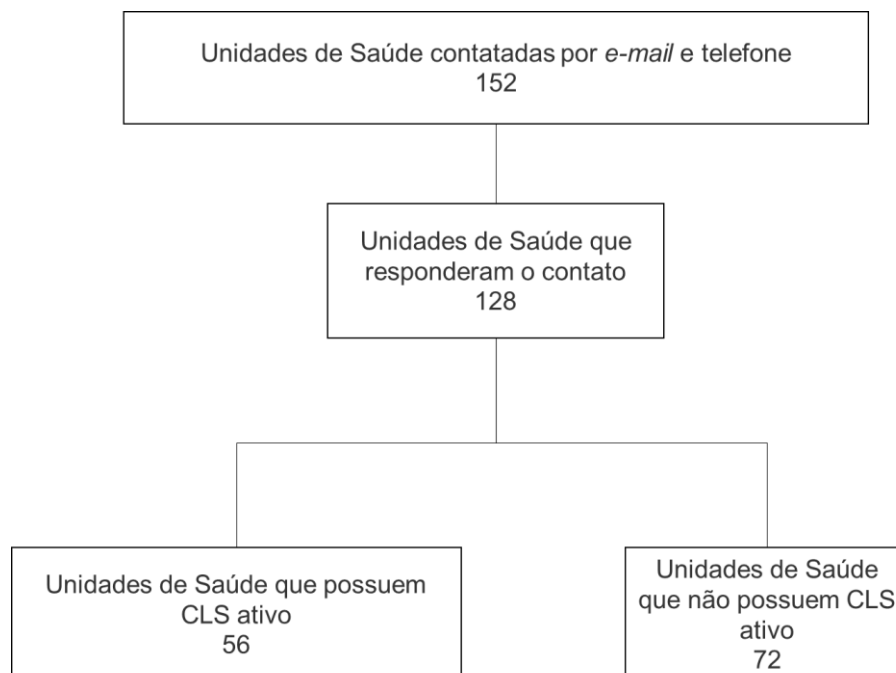
Como estratégia para fomentar a participação dos CLS na pesquisa, em parceria com o CMS, uma servidora foi designada para sensibilização e divulgação da pesquisa. Além disso, os pesquisadores participaram de reuniões do Conselho Distrital de Saúde, onde o processo da pesquisa foi explicado e uma carta-convite foi entregue aos gestores das US presentes nas reuniões. O objetivo era aplicar o instrumento em todos os CLS da cidade, entretanto, não se conseguiu contato com diversas US, e em outras não foi possível agendar a entrevista.

As entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas para a análise qualitativa, que não será abordada neste artigo, e os dados quantitativos foram tratados e tabulados no *IBM SPSS Statistics for Windows*, para realização de estatística descritiva com determinação de frequência. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovado sob o número de registro 58781116.7.0000.5347 (ANEXO B).

Resultados

O processo de busca na literatura sobre CLS ativos nas Unidades de Saúde identificou 103 CLS em 193 Unidades de Saúde (ABREU, 2014). A avaliação quadrimestral do CMS de Porto Alegre identificou 56 CLS ativos e 41 CLS parcialmente ativos em 176 Unidades de Saúde. Entretanto, esses dados mostraram-se desatualizados e com certa disparidade. Para a solução do problema, pesquisadores e representantes do CMS participaram de reuniões nas 8 Gerências Distritais, identificando a existência de 152 US com CLS, além de nomes de contatos e telefones. A Figura 6.1 relata a busca de informações para verificar se os CLS eram ativos.

Figura 6.1: Identificação de CLS ativos no município de Porto Alegre



Fonte: Dados dos autores.

Após tentativas de contato por e-mail e telefone, não se obteve resposta em 24 unidades. A primeira aproximação mais criteriosa com o campo, via e-mail e/ou telefone, já relevou que diversos CLS não estavam efetivamente em funcionamento. Abaixo, a Tabela 6.1 apresenta a estrutura administrativa e intersetorial dos 32 CLS entrevistados.

Tabela 6.1: Fluxo administrativo dos 32 Conselhos Locais de Saúde entrevistados

Aspectos das Coordenações Locais	Número de CLS
Coordenação Local paritária (50% usuários e 50% profissionais e gestores)	24 (76,8%)
Membros da Coordenação Local presentes nas Reuniões	24 (76,8%)
Coordenação Local realiza reuniões de planejamento	19 (59,4%)
Coordenação Local prepara previamente as reuniões	20 (62,5%)
Aspectos das reuniões dos CLS	Número de CLS
Existência de agenda de pautas definidas	19 (59,4%)
Pautas são divulgadas para a comunidade	24 (76,8%)
Surgem novos pontos de pauta nas reuniões	28 (87,5%)
Ocorrência de reuniões extraordinárias	24 (76,8%)
Número médio de participantes acima de 10 nas reuniões	8 (25,0%)
Frequentam sempre as mesmas pessoas nas reuniões	8 (25,0%)
Aprovação das atas na reunião	29 (90,6%)
Atas disponíveis para consulta	27 (84,4%)
Relações do CLS com o serviço e outras Instâncias de Participação	Número de CLS
Participação do CLS nas reuniões da Equipe de Saúde	10 (31,3%)
Interação dos CLS com Equipamentos Comunitários	22 (68,8%)
Presença de um membro do CLS nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde	31 (96,9%)
Envio de demandas ao CLS ao Conselho Distrital de Saúde	31 (96,9%)

Fonte: Dados dos autores.

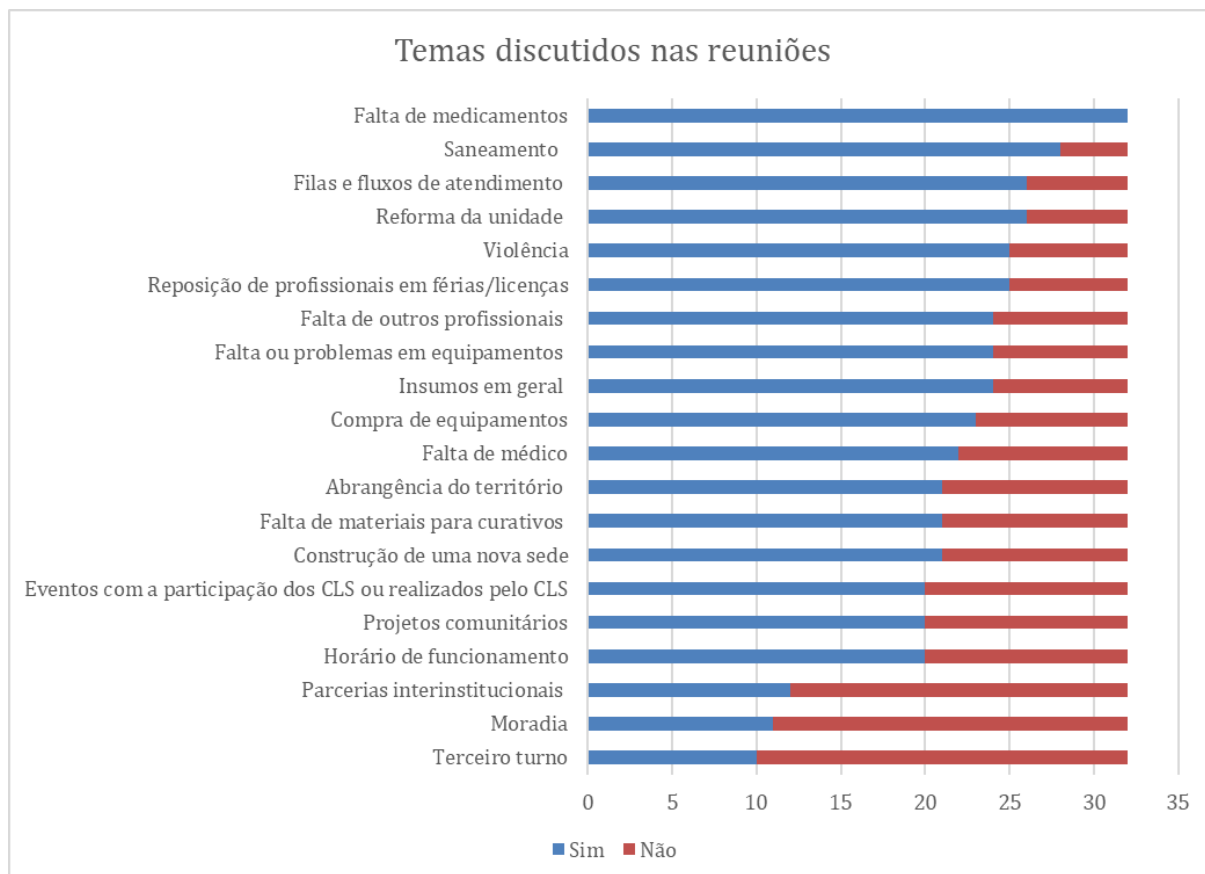
Em relação à data de fundação dos CLS, quatro foram fundados antes dos anos 2000, 11 foram fundados entre 2000 e 2010, e 15 datam de depois de 2010. Observe-se que o primeiro, fundado em 1970, e o segundo, fundado em 1987, são anteriores até mesmo à Constituição de 1988 e da Lei Orgânica do SUS, que passou a regular a Participação e o Controle Social em saúde. Em um CLS, os entrevistados não souberam precisar o ano de fundação. Todos possuem Regimento Interno aprovado, o que está de acordo com a normativa recomendada pelo CMS. Segundo essa

normativa, os CLS devem passar por um treinamento obrigatório sobre Participação e Controle Social, o que constatamos em apenas 20 dos 32 CLS entrevistados. Apenas em sete desses CLS todos os membros passaram pela formação.

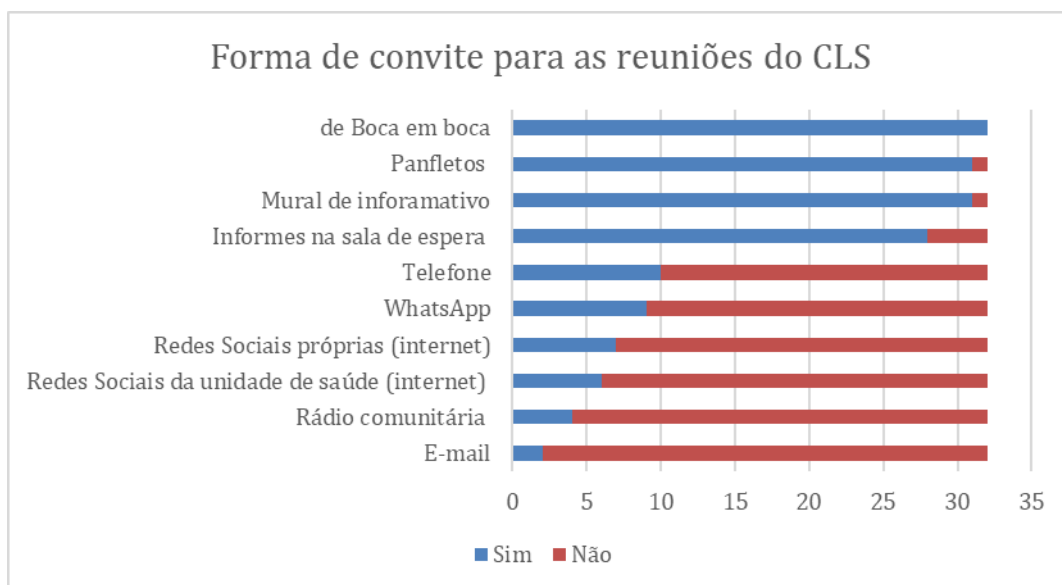
Em 25 CLS, as reuniões ocorriam em dias da semana e durante o horário de funcionamento das US; em sete, a reunião ocorria fora do horário ou não souberam responder sobre o horário.

A preparação prévia dessas reuniões pela Coordenação do CLS ocorria em apenas 20 CLS. As pautas eram divulgadas com antecedência em 15 CLS, e a agenda de pautas era definida em nove CLS; porém, os 32 CLS realizavam convites para as reuniões e divulgavam as ações do CLS. Em 28 CLS houve relatos de que novos pontos de pauta eram tratados durante a reunião. As reuniões eram registradas em atas em 27 CLS, sendo que em 26 deles as atas eram aprovadas. Identifica-se a fragilidade no preparo das reuniões, o que reflete na baixa divulgação das pautas e no surgimento de novos pontos de pauta durante as reuniões. Os temas que eram discutidos nas reuniões estão representados na Figura 6.2. A Figura 6.3 apresenta as estratégias de convite da comunidade para as reuniões.

Figura 6.2: Temas discutidos nas reuniões



Fonte: Dados dos autores.

Figura 6.3: Formas de convidar a comunidade para as Reuniões do CLS

Fonte: Dados dos autores.

Discussão

Observam-se discrepâncias entre as informações sobre a quantidade de CLS na cidade de Porto Alegre. Abreu (2014) analisou documentos oficiais sobre a quantidade de CLS, enquanto a ferramenta proposta pelo CMS não identifica outros arranjos de participação que não sigam todos os critérios mencionados anteriormente. Ao avaliar essa realidade dos CLS, já se constata a dificuldade de precisar quais CLS estão ativos, pois esta variável era um indicador de avaliação das coordenações, que tendiam a considerar como ativos a maior parte dos Conselhos Locais de Saúde. A primeira aproximação mais criteriosa com o campo, via e-mail e/ou telefone, já revelou que diversos CLS não estavam efetivamente em funcionamento.

O Conselho Municipal de Saúde, em seu Regimento Interno, instituiu e forneceu diretrizes para a atuação dos CLS na cidade nos moldes de seu próprio funcionamento, sejam estas a formação de uma comissão coordenadora; a presença do gestor em reuniões programadas; responsabilidades relacionadas à atuação na política de saúde; articulação com as instâncias de participação local; incentivar a PCS; promover a realização de pesquisas locais; participar do Conselho Distrital de Saúde; e elaborar seu próprio regimento interno (PORTO ALEGRE, 2008). Apesar de, na maioria dos CLS estudados, a Coordenação Local existir e manter a estrutura administrativa funcionando, a quantidade de participantes é pequena e sua rotatividade é alta.

Resultados semelhantes foram encontrados por Miwa e colaboradores (2017). Essa padronização da forma de organização da PCS local pode ocultar outras formas de PCS que ocorrem no território, pois elas não são informadas por não serem realizadas nessa conformidade. O modelo proposto de funcionamento leva a crer que não existe uma continuidade nos debates realizados, o que pode contribuir para a baixa resolutividade dos problemas e o não reconhecimento do CLS como um espaço de mudança do serviço pela própria população.

No entanto, uma diferença a se destacar entre o CMS e o CLS é este último ser assembleístico – ou seja, todos os presentes têm direito a voz e voto, não ocorrendo uma eleição de conselheiros representantes da comunidade. Notou-se que a maioria dos CLS funcionam como se a Coordenação do Conselho fossem representantes da comunidade, o que demonstra uma incompreensão sobre a natureza assembleística dos CLS. A Coordenação é a responsável por organizar as reuniões com toda a comunidade, e tais reuniões devem funcionar como plenárias, não como espaço de representação. Isso é evidenciado pelo baixo número de participantes, alta rotatividade, preparação insuficiente das reuniões e baixa divulgação da pauta para a comunidade.

De um modo geral, a pesquisa concluiu que nos últimos anos, sobretudo depois de 2010, a implantação dos CLS em Porto Alegre se deu por meio de um modelo *Top Down* (RUA e ROMANINI, 2019), focado em metas e indicadores propostos por níveis superiores, sem a avaliação da dinâmica interna de cada local (LISBOA e colaboradores, 2016). A institucionalização dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre se deu por meio do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde (PORTO ALEGRE, 2008), porém não é o que acontece em outros locais, onde existem dispositivos legais superiores, como portarias da Secretaria Municipal de Saúde (AMORIM e colaboradores, 2015), decretos e leis municipais (MATUOKA e OGATA, 2010; BUSANA, 2014, LISBOA e colaboradores, 2016).

Labra (2009) e Escorel e Moreira (2009) discutem que uma das barreiras para o funcionamento dos Conselhos de Saúde como espaços deliberativos é o isolamento e a incerteza de produção de políticas públicas. O fato de o órgão ser visto como deliberativo pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2008), e não pelas instâncias superiores, pode limitar seu poder de atuação, simplesmente por não as reconhecer na estrutura da política de saúde. As discrepâncias nas informações a respeito dos CLS ativos encontrados na pesquisa e

os relatados pelo próprio Conselho Municipal de Saúde podem ser um reflexo dessa dificuldade, de produzir um fluxo burocrático para a política de participação municipal que consiga potencializar as dinâmicas e lógicas sociais próprias da singularidade de cada território e, ao mesmo tempo, estabelecer padrões e indicadores de funcionamento para as instâncias de participação que garantam sua legitimidade e funcionalidade.

Para os gestores das US, como foi relatado em algumas entrevistas, a imposição de criação do CLS pode ser benéfica, pois, de certa forma se cria um reconhecimento e compromisso da gestão ao Conselho local (MATUOKO e OGATA, 2010). Bispo Junior e Martins (2012), estudando o município de Vitória da Conquista, na Bahia, encontraram por parte da gestão um grande esforço para estruturação e manutenção dos CLS locais, por meio da criação de um setor específico para fomento do Controle Social, além de criação de um canal direto de cada CLS com a Secretaria de Saúde por meio de uma “agenda de compromisso” pactuada. A criação desse canal no município de Vitória da Conquista sinaliza para a dificuldade de articular o local e a gestão municipal, e deixa entrever a necessidade de mecanismos semelhantes na realidade que pesquisamos.

Percebe-se uma grande incidência da fundação dos CLS a partir de 2010, o que pode representar um esforço em cumprir metas presentes no Plano Municipal de Saúde de 2010/2013 e 2014/2017 (PORTO ALEGRE, 2009 e 2013). Outro elemento que pode ter influenciado a presença dos CLS na pauta da saúde diz respeito ao cumprimento dos critérios de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem como objetivo induzir a melhoria do acesso e dos serviços da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2015). Um dos critérios de avaliação do PMAQ é a forma de comunicação do serviço de saúde com a comunidade, bem como os mecanismos presentes para participação desta – o que pode ter servido de motor para a institucionalização dos CLS no Brasil. Assim, pode ter ocorrido uma pressão da gestão pela implantação dos CLS, que não seguem a forma de construção da PCS (PENNEL e colaboradores, 2017), capaz de contribuir para o baixo reconhecimento perante os usuários e a baixa resolutividade das ações.

Em relação ao horário das reuniões, este é um fator que reduz consideravelmente a chance de usuários trabalhadores participarem; porém, fazer a reunião fora do expediente pode configurar horas extras para o profissional de saúde. Os motivos relatados pelos entrevistados para manter as reuniões do CLS dentro do

horário de funcionamento da US também incluem um risco maior de violência no turno da noite e a possibilidade de participação dos usuários que estão na sala de espera e acessando a Unidade de Saúde no momento da reunião. Porém, encontrar o horário adequado para a realização de reuniões é um assunto complexo. Bispo Junior e Martins (2014) relataram que, mesmo com a mudança do horário para turnos fora do horário de funcionamento, não houve alteração nos resultados da participação das reuniões.

As principais estratégias de convite para a comunidade ainda não utilizam a internet, em aplicativos ou redes sociais virtuais. Jerome (2018), analisando três CLS na cidade de Fortaleza, também encontrou outras estratégias, como distribuição de alimentos e uso de jogos. Quandt e colaboradores (2013), no município de Pomerode, Santa Catarina, encontraram que as formas de divulgação são um dos assuntos mais debatidos nas reuniões dos CLS. Apesar de Miwa e colaboradores (2017) deixarem como proposta o uso de novas mídias de divulgação, eles comentam que um empecilho importante é a própria inclusão digital dos participantes dos CLS. Em um cenário onde a comunidade não conhece o Conselho Local de Saúde, essa ferramenta tem grande potencial de amplificar não somente a participação, mas também a troca de informações, ações de capacitação e outras ações comunicativas que podem fortalecer a interação dos usuários com os serviços e a organização da participação e do controle social em saúde.

Em resumo, quer nos parecer que as reuniões plenárias dos conselhos funcionavam como extensões de avaliação dos serviços ou espaço para reclamações individuais, e que se preocupavam com problemas estruturais, e não de participação social, sem o entendimento constitucional do que é controle social. Isso é referendado pela constatação em relação aos temas discutidos nas reuniões. Observaram-se predominantemente assuntos relacionados ao funcionamento da US e do serviço (questões logísticas, de pessoal e insumos para a saúde), seguidos de assuntos externos à US (saneamento, violência e moradia) e temas relacionados à interação do CLS com outras instâncias de participação (projetos comunitários e parcerias institucionais). Entre os estudos que analisam os temas debatidos nas reuniões do CLS, o principal assunto é o funcionamento da US (BISPO JUNIOR e MARTINS, 2012; QUANDT e colaboradores, 2013; MIWA e colaboradores, 2017). No estudo de Miwa (2017), os autores relatam que somente eram discutidos temas relacionados ao funcionamento da US, enquanto Quandt e colaboradores (2013) encontraram também

assuntos relacionados à organização interna do CLS, e para Bispo Junior e Martins (2012) os temas mais discutidos foram ações em saúde.

Percebe-se uma diferença temporal importante entre esses estudos, pois o agravamento da crise econômica mundial, associado à mudança de plano de governo após o segundo mandato da presidenta Dilma Rousseff e ao *impeachment* (BASTOS, 2017), e a mudança da organização do Sistema Único de Saúde no sentido do seu enfraquecimento, por meio do incentivo à privatização, austeridade e desregulamentação (DONIEC e colaboradores, 2018; BARROS e BRITO, 2019) podem ter influência na oferta de ações e serviços de saúde locais. Esses impactos podem se tornar pautas dos CLS, pois os demais fatores organizacionais dos estudos são semelhantes e não explicam as diferentes formas de apresentação dos temas de debate nas reuniões. Desta forma, a austeridade faz com que o foco da atenção dos debates venha de acordo com a percepção da perda da estrutura, de recursos humanos e de insumos, não conseguindo ir além, pensando no planejamento das ações e serviços de saúde.

Este tema reflete diretamente o assunto mais debatido do CLS, que é a falta de medicamentos. A gestão da AFABS deve se constituir de ações e serviços que visem o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais para a população. Isso envolve a garantia da manutenção da disponibilidade de insumos, um sistema que garanta o acesso, levando em consideração as características técnicas de armazenamento e transporte de medicamentos e insumos, a localização geográfica das unidades que realizam a dispensação, a adequação dos espaços conforme o tipo de serviço oferecido e a demanda de atendimento, a limitação financeira e as atitudes e expectativas dos usuários do serviço (PENCHANSKY e THOMAS, 1981) e a avaliação de seus resultados, que atendam às Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010), melhorando a qualidade de vida da população. Desta forma, este ponto em especial pode ser discutido em relação às questões estruturais e históricas da AFABS no município de Porto Alegre e à percepção dos conselheiros a respeito da AFABS.

A AFABS no município de Porto Alegre estava passando por profundas transformações nessa época, evidenciado por inspeção especial do Tribunal de Contas do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2017), realizando um diagnóstico e propondo mudanças em todos os aspectos da gestão da AFABS, sendo demandado devido a constantes denúncias de faltas de medicamentos e uso inadequado dos

recursos financeiros. Outro fator de importante impacto foi a centralização da dispensação de medicamentos de controle especial e antibióticos somente nas farmácias distritais, iniciado pelo posicionamento do Conselho Regional de Enfermagem e do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul afirmando o papel da dispensação de medicamentos pelo farmacêutico, e não pelos profissionais de enfermagem (RIO GRANDE DO SUL, 2016a; 2016b).

Somado a isso, existe também o impacto de determinantes ambientais que têm impacto na AFABS, como a falta de saneamento, o segundo problema mais discutido pelo CLS. As doenças provocadas pela falta de saneamento têm sua solução por meio de melhoria da infraestrutura e realização de ações educativas para a comunidade (TEIXEIRA e colaboradores, 2020). O uso de medicamentos tem efeito paliativo, pois, se essas mudanças não forem realizadas, ocorre a reinfecção com posterior tratamento. Esse ciclo interminável gera pressão sobre a AFABS, pois pode provocar um aumento gradual da necessidade de medicamentos para tratar estas condições.

Ao reconhecer a falta de medicamentos em todas as Unidades de Saúde pesquisadas, os membros do CLS mostraram que são diretamente afetados por essas questões, principalmente pela descentralização dos serviços da AFABS disponibilizar acesso a medicamentos nas próprias unidades de saúde, mas nem sempre conseguem a sua solução. Oliveira e colaboradores (2005), analisando os CLS na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, discutem que a resolução de problemas agudos, como a falta de medicamentos, fortalece os laços entre o CLS e a comunidade. Porém, a resolução dessas questões nem sempre cabe unicamente ao CLS, sendo necessário organização e interação com instâncias superiores do Controle Social e da gestão da AFABS. Essa falta de organização para a resolução das demandas gera descrença da comunidade no CLS e no próprio SUS (MIWA e colaboradores, 2017).

Entretanto, quando o CLS consegue atender uma demanda, alcança grande reconhecimento. Jerome (2018) listou uma ação organizada por um CLS que envolveu o desenvolvimento de pontos de dispensação de medicamentos em pontos de ônibus, dando origem a um programa que foi implementado em todo o município de Fortaleza. Esse programa foi implementado graças às discussões realizadas durante as reuniões dos CLS, devido ao problema da dificuldade de acesso à farmácia da US. Neste caso, os membros do CLS tinham a vivência da comunidade local, capaz de fazer importantes contribuições para o fortalecimento da política de saúde local.

Considerações finais

Este estudo apresenta algumas limitações, não apresentando se houve consenso em todas as questões do questionário respondido pelos participantes. Não houve um tratamento estatístico das informações, devido ao seu caráter exploratório e ao pequeno número de CLS avaliados. De qualquer forma, o objetivo não era construir uma amostra que representasse a totalidade do território, mas vocalizar a diversidade e a singularidade de experiências de participação e institucionalização dos CLS na cidade de Porto Alegre, bem como sistematizar elementos que se repetem nesses arranjos de participação. Os resultados aqui apresentados contribuem para a ampliação da discussão sobre os desafios e as possibilidades da Participação e do Controle Social em Saúde na Atenção Básica. O baixo número de respostas obtidas em nosso estudo pode demonstrar uma incapacidade da gestão de conseguir implantar o CLS conforme solicitado na normativa proposta, visto que não são avaliadas as diferentes formas da PCS local.

Os CLS estudados, em sua maioria, conseguiram cumprir com o rito estabelecido para seu funcionamento. Porém, ao observar o restante do fluxo administrativo, percebe-se que não existe uma continuidade dos debates realizados, devido à alta rotatividade e baixa participação dos membros.

A inclusão da existência dos CLS como meta de gestão da Secretaria Municipal de Saúde foi um fator importante para sua implementação. Mas, para além disso, é necessário existir reconhecimento legal e educação permanente para uma PCS efetiva. Isso se reflete na forma de debater os aspectos relacionados à AFABS nas unidades, um assunto que não se resume à simples disponibilidade de medicamentos para distribuição. Compreender a importância do acesso racional e seguro aos medicamentos e da influência dos determinantes ambientais pode induzir uma maior resolutividade nas ações de saúde propostas pelo CLS, auxiliando no planejamento em saúde da comunidade.

Os CLS de Porto Alegre não foram institucionalizados por portaria, decreto ou lei municipal, e sim pelo Conselho Municipal de Saúde em Regimento Interno. Apesar dos autores relatarem que esses passos não foram suficientes para o correto funcionamento dos CLS, sem o reconhecimento e regulamentação desses espaços, o único indicador que vai importar para a gestão é sua existência ou não.

Percebe-se que não existem atividades sistemáticas para promover a Educação Permanente em Saúde, mas sim para implementar um modelo único para todos. O esforço principal está em institucionalizar os CLS para o cumprimento das metas anteriormente descritas. Esse modelo está se mostrando falho, pois parece que nem a institucionalização dos CLS está ocorrendo. Deve-se pensar mais em cada território e suas particularidades, com ações que diversifiquem as formas de mobilização, respeitando as organizações já existentes, reforçando as articulações entre os diferentes níveis de participação e ofertando os processos de formação dentro dos CLS. Uma das fases desse processo deve se situar no entendimento dos fluxos das políticas públicas de saúde, entre elas a AFABS, para poder compreender sua extensão e poder avaliar concretamente a aplicação da política no território, podendo agir de forma a trazer resultados positivos, aumentando sua credibilidade e fortalecendo a Participação da Comunidade na Saúde local.

Referências

ABREU, Elisa de Andrade. **Controle Social na atenção básica no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS – Porto Alegre, 2014.

ALENCAR, Heloisa Helena R. de. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 223-233, May 2012.

AMEZCUA, Manuel. **La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa**. Enfermería Clínica, Volume 13, Issue 2, 2003.

AMORIM, Paulo Edson Gomes Botelho. **Controle social no município de Vitória da Conquista: uma análise dos temas e assuntos, sob a perspectiva legal, abordados pelos conselhos locais de saúde**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista, 2015.

BAPTISTA, Gabriel Calazans e colaboradores. **Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre: 25 anos de lutas e realizações no exercício do controle social no SUS**. Porto Alegre: Rede Unida, 2018.

BARROS, Bárbara Terezinha Sepúlveda; BRITO, Ângela Ernestina Cardoso de. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. **O Social em Questão** - Ano XXII - nº 44 – mai.-ago. 2019.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. **Rev. econ. contemp.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e172129, ago. 2017.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira – contribuições e desafios da PNAUM – Inquérito Domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 2s, 2016.

BISPO JUNIOR, José Patrício; MARTINS, Poliana Cardoso. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1313-1332, 2012.

BISPO JUNIOR, José Patrício; MARTINS, Poliana Cardoso. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, set. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília: Casa Civil, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. 12.^a **Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRITO, Laiz Ayres. **Conselhos Locais de Saúde na Atenção Básica: um estudo de revisão da literatura.** Dissertação (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

BUSANA, Juliano de Amorim. **Participação popular em um Conselho Gestor de Saúde.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em enfermagem. Florianópolis, 2014.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, jun. 2002.

COSTA, Karen Sarmento et al. Pharmaceutical services in primary health care: interfederative agreement in the development of pharmaceutical policies in the Brazilian Unified Health System (SUS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 2s, 2017.

DONIEC, Katarzyna; DALL`ALBA, Rafael; KING, Lawrence. Brazil's health catastrophe in the making. **The Lancet**, volume 392, issue 10149, p731-732, september 01, 2018.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade**. In: FLEURY, Sônia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009; p.226-226.

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; BASSETTO, Jamile Gabriela Bronzato. A participação comunitária no sistema único de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 30(1): 125-134, jan./mar., 2017

JEROME, Jessica Scott. Participatory governance in the context of local health councils: interviews with six local health council presidents in Northeastern Brazil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 740-753, set. 2018.

KOHLER, J.C., MARTINEZ, M.G. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? **International Journal for Equity in Health**, vol 14, 2015.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: Entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. **Participação, Democracia e Saúde**, p. 176 - 203. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

LISBOA, Edgar Andrade et al . Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 679-698, Dec. 2016.

MATUOKA, Renata Inahara; OGATA, Márcia Niituma. Análise qualitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, out./dez. 2010

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MIWA, Marcela Jussara; SERAPIONI, Mauro; VENTURA, Carla Aparecida Arena. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 411-423, jun. 2017.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, jun. 2009.

OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de; DE SOUZA, Fabiana Érica; RIBEIRO, Rubiane de Souza. Conselhos locais de saúde e suas bases: compassos e descompassos. **Libertas**, Juiz de Fora, v.4 e 5, n. especial, p.247 - 263, jan-dez / 2004, jan-dez / 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS**. Washington, DC: OPS, 2013.

ORTÍ, A. **La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo**. En: García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, editores. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad, 1996; p. 189-221.

PEDROSO, Vitória D`Avila. **Pesquisa sobre participação social na atenção básica: dos desafios da construção à recompensa da realização**. Trabalho de Conclusão de Curso (Saúde Coletiva). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-141, 1981.

PENNEL CL, BURDINE JN, PROCHASKA JD, MCLEROY KR. Common and Critical Components Among Community Health Assessment and Community Health Improvement Planning Models. **J Public Health Manag Pract**. 2017;23 Suppl 4 Suppl, Community Health Status Assessment: S14–S21.

PORTO ALEGRE. **Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre**. Porto Alegre: Conselho Municipal de Saúde, 10 jul. 2008. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/regimentointerno2008.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

PORTO ALEGRE. **Relatório Anual de Gestão – 2014**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponível em:

<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag_2014.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

QUANDT, Fábio Luiz; FANTIN, Alana Dallacosta; OLIVEIRA, João Regis; KOVALESKI, Douglas Francisco. Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode – SC. **Saúde & Transformação**, Florianópolis, v.4, n.3, p. 83-90, 2013.

RAMALHO DE OLIVEIRA D. **Atenção farmacêutica: da filosofia o gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: RCN Editora; 2011:328 p.

RIFKIN, Susan B. Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. **Acta Trop**. 1996 Apr;61(2):79-92.

RIO GRANDE DO SUL. **Decisão COREN-RS Nº 008/2016. Veda a dispensação de medicamentos por Profissionais de Enfermagem e dá outras providências**. Porto Alegre: Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2016a. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_2839d1c8521dff28172063a7b2bfc7f1.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução CES/RS Nº 03/2016**. Porto Alegre: Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2016b. Disponível em: <http://www.ces.rs.gov.br/download/20160817112548resolucao_03_2016___decisao_coren_rs.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Relatório de inspeção especial nº 1518-0200/15-0**. Porto Alegre: Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: <http://portal.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/noticias_internet/Decisoes/Relat%F3rio%20de%20inspe%E7%E3o%20especial%20medicamentos%20052017.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

RUA, Maria das Graças e ROMANINI, Roberta. Unidade IX – **A implementação de Políticas Públicas**. Em: Para Aprender Políticas Públicas. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/ebook/para_aprender_politicas_publicas_-_unidade_09.pdf>. Acesso em 16 dez. 2020.

TEIXEIRA, Phelipe Austríaco; FONTINATTI, Maria; GONÇALVES, Monique Pinto; da SILVA, Joziane Santos. Parasitoses intestinais e saneamento básico no Brasil: estudo de revisão integrativa. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 5, p.22867-22890, mai. 2020.

7 PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES A PARTIR DO SEGUNDO CICLO DO PROGRAMA NACIONAL DA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

O texto completo do Capítulo 7, que no texto completo da tese defendida ocupa o intervalo de páginas compreendido entre as páginas 175 a 196, foi suprimido por tratar-se de manuscrito submetido para publicação em periódico científico. Consta de estudo observacional utilizando dados do segundo ciclo do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, para compreender a capilaridade do Conselho Local de Saúde ou organizações equivalentes da Participação da Comunidade nas Unidades de Saúde brasileiras sob a avaliação de usuários e profissionais de saúde. Os dados foram estratificados por região do Brasil e por porte de município. Encontrou-se diferenças significativas entre as regiões e porte de municípios no país.

8 “DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE PORTO ALEGRE” – OFICINA DE DEVOLUÇÃO E DE APROFUNDAMENTO SOBRE FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE PORTO ALEGRE

O projeto de pesquisa “Desafios da participação social na atenção básica: análise dos conselhos locais de saúde na cidade de Porto Alegre e estudo comparativo com experiências de participação nas casas da saúde na Itália” (MACHADO, 2016) vem da produção acadêmica e dos debates realizados por pesquisadores do Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (LAPPACS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Laboratório Ítalo-brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva (FERLA e colaboradores, 2019) – uma rede internacional de pesquisadores, universidades e instituições governamentais brasileiras e italianas. Este projeto tem como objetivo principal analisar a estrutura institucional e dinâmica de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) implantados nas Unidades de Saúde (US) da cidade de Porto Alegre, comparando com os processos participativos desenvolvidos na Região da Emília Romana na Itália (LABORATÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, AÇÕES COLETIVAS E SAÚDE, 2021), visto que em ambos os países existe a necessidade de avaliar a inclusão da comunidade nas tomadas de decisão em saúde e compartilhar experiências.

A implantação dos CLS em Porto Alegre foi instituída como meta de gestão pela Secretaria Municipal de Saúde (PORTO ALEGRE, 2009; 2013), sendo conduzida pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). O CLS na cidade de Porto Alegre é

a instância máxima deliberativa e de participação da comunidade na área de abrangência de cada unidade de saúde, que atua no planejamento, na co-gestão e na fiscalização, exercendo atuação descentralizada e regionalizada do CDS e do CMS/POA (PORTO ALEGRE, 2021).

Para compreender essa dinâmica de implantação e funcionamento desses espaços, o projeto foi dividido em quatro fases interdependentes (MACHADO, 2016) com objetivos específicos:

- 1ª Fase – Análise Documental/Bibliográfica e Mapeamento de Campo: Compreender os aspectos institucionais e interinstitucionais dos CLS;

- 2ª Fase – Caracterização e análise dos CLS: Investigar a estruturação dos conselhos e os atores envolvidos em seu funcionamento;
- 3ª Fase – Análise das Dinâmicas Interacionais e Políticas: Analisar as dinâmicas interacionais e as especificidades do funcionamento dos CLS;
- 4ª Fase – Integração, Devolução e Socialização dos Resultados: Integrar a análise dos resultados por meio de reuniões e seminários de devolução com os sujeitos participantes e os pesquisadores italianos.

Para a condução desta pesquisa, houve uma aproximação entre os membros do LAPPACS e o CMS, com o estabelecimento de parceria para ajuste de expectativas, redação do projeto e compartilhamento das responsabilidades de execução (PEDROSO, 2018). O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e da UFRGS, sendo aprovado nas duas instâncias (ANEXO A e ANEXO B).

As duas primeiras fases ocorreram entre os anos de 2017 e 2018, com a realização das pesquisas de campo nos CLS da cidade (PEDROSO, 2018), gerando dados para a análise e reflexão, elementos que compõem a terceira fase. Na quarta fase, os dados da primeira e segunda fase foram debatidos com os sujeitos envolvidos na pesquisa. O conhecimento produzido nesta pesquisa foi consequência da interação entre os pesquisadores e os sujeitos de pesquisa, e não meramente da extração das informações (ZENOBI, 2010), o que implica que os dados da pesquisa estão em constante construção, com maior enriquecimento conforme aumenta o fluxo de seus “indos e vindos” (FERREIRA, 2015).

É importante que ocorra a devolução dos dados coletados aos participantes, pois, além de direito dos sujeitos e colaboradores da pesquisa, é uma obrigação ética dos pesquisadores (SMITH e SHULTE, 2009). Dessa forma, os sujeitos da pesquisa não se sentem “usados”, se incluindo como pesquisadores de sua própria realidade quando se deparam com os resultados preliminares da pesquisa. Esse momento também pode ser de transformação social, uma vez que os sujeitos pesquisados participam dos CLS, de outras instâncias do Controle Social de Porto Alegre, além de outros movimentos sociais, que podem se empoderar ao compreender a relação da ciência com a política.

Este relatório apresenta a organização de uma das oficinas da quarta fase do projeto, realizada com os sujeitos de pesquisa e outros atores do Controle Social na

cidade de Porto Alegre, tendo lugar na Faculdade de Farmácia da UFRGS. Serão apresentados os caminhos para a organização das oficinas, os resultados obtidos e as perspectivas geradas a partir da produção desses eventos.

8.1 Caminhos para a organização das oficinas

A organização se deu por uma parceria entre o LAPPACS, o CMS de Porto Alegre e o Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica da UFRGS. Além de fazer a devolução dos dados da pesquisa, o evento foi utilizado para levantar propostas para a organização da Participação da Comunidade na Saúde em Porto Alegre. Para isso as oficinas foram organizadas na estrutura de uma Conferência de Saúde, com divulgação, inscrição, mesa de abertura, palestra principal, grupos de trabalho, dinâmica de grupo e plenária final (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2015). O público-alvo foram os sujeitos da pesquisa, outros conselheiros locais de saúde e demais pessoas envolvidas diretamente com o Controle Social no município de Porto Alegre. O CMS arcou com a compra dos materiais de escritório para a realização do evento e a realização de *coffee breaks* para os participantes. Foi estabelecida a parceria com a Faculdade de Farmácia da UFRGS, para a cessão do espaço e a disponibilização de câmeras e outros equipamentos para registrar o evento. Para abranger um maior número de participantes, facilitar a conciliação de agenda e qualificar os debates realizados, decidiu-se promover a mesma oficina em dois momentos diferentes (24 de novembro e 1º de dezembro).

Foram enviados convites para toda a rede de Controle Social de Porto Alegre, por meio de e-mails, mensagens por aplicativo e pessoalmente, com a ida dos organizadores às reuniões dos Conselhos Distritais de Saúde (CDS), às quais tradicionalmente todos os CLS enviam membros para participação. As inscrições foram abertas de forma virtual para que os interessados confirmassem sua intenção de participar. Também era possível se inscrever presencialmente.

8.1.1 Oficina de devolução

Como guia do dia de trabalho, elaborou-se a cartilha “Caderno de Resultados – Pesquisa Desafios da Participação Social na Atenção Básica: Análise dos

Conselhos Locais” (ANEXO F). Nessa cartilha, encontram-se a tabulação dos dados quantitativos e interpretações dos dados qualitativos da pesquisa de campo. Cada participante recebeu uma cópia impressa do documento.

O processo de devolução foi organizado por meio da apresentação expositiva dos dados da Cartilha para todos os participantes, logo no início do evento, com abertura para algumas intervenções. Em seguida, os participantes foram convidados a participar de quatro grupos de trabalho, que foram planejados para ocorrer em duas sessões de 90 minutos, com um intervalo para almoço. A organização dos grupos de trabalho seguiu a metodologia do grupo focal⁶⁰, sendo conduzida por um moderador e relatores. Foram construídos quatro grupos de trabalho, e a seleção dos participantes foi aleatória. A sala de aula foi disposta de forma circular, com classes onde os participantes podiam fazer anotações. Foram distribuídos no local gravadores de áudio.

Três grupos de trabalho tiveram como objetivo fazer a reflexão da realidade vivida pelos participantes, confrontando com os dados encontrados pela pesquisa, levantando suas opiniões e, por fim, gerando um levantamento de propostas objetivas para estruturar o planejamento do CMS quanto À Participação da Comunidade na Saúde no ano de 2019.

8.1.2 Oficina de aprofundamento sobre as ações dos CLS

O outro grupo seguiu uma linha diferente. Baseando no conceito de Saúde da Comunidade de Gofin e Gofin (2011) e no modelo de intervenções na Saúde da Comunidade de Pennel e colaboradores (2017), buscou-se compreender o processo de trabalho dos conselheiros em conhecer, priorizar e avaliar as ações realizadas para melhoria da qualidade de vida dos usuários de seus territórios. Para isso, foram elaboradas perguntas-guia para direcionar o processo de reflexão:

1. Quais são as funções ou obrigações dos Conselhos Locais de Saúde?
2. Como os problemas de saúde aparecem no Conselho Local de Saúde?
Como os conselheiros estudam os problemas de saúde?

⁶⁰ “O grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços” (TRAD, 2009).

3. Como se priorizam os problemas de saúde a serem tratados primeiro?
4. Como a universidade pode auxiliar no processo de Educação Permanente para a Participação da Comunidade na Saúde?

Para facilitar a discussão nesse grupo, foi elaborada uma história fictícia (ANEXO G) da comunidade de Serra Grande, em que profissionais de saúde e usuários trabalham juntos no processo de conhecer e resolver os problemas de Saúde da Comunidade.

Para o encerramento das oficinas, foi planejada uma dinâmica de grupo com todos os participantes do evento, objetivando fortalecer os laços, fazê-los se reconhecerem como agentes de aprimoramento do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a democracia representativa, e, por fim, auxiliar na sistematização dos relatos para a plenária final. Para isso, foi utilizada a metodologia do teatro do oprimido⁶¹. Essa dinâmica foi registrada em vídeo. Na plenária final, cada grupo de trabalho apresentou ao grande grupo a síntese das discussões realizadas para auxiliar o CMS no planejamento de 2020.

Buscou-se também obter registros audiovisuais dos participantes do evento. Os participantes foram estimulados a fazer depoimentos sobre suas histórias de vida, sua relação com o CLS, o sentido da Participação da Comunidade na Saúde, experiências exitosas e os principais desafios a serem superados pelas instâncias de Controle Social e a Atenção Básica à Saúde. Os participantes também fizeram uma avaliação final do evento, e foi disponibilizada uma forma de cada participante explicitar suas demandas por escrito, de forma individual.

Os preceitos éticos foram seguidos e todos os participantes das oficinas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO H) e a Autorização para Uso de Imagem (ANEXO I), após terem sido devidamente esclarecidos sobre o uso do material coletado (produção de artigos científicos, documentário e vídeos didáticos).

⁶¹ “Ela pode ser definida como um método formado pelo conjunto de vários sistemas teatrais que, de maneira geral, buscam, por meio da experiência estética e da desmecanização do corpo, levar os sujeitos (atores, espectadores) ao reconhecimento e ao enfrentamento das situações de ‘opressão’ a que estão submetidos. Isso torna-se possível pelo despertar da atitude crítica com base em um posicionamento ético e solidário” (SILVEIRA, 2009).

8.2 Resultados das oficinas

Ao longo dos dois dias de evento, participaram 84 pessoas vindas de toda a cidade. Aproveitou-se a ocasião da oficina previamente organizada para o lançamento do livro de aniversário do CMS/POA, “1992-2017: 25 anos de lutas e realizações do exercício do Controle Social no SUS” (CALAZANS e colaboradores, 2018), celebrando a construção da Participação da Comunidade na cidade. Depois da apresentação das informações referentes à pesquisa, os participantes seguiram para os grupos de trabalho, realizando 107 contribuições (APÊNDICE C). O Quadro 8.1 sintetiza as contribuições geradas na oficina. Foram coletados 22 depoimentos dos participantes.

Quadro 8.1: Contribuições dos participantes da oficina “Desafios da participação social na Atenção Básica”

Categoria	Descrição
Ações de Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar Educação Permanente contínua, bimestral e aberta a todos; • Fortalecer a comissão de Educação Permanente do CMS; • Formar conselheiros conscientes do seu papel social e do funcionamento do SUS; • Aprofundar em conceitos como “Controle Social”.
Divulgação da informação	<ul style="list-style-type: none"> • Produzir materiais de orientação sobre direitos e deveres dos usuários e informação em saúde em linguagem acessível; • Realizar mais oficinas para entendimento do papel do CLS nas comunidades; • Divulgar as ações do CLS e a importância do SUS nas redes sociais, principalmente por vídeo; • Realizar inclusão digital dos conselheiros.
Integração entre as instâncias de controle Social	<ul style="list-style-type: none"> • Regularizar prazos de resposta das demandas entre as instâncias de Controle Social (CLS, CDS e CMS); • Integrar as discussões aos aplicativos de mensagens de celular; • Realizar atividades sociais e recreativas entre os membros de diferentes conselhos; • Atuação mais focada no CLS pelos CMS e CDS.

Categoria	Descrição
Problemas no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga dos serviços de saúde, devido a falta de trabalhadores e aumento da população; • Manter o atendimento na Atenção Básica à Saúde com o sistema de Unidades Básicas de Saúde e não como Estratégia Saúde da Família; • Melhorar o acolhimento e a ambiência das unidades de saúde; • Fazer o planejamento baseado em metas; • Ampliar o acesso a informação, por meio de aplicativo de celular.
Funcionamento do CLS	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a divulgação das reuniões; • Realizar plenárias itinerantes, saindo das unidades de saúde; • Divulgação de absenteísmo nas reuniões;
(Re)Conhecimento do território	<ul style="list-style-type: none"> • Construir mapas dos territórios para identificar redes vivas; • Conhecer as fontes de conhecimento e práticas comunitárias e integrar com as oferecidas pelo SUS; • Aperfeiçoar a relação com a comunidade.
Estratégias de participação "extra-conselho"	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender outros meios de pressionar para atendimento das demandas; • Realizar os debates de saúde em outros espaços comunitários, além das unidades de saúde; • Identificar outras formas de mobilizações sociais locais; • Criar feiras e outros eventos com associações de moradores..
Parcerias interinstitucionais	<ul style="list-style-type: none"> • Inserir o tema Controle Social na formação das universidades; • Buscar outras instituições para parcerias.
Integração do CLS com a equipe de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Inserir a pauta da participação nas reuniões de equipe das unidades.

Fonte: Dados do autor.

O trabalho gerado nessa oficina municiou o CMS de informação para realizar o planejamento para o ano de 2019. O LAPPACS teve seu trabalho reconhecido, sendo contemplado na categoria Comunicação em Saúde do Prêmio Destaque em Saúde 2019 do CMS (PORTO ALEGRE, 2019).

8.3 Perspectivas futuras

Ainda existe uma grande quantidade de conteúdo a ser explorado nas oficinas. O material dos grupos focais está sendo tratado para a produção de um trabalho acadêmico buscando compreender o entendimento dos conselheiros locais de saúde sobre o processo de trabalho do CLS voltado para problemas de saúde na comunidade. Será elaborado também um programa de treinamento com essa temática, destinado aos conselheiros locais. Existe ainda material para a produção de um documentário com as falas dos participantes, além da produção de objetos de aprendizagem voltados para compreender a participação.

Com esses materiais em vias de finalização, vamos organizar uma nova oficina de devolução para envolver os participantes em sua produção, produzindo não apenas conteúdo didático, mas também vínculo e cidadania.

Referências

CALAZANS, Gabriel Batista. **1992-2017: 25 anos de lutas e realizações do exercício do Controle Social no SUS**. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Participação da Comunidade na Saúde: CONASEMS e a defesa do SUS nas Conferências Municipais de Saúde**. Disponível em https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/livreto_conasemscomunidade_AF01.pdf Acesso em: 6 jan. 2021.

FERLA. Alcindo Antônio et al. Um laboratório como rizoma: saberes e fazeres em saúde em conexões ítalo-brasileira. **Saúde em Redes**, 2019, v. 5, n. 1 Suplem p 12-22.

FERREIRA, Jaqueline, Restituição dos dados na pesquisa etnográfica em saúde: questões para o debate a partir de experiências de pesquisas no Brasil e França. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 9 [Acessado 6 Janeiro 2021], pp. 2641-2648.

GOFIN, J.; GOFIN, R. – **Essentials of global community health**. Ontario: Jones & Barlett Learning, 2011. 269 p.

LABORATÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, AÇÕES COLETIVAS E SAÚDE. **Pesquisa**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/lappacs/projetos/pesquisa/>>. Acesso em: 6 jan. 2021.

MACHADO, Frederico Vianna. **Desafios da participação social na atenção básica: análise dos conselhos locais de saúde na cidade de Porto Alegre e estudo**

comparativo com experiências de participação nas casas da saúde na Itália. Proposta de Pesquisa. Porto Alegre, 2016.

PEDROSO, Vitória D`Avila. **Pesquisa sobre participação social na atenção básica: dos desafios da construção à recompensa da realização.** Trabalho de Conclusão de Curso (Saúde Coletiva). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

PENNEL CL, BURDINE JN, PROCHASKA JD, MCLEROY KR. Common and Critical Components Among Community Health Assessment and Community Health Improvement Planning Models. **J Public Health Manag Pract.** 2017;23 Suppl 4 Suppl, Community Health Status Assessment: S14–S21.

PORTO ALEGRE. **Conheça os vencedores do prêmio Destaque em Saúde 2019.** Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?reg=322&p_secao=8>. Acesso em: 6 jan. 2021.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013.** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

SILVEIRA, Eduardo. A arte do encontro: a Educação Eestética Ambiental atuando com o Teatro do Oprimido. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 369-394, Dec. 2009.

SMITH, A; SHULTE, P. A. **Ethical issues in the interaction with research subjects and the disclosure of results.** In: Coughlin, Steven S.; Beauchamp, Tom L.; Weed, Douglas L., eds. *Ethics and Epidemiology.* 2nd edition. Oxford; New York: Oxford University Press, 2009: 128-146.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

ZENOBI, D. O Antropólogo como “espião”: das acusações públicas à construção das perspectivas nativas. **Mana** 2010; 16(2):471-499.

9 DISCUSSÃO GERAL

O desenvolvimento desta tese procura aproximar o diálogo entre a Assistência Farmacêutica (AF) e a Participação da Comunidade na Saúde (PCS) como estruturantes de um Sistema de Saúde que tenha a Atenção Básica à Saúde (ABS) como principal estratégia para garantir a universalização do acesso.

Segundo Osorio-de-Castro e colaboradores (2017),

a Assistência Farmacêutica se estabeleceu no Brasil nos últimos trinta anos, a princípio, delimitando o campo de prática da profissão farmacêutica. No nosso país o termo tomou 'asas', englobando desde a pesquisa e o desenvolvimento à utilização, e por isso agregando profissionais de várias inserções na saúde, na tecnologia e nas ciências sociais. Ao longo do tempo, o campo vem evoluindo cada vez mais no sentido de incorporar novos saberes, conhecimentos, conformando-se como campo multiprofissional e multissetorial. A Assistência Farmacêutica passa a mostrar as diversas interfaces que permeiam o trabalho conjunto relacionado aos medicamentos, para a produção de desfechos em saúde. Essa diversidade confere riqueza, complementariedade e complexidade ao campo.

O campo da AF no Brasil tem uma característica única, devido à sua amplitude, que pode gerar diferentes perspectivas. Osorio-de-Castro e colaboradores (2020) fizeram uma proposta de ontologia para a Assistência Farmacêutica, fazendo uma revisão sistemática das produções relacionadas ao tema na Revista Ciência & Saúde Coletiva, de 1996 a 2019. Das 307 publicações encontradas, 260 foram incluídas no estudo. Foram estruturadas três temáticas principais (Aspectos tangenciais ao Ciclo da Assistência Farmacêutica, Aspectos de Gestão e Aspectos de Utilização), cada uma com temáticas secundárias e suas respectivas especificidades. Os termos "Controle Social" e "Participação" não foram encontrados nessa proposta. O termo "Atenção Primária à Saúde" aparece mais vezes, como mostra o Quadro 9.1.

Quadro 9.1: Presença do termo “Atenção Primária à Saúde” na proposta de Ontologia da Assistência Farmacêutica elaborada por Osorio-de-Castro e colaboradores (2020)

Temática Principal	Temática Secundária	Especificidade
Aspectos de Gestão	Gerenciamento de Resíduos de Medicamentos	Atenção Primária à Saúde
	Serviços de Assistência Farmacêutica	Atenção Primária à Saúde
Aspectos de Utilização	Atenção Primária à Saúde	Fitoterápico; Itinerário Terapêutico; Hipertensão e/ou Diabetes
	Conhecimento sobre medicamentos	Atenção Primária à Saúde
	Consumo de medicamentos	
	Dispensação de Medicamentos	
	Farmacoepidemiologia	
	Papel do profissional farmacêutico	

Fonte: Adaptado de Osorio-de-Castro e colaboradores (2020).

Quando se observam as referências específicas de AF para elaboração do capítulo “Reflexões e perspectivas sobre a contribuição do Farmacêutico para a Atenção Básica à Saúde” desta tese, encontram-se relações entre AF e a PCS na ABS. A maioria dos documentos e evidências disponíveis inserem os Serviços Farmacêuticos na intenção de se alcançar o segundo modelo lógico proposto no referido capítulo⁶², e quando citam a Participação da Comunidade, o fazem em relação às instâncias deliberativas institucionalizadas de proposição e controle reguladas pela Lei Federal nº 8.142/1990 (Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde) (BRASIL, 1990a).

Já os cursos citados no capítulo trazem essa interação de forma mais ampla, mostrando a interrelação entre AF e PCS no conhecimento dos determinantes da saúde local, *status* de saúde da comunidade, estrutura de serviços disponíveis e os possíveis parceiros para resolução, incluindo a comunidade no processo de tomada de decisão, ofertando inclusive metodologias para sua aplicação. Grande parte dessa força de trabalho, formada por profissionais egressos destes cursos, incluindo os cursos de Residência Multiprofissional em saúde em Atenção Básica, podem estar

⁶² Modelo que tem o objetivo de cumprir as dimensões do Acesso a Serviços de Saúde propostos por Penchansky e Thomas (1981), que tem o foco de garantir os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais.

atuando nas Unidades de Saúde (US) do Brasil, produzindo saberes e transformando realidades em conformidade com o terceiro modelo lógico⁶³ citado no capítulo. Um exemplo disso é o trabalho feito por Melo e Castro (2017), onde a integração do farmacêutico em uma US provocou diversos impactos. Podem existir experiências como está ocorrendo em outros locais, mas que ainda não conseguem ser sistematizadas ou publicizadas pelos farmacêuticos em publicações de impacto e grande circulação. Um exemplo dessa situação foi o que ocorreu com a experiência do autor como farmacêutico em ABS, onde sua experiência foi relatada e transformada em objetos de aprendizagem em diversos cursos, eventos e palestras, mas não na literatura científica (APÊNDICE D). Dessa forma, pode existir um campo de interação entre a AF e a PCS que ainda não foi sistematizado e organizado.

Observando as referências utilizadas para organizar os artigos “Estruturação e funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre” e “A Participação da Comunidade na Saúde na Atenção Básica: uma revisão do estado da arte” observa-se uma forte relação com a AF. O próprio resultado do referido artigo comprova isso: a falta de medicamentos foi o tema mais debatido entre os Conselhos Locais de Saúde (CLS) analisados. A revisão da literatura feita por Brito (2014) também aponta que o CLS é um instrumento de análise e cobrança de demandas de insumos para as US. Oliveira e colaboradores (2005) e Miwa e colaboradores (2017) relacionaram que a falta de medicamentos e insumos nas US é um obstáculo à aproximação entre os CLS e a comunidade, “invisibilizando” este modelo de participação, por se acreditar que o CLS tem poder deliberativo real sobre a Política de Saúde. Provavelmente essa visão está atrelada ao desconhecimento do funcionamento da AF no município, em especial do Componente Básico (BRASIL, 2013). Além disso, o próprio estilo da lógica de “participação concedida” – na qual é o Estado cria o órgão e delega às comunidades a responsabilidade de “participar”, mesmo que muitas delas não tenham nenhuma tradição participativa, a cultura cívica seja incipiente e os valores individuais superem os coletivos – ajuda a criar a noção de que o CLS “não funciona” (BISPO JUNIOR e MARTINS, 2014; ABREU, 2014).

Os dados apresentados no Artigo “Participação da Comunidade na Atenção Básica: reflexões a partir do Segundo Ciclo do Programa Nacional da Melhoria da

⁶³ Modelo em que o objetivo é a integração total da AF aos princípios da PNAB, com a descentralização das ações com o objetivo de compreender e resolver às Necessidades Relacionadas ao Uso de Medicamentos.

Qualidade do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)” mostram essa realidade. Se entre as equipes que se inscreveram voluntariamente no PMAQ-AB o índice de CLS se mostrou baixo em praticamente todos os tipos de cidades de todas as regiões do Brasil, este fator associado a um alto índice de desconhecimento entre os usuários tende a mostrar que o cenário entre as demais equipes não participantes seria mais drástico. A carência de Serviços Farmacêuticos especializados em seu território pode contribuir com que a comunidade enfraqueça seu poder de participação, além de aumentar a prevalência de morbidades relacionadas a medicamentos.

Por outro lado, a visualização de resultados positivos na AF fortalece a PCS. Ao entrevistar presidentes de CLS, Jerome (2018) detectou uma experiência exitosa, na qual a criatividade dos conselheiros para resolver um problema logístico de acesso a medicamentos na comunidade – sugerindo o reposicionamento do dispensário de medicamentos da US local para o terminal de ônibus – gerou uma corrente de ações entre os Conselhos Municipal e a Secretaria de Saúde, que promoveu a implantação dessa ideia em todo o município (FORTALEZA, 2021). Ao fazer isso, se reconhecem os membros da comunidade como especialistas no entendimento da dinâmica de funcionamento de seu território (PATZLAFF e PEIXOTO, 2009) que devem ser incluídos no processo de planejamento dos serviços de saúde.

Por isso, momentos como a Oficina de Devolução dos Dados da Pesquisa se fazem importantes. Ao reconhecer os membros da comunidade como os maiores especialistas em seu território, encontra-se mais uma força transformadora nos serviços de saúde local, quebrando paradigmas impostos pela própria formação das equipes de saúde. Uma das propostas destacadas no relatório da Oficina é “manter o atendimento na Atenção Básica à Saúde com o sistema de Unidades Básicas de Saúde e não como Estratégia Saúde da Família”. Este ponto foi discutido amplamente em um dos grupos de trabalho, no qual os participantes apontaram que a o processo de implantação de Estratégia Saúde da Família em algumas unidades vendeu uma proposta de prevenção de problemas de saúde, no lugar da lógica de atenção às condições agudas (MENDES, 2011) que o modelo de Unidades de Saúde oferecia. Porém, ao executar a transição, não foi dado o devido suporte para a realização das ações e, para a comunidade, a estrutura do serviço piorou. Quando se observam as evidências nacionais (CASTRO e colaboradores, 2019), são inegáveis os avanços em saúde proporcionados pela Estratégia Saúde da Família, mas quando olhamos os

indicadores nacionais, o que pode gerar um certo despreço na opinião dos profissionais, que são formados tendo como entendimento que a Estratégia Saúde da Família é essencial para o funcionamento da ABS. Porém, Roncalli e Lima (2006) também encontraram resultados semelhantes à opinião dos participantes da pesquisa em municípios de grande porte da região Nordeste onde a implantação e a condução destes serviços geraram baixos resultados em saúde. A comunidade enxerga a realidade à sua volta, trazendo seus saberes e suas impressões, e os profissionais e gestores também têm um conjunto de conhecimentos e experiências, que devem ser debatidos em conjunto para o aperfeiçoamento dos serviços.

Por isso, a AF e a PCS na ABS não podem seguir modelos determinados e estanques. Por meio da integração de saberes tradicionais e teóricos, da definição de metas claras e da adoção de uma metodologia de funcionamento que permita ser modificada conforme a necessidade, tendo as diretrizes do SUS como guia, existe ganho para as duas partes. Pennel e colaboradores (2017), realizando uma revisão sistemática sobre programas que envolvem a Participação da Comunidade na Saúde, já apresentaram os passos em comum para se estabelecer essa intervenção:

- Pré-planejamento: Organização interna dos planejadores, avaliação prévia das possíveis parcerias e da implementação da ferramenta que se pretende trabalhar, para possíveis ajustes;
- Desenvolvimento de Parcerias: Encontrar parceiros entre empresas, centros de saúde, associações e a própria comunidade;
- Visão e escopo: Definir a comunidade, visão e escopo do projeto;
- Coleta de dados, análise e interpretação: Coletar dados sobre aspectos epidemiológicos, sociais e econômicos, intra e inter-comunidades;
- Identificar prioridades: Determinar o problema a ser abordado, utilizando instrumentos de avaliação;
- Desenvolver e implementar a intervenção: Desenhar a intervenção, considerando a comunidade específica, as evidências e recursos disponíveis, observando as causas raízes e considerando os determinantes sociais de saúde;
- Desenvolver e implementar o plano de avaliação: Acompanhar os desfechos em saúde, resultados do processo e outros impactos;

- Comunicar e receber feedback: Informar todos os passos para a comunidade e receber sugestões. Poucos programas funcionam de maneira contínua;
- Sustentar e celebrar: Manter as parcerias e vitórias obtidas no processo, atualizar o plano de intervenção. Manter o entusiasmo celebrando pequenos resultados.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese buscou abrir as portas para se compreender melhor a relação entre a Participação da Comunidade na Saúde e a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde no SUS. Definir uma comunidade para atuação é se integrar a seus atores, respeitando sua cultura e seus saberes, para, com isso, realizar uma construção conjunta dos serviços de saúde locais. Para auxiliar ainda mais no entendimento desse processo, esta tese gera algumas perspectivas futuras:

- Delinear os modelos de prática farmacêutica sobre o terceiro modelo lógico de funcionamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica:
 - Organizar um banco de experiências exitosas entre os farmacêuticos que atuam na Atenção Básica à Saúde, correlacionando suas características sociodemográficas e de formação com o tipo de experiência e sua integração com a comunidade;
 - Desenvolver e validar diretrizes sobre o modelo, comparando as experiências com a literatura científica disponível;
- Compreender o impacto da Participação da Comunidade em desfechos clínicos, humanísticos e econômicos em estudos corretamente delineados:
 - Realizar revisão sistemática de estudos de intervenção controlados que envolveram a comunidade-alvo em seu desenvolvimento e implementação;
 - Desenvolver ensaios clínicos pragmáticos⁶⁴ controlados, utilizando a PCS no delineamento e na intervenção;
- Aprofundar o entendimento sobre a Participação da Comunidade na Saúde no Brasil:
 - Compreender o impacto do PMAQ-AB na PCS nacional, por meio de estudos comparando seus três ciclos;
 - Produzir fundamentação sobre modelos de PCS formais e informais em ABS;

⁶⁴ “Ensaio clínico pragmático é aquele que é planejado para estudar a prática no mundo real e, portanto, representam estudos menos perfeitos que testes de eficácia; eles sacrificam a validade interna para alcançar generalizabilidade” (WARE e HAMEL, 2011, tradução nossa).

- Promover a Ciência da Saúde da Comunidade:
 - Desenvolver um banco de experiências exitosas envolvendo a PCS, com informações, cursos de formação e materiais didáticos para gestores, profissionais de saúde e usuários.

A AF precisa de uma PCS ativa. Os espaços institucionalizados, ao agirem como proposição e controle (CRUZ e BRUTSCHER, 2018) de forma resolutiva, conseguem auxiliar na transição e na garantia da correta execução dos modelos lógicos da AF propostos, enquanto os espaços informais, que trazem o contato direto dos usuários com os serviços, podem propor soluções práticas para os dilemas dos serviços de saúde, envolvendo seus próprios saberes no processo.

A PCS precisa de uma AF estruturada. Garantir acesso e uso racional de Medicamentos é promover a saúde, empoderar as pessoas a fazerem escolhas conscientes relacionadas ao uso de medicamentos e outras substâncias. É lhes permitir ter o status de especialista na área de conhecimento de sua própria cultura (PATZLAFF e PEIXOTO, 2009) e comunidade reconhecidos, tornando-se atores de sua própria transformação.

Um Sistema de Atenção à Saúde que tem a Atenção Básica à Saúde como sua principal estratégia para garantir a universalização do acesso como o Sistema Único de Saúde deve organizar seus serviços de forma a se especializar em cada comunidade atendida, considerando seus determinantes e incluindo seus cidadãos no processo de planejamento, intervenção e avaliação.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Elisa de Andrade. **Controle Social na atenção básica no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS – Porto Alegre, 2014.
- ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva. **A Reforma Sanitária Brasileira e a questão dos medicamentos**. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador, 2016.
- BISPO JUNIOR, José Patrício; MARTINS, Poliana Cardoso. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, set. 2014.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.
- BRASIL. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. **12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 .Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- BRASIL. **Portaria Nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRITO, Laiz Ayres. **Conselhos Locais de Saúde na Atenção Básica: um estudo de revisão da literatura**. Dissertação (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

CASTRO, Marcia C et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, London, 2019, vol. 394, 345-356.

COELHO, Juliana Souza. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc**. São Paulo, 2012. v.21, supl.1, p.138-151.

CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith; SOLER, Orenzio. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 2, n. 3, p. 41-49, set. 2011.

CÔRTEZ, S.M.V. **Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. (Org.). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde, p. 311-342. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CÔRTEZ, S.M. V. **Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade**. In FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. Participação, Democracia e Saúde, p. 102-128. Rio de Janeiro: Cebes, 2009a.

CÔRTEZ, S.M.V. (org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009b.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro; BRUTSCHER, Volmir José. **Participação Popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção**. In: Maria Helena Magalhães de Mendonça et al. (Org.). Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, v. 1, p. 123-167.

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; BASSETTO, Jamile Gabriela Bronzato. A participação comunitária no sistema único de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 30(1): 125-134, jan./mar. 2017.

FORTALEZA. **Central de Distribuição de Medicamentos no Terminal (CDMT)**. Disponível em: <<https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude/servico/371#etapas>> . Acesso em: 10 jan. 2021.

FREITAS GRM, NEYELOFF JL, BALBINOTTO NETO G, HEINECK I. Drug-Related Morbidity in Brazil: A Cost-of-Illness Model. **Value Health Reg Issues**. 2018, 17:150-157.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018.

GOFIN, Jaime. On "A Practice of Social Medicine" by Sidney and Emily Kark. **Social Medicine**. Volume 1, No. 2, ago. 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Community Oriented Primary Care: A Practical Assessment, Vol 1: Report of a Study**. Washington, DC: The National Academies Press, 1984.

JEROME, Jessica Scott. Participatory governance in the context of local health councils: interviews with six local health council presidents in Northeastern Brazil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 740-753, set. 2018.

KOHLER, J.C., MARTINEZ, M.G. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? **International Journal for Equity in Health**, vol 14, 2015.

MACHADO, Frederico Vianna. **Desafios da participação social na atenção básica: análise dos conselhos locais de saúde na cidade de Porto Alegre e estudo comparativo com experiências de participação nas casas da saúde na Itália**. Proposta de Pesquisa. Porto Alegre, 2016.

MACHADO, Otavio Luiz. **República Aquarius: a maior república estudantil das Américas**. Frutal-MG: Editora Prospectiva, 2013.

MATUS, Carlos. O plano como aposta. **São Paulo em perspectiva**. 5(4): 28-42 out/dez. 1991.

MELO, Daniela Oliveira de; CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2017, v. 22, n. 1, p. 235-244.

MENDES. Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MIWA, Marcela Jussara; SERAPIONI, Mauro; VENTURA, Carla Aparecida Arena. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 411-423, jun 2017.

OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de; de Souza, Fabiana Érica; RIBEIRO, Rubiane de Souza. Conselhos locais de saúde e suas bases: compassos e descompassos. **Libertas**, Juiz de Fora, v.4 e 5, n. especial, p.247 - 263, jan-dez / 2004, jan-dez / 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cobertura universal de saúde (CUS)**. Publicado em: 24 jan. 2019. Disponível em: <[https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))>. Acesso em 21 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2007. Disponível em <https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2020.

OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa et al. **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; VASCONCELOS, Daniela Maciel Moulin de. Assistência Farmacêutica: um campo em consolidação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017, v. 22, n. 8, p. 2432.

OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa et al. Uma proposta de ontologia para a Assistência Farmacêutica a partir das páginas da Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4887-4916, dez. 2020.

PATZLAFF, Rubia Graciela; PEIXOTO, Arianne Luna. A pesquisa em etnobotânica e o retorno do conhecimento sistematizado à comunidade: um assunto complexo. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 237-246, mar. 2009.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-141, 1981.

PENNEL CL, BURDINE JN, PROCHASKA JD, MCLEROY KR. Common and Critical Components Among Community Health Assessment and Community Health Improvement Planning Models. **J Public Health Manag Pract**. 2017; 23 Suppl 4 Suppl, Community Health Status Assessment: S14–S21.

PINTO, Rodrigo Silveira. **Vivências no planejar: a definição do problema sem buscar culpados**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

PINTO, Rodrigo Silveira. **Aspectos da saúde da comunidade e do controle social como ferramentas de otimização da atenção primária no sistema único de saúde**. Dissertação (Assistência Farmacêutica) – Programa de Pós Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

RIFKIN, S. B. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All – from consensus to complexity. **BMJ Global Health**, 2018; 3:e001188.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; LIMA, Kenio Costa de. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 713-724, set. 2006.

SCHMETS Gerard; RAJAN Dheepa, KADANDALE Sowmya. **Strategizing national health in the 21st century: a handbook**. Geneva: World Health Organization; 2016.

STRALEN, C. Gestão Participativa de Políticas Públicas: o caso dos Conselhos de Saúde. **Revista Psicologia Política**, v5, n10, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Atualização Link – Coleção de livros: “Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica”**. 9 nov. 2018. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica/2018/11/09/atualizacao-link-colecao-de-livros-%e2%80%9cassistencia-farmaceutica-no-brasil-politica-gestao-e-clinica%e2%80%9d/>>. Acesso em: 22 dez. 2020.

WARE, J. H.; HAMEL, M. B. Pragmatic Trials – Guides to Better Patient Care? **New England Journal of Medicine**, 364(18), 1685-1687, mai. 2011.

WHITE, Franklin. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. **Medical principles and practice: international journal of the Kuwait University, Health Science Centre**, 24(2), 103–116, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Municípios participantes do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB)

Tipos de cidade	Região					Brasil
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Capital	7	9	4	4	3	27
Região metropolitana	5	64	33	128	239	469
Demais localidades	156	377	370	1267	737	2907
G100	14	39	9	22	11	95
20% pobreza	219	1168	32	71	54	1544
Total	401	1657	448	1492	1044	5042

Fonte: Dados dos autores.

Legenda:

G100: municípios com mais de 80 mil habitantes com níveis baixos de receita per capita e alta vulnerabilidade social

20% pobreza: municípios com 20% ou mais pessoas vivendo em extrema pobreza

APÊNDICE B – Motivos para não participação na avaliação externa do Segundo Ciclo do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB)

Motivos	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
A equipe recusou a avaliação externa	12	154	17	71	11	265
Não aderiu ao PMAQ	6	12	0	8	0	26
Equipe não existe	9	10	1	20	10	50
Não havia no momento da entrevista profissional de nível superior para responder a avaliação	35	15	2	46	27	125
O gestor informou que não quer avaliação externa para essa equipe	7	85	0	52	0	144
Não continha o motivo	1	47	21	58	8	135
Total	70	323	41	255	56	745

Fonte: Dados dos autores.

APÊNDICE C – Contribuições dos participantes da Oficina Desafios da participação social na Atenção Básica

Categoria	Descrição
Ações de Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Educação permanente - Encontros sistemáticos presenciais e apoio em plataforma virtual; • Compreensão do conceito “controle social”; • Implementar estratégia de educação permanente contínua, bimestral e aberta a todos; • Aproximação da comunidade; • Fortalecimento da Comissão de Educação Permanente; • Empoderamento dos participantes dos CLS; • Autorreconhecimento (enquanto CLS); • Oficinas sobre registros, papel e funções do CLS; • Pautas formativas nos CLS; • Formação a partir do CMS planejado para os CDS e CLS, integrando as diversas regiões, proporcionando a integração entre as regiões da cidade – possibilitar o relato de experiências vivenciadas; • Começaram a entender um com o outro a função do CLS; • Não tem momento para refletir; • Educação permanente (como está?); • 1 grupo foi mais propositivo (trocarão mais, menos professores, mais usuários); • Educação permanente! • Não entendem (papel do CLS, epidemiologia, coletividade); • Representatividade (envolvimento, novas gerações, visão do coletivo); • Trabalho do CLS – infraestrutura; • Burocracia do governo; • Apaga incêndio – não forma cidadão; • Profissionais entendem participação como função de trabalho; • Não entendem o processo de trabalho em equipe; • O SUS está caótico – apaga incêndio – "organização esquizofrênica"; • O SUS que é (todos enxergam) é diferente do SUS que deveria ser;

	<ul style="list-style-type: none"> • As pessoas se dizem enganadas, mas sem conhecer "o todo" – sem noção de cidadania; • Capacitação do Conselho Local da Unidade Paro Lostach; • Lutar contra a tendência de desmonte do SUS; • Comunicação, informação, capacitação permanentes; • Minha ideia é colocar só pessoas nas reuniões distritais, que hoje vai no máximo 15, e também nas reuniões do Esmeralda, porque sem união não venceremos esta luta. Entendo que existe muitas necessidades, mas só conseguimos melhorar algo com a união da comunidade como um todo; • E que venha mais oficinas como esta; • Para o próximo evento com mais pessoas participando e ficando até o fim.
Divulgação da informação	<ul style="list-style-type: none"> • Construção da informação – material específico de esclarecimento sobre CLS; • Resolutividade da informação – encaminhamentos; • Divulgação dos direitos/deveres dos usuários da saúde; • Integração com outros canais de comunicação (âmbitos social, educacional e da saúde) a fim de fortalecer o Conselho Local de Saúde; • Seguir a estratégia de divulgação sobre o CLS, tanto no “boca a boca” como via internet; • Ações para entendimento dos CLS; • Linguagem inclusiva; • Compartilhamento de experiências; • Publicar um organograma da estrutura dos Conselhos no site e no FACE; • Construção de material sobre resgate da história dos movimentos sociais de POA; • Traduzir o diagnóstico em linguagem acessível; • Ações de divulgação local, fatos/fotos; • Construir argumentos de que o SUS está sob ataque; • Produzir vídeos para divulgação nas unidades, com depoimentos e informações; • Não percebem o valor de sua luta, é necessário o relato para fora; • Ações de divulgação e fiscalização dos serviços de saúde com devolução dos resultados para a comunidade, com registros fotográficos e de depoimento dos usuários; • Divulgação dos documentos produzidos nas reuniões, como atas, abaixo-assinados, etc.; • Inclusão digital nos conselhos, contatar usuários por e-mail e WhatsApp;

	<ul style="list-style-type: none"> • Que nas unidades tenha TV com informações para o público, em relação aos procedimentos de prevenção e conscientização da comunidade.
Integração entre as instâncias de controle social	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação com outras instâncias – conselhos gestores, CMS, CDS, CLS; • Regularizar um prazo para resposta das demandas nas diferentes instâncias (CLS, CDS, CMS); • Mais representatividade do Conselho Local de Saúde no Conselho Distrital de Saúde; • Integrar para as Conferências; • Grupos de WhatsApp para comunicação dos grupos e divulgação das pautas das reuniões; • Atividades que tragam outros elementos (agregadores e de acolhimento), como alimentos para dividir – lanche comunitário; • Quanto mais próximo das esferas grandes, mais distantes do CLS; • Cada um fala por si; • Não falaram do CDS e do CMS; • Não apresentou as redes do controle social; • "Estão órfãos"; • Eu quero que o Conselho Local participe de todas as reuniões do Distrital e Municipal; • Gostaria que o secretário municipal de saúde participasse mais das plenárias e ouvisse mais os usuários; • CMS – conselheiros mais participativos nas comissões; • Continuar com essas mobilizações para melhorar cada vez mais; • Controle social efetivo; • CDS e CMS fazer mais visitas ao CLS, manter um vínculo mais fortalecido para as demandas.
Problemas no serviço de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da demanda nos PA devido à falta de trabalhadores nas unidades; • Gargalo – Número de habitações crescente, sem contrapartida dos serviços de saúde; • Nossa voz e nossa vontade em continuarmos como UBS (parametrização); • Médicos residentes (criar parcerias com universidades e hospitais); • Tirar metas para que flua melhor nossa saúde; • Divulgar os percentuais de usuários atendidos e não atendidos, incluindo as faltas nas consultas e exames;

	<ul style="list-style-type: none"> • US – Coordenação de profissional para administrativo; • Atender melhor os pacientes com deficiência e com dificuldades de comunicação (deficientes físicos, surdos, mudos e haitianos); • Melhorar o SUS como um todo; • Que possam existir aplicativos do celular que facilitem o agendamento de consultas e atendimentos dos postos de saúde, e todas as facilidades que os aplicativos podem propiciar; • Ao sr. Prefeito de Porto Alegre, efetue a compra da área da UBS Camaquã; • O conselho local ESF Esmeralda está desde 2017 lutando para conseguir com contrapartida de um empreendimento nossa luta e construção do posto de saúde Esmeralda. E futura construção de um ginásio de esporte para ajudar a tirar jovens das ruas para a atividade esportiva; • Essencial fazermos campanhas de mobilização em nossos CLS (UBS) para a contratação de médicos conforme a necessidade de cada Unidade. Por exemplo, no Postão do IAPI estamos sem psiquiatras e sem ortopedistas, sendo que os médicos generalistas ("clínicos gerais") estão atuando em saúde mental (!!!) e os dois ortopedistas se aposentaram há anos e não há preenchimento das vagas, justamente em uma UBS em que a maioria dos usuários é idosa. Então, concursos já!
Funcionamento do CLS	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação das temáticas que serão discutidas na reunião do CLS; • Plenárias itinerantes; • Debates nos CLS de temas mais amplos; • Divulgar o absenteísmo junto à placa aqui tem conselho local; • Reclamam dos membros novos (mas o que eles estão fazendo?); • O CLS parece ser uma coisa imposta pelo governo, e não seu próprio arranjo; • CLS – reuniões descentralizadas; • Construir atividades de integração entre os segmentos que compõem o CLS – trabalhadores e usuários;
(Re)conhecimento do território	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplicação da informação – conhecer a comunidade, respeitar o conhecimento das lideranças, canal de comunicação SUS, plataformas virtuais, mapeamento do território; • Construção dos mapas dos territórios de cada CLS (identificar redes vivas); • Territórios diferentes; • Todos queriam se diferenciar quanto à violência;

	<ul style="list-style-type: none"> • Outra proposta/demanda é que aperfeiçoemos nossa articulação e comunicação com urgência, fortalecendo o trabalho de base – ou seja, os conselheiros podem concentrar suas energias em conversar com os usuários durante a espera nas farmácias e para as consultas, coletando informação sobre as necessidades/demandas e sugestões de resolução e convidando-os a participarem das reuniões e se voluntariarem para auxiliarem nas atividades de divulgação, etc. A participação nos conselhos aumentará enquanto atuamos na comunidade.
Estratégias de participação "extra-conselhos"	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxos/caminhos para além dos conselhos (meios de pressão, demandas); • Articulação na comunidade; • Incentivo a debates em outros espaços da comunidade além da US; • Identificar outras formas de associações e coletivos nas comunidades e territórios; • Criar feiras de artesanato, livros, a partir da organização da comunidade, como associação de moradores.
Parcerias interinstitucionais	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção do tema “controle social” na formação em saúde nas universidades; • Parcerias interinstitucionais; • Inclusão do tema “controle e participação social” na formação do profissional de saúde; • Procurar redes e parcerias.
Integração do CLS com a equipe de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a equipe da UBS com pauta do Controle Social; • Participação em reuniões de equipe.
Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade do tratamento do diagnóstico (projeto); • Experiências diferentes com diferentes tempos de engajamento; • Percepção e experiência sobre modelos de APS impostos pelo governo.

Fonte: Dados do autor.

APÊNDICE D – Relato de experiência em trabalho com a comunidade a partir de diagnóstico da Assistência Farmacêutica

Rodrigo Silveira Pinto⁶⁵

Mauro Silveira de Castro⁶⁷

Muito da prática da Assistência Farmacêutica (AF) ocorre no país segundo o planejamento do profissional farmacêutico – em sua maioria, desvinculado da equipe e das necessidades da comunidade. A preocupação com o acesso a medicamentos e produtos correlatos leva ao esquecimento de importantes ações que poderiam ser realizadas levando-se em consideração as necessidades da comunidade. Práticas individualizadas ocorrem sem o devido embasamento teórico que possibilite que as abordagens, políticas e processos sejam compartilhados e se tornem conhecimento para atender as demandas da educação permanente. Descrevem-se abaixo, de forma resumida, ações em busca da saúde da população que foram desencadeadas na farmácia, durante o período de 2009 a 2011, no município de Doutor Ulysses, Paraná.

O município de Doutor Ulysses está localizado na Região Metropolitana de Curitiba, PR. Segundo dados do censo 2010, Doutor Ulysses tem 5727 habitantes⁶⁶. A maioria da população trabalha com silvicultura (plantação de *pinus*), plantação de mexerica e agricultura de subsistência. A cidade apresentava Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) de 0,627, ocupando o 398º lugar entre os 399 municípios do Paraná. Grande parte da população necessita participar do programa Bolsa Família para a complementação da renda. É a cidade com maior percentual de evangélicos do Brasil, correspondendo a 95% da população.

A Atenção Básica à Saúde no município se dava por meio de duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que cobriam cerca de 70% do território do município. Existiam em Doutor Ulysses cinco Unidades de Saúde. A unidade central tinha atendimento médico e odontológico durante todos os dias da semana, as unidades rurais tinham atendimento médico duas vezes na semana, e existia também um ônibus com um consultório médico e odontológico adaptado, onde se realizava

⁶⁵ Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁶⁶ IINSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Doutor Ulysses / PR**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/doutor-ulysses/panorama>>. Acesso em: 09 jan. 2021.

atendimento nas regiões distantes dos postos de saúde. Havia uma alta rotatividade de profissionais.

Em relação aos serviços de saúde, Doutor Ulysses contava com um grupo de 39 funcionários, como mostra a Tabela D.1.

Tabela D.1: Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Doutor Ulysses, PR, 2011

Profissionais	Número
Médico clínico geral	3
Cirurgião dentista	3
Enfermeiro	2
Farmacêutico	1
Fisioterapeuta	1
Auxiliar de enfermagem	8
Auxiliar de consultório dentário	2
Agente comunitário de saúde	17
Agente de endemias	1
Agendamento de consultas especializadas	1

Fonte: Dados dos autores.

Inaugurou-se, em janeiro de 2011, um centro de saúde da mulher e da criança. Esperava-se a criação da terceira equipe de ESF, aumentando o número de profissionais para um atendimento mais eficaz para a população, principalmente da área não coberta pelas outras ESF. Com a inauguração do centro de saúde da mulher e da criança, esperava-se a realização de atividades de planejamento familiar, que ainda não são realizadas.

A AF no município se resumia à compra e distribuição de medicamentos, às vezes nem precisando de prescrição médica para o atendimento de um usuário do sistema de saúde. Esse fato criou na população o hábito de sempre buscar medicamentos no posto de saúde, onde estes eram entregues pela equipe de enfermagem. Porém, devido a uma determinação do Consórcio Intermunicipal de compra de medicamentos de que o município fazia parte, que proibia a venda de medicamentos listados na Portaria nº344/98⁶⁷ a municípios que não tivessem farmacêuticos responsáveis, a Secretaria de Saúde decidiu contratar um farmacêutico. Como não existia um rol de atividades para o farmacêutico atuar na

⁶⁷ BRASIL. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Atenção Básica à Saúde, seu trabalho não era entendido. Quando da contratação, o profissional foi incumbido de trabalhar na AF e na Vigilância Sanitária. Inicialmente, começou seu trabalho atuando naquela que pensava ser sua única responsabilidade: o acesso a medicamentos. No ano de 2009, foi realizado um diagnóstico da AF baseada nesse enfoque e ações possíveis foram tomadas, padronizou-se a lista de medicamentos em uma relação municipal, foi implementado o controle de estoque para reduzir faltas e perdas, e verificou-se a necessidade da prescrição médica para alguns medicamentos. Uma dessas ações foi participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) para mostrar o panorama atual da AF no município.

A primeira situação diagnosticada foi a baixa participação da comunidade no Conselho Municipal da Saúde (CMS), refletida pelas constantes faltas dos conselheiros nas reuniões, e a fraca participação da comunidade na 8ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2009 com cerca de 60 participantes oriundos do centro da cidade. Objetivou-se otimizar a participação popular por meio da conscientização de seus direitos e poder de controle social. A relação do Controle Social com a AF é de grande importância, pois a política de saúde formulada, incluindo a política de medicamentos, deve ser proposta e fiscalizada pelos conselhos para que possa ser acompanhada e avaliada, traduzindo-se em mais benefícios para a comunidade. Inicialmente, trabalhando juntamente com os demais profissionais de saúde sobre o tema, concordou-se que o diagnóstico era correto. A partir daí, a estratégia adotada foi discutir o diagnóstico com o CMS e montar estratégias para atingir o objetivo, bem como decidir o tema da 9ª Conferência Municipal de Saúde (9ª COMS) à luz desse diagnóstico e obter a aprovação do tema pela Secretaria Municipal de Saúde e o CMS, além de rever o regimento interno e a lei municipal que aprovara o CMS. Após a aprovação, buscaram-se elementos para elaborar o orçamento e colocar em prática. A principal estratégia foi a realização de Pré-Conferências e a realização da 9ª COMS no ano de 2011. O CMS concordou com o diagnóstico apresentado, e configurou-se, então, o tema para a 9ª COMS – “Controle Social, Conhecimento e Acesso aos Serviços de Saúde no Município de Doutor Ulysses” –, o qual foi aprovado nas demais instâncias. O orçamento da 9ª COMS previa material de escritório, alimentação e transporte para os participantes, despesas com deslocamento e estadia de palestrantes, sendo aprovado pela prefeitura. Foram realizadas nove Pré-Conferências, abrangendo todo o município, com a participação de 175 pessoas, que elaboraram os temas para discussão na 9ª COMS e pré-

elegeram os conselheiros de saúde. A 9ª COMS foi realizada em 4 de julho de 2011, com a participação de mais de 300 pessoas. Foram ministradas duas palestras, que abordaram o funcionamento do Sistema Único de Saúde e o Controle Social. Foram formados sete grupos de discussão, onde se debateram os temas levantados nas Pré-Conferências. Aprovaram-se as diretrizes da 9ª COMS e elegeu-se o novo CMS, pela primeira vez no município formado de conselheiros indicados em pré-conferências.

Com o CMS mais atuante, grandes mudanças aconteceram nos serviços de saúde. O CMS passou de um mero “aprovador de resoluções” para um órgão deliberativo e fiscalizador da política de saúde municipal. O primeiro grande impacto foi a redução nas faltas dos conselheiros representantes dos usuários, bem como a presença da comunidade nas reuniões. O Conselho revisou e atualizou a lei municipal e seu próprio regimento interno, além de debater e auxiliar a gestão municipal a implantar oficialmente a Vigilância Sanitária no município. Criou Câmaras Técnicas para discussão de assuntos específicos, como a câmara para discutir assuntos relacionados ao lixo e ao saneamento (cujos resultados serão comentados mais adiante). Solicitou a organização dos plantões médicos nos dias de semana. Foi pivô na criação do convênio com o município vizinho (Cerro Azul), para o atendimento dos moradores de Doutor Ulysses que vivem na divisa entre os dois municípios pelas US de Cerro Azul. Em relação à prestação de contas, o CMS criou uma planilha descritiva dos gastos e das ações da saúde no município, e solicitou que se realizassem as audiências públicas trimestrais e a anual, revisando as contas e solicitando explicações. Em relação à AF, o CMS aprovou a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e a Carteirinha de Saúde, uma maneira para racionalizar a entrega dos medicamentos no município.

Na segunda situação diagnosticada, foi desenvolvido um sistema de controle de estoque de medicamentos e a avaliação dos dados indicava algumas situações-problema, como o uso de grandes quantidades de medicamentos para o tratamento de verminoses, infecções intestinais, soro para reidratação oral e anticoncepcionais. Todos esses medicamentos tinham grande saída na farmácia, inclusive sem prescrição médica para a sua entrega, sendo amplamente distribuídos em todas as US do município.

Abordando o alto consumo de medicamentos anti-helmínticos, infecções intestinais e soro para reidratação oral, pode-se identificar correlações entre os dois problemas, não permanecendo na abordagem apenas com as ideias do modelo

biomédico, mas pensando também em causas relacionadas aos determinantes sociais da saúde. Nessa situação, foi solicitada reunião com o prefeito, a secretária de saúde e o diretor do Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto (SAMAE), na qual foram mostrados os laudos da qualidade da água e se pediu permissão para realizar o diagnóstico e as intervenções necessárias, o que foi autorizado.

Os serviços de água e esgoto no município de Doutor Ulysses ocorriam de forma descentralizada. O SAMAE era uma autarquia municipal criada para exercer a responsabilidade pela provisão de água para a região central do município, que abastece cerca de 23% da população. O restante da população retirava água de poços ou nascentes, entre outros. Em relação ao esgoto, toda a população utilizava-se de fossas ou despejam o esgoto diretamente nas ruas ou cursos de água. A SAMAE cobrava uma taxa fixa dos usuários do sistema. Os laudos mensais de qualidade da água, realizados pela Vigilância Sanitária Municipal, sempre acusavam contaminantes microbiológicos, como *Escherichia coli* e *Pseudomonas spp.* No diagnóstico do SAMAE, foram encontrados problemas de natureza estrutural, organizacional, legal e financeira. O que mais impactava o sistema era o problema financeiro, pois a população não contribuía corretamente com o SAMAE, devido à descrença na resolução de um problema que se arrastava há anos, e o SAMAE alegava não ter recursos suficientes para melhorar o sistema, mas também não fazia a devida cobrança pelos serviços nem o corte do fornecimento aos inadimplentes. Esse fato ocasionou a ruptura do sistema, que se encontrava enferrujado e endividado, recebendo grande apoio da prefeitura para não haver um colapso. Atrelado a isso, quando a rede de esgoto proposta ficasse pronta, o próprio SAMAE seria responsável pela administração dessa rede.

Iniciou-se assim o processo do que seria a reestruturação do SAMAE. As discussões iniciaram simultaneamente no gabinete da prefeitura e no CMS, com o objetivo de trabalhar as duas fontes principais de desavenças. No CMS as pessoas culpavam o SAMAE e a prefeitura, e na prefeitura os gestores não chegavam a uma conclusão definitiva sobre o tema. O CMS criou uma Câmara Técnica somente para tratar do assunto da água. Foi proposto um parcelamento das dívidas atrasadas sem juros, aprovado pela comunidade, mas mesmo assim as pessoas não pagavam. A estratégia utilizada então foi reformular a lei que constituía o SAMAE, oferecendo à comunidade a chance de participar ativamente de suas deliberações e que fiscalizasse suas ações através do Controle Social, sendo feito através da Conferência

Municipal de Saneamento e do Conselho Municipal de Saneamento. Com a criação dessas duas instâncias deliberativas, a confiança da população no SAMAE poderia aumentar, reduzindo a inadimplência e aumentando a participação, e o sistema poderia oferecer uma água com qualidade e quantidade aceitáveis.

Com a aprovação da lei, a Câmara Técnica criada pelo CMS deu início aos preparativos da Conferência de Saneamento. A conferência aconteceu no dia 5 de agosto de 2010, com participação de 95 pessoas. As discussões foram produtivas, resultando nas diretrizes da conferência e na eleição do primeiro Conselho de Saneamento de Doutor Ulysses, formado, de forma paritária, por profissionais de saúde, profissionais do SAMAE, gestores da prefeitura e usuários do sistema. Um aspecto interessante da diretriz aprovada na Conferência foi que a Companhia de Saneamento do Paraná (SANEPAR) poderia ser chamada caso o problema não fosse resolvido. Nas reuniões do Conselho Municipal de Saneamento, foram-se descobrindo os problemas do SAMAE mais a fundo. Foram traçadas estratégias para a melhoria do sistema, e todos os conselheiros se empenharam para a solução dos problemas. Mas os problemas eram grandes demais, exigiam muito tempo para serem resolvidos, e as obras do esgoto estavam próximas de terminar. Em uma reunião, então, foi decidido que o Conselho de Saneamento ia se empenhar na concessão dos serviços de água e esgoto para a SANEPAR.

A terceira situação diagnosticada diz respeito ao alto consumo de anticoncepcionais e à forma como eram entregues. Nos serviços de saúde, não se encontravam todos os métodos anticoncepcionais disponíveis no SUS, não havia qualquer controle sobre a entrega dos medicamentos e preservativos, a menos que fosse solicitado pela usuária. No ano de 2010, o município tinha 37 gestantes que faziam acompanhamento na US, sendo 20 destas menores de 18 anos e cinco delas não sabiam ou não queriam contar o nome do pai de seus filhos. Segundo o serviço de Assistência Social, a vida sexual dos adolescentes se iniciava aos 12 anos. Muitas famílias dependiam do Bolsa Família e de cestas básicas e fraldas entregues pela prefeitura. Os associados do Sindicato dos Trabalhadores Rurais recebiam um benefício único para cada filho que nascesse. Em uma visita da assistente social e do enfermeiro a uma família com 13 filhos, cujo objetivo era orientar sobre métodos anticoncepcionais, o marido expulsou a equipe, alegando que ninguém ia fazer laqueadura em sua esposa. Em uma conversa informal com uma adolescente, ela mencionou que a professora lhe havia ensinado que, para evitar a gravidez, a roupa

Íntima deveria ser lavada com água sanitária. Outra adolescente de 14 anos, já casada, foi à farmácia para pegar o anticoncepcional e depois de um mês voltou ao posto para fazer o pré-natal.

Com base nesses dados, deu-se início às intervenções. Mais métodos anticoncepcionais foram disponibilizados e tiveram seu uso promovido pela equipe de saúde. Deu-se início à cobrança da prescrição e a inscrição das mulheres usuárias através da Carteirinha de Saúde. Essa cobrança ocorreu de forma bem gradual, respeitando tanto a capacidade do sistema de atender a grande demanda que surgiria como a concepção da comunidade sobre o acesso aos medicamentos. Foi ministrado treinamento para os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem sobre o tema. Como todos os estudantes acima de 12 anos no município se concentravam em duas escolas estaduais, foi feita uma parceria com os diretores das duas escolas, e se desenvolveu um curso de capacitação para os professores sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, com palestras construídas pelos próprios profissionais, culminando em um treinamento oferecido pela Organização Não Governamental Bem-Estar Familiar no Brasil. Foi planejado também um Estudo de Utilização de Medicamentos para avaliar o uso dos anticoncepcionais no município, e um levantamento envolvendo o conhecimento de pais, alunos e professores sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, mas não chegaram a ser realizados.

Essas três experiências indicam que o farmacêutico tem potencial para auxiliar a equipe de saúde no diagnóstico de comunidade, muito além do simples acesso a medicamentos. O farmacêutico pode fazer importantes contribuições para a Saúde da Comunidade através da análise dos dados de seu trabalho. Esses dados podem ser expressos na forma de indicadores que alimentam o Diagnóstico da Comunidade, planejando intervenções em conjunto com outros membros da equipe, gestores e usuários do sistema.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/SMSPA nº 58781116.7.3001.5338



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE PORTO ALEGRE E ESTUDO COMPARATIVO COM EXPERIÊNCIAS DE PARTICIPAÇÃO NAS CASAS DA SAÚDE NA ITÁLIA

Pesquisador: Frederico Viana Machado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58781116.7.3001.5338

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.892.864

Apresentação do Projeto:

Uma proposta de Projeto relevante, pois tem como um dos motivos principais desenvolver um estudo sobre a atuação dos Conselhos Locais de Saúde, que estariam funcionando, efetivamente ou não, em parte da Rede de Atenção Primária no Município de Porto Alegre. A Participação Social tão apregoada no SUS é sempre questionada e poucos estudos se aprofundam nas razões desta deficiência. Neste caso entendemos que, pelo conteúdo proposto no Projeto, haverá uma investigação minuciosa, que resultará possivelmente com argumentos e fundamentos mais específicos sobre esta necessidade e da mesma forma se aproveitará para fazer um comparativo, uma análise, com pesquisas semelhantes realizadas na Itália, aproveitando o intercâmbio de pesquisadores, existente com o Gestor de Saúde daquele país, mais especificamente a Universidade de Bologna e a Universidade de Parma, que ocorre na Região de abrangência da Agenzia Regional da Emilia Romana (Case della Salute). Entendemos estar muito bem estruturado este Projeto, que se utilizará de pesquisa quanti-qualitativa e etnográfica. Está dividido em quatro fases:

1ª Fase: Mapeamento de campo e avaliação/análise de documentos e também bibliografia;

2ª Fase: Analisar os vários Conselhos Locais de Saúde que estariam em funcionamento, isto sendo

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.892.864

feito através de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos usuários e trabalhadores. Com questionários semiestruturados aplicados aos Coordenadores de UBS. E também questionários semiestruturados com os usuários, para traçar o perfil socioeconômico dos mesmos; 3ª Fase: Haverá um acompanhamento etnográfico do funcionamento dos CLS, do ambiente que o constitui e como se permeiam as relações no momento da realização das reuniões; 4ª Fase: Que será o processo de análise conjunta das informações, cruzando-as com os dados dos pesquisadores da Itália, fazendo-se então a comparação dos processos e que resultará na divulgação e socialização dos resultados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Tendo em vista a importância da participação para o SUS, o crescimento do número de CLS e este arranjo como aposta para qualificação da gestão da atenção básica na cidade, este projeto toma como objetivo principal analisar a estrutura institucional e dinâmica de funcionamento dos CLS implantados nas UBS de Porto Alegre. Como um dos objetivos desta pesquisa é trabalhar conjuntamente com o Conselho Municipal de Saúde na construção de indicadores mais sofisticados para a avaliação, monitoramento e suporte aos CLS. Incorporamos uma análise comparada com as experiências de participação social desenvolvidas nas Case della Salute na Itália para expandir as possibilidades interpretativas sobre o lugar da participação social nas políticas públicas de saúde. Além de um diagnóstico das ações, dos custos e dos impactos dos CLS para a gestão municipal, interessa-nos investigar questões como: Qual é o perfil de quem participa? Como esses arranjos de democracia participativa influenciam os serviços? Qual o diferencial do envolvimento dos usuários com os serviços? Quais seus impactos nas relações entre atores e na gestão em saúde? Quais problemas são identificados na instalação e funcionamento dos CLS? Quais experiências podem ser identificadas como exitosas nas ações envolvendo CLS? Quais indicadores serão mais eficazes para apoiar, avaliar e monitorar o funcionamento dos CLS? Estas questões remetem a um objetivo teórico que interroga: quais concepções de política, Estado e democracia nutrem os atores que participam dos CLS e com eles interagem? Como podemos propor ações públicas que fomentam e potencializam práticas de participação social?

Objetivo Secundário:

1) Analisar a legislação e a estrutura institucional que regula a criação e o funcionamento dos CLS em Porto Alegre, bem como sua relação com as esferas nacional e estadual.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.892.864

- 2) Comparar a legislação sobre participação social em saúde no Brasil e na Itália, contemplando seus aspectos institucionais e históricos. Este objetivo já está sendo desenvolvido por Gabriel Calazans, em sua dissertação de mestrado, citada anteriormente, e pela estudante de especialização em Ciências Sociais da Universidade de Parma, Caterina di Genaro.
- 3) Identificar e analisar qual o papel dos fóruns nos serviços, o quanto contribuem para os processos decisórios e o diferencial do envolvimento dos usuários na agenda da atenção básica.
- 4) Elaborar indicadores para a análise e avaliação dos CLS de Porto Alegre, articulando a literatura sobre o tema e os resultados da pesquisa, identificando elementos que possam apontar para a contribuição deste arranjo para a qualificação da atenção básica.
- 5) Mapear os atores envolvidos no funcionamento dos CLS, identificando as relações entre eles e como se dá o fomento à implantação, o apoio institucional e o fortalecimento da efetividade etc. Considera-se a agenda e os cronogramas dos conselhos de saúde (estadual, municipal, distritais e locais).
- 6) Caracterizar os CLS da cidade, coletando dados sobre data de implantação, pequeno histórico de atividades, quem articulou a criação, quem coordena as reuniões, média de participantes, dados sobre a composição dos conselheiros, estratégias de relacionamento e mobilização com a comunidade etc. Estes dados serão quantificados de modo a oferecer uma caracterização do desenvolvimento e estruturação desta política pública em Porto Alegre.
- 7) Traçar o perfil socioeconômico e político dos conselheiros que participam dos CLS em Porto Alegre.
- 8) Analisar a dinâmica de funcionamento dos CLS identificando: temas abordados; formas de organização; regras e procedimentos; discursos e estilos políticos; "frames" cognitivos; sistemas simbólicos e códigos morais; negociações identitárias; conflitos; percepção dos diferentes níveis hierárquicos e categorias profissionais sobre a participação nos CLS; casos exemplares etc.
- 9) Comparar as relações entre participação, gestão em saúde e ativação de recursos comunitários informais nos contextos brasileiro e italiano. Este objetivo será desenvolvido em conjunto com os parceiros italianos e se articula aos procedimentos de outro projeto que envolve a aplicação da metodologia do Community Lab em alguns CLS de Porto Alegre (ver A1 Antecedentes). Os dados construídos nesta pesquisa que aqui propomos serão comparados com dados de pesquisas desenvolvidas pelos parceiros italianos.
- 10) Identificar experiências não institucionalizadas de participação, relacionadas aos serviços de saúde de cada território. Além de contribuir para a elaboração de alguns produtos esperados desta pesquisa, este objetivo visa contribuir e se articular a uma

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.892.864

pesquisa multicêntrica ampliada que está sendo desenvolvida pela Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício), da qual nossa equipe faz parte. Intitulada Análise das Práticas de Participação Social na Atenção Primária em Saúde no Brasil e na Europa (Itália), esta pesquisa objetiva identificar e analisar experiências e práticas locais de participação relacionadas à atenção primária no Brasil e na Itália, para a produção de conhecimentos e tecnologias que estimulem a participação nas políticas públicas sociais e de saúde. Além disto, este mapeamento se desdobrar em pesquisas futuras, ampliando nossa percepção dos fenômenos sociais que ocorrem nos territórios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos para os participantes. Os questionários abertos com gestores podem causar algum constrangimento ao colocá-los em uma situação de avaliação na qual possam ser identificados, por esta questão, nossa pesquisa será rigorosa em garantir o anonimato de todos os informantes, sejam os entrevistados ou respondentes dos questionários. Alteramos os TCLE para garantir este aspecto aos informantes. Mesmo no caso dos questionários fechados com os conselheiros, que visam caracterizar o perfil dos conselheiros, buscaremos garantir aos respondentes o total sigilo e anonimato, bem como a garantia de que a participação na pesquisa não acarretará nenhum prejuízo para sua posição de conselheiro, evitando expor os entrevistados à constrangimentos. Pensando na possibilidade das observações etnográficas produzirem quaisquer embaraços aos participantes, faremos os convites abertamente a todos os envolvidos, apresentando coletivamente os objetivos da pesquisa de forma oral, no momento em que solicitaremos aos participantes a oportunidade de realizar a pesquisa, mas também por escrito. É importante ressaltar que a escolha destes locais para a realização de etnografias se dá de forma processual e contínua, que passa pela escolha dos conselhos junto aos membros da Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde, e vai até o cotidiano da pesquisa, tendo como marco a formalização do convite e a solicitação do consentimento aos participantes no início das observações etnográficas.

Benefícios:

Esta pesquisa foi pensada por meio do trabalho em redes, e busca articular atores e projetos distintos. Deste modo, além dos produtos tecnológicos pensados para o aprimoramento da gestão dos CLS e dos produtos acadêmicos, que citaremos a seguir, uma das metas que queremos alcançar com este projeto é a aproximação teórico metodológica e de cooperação científica e

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.892.864

tecnológica com nossos parceiros italianos e com os agentes dos serviços de saúde no Brasil. Esta pesquisa representará um salto qualitativo nas relações que estamos desenvolvendo com estes parceiros, uma vez que propõe ações conjuntas ainda mais articuladas e de maior sofisticação teórico-metodológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Frederico Viana Machado

Instituição: UFRGS

Curso: Saúde Coletiva

Tipo de estudo: Institucional

Local de realização: CLS das Unidades de Saúde

TCLE: sim

Amostra: 320

Data de início: 01/09/2016

Data de término: 30/06/2017

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética foram identificadas as seguintes pendências:

1 - Solicita-se o Termo de Ciência e Autorização da Coordenação assinado pela Coordenadora da Rede de Atenção Básica, pois haverá a utilização dos Serviços de Saúde e a mesma deve estar ciente do projeto que estará acontecendo nos diversos serviços de saúde da cidade. O documento que trata do aval e colaboração do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, não é suficiente, pois esta instância tem os seus limites institucionais na hierarquia da Secretaria da Saúde. O Termo está disponível no endereço eletrônico http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=913

Análise: pendência atendida.

2 - No TCLE deve constar que o estudo foi avaliado pelo CEP SMSPA, bem como o endereço e telefone de contato.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.892.864

Análise: pendência atendida.

3 - Conforme referido no estudo, atualmente existem 103 Conselhos Locais de Saúde ativos e como consequência 103 Coordenadores a serem entrevistados. Em um trecho da apresentação do Projeto está descrito de que serão entrevistados 108 Coordenadores. Corrigir divergência de informações.

Resposta do pesquisador: Retificamos para 88, o número de CLS ativos na cidade. Como estamos trabalhando em parceria com a câmara técnica do CMS, este número depende dos critérios estabelecidos pela equipe. Além disto, é importante termos em vista que este número pode ser alterado em função da abertura ou encerramento das atividades de algum conselho.

Análise: pendência atendida

4 - Modificar a terminologia "Conselheiro" pelos termos usuários, trabalhadores e gestores conforme consta no Regimento Interno aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, para Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família (UBS/ESF). Nestes Serviços elege-se apenas uma Coordenação paritária e a plenária ou fórum, é de livre participação. O termo conselheiro é utilizado a partir da instância do Conselho Distrital e do próprio Conselho Municipal de Saúde.

Resposta do pesquisador: Terminologia alterada em todo o projeto.

Análise: pendência atendida.

5 - Recomenda-se quanto ao Financiamento, informar o resultado do edital ao CEP (pode ser realizado através de notificação pela Plataforma Brasil), para que conste o registro, caso ocorra eventuais dificuldades no futuro andamento do estudo, apesar destas observações já estarem presentes no projeto.

Resposta do pesquisador: O resultado do edital já foi publicado e não fomos contemplados com o financiamento. Informo ainda que ao longo da pesquisa seguiremos buscando recursos e parcerias, para minimizar os pontos que serão prejudicados pela ausência de financiamento.

Análise: pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar	
Bairro: Centro Histórico	CEP: 90.010-040
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517	Fax: (51)3289-2453
	E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.892.864

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_758700.pdf	15/11/2016 16:01:21		Aceito
Outros	CARTAAPRESENTANDOASALTERAC OESNOPROJETO.pdf	15/11/2016 15:56:01	Frederico Viana Machado	Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.pdf	15/11/2016 15:55:14	Frederico Viana Machado	Aceito
Outros	questionarioestruturacao.pdf	15/11/2016 15:54:34	Frederico Viana Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquestionariocls.pdf	15/11/2016 15:53:37	Frederico Viana Machado	Aceito
Outros	Roteirodeobservacao.pdf	15/11/2016 15:53:10	Frederico Viana Machado	Aceito
Outros	questionarioperfil.pdf	15/11/2016 15:52:45	Frederico Viana Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquestionarioconselheiros.pdf	15/11/2016 15:49:50	Frederico Viana Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEEtnografia.pdf	15/11/2016 15:47:08	Frederico Viana Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEentrevista.pdf	15/11/2016 15:45:05	Frederico Viana Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCLSRevisadoCEPCONEP.pdf	15/11/2016 15:44:25	Frederico Viana Machado	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_758700.pdf	15/08/2016 17:14:50		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/08/2016 17:14:07	Frederico Viana Machado	Aceito
Outros	termocoor.pdf	15/08/2016 17:07:04	Frederico Viana Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/07/2016 17:03:59	Frederico Viana Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCLS.pdf	26/07/2016 17:03:01	Frederico Viana Machado	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.892.864

Outros	Parecer.pdf	26/07/2016 16:58:10	Frederico Viana Machado	Aceito
--------	-------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

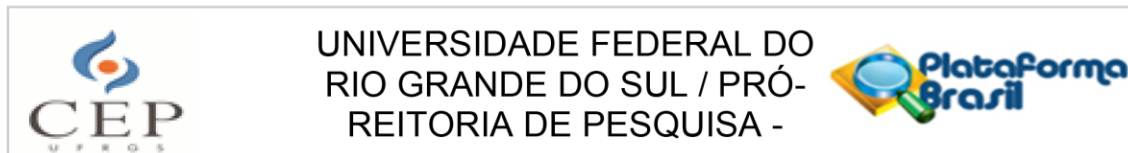
Não

PORTO ALEGRE, 18 de Janeiro de 2017

Assinado por:
MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI
 (Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

**ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul nº 58781116.7.0000.5347**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE PORTO ALEGRE E ESTUDO COMPARATIVO COM EXPERIÊNCIAS DE PARTICIPAÇÃO NAS CASAS DA SAÚDE NA ITÁLIA

Pesquisador: Frederico Viana Machado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58781116.7.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.822.645

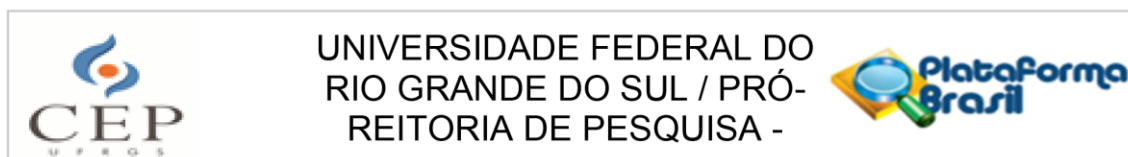
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo sobre a estrutura institucional de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde – CLS - em POA que visa realizar um diagnóstico das ações, custos e impactos dos CLS para a gestão municipal, além de pesquisar o perfil de quem participa, como influenciam os funcionamentos das UBS e seus impactos nas relações institucionais. Para tanto, realizará pesquisa quanti-qualitativa, envolvendo diferentes procedimentos que visam por um lado caracterizar a dimensão mais estrutural e de funcionamento dos CLS e seus participantes e, por outro, compreender os aspectos simbólicos, motivacionais, perceptivos e interacionais do fenômeno. Os dados coletados e os resultados obtidos pretendem embasar uma análise comparativa com pesquisas semelhantes realizadas na Itália, principalmente da Agenzia Regional da Emilia Romana (órgão gestor das questões sociais e sanitárias), a Universidade de Bolonha, e Universidade de Parma, com quem os pesquisadores já mantêm diferentes intercâmbios a respeito do tema proposto na pesquisa.

A pesquisa é apresentada em quatro fases:

A primeira, caracteriza-se basicamente pela análise documental/bibliográfica e mapeamento de campo.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.822.645

A segunda, procederá a caracterização e análise dos CLS, envolvendo (1) entrevistas semiestruturadas com conselheiros e gestores diretamente envolvidos nos CLS; (2) questionários com os coordenadores dos CLS das UBS de Porto Alegre; e (3) questionários semiestruturados com conselheiros visando a caracterização dos participantes;

A terceira fase envolve estudos etnográficos de casos identificados como exemplares - com escrita de diário de campo e entrevistas municípios/instâncias participativas/serviços de atenção básica; entrevistas semiestruturadas.

A quarta fase, consiste na integração, devolução e socialização dos resultados, comparações com as pesquisas italianas e devolução dos resultados da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

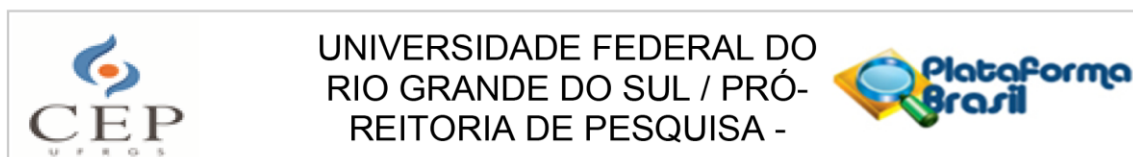
Conforme o projeto: "Investigar a realidade dos CLS em Porto Alegre, para conhecer seus efeitos nas relações comunitárias e nas estratégias de gestão, observando possíveis transformações nas relações com o usuário no campo da saúde." E confrontar "estes resultados com algumas experiências de participação recentes que estão sendo desenvolvidas na Itália, como forma de ampliar nossa perspectiva de análise, potencializando as possibilidades de pensar o funcionamento dos CLS e o fomento a práticas alternativas de participação social no Brasil."

Analisar a estrutura institucional e dinâmica de funcionamento dos CLS implantados nas UBS de Porto Alegre (ações, custos, perfil de participantes, influência da participação na dinâmica dos serviços, problemas e potencialidades identificadas nos processos de instalação e funcionamento, entre outros); trabalhar conjuntamente com o Conselho Municipal de Saúde na construção de indicadores mais sofisticados para a avaliação, monitoramento e suporte aos CLS; realizar análise comparativa com as experiências de participação social desenvolvidas nas Case della Salute na Itália. Do ponto de vista mais teórico, objetiva adentrar as concepções de política, Estado e democracia que nutrem os atores que participam dos CLS e com eles interagem e refletir sobre formas de fomenta e potencializar práticas de participação social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nessa segunda versão do projeto foram acrescentadas informações sobre os possíveis riscos, com descrição de cada um dos procedimentos - questionários, entrevistas, observação - e formalizadas no projeto, na PB e nos TCLEs as devidas garantias aos participantes. Foram apresentados TCLEs separados para os diferentes tipos de participantes. Também foi levada em consideração a possibilidade das observações etnográficas produzirem embaraços e informado que os convites serão feitos abertamente a todos os envolvidos, com informações sobre o que

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.822.645

envolve a participação e solicitação de TCLE às pessoas cujas interações estarão sendo observadas. Os benefícios já estavam descritos adequadamente na versão anterior, e identificados como a possibilidade de geração de produtos tecnológicos voltados ao aprimoramento da gestão dos CLS, além de produtos acadêmicos relacionados à cooperação científica e tecnológica com parceiros italianos e com os agentes dos serviços de saúde no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa bem apresentada, contendo todos os itens formais de apresentação. Os objetivos, a metodologia de coleta de dados e de análise encontram-se bem caracterizados, bem como os benefícios que vão desde contribuições para o âmbito municipal dos CLS, até a construção de uma agenda conjunta de intercâmbios com instituições italianas. Identifica a participação de 320 pessoas, sendo 108 Coordenadores de Conselhos Locais de Saúde (questionário aberto), 200 Conselheiros participantes dos CLS (questionário fechado) e 12 pessoas de referência sobre participação social (entrevista semi-estruturada). Observa-se que há ainda partes da pesquisa que serão definidas no curso da pesquisa, mas isso encontra-se devidamente justificado no projeto. Em função do questionamento do CEP, foi excluída do projeto a possibilidade de registro de imagens e produção de vídeos como parte dos procedimentos desta pesquisa. Os aspectos forma melhor detalhados. Também foram apresentados quais procedimentos que não poderão ser realizados, caso os pesquisadores não obtenham o financiamento do CNPq/Capes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto – adequada;

Termo de concordância da instituição – apresenta uma declaração de “apoio e interesse” do Conselho Municipal da Saúde no projeto;

Parecer da Compesq-Enf – adequado;

Cronograma: adequado;

Instrumentos de pesquisa: (questionário aberto, questionário fechado, entrevista semiestruturada, roteiros de observação etnográfica) - todos em anexo ao projeto e na PB.

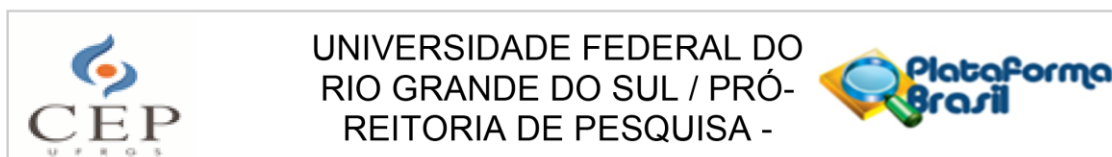
TCLEs: adequados (foram apresentados separadamente para coordenadores de CLS, conselheiros participantes, pessoas de referência sobre participação social) e para pessoas em interação que serão observadas;

Projeto completo: adequado.

Recomendações:

Recomendo aprovação.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.822.645

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

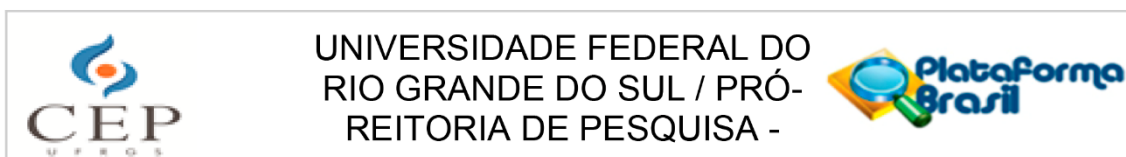
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_758700.pdf	15/11/2016 16:01:21		Aceito
Outros	CARTAAPRESENTANDOASALTERAC OESNOPROJETO.pdf	15/11/2016 15:56:01	Frederico Viana Machado	Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.pdf	15/11/2016 15:55:14	Frederico Viana Machado	Aceito
Outros	questionarioestruturacao.pdf	15/11/2016 15:54:34	Frederico Viana Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquestionariocls.pdf	15/11/2016 15:53:37	Frederico Viana Machado	Aceito
Outros	Roteirodeobservacao.pdf	15/11/2016 15:53:10	Frederico Viana Machado	Aceito
Outros	questionarioperfil.pdf	15/11/2016 15:52:45	Frederico Viana Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquestionarioconselheiros.pdf	15/11/2016 15:49:50	Frederico Viana Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEEtnografia.pdf	15/11/2016 15:47:08	Frederico Viana Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEentrevista.pdf	15/11/2016 15:45:05	Frederico Viana Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCLSRevisadoCEPCONEP.pdf	15/11/2016 15:44:25	Frederico Viana Machado	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/08/2016 17:14:07	Frederico Viana Machado	Aceito
Outros	termocoor.pdf	15/08/2016 17:07:04	Frederico Viana Machado	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.822.645

Outros	Parecer.pdf	26/07/2016 16:58:10	Frederico Viana Machado	Aceito
--------	-------------	------------------------	----------------------------	--------

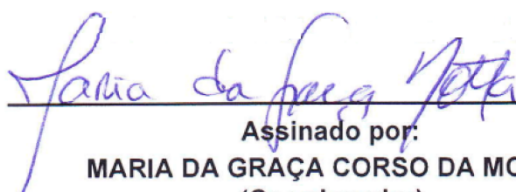
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Novembro de 2016


 Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO C – Formulário: Agenda, composição e representação dos Conselhos Locais de Saúde

- FORMULÁRIO -

AGENDA, COMPOSIÇÃO E REPRESENTAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE:
() Centro de Saúde () Unidade Básica de Saúde () Unidade de Saúde da Família () Parametrizada ou Mista
1.1 – Nome da Unidade de Saúde:
1.2 – Nome do(a) Coordenador(a) da Unidade de Saúde:
1.3 – Telefones da Unidade de Saúde:
1.4 – E-Mail da Unidade:
1.5 – Site/Rede Social:

II - CONSELHO LOCAL DE SAÚDE – CLS
Data em que o CLS foi criado? (mês e ano):
O CLS já tem Regimento Interno?
Mês e ano da aprovação do Regimento Interno:
O CLS já tem Regimento Interno?
Mês e ano do envio do Regimento Interno ao Conselho Distrital de Saúde – CDS:
O Conselho Local de Saúde elegeu sua Coordenação? Mês e ano da última eleição:
A Coordenação já recebeu formação em participação e controle social?
Qual o nome da capacitação, quem ofertou e a data (mês e ano)?

CALENDÁRIO ANUAL DE REUNIÕES:

ANO: 2017											
CALENDÁRIO E LOCAL DAS REUNIÕES CLS											
Jan.	Fev.	Mar.	Abril	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Dia da semana:				Local da reunião:				Horário da reunião:			

Número de membros que compõe a Coordenação Local de Saúde:

<input type="checkbox"/> 4 MEMBROS	<input type="checkbox"/> 8 MEMBROS	<input type="checkbox"/> 12 MEMBROS
2 usuários, 1 trabalhador, 1 gestor	4 usuários, 2 trabalhadores, 2 gestores	6 usuários, 3 trabalhadores, 3 gestores

– Outra composição:

COMPOSIÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE:

1.Coordenador(a) do Conselho Local de Saúde:		
Segmento:	Telefone:	E-mail:
2.Vice Coordenador(a) do Conselho Local de Saúde:		
Segmento:	Telefone:	E-mail:
3.Coordenador(a) Adjunto(a) do Conselho Local de Saúde:		
Segmento:	Telefone:	E-mail:
4.Coordenador(a) Adjunto(a) do Conselho Local de Saúde:		
Segmento:	Telefone:	E-mail:
5.Coordenador(a) Adjunto(a) do Conselho Local de Saúde:		
Segmento:	Telefone:	E-mail:
6.Coordenador(a) Adjunto(a) do Conselho Local de Saúde:		
Segmento:	Telefone:	E-mail:
7.Coordenador(a) Adjunto(a) do Conselho Local de Saúde:		
Segmento:	Telefone:	E-mail:
8.Coordenador(a) Adjunto(a) do Conselho Local de Saúde:		
Segmento:	Telefone:	E-mail:

NOMINATA DOS REPRESENTANTES DO CLS NO CDS:

1. Nome Representante pelo segmento USUÁRIO Titular:	
Telefone:	E-mail:
1. Nome Representante pelo segmento USUÁRIO Suplente:	
Telefone:	E-mail:
2. Nome Representante pelo segmento USUÁRIO Titular:	
Telefone:	E-mail:
2. Nome Representante pelo segmento USUÁRIO Suplente:	
Telefone:	E-mail:
3.Nome Representante pelo segmento TRABALHADOR EM SAÚDE Titular:	
Telefone:	E-mail:
4.Nome Representante pelo segmento TRABALHADOR EM SAÚDE Suplente:	
Telefone:	E-mail:

ANEXO D – Questionário: Estruturação dos Conselhos Locais de Saúde em Porto Alegre

- QUESTIONÁRIO -

ESTRUTURAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE

Responsáveis pela aplicação:

Respondentes	Nome	Função
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

() Centro de Saúde () Unidade Básica de Saúde () Unidade de Saúde da Família
() Parametrizada ou Mista

1.1 – Nome da Unidade de Saúde:

1.2 – Nome do(a) Coordenador(a) da Unidade de Saúde:

1.3 – Telefones da Unidade de Saúde:

1.4 – E-Mail da Unidade:

1.5 – Site/Rede Social:

I - PARTE QUALITATIVA - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

- A. O que motiva cada um de vocês a participar?
- B. O que é importante para que o CLS funcione bem? (deixar rolar a discussão)
- C. Principais êxitos e realizações do conselho (conquista da unidade de saúde, políticas, recursos, mudanças no território com a comunidade). (CITE PELO MENOS TRÊS EXEMPLOS).
- D. Quais os principais dificuldades deste CLS?
- E. Qual a sua opinião sobre o papel e a importância do CLS?
- F. Quais estratégias são utilizadas para incentivar a participação da comunidade nas reuniões do CLS?
- G. O que vocês fazem quando suas demandas não são atendidas? Como vocês pressionam?
- H. O que você acha que deve mudar na política municipal dos CLS? (Crítica...)
- I. Algum "causo" interessante que aconteceu nesta comunidade? (Só fazer, se não apareceu nenhum relato interessante)

II - CONSELHO LOCAL DE SAÚDE – CLS		
2.1 - Data em que o CLS foi criado? (mês e ano):		
2.2 – O CLS já tem Regimento Interno?		
<input type="checkbox"/> Sim,		
<input type="checkbox"/> Não, porque:		
2.3 - Mês e ano da aprovação do Regimento Interno:		
2.4 - Mês e ano do envio do Regimento Interno ao Conselho Distrital de Saúde (CDS): <input type="checkbox"/> – Não enviaram? Por quê? <i>(pedir que enviem uma nova cópia do último Regimento Interno aprovado para arquivo no CDS).</i>		
2.5 - Funcionou ininterruptamente?	<input type="checkbox"/> - Sim (<i>pule para a 2.6</i>)	<input type="checkbox"/> Não
2.6 - Por que retomou as atividades? <i>(Antes desta data não havia conselho local? O que motivou a retomada do CLS?)</i>		

III - CAPACITAÇÃO EM PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL		
3.1 - A Coordenação já recebeu formação em participação e controle social?		
<input type="checkbox"/> – Não		
<input type="checkbox"/> – Sim		
3.2 - Qual o nome da capacitação, quem ofertou e a data (mês e ano)?		
3.4 - Quem recebeu capacitação?		
<input type="checkbox"/> Gestor da US		
<input type="checkbox"/> Usuário da coordenação do CLS		
<input type="checkbox"/> Trabalhador da coordenação do CLS		
<input type="checkbox"/> Alguém mais participou (outros usuários, outros trabalhadores da US)		
3.5 - Quantas pessoas desta US já participaram destas capacitações? _____ (escreva a número de participantes)		

IV – SOBRE AS REUNIÕES DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE			
4.1 – As reuniões do Conselho Local de Saúde: () Ocorrem mensalmente () Ocorrem quinzenalmente			
4.2 - Ocorrem reuniões extraordinárias?	() – Sim	() – Não	() – Às vezes
4.3 – As reuniões são registradas em atas?	() – Sim	() – Não	() – Às vezes
4.4 – As atas SÃO APROVADAS no Plenário do CLS?	() – Sim	() – Não	() – Às vezes
4.5 Como são disponibilizadas? () As atas não são disponibilizadas; () Livro de atas disponível na unidade de saúde; () Ata afixada nas dependências da US; () Ata enviada por email ou postada em algum site ou rede social;			
4.6 – Existe uma agenda com pautas definidas?	() – Sim	() – Não	() – Às vezes
4.7 – As pautas são divulgadas para a comunidade?	() – Sim	() – Não	() – Às vezes
4.8 – Quem define as pautas? () – Coordenação do CLS () – Outros – Quem? Escreva:			
4.9 - Durante a plenária do CLS surgem novos pontos de pauta?	() – Sim	() – Não	
4.10 - Tem calendário de reuniões para todo o ano?	() – Sim	() – Não	
4.11 - Quantos usuários e quantos trabalhadores participam em média em cada reunião?	Escreva o número médio de usuários:	Escreva o número médio de trabalhadores:	
4.12 - Qual foi o número máximo de participantes em uma reunião?	Número: (Escreva o número máximo de participantes que uma reunião do CLS já mobilizou)		
4.13 - Sobre as reuniões do CLS: (Ler tudo) () Nas reuniões frequentam sempre as mesmas pessoas; ou () Nas reuniões sempre aparece alguém novo; ou () Nas reuniões, de vez em quando aparecem pessoas novas;			

4.14 - O que foi discutido nas últimas 12 reuniões? (*Assinale os pontos discutidos*)

Infraestrutura

- Construção de uma nova sede
- Reforma da Unidade
- Compra de equipamentos
- Falta de Medicamentos
- Falta de materiais para curativos
- Insumos em Geral
- Falta ou problemas em equipamentos

Funcionamento da Unidade e Processos de Trabalho

- Terceiro Turno
- Falta de Médico
- Falta de outros profissionais
- Reposição de profissionais em férias/licenças
- Abrangência do Território
- Horário de funcionamento
- Filas e fluxos de atendimento

Território

- Violência
- Moradia
- Saneamento (esgoto, lixo, zoonozes, etc.)
- Projetos comunitários
- Eventos com a participação do CLS ou realizados pelo CLS
- Parcerias interinstitucionais (ex. Construção da academia da saúde)

FUNCIONAMENTO DO CLS

- _____
- _____

OUTROS:

8.1 - Como a coordenação do CLS convida os moradores para a reunião do Conselho Local de Saúde?

- Mural de informativos.
- Panfletos.
- Radio comunitária.
- Informes na sala de espera.
- Boca a boca
- E-mail
- Whatsapp
- Telefone
- Facebook da unidade de saúde
- Facebook pessoal

OUTROS:

8.2 - Pela experiência de vocês, qual dessas funciona melhor?

V – SOBRE A COORDENAÇÃO DO CLS		
5.1 - O Conselho Local de Saúde elegeu sua Coordenação?		
<input type="checkbox"/> Sim, mês e ano da última eleição: _____ (verificar no livro de atas se possível)		
<input type="checkbox"/> Não, porque? Escreva: _____		
5.2 - Quantas pessoas votaram da última eleição?	Número: _____	
5.3 - A Coordenação do CLS se reúne para planejar e chamar a reunião do seu Plenário?	<input type="checkbox"/> Sim, frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Não	
5.4 - Como a coordenação prepara as reuniões? Escreva:		
<i>(além das reuniões, utilizam whatsapp, conversas informais, e-mail, outros espaços de discussão)</i>		
5.5 - Os membros da coordenação são assíduos nas reuniões do CLS?		
<input type="checkbox"/> Raramente alguém falta; <input type="checkbox"/> Pelo menos um membro falta em cada reunião; <input type="checkbox"/> Pelo menos dois membros faltam em cada reunião; <input type="checkbox"/> Menos da metade dos membros comparecem em cada reunião.		
5.6 - O CLS participa das reuniões de planejamento da Equipe de Saúde?		
<input type="checkbox"/> Sim, membros da coordenação. <input type="checkbox"/> Sim, outros participantes do CLS <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, a coordenação do serviço faz a mediação		
5.7 – Número de membros que compõe a Coordenação Local de Saúde:		
<input type="checkbox"/> 4 MEMBROS	<input type="checkbox"/> 8 MEMBROS	<input type="checkbox"/> 12 MEMBROS
2 usuários, 1 trabalhador, 1 gestor	4 usuários, 2 trabalhadores, 2 gestores	6 usuários, 3 trabalhadores, 3 gestores
<input type="checkbox"/> – Outra composição: _____		

. NS/NR

VI – SOBRE A PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE		
6.1 - O Plenário do CLS já escolheu seus representantes para o CDS?	<input type="checkbox"/> – Sim	<input type="checkbox"/> – Não
6.2 - Os representantes ou algum outro membro do CLS têm comparecido às reuniões do CDS? <input type="checkbox"/> – Nunca <input type="checkbox"/> – Raramente <input type="checkbox"/> – Às vezes <input type="checkbox"/> – Frequentemente <input type="checkbox"/> – Sempre		
6.3 - Quais representantes tem ido às reuniões do CDS? <i>(Nem sempre todos os representantes vão às reuniões e nem sempre os que vão são aqueles que foram nominados)</i>		
CASO A RESPOSTA DA 6.2. SEJA NUNCA, PULE PARA A 7.1.		
6.4 - Os representantes levam as demandas do CLS para o CDS?	<input type="checkbox"/> – Sim	<input type="checkbox"/> – Não
6.4.1. – Se sim, como as demandas são encaminhadas ao CDS? Se não, por quê? Escreva:		
6.5 - Os representantes dão retorno sobre as reuniões do CDS?	<input type="checkbox"/> – Sim	<input type="checkbox"/> – Não
6.5.1. - Se sim, como é feito este retorno? <input type="checkbox"/> – Relato nas reuniões do CLS <input type="checkbox"/> – Informe no quadro de aviso <input type="checkbox"/> – Outro? Escreva		

VII – SOBRE AS RELAÇÕES DO CLS

7.1 - Para fazer reivindicações ou pedir informações sobre a gestão no caso da Saúde, a quem vocês têm recorrido? [Ler opções abaixo]

	1. SIM	2. NÃO
a. Gerência Distrital		
b. Conselho Distrital de Saúde		
c. Conselho Municipal de Saúde		
d. Secretaria Municipal de Saúde		
f. Outros		
Quais?		

NS/NR

7.2 - Em que espaços fora da unidade vocês discutem as questões ligadas à US? [sigla e nome por extenso]

89. Não tem

88. Não lembra

B5. Nome do espaço
1.
2.
3.
4.

7.3 - Nos últimos dois anos, o Conselho teve alguma participação em um processo que visou melhorias no serviço público de saúde? Por exemplo, na Justiça, no Ministério Público, numa Ouvidoria ou via Processo Administrativo...

	SIM	NÃO
1. Justiça		
2. Ministério Público		
3. Ouvidoria		
4. Processo administrativo		

() NS/NR

7.4 - Às vezes é preciso ter a ajuda de alguém que tem 'trânsito' no governo para conseguir marcar reuniões ou audiências com gestores, ganhar acesso a documentos ou relatórios do governo, etc. Vocês contaram com a ajuda de algum vereador, religioso ou outra liderança?

	SIM	NÃO
Vereador, outro político, e/ou assessor, COSMAM		
Liderança da região ou do município		
Outra pessoa de influência como padre, médico, assistente social, professor		

() NS/NR

ANEXO E – Termo de consentimento livre e esclarecido (Conselheiros Locais de Saúde)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- Questionário – Perfil dos Conselheiros Locais de Saúde -

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE PORTO ALEGRE E ESTUDO COMPARATIVO COM EXPERIÊNCIAS DE PARTICIPAÇÃO NAS CASAS DA SAÚDE NA ITÁLIA.**

Esta pesquisa busca investigar a estrutura institucional de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) em Porto Alegre e realizar um diagnóstico das ações, potencialidades, custos e impactos dos CLS para a gestão municipal, além de pesquisar o perfil de quem participa. Isto é importante para conhecermos melhor os espaços locais de participação social em saúde e as pessoas que dele se apropriam, de forma a identificarmos experiências exitosas de participação e que possam influenciar positivamente outros contextos da cidade.

Os procedimentos de coleta de dados desta pesquisa serão realizados por meio de: 1) entrevistas semiestruturadas com conselheiros e gestores diretamente envolvidos nos CLS; (2) questionários semiestruturados com os coordenadores ou pessoas de referência dos CLS das UBS de Porto Alegre; e (3) questionários com conselheiros visando a caracterização dos participantes; (4) observações etnográficas nas reuniões do conselho.

Sua participação nesta pesquisa se dará respondendo a um questionário, no qual você relatará suas experiências e opiniões sobre os Conselhos Locais de Saúde e participação social em Porto Alegre, bem como informar posições, crenças e valores políticos, bem como alguns dados comportamentais que nos ajudam a conhecer o perfil dos conselheiros de saúde da cidade.

Os riscos de participação nesta pesquisa são mínimos. Supondo que a exposição de opiniões particulares pode causar algum constrangimento, por colocar usuários, gestores e técnicos administrativos em uma situação de avaliação na qual possam ser identificados, garantimos que nossa pesquisa será rigorosa em garantir o anonimato como forma de proteger os informantes.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. As informações aportadas por você permanecerão confidenciais. Seu nome ou qualquer informação que indique a sua participação apenas estarão disponíveis aos membros da equipe de pesquisa. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma remuneração ou compensação financeira adicional.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os(as) pesquisadores(as)

_____ certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com: Dr. Frederico Viana Machado, coordenador desta pesquisa e professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no telefone (51) 33282309 ou e-mail: frederico.viana@ufrgs.br, ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fone: (51) 3308 3738, e-mail: etica@propesq.ufrgs.br, situado na Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317. Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Porto Alegre/RS.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

ANEXO F – Cartilha “Caderno de Resultados – Pesquisa Desafios da Participação Social na Atenção Básica: Análise dos Conselhos Locais”

**PESQUISA DESAFIOS DA
PARTICIPAÇÃO SOCIAL
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Análise dos Conselhos Locais de
Saúde na cidade de Porto Alegre



Ficha Técnica

Desafios da Participação Social na Atenção Básica Análise dos Conselhos Locais de Saúde

Coordenação Geral

Frederico Viana Machado (Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - LAPPACS/UFRGS)
Joana Olívia Fernandes (Conselho Municipal de Saúde - CMS/POA)

Equipe do Laboratório de Políticas Públicas, Ações Coletivas e Saúde (UFRGS)

Dra. Monika Dowbor (UNISINOS)
Dra. Lisiane Boer Possa (UFRGS)
Dra. Luciana Barcellos Teixeira (UFRGS)
Dra. Rita de Cássia Maciazek Gomes (FURG)
Ms. Gabriel Calazans Baptista
Ms. Rodrigo Silveira Pinto
Ms. Caterina di Gennaro
Vitoria D'avila Pedroso
Jéssica Brandt da Silva
Franciele Santiago Ferreira Senna
Mariana Lenz Tarouco
Alexandra Kowalczyk de Oliveira
Natália Duarte Flores

Arte e Diagramação

Katia Camargo de Oliveira (CMS/POA)

Contatos

lappacs@gmail.com
[facebook.com/lappacs](https://www.facebook.com/lappacs)
cms@sms.prefpoa.com.br
[facebook.com/conselhodesaudeportoalegre](https://www.facebook.com/conselhodesaudeportoalegre)



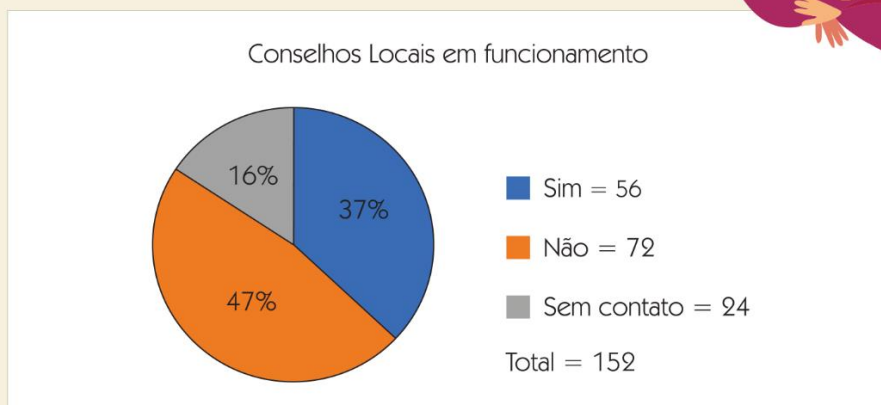
A pesquisa analisou a estrutura institucional e a dinâmica de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) em Porto Alegre, considerando suas ações, as potencialidades, os desafios e os impactos dos CLS. Buscamos conhecer melhor os espaços locais de participação social em saúde e suas particularidades. Nesta oficina convidamos vocês para discutir os resultados da pesquisa, para pensarmos juntos explicações e soluções para os problemas, bem como destacarmos as experiências exitosas de participação. Tudo isto implica em construirmos ações conjuntas e projetos futuros para as comunidades da cidade, ampliando o protagonismo do controle social.

Os dados dessa pesquisa foram construídos, sobretudo, por meio de telefonemas para todas as Unidades de Saúde (US) de Porto Alegre, o envio por e-mail de formulários para serem preenchidos e a aplicação de 32 questionários e entrevistas semiestruturadas nos CLS. A pesquisa começou em 2016 com alguns estudos exploratórios. Em 2017, após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), demos início à construção e testagem do formulário, questionário e roteiro de entrevista. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2017. O tratamento e a análise destes dados se iniciou em 2018, tendo sido concluída sua primeira etapa no mês de setembro.

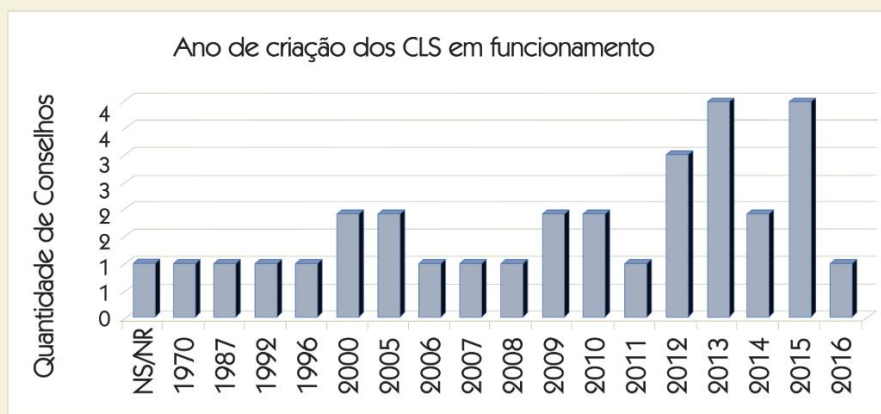
Neste caderno apresentaremos os principais resultados descritivos para embasar nossas atividades na oficina de devolução, que consideramos um momento muito importante. Esta pesquisa foi norteadada pelos princípios da Educação Popular em Saúde, onde toda construção se dá através do olhar e da ação coletiva. Por meio de uma relação horizontal e dialógica, diferentes saberes e experiências devem ser articulados para produzir significados e reflexões comuns sobre os problemas dos territórios. Assim, os resultados serão analisados pelos múltiplos olhares dos diferentes atores participantes. Propomos, então, um encontro de afetos e saberes, onde a amorosidade e a solidariedade estarão presentes nas propostas para a concretização de um projeto democrático e popular, no qual cada pessoa possa contribuir, pois como já dizia Paulo Freire: “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

Excelente encontro a todas e todos!!

Conselhos Locais de Saúde (CLS) em funcionamento



Ano de criação dos CLS em funcionamento



Nos últimos anos eles foram criados mais frequentemente. Atribuímos a isto os incentivos do Conselho Municipal de Saúde e das Gerências Distritais, uma vez que foram estabelecidos indicador e meta para avaliar a existência de CLS nos serviços. Identificamos que a criação de CLS aparece como meta nas últimas Conferências Nacionais de Saúde e que os CLS são itens de avaliação do PMAq, o que também pode ser visto como incentivo para a criação destes nos últimos anos.

Número médio participantes das reuniões	Nº CLS
Abaixo de 3	8
de 4 a 6	12
de 7 a 9	4
de 10 a30	8
Total	32



Número máximo de participantes em uma reunião	Nº CLS
Abaixo de 30	14
De 31 a 40	4
De 41 a 60	8
Acima de 100	6
Total	32

Frequência de novas pessoas nas reuniões	Nº CLS
Frequentam sempre as mesmas pessoas	8
Sempre aparece alguém novo	7
De vez em quando aparecem pessoas novas	17
Total	32

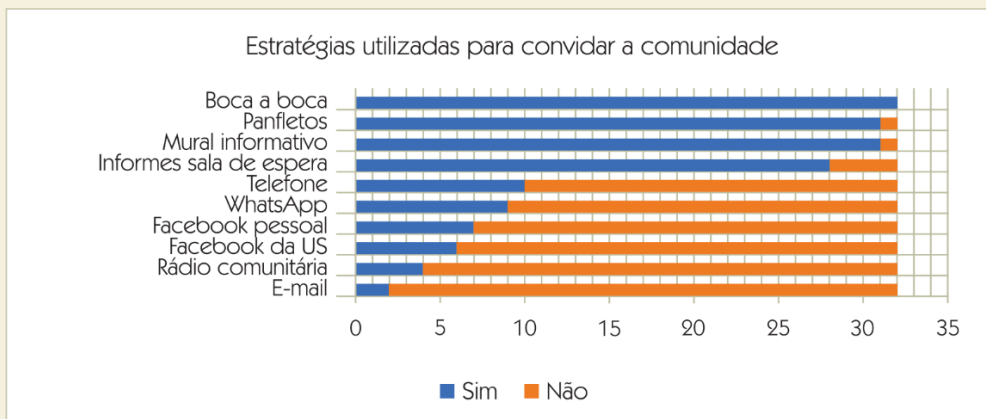


Como vimos nas tabelas acima, a média de participantes por reunião fica abaixo de 6 participantes na grande maioria dos CLS. Também é relatada uma rotatividade significativa de participantes nas reuniões.



Estratégia de convite para as reuniões

Sobre os principais recursos utilizados para convidar a comunidade para as reuniões do CLS, registramos as seguintes frequências:



Sobre a preparação das reuniões, os entrevistados foram unânimes em identificar o «boca a boca» como a melhor estratégia para convidar a comunidade.



Reuniões



As reuniões ocorrem mensalmente em 30 dos 32 CLS que entrevistamos, sendo que em 2 elas ocorrem quinzenalmente. Destes, 19 realizam as reuniões no turno da tarde, 7 no turno da manhã e os demais no turno da noite. Outras características das reuniões:

Os membros da coordenação são assíduos nas reuniões do CLS	Nº CLS
Raramente alguém falta	17
Pelo menos um membro falta em cada reunião	5
Pelo menos dois membros faltam em cada reunião	2
Menos da metade dos membros comparecem em cada reunião	8
Total	32

Composição das coordenações

Número de membros que compõe a coordenação do CLS	Nº CLS
2 usuários, 1 trabalhador, 1 gestor	8
4 usuários, 2 trabalhadores, 2 gestores	16
Outras composições	8
Total	32

Pautas de reunião

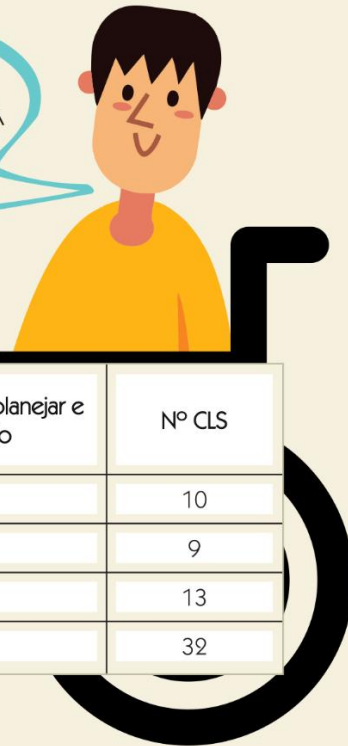
Pautas são divulgadas para comunidade	Nº CLS
Sim	15
Não	9
Às vezes	7
Não sabe/ Não respondeu (NS/NR)	1
Total	32

Existe agenda de pautas definidas	Nº CLS
Sim	9
Não	13
Às vezes	10
Total	32



Durante a plenária do CLS surgem novos pontos de pauta	Nº CLS
Sim	28
Não	1
NS/NR	3
Total	32

Os pontos de pauta, que podem ser um elemento atrativo para a comunidade não são sistematicamente divulgados. A decisão das pautas é feita pela coordenação em 24 CLS, porém, em praticamente todos surgem novos pontos de pauta durante a plenária:



A coordenação do CLS se reúne para planejar e chamar a reunião do seu plenário	Nº CLS
Sim, frequentemente	10
Às vezes	9
Não	13
Total	32

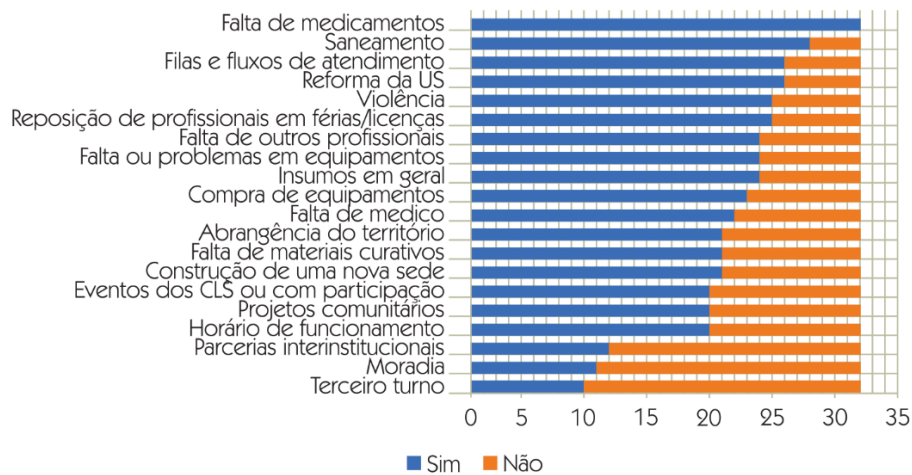
Ocorrência de reuniões extraordinárias	Nº CLS
Sim	8
Não	6
Às vezes	18
Total	32



Vimos que não é uma regra a coordenação se reunir para planejar as reuniões do CLS e que não são frequentes as reuniões extraordinárias. A preparação ocorre de forma variada:

Como a coordenação prepara as reuniões	Nº CLS
Pautas nas reuniões da US	9
Whatsapp	4
Conversas informais	3
Outros espaços de discussões	4
Não há reunião para o preparo das reuniões	8
NS/NR	4
Total	32

Temas discutidos nas reuniões



Aspectos institucionais dos CLS

Todos os 32 CLS entrevistados possuem calendário de reuniões para o ano todo, tem regimento aprovado e registram suas reuniões em ata, sendo que destes, 27 disponibilizam as atas no livro de atas, 28 realizaram eleições para a coordenação. Em 20 CLS foram relatadas experiências de formação em participação e controle social.



Aprovação das atas em plenário do CLS	Nº CLS
Sim	26
Não	3
Às vezes	3
Total	32

Forma de disponibilização das atas	Nº CLS
Não disponibilizadas	5
Em livro de atas na unidade de saúde	27
Total	32

Quantas pessoas votaram na última eleição	Nº CLS
NS/NR	7
Aclamação	4
Abaixo de 50	7
de 51 a 100	9
de 101 a 150	3
Acima de 151	2
Total	32

Ano da última eleição	Nº CLS
2014	1
2015	11
2016	9
2017	8
Não realizou eleição	1
NS/NR	2
Total	32

Relações do CLS

Com a Equipe de Saúde:

O CLS participa das reuniões de planejamento da equipe de saúde	Nº CLS
Sim, membros da coordenação	6
Não	22
Não, a coordenação do serviço faz a mediação	4
Total	32



Com a Comunidade:

Em que espaços fora da unidade são discutidas questões ligadas ao CLS	Nº CLS
Não possui espaço externo para debate	10
Conselho popular	1
Associação comunitária	11
Orçamento participativo	3
Gerência distrital	1
Reuniões de colegiado	1
Espaços públicos	4
Igrejas	1
Total	32

Com o Conselho Distrital de Saúde

O plenário já escolheu seus representantes para o CDS	Nº CLS
Sim	26
Não	6
Total	32



Os representantes ou algum outro membro do CLS tem comparecido às reuniões do CDS	Nº CLS
Raramente	2
Às vezes	6
Frequentemente	6
Sempre	17
NS/NR	1
Total	32

Os representantes levam as demandas do CLS para o CDS	Nº CLS
Sim	30
Não	1
NS/NR	1
Total	32

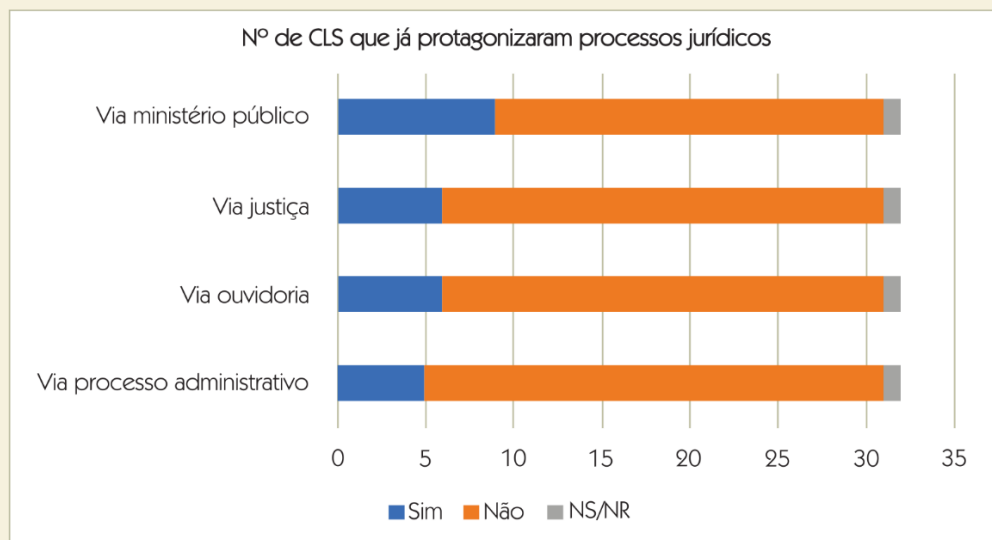
Os representantes dão retorno sobre as reuniões do CDS	Nº CLS
sim	31
NS/NR	1
Total	32



Como é feito o retorno	Nº CLS
Relato nas reuniões do CLS	29
Outros	2
NS/NR	1
Total	32

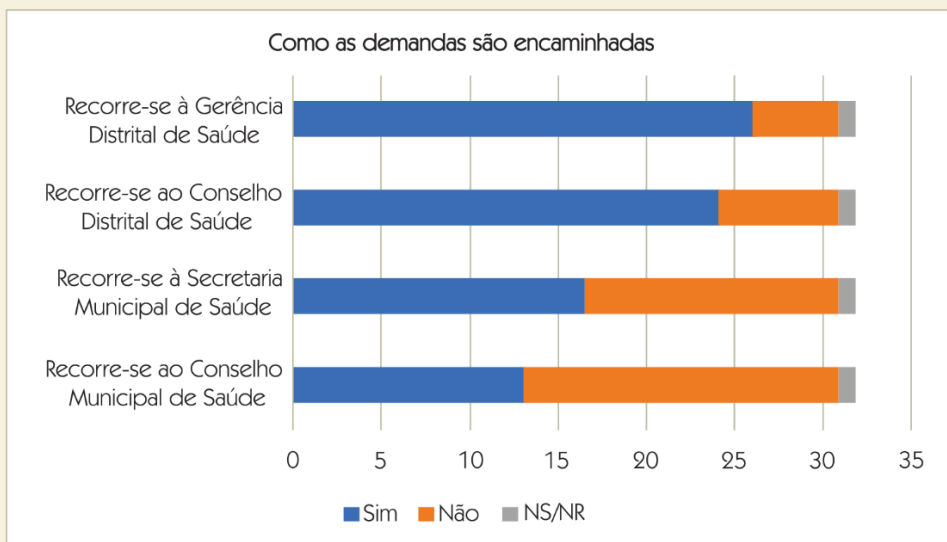
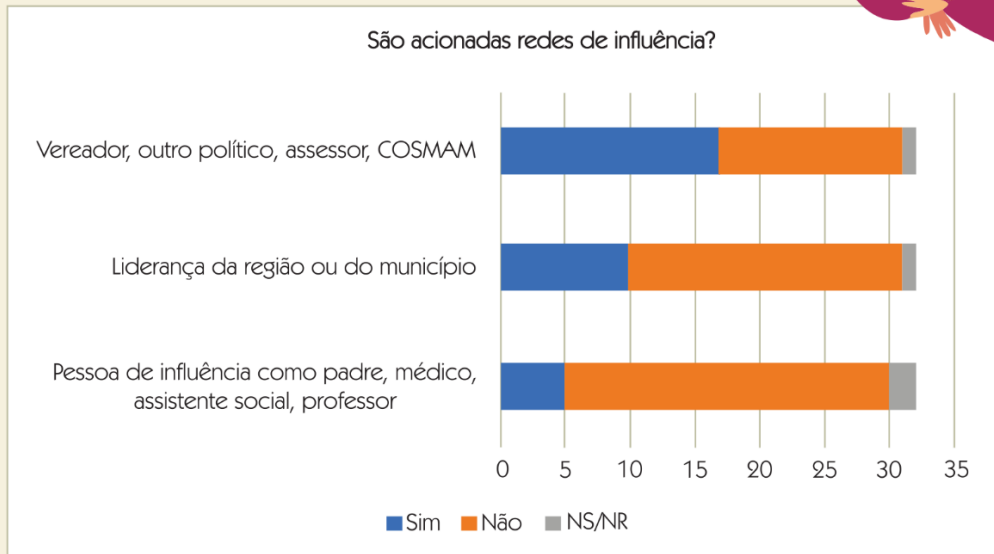
Como as demandas são encaminhadas ao CDS	Nº CLS
Documentos	2
Ata	5
Ofício	3
Informe	5
Pauta	1
Oralmente	11
NS/NR	4
Não há encaminhamento	1
Total	32

Nº de CLS que já protagonizaram processos jurídicos





São acionadas redes de influência?



Favorecem a participação social

Busca por melhorias...

Como a construção e reforma da US, compra e conserto de equipamentos, materiais, insumos e medicamentos, melhora da acessibilidade e disposição das salas da US, contratação de mais profissionais de saúde, etc;

Vínculo entre US e comunidade...

Perceber o CLS como espaço de apoio e compreensão no qual a comunidade participa socialmente como forma de dedicação ao serviço de saúde recebido, sentindo-se pertencente ao CLS;

CLS como porta-voz...

Perceber o CLS como porta-voz da US e comunidade, através dessa aproximação os membros reconhecem o poder propositivo e deliberativo do CLS, ou seja, sua força social;

Interesses pessoais...

Entrar no CLS objetivando benefício próprio, como consultas antecipadas, preferência no atendimento à sua família, renovação antecipada de receitas medicamentosas, entre outros.

Desfavorecem a participação social

Falta de renovação dos membros CLS...

Na sua maioria pessoas aposentadas e engajadas com a causa política, mas em pouco número e que na sua falta, o grupo provavelmente não teria uma nova chapa para ser eleita;

Medo e violência na comunidade...

Por questões do tráfico de drogas, assaltos, homicídio e etc, que dificultam ou impedem o acesso da comunidade nas reuniões;

Burocracia...

Cenário em que há demora nos trâmites legais e as demandas deliberadas pelo CLS não são atendidas ou ficam sem resposta;

Acomodação, descrença e individualismo...

Muito relacionadas à dificuldade na compreensão dos fluxos de direitos e deveres públicos por parte dos usuários e ao individualismo, em que as pessoas são convidadas a participar das reuniões do CLS e consideram mais importantes suas preocupações individuais com o trabalho, família, estudos, etc;

Desfavorecem a participação social

Falta de reconhecimento e sobrecarga...

Trabalho político exercido pelos membros, mas sem reconhecimento de outras esferas públicas bem como excesso de trabalho/acúmulo de funções por parte dos representantes dos trabalhadores o que sobrecarrega sua participação no grupo CLS;

Falta de infraestrutura...

Inexistência de um espaço físico adequado para planejamento e decisões do CLS;

Pressão política...

Na qual o CLS é imposto como meta de Governo, entretanto, não são observadas estratégias de educação permanente e acompanhamento qualitativo da efetividade do Conselho Local de Saúde.



Alternativas para participação social

Pessoas ativas e representativas...

Presença de pessoas ativas e representativas na comunidade que servem de inspiração para participação de novas pessoas no CLS;

Sentimento de inclusão ao grupo do CLS...

Onde a comunidade sente-se parte da luta promovida pelo Conselho Local de Saúde, muito relacionada ao acesso de informações disponíveis para todos com reuniões descentralizadas, fora do horário de trabalho e próximas da comunidade: em sala-de-espera, centro comunitário, centro esportivo, etc.;

Ações conjuntas...

Com associação de moradores, parcerias interinstitucionais e outras lideranças do bairro, objetivando um trabalho coletivo em termos de saúde, educação, moradia e emprego.




Resultados exploratórios sobre ações de educação permanente nos Conselhos Locais de Saúde:

- As atividades não são sistemáticas e não costumam acontecer no território;
- Geralmente são direcionadas aos Conselheiros ou as Coordenações; Atuam mais no processo da institucionalização (elaboração do Regimento Interno, atas, preparação para eleições, etc) do que no da formação;
- O processo de educação permanente ainda não alcança os Conselhos Locais de Saúde, mas seus membros manifestam um desejo de que isso ocorra;
- Há uma descontinuidade nesses processos, que não produzem ainda um sentido de pertencimento e nem uma construção de significados para o controle social;
- A exigência de que os Conselhos Locais fossem instituídos se mostrou um processo mais burocratizante do que de fomento à participação popular;
- Há a necessidade de uma maior efetividade na realização das atividades no território, tanto na forma quanto no conteúdo;
- É importante realizar articulações estratégicas entre os diferentes níveis de participação em saúde (local, distrital e municipal), como forma de apoiar, cooperar e socializar ações que ocorrem nos territórios;
- Diversificar as formas de mobilização pode ser um caminho para aprimorar a participação e o engajamento da população.




ANEXO G – História fictícia para simulação em dinâmica de grupo – Oficina de aprofundamento sobre as ações dos CLS

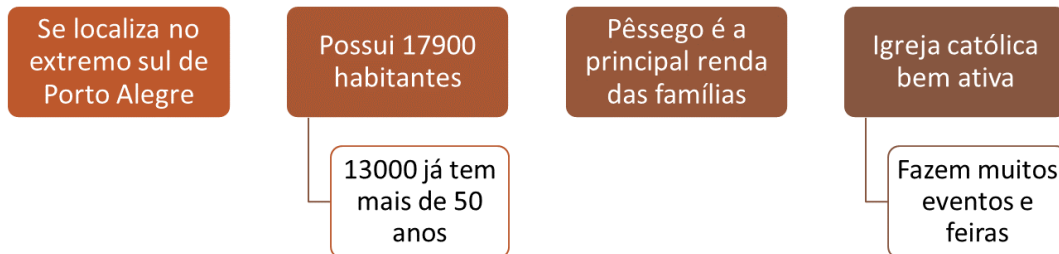
Conselhos Locais de Saúde e Saúde da Comunidade



Conhecendo a
comunidade de Serra
Grande



Apresentação da comunidade de Serra Grande



Apresentação da comunidade de Serra Grande

Unidade Básica de Saúde;

- Consultório médico;
- Sala de recepção;
- Sala de vacinas;
- Farmacinha;
- Banheiro.



ACS Diomar

Auxiliar de Enfermagem
Cristina

Consulta médica duas vezes por semana

Início da História

A Gerência Distrital quer criar um Conselho Local de Saúde na Comunidade e deu essa tarefa para a Enfermeira Giovana.



Enfermeira Giovana

Primeira Reunião

Vamos chamar a comunidade para o CLS!

A comunidade não vai vir em reunião não....



Enfermeira Giovana



Auxiliar de Enfermagem
Cristina



ACS Diomar

Primeira Reunião

Porque não passamos de casa em casa, perguntando os problemas de saúde deles e que isso será debatido em reunião?



Enfermeira Giovana



ACS Diomar



Auxiliar de Enfermagem
Cristina



ACS Diomar

Elas se organizaram e a Diomar visitou todas as casas perguntando e convidando a comunidade



Enfermeira Giovana

Depois de coletar, a Enfermeira Giovana Digitou as informações



E fizeram a reunião com a Comunidade, discutindo os principais problemas encontrados. Foram 23 pessoas na reunião!



Dor



Ansiedade/Stress/Depressão



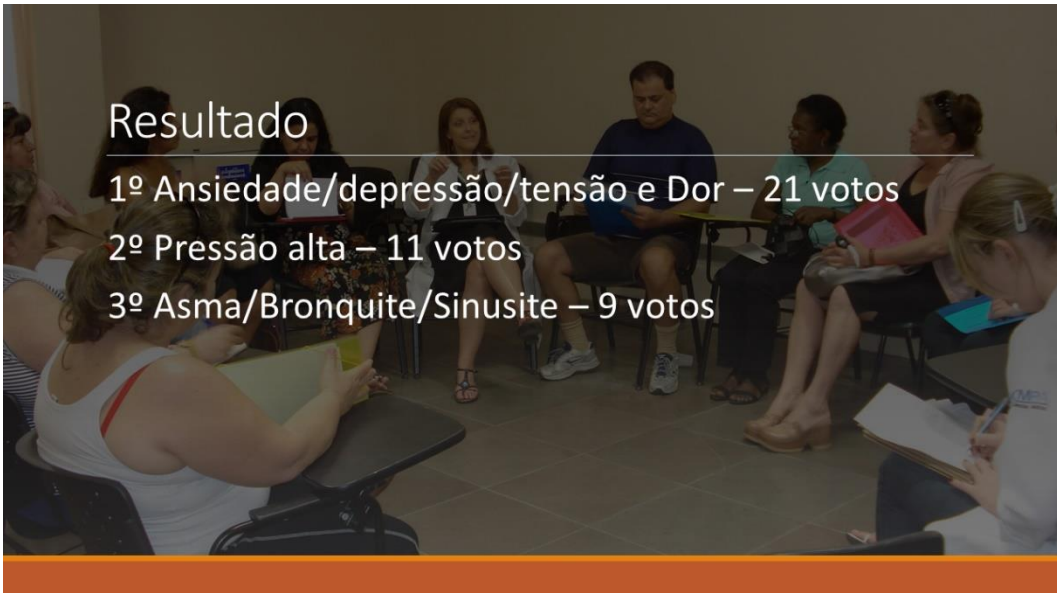
Pressão alta



Asma/Bronquite/Sinusite



Depois de debater, todos votaram para selecionar qual problema a comunidade queria que fosse trabalhando primeiro



Resultado

1º Ansiedade/depressão/tensão e Dor – 21 votos

2º Pressão alta – 11 votos

3º Asma/Bronquite/Sinusite – 9 votos



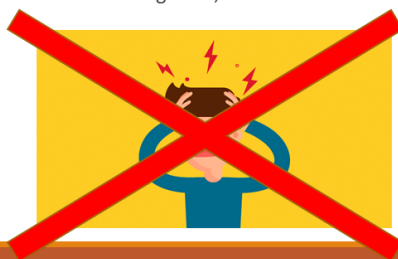
Mãos à obra!

Ações realizadas pela equipe e pela comunidade para o combate a dor

Levantamento das condições de trabalho da comunidade com uma parceria com o Sindicato dos Agricultores;

Conversa com os massagistas e quiropraxistas que já atenderam os membros da comunidade em relação aos seus problemas para a realização de um planejamento mais aprofundado;

Encaminhamento ao médico dos casos mais graves;



Ações realizadas pela equipe e pela comunidade para o combate aos problemas de Saúde Mental

Para as pessoas que ainda não apresentaram problemas de saúde mental diagnosticado:

- Incentivo para os moradores participarem dos eventos da comunidade;
- Parceria com a igreja local para abordar o tema nos cultos;
- A presença de um psicólogo uma vez ao mês para trabalhar com grupos;
- Aproximação do Sindicato de agricultores da comunidade, ofertando capacitações sobre plantio;
- Criação de uma feira de produtos cultivados na comunidade.



Ações realizadas pela equipe e pela comunidade para o combate aos problemas de Saúde Mental

Para as pessoas que já possuem problemas de saúde mental:

- Reavaliação pelo médico do posto e psicólogo em consulta individual;
- Suporte do Assistente Social;
- Início do registro dos atendimentos em prontuário e gestão do cuidado pela enfermeira;
- Estudo de utilização dos medicamentos de saúde mental pelo farmacêutico da Farmácia Distrital;





Depois de 6 meses de trabalho....

Aumentou-se a participação dos moradores nos eventos da comunidade;

A Igreja local abriu seu espaço para a realização da feira com os produtos feitos ali por todos;

O psicólogo já está trabalhando com 2 grupos de 15 pessoas;

O Sindicato atualizou o cadastro, podendo incluir mais pessoas, além de fornecer capacitações sobre a lida na roça;

Cerca de 60 pessoas já passaram por reavaliação dos problemas de saúde mental com o médico e o psicólogo;

A UBS conseguiu internet e está utilizando o prontuário eletrônico do e-sus para registro dos atendimentos;

O Serviço Social atualizou o cadastro das famílias, dando suporte a três famílias que estavam em situação de vulnerabilidade;

O farmacêutico conseguiu revisar as prescrições dos membros da comunidade, conversando com a equipe sobre estratégias para melhorar o uso de medicamentos;

A enfermeira conseguiu conversar com os massagistas e quiropraxistas contratados para obter mais informações.

ANEXO H – Termo de consentimento livre e esclarecido (Oficinas)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****- Oficinas – Resultados Parciais -**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **DESAFIOS DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE NA CIDADE DE PORTO ALEGRE E ESTUDO COMPARATIVO COM EXPERIÊNCIAS DE PARTICIPAÇÃO NAS CASAS DA SAÚDE NA ITÁLIA.**

Esta pesquisa busca investigar a estrutura institucional de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) em Porto Alegre e realizar um diagnóstico das ações, potencialidades, custos e impactos dos CLS para a gestão municipal, além de pesquisar o perfil de quem participa. Isto é importante para conhecermos melhor os espaços locais de participação social em saúde e as pessoas que dele se apropriam, de forma a identificarmos experiências exitosas de participação e que possam influenciar positivamente outros contextos da cidade.

A primeira parte da pesquisa já foi realizada, onde conseguimos entrevistar conselheiros locais de saúde e obter alguns dados importantes. Porém, acreditamos que estas informações devam ser melhor trabalhadas juntamente com todos os conselheiros locais e interessados no tema.

Os procedimentos de coleta de dados desta fase pesquisa serão realizados por meio de: (1) devolução dos dados da primeira etapa da pesquisa; (2) oficinas de discussão dos dados; e (3) plenária final. A devolução dos dados será por meio de uma palestra e um guia com as informações que você deverá assistir. As oficinas envolverão a gravação em áudio das falas e o registro escrito das reuniões. A plenária final envolverá a gravação em vídeo.

Sua participação nesta pesquisa se dará participando das oficinas, relatando suas experiências e opiniões sobre os Conselhos Locais de Saúde e participação social em Porto Alegre, bem como informar posições, crenças e valores políticos, bem como alguns dados comportamentais que nos ajudam a conhecer o perfil dos conselheiros de saúde da cidade. Durante as oficinas, você pode ser convidado a dar uma entrevista, para contar um pouco da sua história com o Controle Social.

Os riscos de participação nesta pesquisa são mínimos. Supondo que a exposição de opiniões particulares pode causar algum constrangimento, por colocar usuários, gestores e técnicos administrativos em uma situação de avaliação na qual possam ser identificados, garantimos que nossa pesquisa será rigorosa em garantir o anonimato como forma de proteger os informantes.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. As informações aportadas por você permanecerão confidenciais. Seu nome ou qualquer informação que indique a sua participação apenas estarão disponíveis aos

membros da equipe de pesquisa. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você. Caso autorize, a sua gravação na entrevista pode ser publicitada para a construção de um documentário sobre a oficina.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma remuneração ou compensação financeira adicional.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os(as) pesquisadores(as)

_____ certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com: Dr. Frederico Viana Machado, coordenador desta pesquisa e professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no telefone (51) 33282309 ou e-mail: frederico.viana@ufrgs.br, ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fone: (51) 3308 3738, e-mail: etica@propesq.ufrgs.br, situado na Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317. Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Porto Alegre/RS.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

ANEXO I – Autorização para uso de imagem (Oficinas)



**Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre
LAPPACS/Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS**

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Autorizo a utilização de imagem de (colocar o nome em letra de forma),

Sem ônus para o CMS/POS e LAPPACS/UFRGS, em material de vídeo a ser produzido pelo CMS/POS e LAPPACS/UFRGS, referente a documentário e vídeos didáticos, sobre participação social.

Porto Alegre, ____/____/____

(Assinatura do responsável)

Dados pessoais

Endereço:

Telefone:
